



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

ESTUDIO PSICOSOCIAL DEL
SUICIDIO

CC1
31921
E2
1987-2

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N

AIDA ELIZABETH GUERRA OCAMPO

EUGENIA GUADALUPE SALAZAR MONTEERRUBIO

ESTE TRABAJO REALIZADO POR LAS DOS
SUSTENTANTES, NO SIGNIFICA UNA APORTACION
DESIGUAL DE UNA Y OTRA.

MEXICO, D. F.

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Agradecemos muy especialmente al profesor VICTOR MANUEL SERRANO CERRILLO por haber contribuido a la realización de este trabajo a través de su acertada asesoría y dedicación, pero sobretodo, por su gran calidad humana que le hace ser una persona diferente.

También agradecemos los comentarios y las valiosas aportaciones del profesor RAMIRO ORTEGÁ PEREZ, así como del profesor CARLOS SERRANO CERRILLO en la elaboración de la tesis.

A los que sobreviviran
y a los que sobreviven a su muerte.

D. Cooper.

Es indudable que no carece de valor el que tranquilamente se mata, porque se necesita gran fuerza de voluntad para sobreponerse al instinto más poderoso de la naturaleza, y en una palabra, el suicidio es un acto que prueba más la ferocidad que la debilidad.

Voltaire.

A todos aquellos que como Alfonsina,
supieron optar por el dejar de ser,
provistos de azorante y dolorosa valentía.

que la muerte pierda su asquerosa puntualidad
que cuando el corazón se salga del pecho
pueda encontrar el camino de regreso
que la muerte pierda su asquerosa
y espantosa puntualidad
pero si llega puntual no nos agarre
muertos

I N D I C E

~~IZT.~~

1000766

| | | |
|---------------|--|------|
| INTRODUCCION. | | 1 |
| CAPITULO I. | HISTORIA DEL SUICIDIO. | 5 |
| | A) HISTORIA DEL SUICIDIO EN EL MUNDO. | 5 |
| | B) HISTORIA DEL SUICIDIO EN MEXICO. | 16 |
| CAPITULO II. | DEFINICION Y CLASIFICACION DE LA CONDUCTA SUICIDA. | 23 |
| | 1. DEFINICION: | 25 |
| | A) DEFINICION PSIQUIATRICA Y MEDICA DEL SUICIDIO. | 25 |
| | B) DEFINICION PSICOLOGICA DEL SUICIDIO. | 27 |
| | C) DEFINICION SOCIAL DEL SUICIDIO. | 28 → |
| | 2. CLASIFICACION: | 29 |
| | A) IDEA SUICIDA. | 30 |
| | B) GESTOS SUICIDAS. | 31 |
| | C) CHANTAJE. | 31 |
| | D) AVISOS SUICIDAS. | 32 |
| | E) NOTAS SUICIDAS. | 32 |
| | F) INTENTO SUICIDA. | 33 |
| | G) ACTO SUICIDA O SUICIDIO CON SUMADO. | 34 |
| | H) PACTO SUICIDA O SUICIDIO COLECTIVO. | 34 |
| CAPITULO III. | DATOS ESTADISTICOS. | 38 |
| | A) DATOS ESTADISTICOS EN EL MUNDO. | 40 |
| | B) DATOS ESTADISTICOS EN MEXICO. | 52 |

| | | | |
|----------|-----|--|-----|
| CAPITULO | IV. | TEORIAS SOBRE EL SUICIDIO. | 64 |
| | A) | TEORIA BIOLOGICA SOBRE EL SUICIDIO. | 65 |
| | B) | TEORIA PSIQUIATRICA SOBRE EL SUICIDIO. | 67 |
| | C) | TEORIA PSICOLOGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA. | 70 |
| | D) | TEORIA SOCIAL DE LA CONDUCTA SUICIDA. | 80 |
| CAPITULO | V. | INTERVENCION PROFESIONAL EN TORNO AL SUICIDIO. | 90 |
| | 1. | DIAGNOSTICO Y EVALUACION DEL ACTO SUICIDA: | 93 |
| | A) | DIAGNOSTICO Y EVALUACION PSIQUIATRICO. | 93 |
| | B) | DIAGNOSTICO Y EVALUACION PSICOLOGICO. | 98 |
| | 2. | TRATAMIENTO DEL INTENTO SUICIDA: | 110 |
| | A) | TRATAMIENTO MEDICO-PSIQUIATRICO. | 111 |
| | B) | TRATAMIENTO PSICOLOGICO. | 113 |
| | C) | TRATAMIENTO PARA LA DEPRESION. | 120 |
| | 3. | PREVENCION DEL ACTO SUICIDA: | 126 |
| | A) | PREVENCION PRIMARIA. | 128 |
| | B) | PREVENCION SECUNDARIA. | 131 |
| | C) | PREVENCION TERCIARIA. | 133 |
| | 4. | EL CENTRO PARA LA PREVENCION DEL SUICIDIO DE LOS ANGELES, CALIF., COMO UN MODELO CONCRETO DE INTERVENCION PROFESIONAL. | 136 |

CONCLUSIONES. 143

BIBLIOGRAFIA. 167

"Por experiencia propia, sé que usted puede terminar con su vida. Es una experiencia dolorosa, pero sé que usted es capaz de realizarla o ... tal como yo lo hice, volver a llevar una vida feliz y plena".

I N T R O D U C C I O N

Dentro del contexto de los grandes problemas que agobian al mundo actual, destaca en un lugar cada vez más importante el fenómeno del suicidio.

Cada minuto de cada día, en cualquier parte de la tierra y aparentemente por motivos diferentes, un gran número de seres humanos se privan de la vida o intentan autodestruirse por medio del suicidio. Simplemente en los Estados Unidos más de 30,000 personas se eliminan durante cada año.

Las víctimas del suicidio provienen de todos los senderos de la vida y de todos los niveles económicos y culturales. El suicidio se ha convertido en los últimos años en una verdadera tragedia que afecta tanto al que lo comete como a la familia que se deja en el camino.

Ante esta alarmante situación se podría esperar la existencia de un marco teórico consistente que dé explicación al fenómeno del suicidio y avale la práctica profesional de quienes trabajan en torno a él, llámese psicólogos, psiquiatras o sociólogos, sin embargo, no sucede así. La escasa bibliografía con referencia a este problema llama poderosamente la atención y demuestra la poca importancia que se le ha otorgado, debido muy posiblemente a los conflictos éticos y morales que involucra, al fracaso terapéutico que

puede demostrar, o a los rasgos particulares de pacientes que presentan conductas suicidas.

El hecho es que el fenómeno del suicidio presenta, sin lugar a dudas, características propias que lo convierten en un tema de difícil acceso. Los tabues y la censura social han hecho que las cifras reportadas en todos los trabajos constituyan sólo una parte de la incidencia real del problema.

La persona que se priva de la existencia o lo intenta a través del suicidio enfrenta al terapeuta (y a su familia) de una manera drástica y determinante, ante el problema inmanente e inminente a todo ser humano, esto es, la muerte, que es irreversible y estática.

En relación con la conducta suicida han existido diferentes puntos de vista en los que predomina el análisis médico psiquiátrico que aborda el fenómeno como parte de "psicopatologías" particulares dejando de lado las características psicológicas y sociales específicas de esta conducta. Por otro lado los sociólogos, con Durkheim a la cabeza, también han planteado sus opiniones sobre el suicidio, basados en un punto de vista macromolar sin tocar los aspectos individuales de cada caso. Dada la problemática de interpretación de esta conducta, se considera que existe la necesidad de realizar un estudio más completo que visualice los aspectos sociales sin olvidar la individualidad de las personas que atentan contra su vida.

Ahora bien, en el presente trabajo se pretende

abundar en el papel determinante de las condiciones sociales existentes (en un momento y lugar específico) como generadoras de ciertas prácticas tanto individuales como colectivas, no naturales y subversivas dentro de las que figura la conducta autodestructiva. Al mismo tiempo es de interés particular para este trabajo señalar y concretar algunos de los lineamientos generales de la intervención del psicólogo con personas que han intentado terminar con su vida o con aquellas que se hayan involucradas con personas que lo han logrado.

Durante el desarrollo del presente trabajo en un inicio, se hará una breve reseña del encuadre cultural en el que se circunscribe el suicidio en un momento y lugar específico del mundo, para terminar en la situación particular de México (capítulo I).

A continuación (en el capítulo II) se desarrollará lo referente a la definición y clasificación de la conducta suicida. En el caso de la definición ésta se analizará tomando en cuenta los puntos de vista médico, psicológico y social con el fin de tener un panorama más completo de lo que ha significado este fenómeno de acuerdo con el área del conocimiento al que pertenece.

En el siguiente capítulo (III), se hará una revisión de los datos estadísticos existentes en torno al suicidio, tanto a lo que corresponde a algunos de los países del mundo como a México.

Las diferentes teorías sobre el suicidio son lo que constituye el capítulo IV, en el que se hará referencia a las diferentes perspectivas (biológica, médica, psicológica y social) que de

alguna manera han abordado este tema.

Posteriormente,(en el capítulo V) en lo que respecta a la intervención que los profesionales han tenido en la conducta suicida, se desarrollarán los temas de diagnóstico y evaluación, tratamiento y prevención del intento suicida desde diferentes concepciones, para terminar con un ejemplo del papel que ha desempeñado el psicólogo en el Centro para Prevención del Suicidio de Los Angeles.

Finalmente, se concluirá todo lo expuesto en los capítulos anteriores incluyendo una crítica fundada en el análisis histórico y dialéctico del Suicidio como fenómeno individual que se genera en un medio social.

CAPITULO I

HISTORIA DEL SUICIDIO

A) HISTORIA DEL SUICIDIO EN EL MUNDO.

En este primer capítulo se hará un intento por buscar a través de los textos y otros testimonios en relación con el suicidio, el "encuadre cultural" de este fenómeno, es decir, el conjunto de relaciones y valores ideológicos de la formación social en que se inscribe. Lejos de querer elaborar una erudita y estática recordación de hechos en torno al suicidio, al acudir a las fuentes correspondientes, se pretende dar un sentido histórico a la realidad de este fenómeno.

Es por esto que no se desea aquí hacer un relato cronológico del suicidio, sino más bien establecer el conjunto de relaciones, históricamente determinadas de la producción de conceptos en torno a él.

El suicidio ha sido conocido desde que el hombre ha existido, sin embargo, el término "suicidio" es relativamente reciente; es aproximadamente en 1651 cuando aparece en el diccionario de Oxford en el idioma inglés, en el que se explica que deriva del latín "sui", sí mismo y "coedere", matar (Farberow, 1975).

En la mayoría de las culturas en casi todos los períodos de la historia, la actitud dominante hacia el suicidio ha tenido algo en común con aquella hacia el homicidio: ambos son temidos y prohibidos, pero existen circunstancias excepcionales en las

que son permitidos. Dicha actitud ha ido a la par con los intereses de la clase social que determina los medios y los fines de vida, que es en última instancia quien ha marcado las normas de conducta a seguir en determinado grupo social. Con el suicidio, la fuerza de trabajo, la mano de obra disponible, se ha podido ver afectada al mismo tiempo que los intereses de esta clase.

La fuerza de trabajo no remunerada al obrero es lo que ha dado solidez a la clase económicamente dominante y si el obrero empieza por autoeliminar su fuerza de trabajo, que además es lo único que posee, los resultados pueden ir en detrimento de esta clase.

Poco se sabe del acto suicida en los pueblos primitivos antiguos, pero lo que sí es un hecho es que no se hallaba formalmente prohibido, aunque no se conoce ningún pueblo donde el derecho de matarse haya sido concedido al individuo (Durkheim, 1976).

En los períodos de la antigua Grecia y Roma, las actitudes hacia el suicidio variaban entre la condena y la admiración. Se observa por ej., que las filosofías estoicas y epicureas de esa época aceptaban al suicidio como vía perfecta para dar liberación al sufrimiento, mientras que otras dos corrientes de pensamiento estaban en oposición. Una fue la de Pitágoras, quien vió a la vida como una disciplina impuesta por los dioses ante los que el hombre debía de sujetarse. La otra fue la de Aristóteles, quien consideró al suicidio como un acto contra los propósitos del Estado y por tanto, tal acto debería ser castigado, así, el suicidio fue un

equivalente de deserción (Stengel, 1965 y Farberow, 1975).

Aristóteles clasifica las normas de Estado de acuerdo con los grupos sociales que detentan el poder siendo la misión del Estado, según este filósofo, de proteger a la clase de los privilegiados frente a las masas populares y al ser pensador de una sociedad esclavista, por lo tanto, consideraba la esclavitud como la base indispensable de la sociedad, viendo en el trabajo de los esclavos el sostén necesario y eterno de la sociedad y con esto se observa el porque de ser castigado el suicidio en la época de Aristóteles (Mölnar, 1974).

Por otra parte, en estas culturas, el suicidio era considerado como ilegítimo salvo en el caso que estaba autorizado por el Estado, como por ejemplo en casos de enfermedades incurables o vejez. Las penas no se aplicaban sino en el caso en que el individuo se mataba sin haber previamente obtenido permiso de las autoridades competentes (Durkheim, 1976).

Las leyes formuladas acerca del suicidio en este período principalmente entre los romanos, llegaron a ser cada vez más orientadas a la cuestión económica. El suicidio de un esclavo o soldado representó una pérdida financiera considerable para el amo o una debilidad de la fuerza del ejército romano, por esto, los castigos empezaron a ser considerados en las leyes (Farberow, 1975).

Con el inicio del Cristianismo se marcó una indiferencia ante el martirio, así también, ante el deseo de otra vida mejor que la terrenal, y los suicidios ocurrieron en gran cantidad.

Un rápido cambio se dio con San Agustín en el S.IV de nuestra era, quien en su primera codificación oficial de la iglesia desaprobó al suicidio.

A partir de San Agustín hasta el S. XII ó XIII aproximadamente, el suicidio llegó a ser prácticamente desconocido, San Agustín produjo argumentos en contra del suicidio, como los de que el alma verdaderamente noble, aguantaría todo sufrimiento y cualquier esfuerzo para escapar era un índice de debilidad y al cometer el error de matarse se anulaba toda posibilidad de absolución.

En esta época existieron algunas clases de suicidio que fueron aceptadas, tales como, el martirio voluntario y preservación de castidad en mujeres vírgenes y casadas.

Cabe señalar que fuera del marco provisto por la Iglesia durante estos siglos, existieron dos grandes grupos donde el suicidio era común: en los herejes y en los judíos.

En el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino, formuló la posición de la Iglesia con respecto al suicidio, en esa época, el suicidio fue considerado totalmente como algo malo por las siguientes razones: 1) no era natural; 2) cada hombre era miembro de alguna comunidad y el suicidio por tanto era antisocial y 3) la vida era un don de Dios y como tal no correspondía al hombre acabar con su vida (Farberow, 1975).

Evidentemente la posición de la iglesia ha estado en gran medida determinada por los intereses de la clase económica

mente dominante; ésta ha funcionado como un instrumento a través del cual se pretende preservar un sistema de producción. En vista de que el suicidio significa un brote de descontento o desarmonía, una contradicción del mismo sistema, es necesario terminar con él y la iglesia ha sido un medio eficaz para lograrlo.

El Renacimiento y la Reforma, facilitaron un cambio en las actitudes hacia el suicidio. El Renacimiento trata de sacudir las disciplinas intelectuales de la Edad Media para volver a la antigüedad clásica, estudiada por los humanistas y no a través de la transmisión cristiana, derrumbándose con esto el poder espiritual del Papa.

La era de las técnicas al servicio del hombre y de su acción sucede a la era medieval de la contemplación orientada y dominada por Dios. El individuo encuadrado por la Providencia, va a liberarse poco a poco de esta larga disciplina católica de la Edad Media. (Mölnar, 1974).

En el Renacimiento, el hombre empezó a encontrar cada vez más y más intolerable la vida, dada la pobreza y falta de futuro, creándose un estado de melancolía y al mismo tiempo una gran preocupación por la muerte.

Aunque el suicidio no fue del todo aceptado por el grupo educado, tampoco lo fue por las clases bajas debido al gran dominio que la iglesia ejercía todavía sobre éstas.

Las ideas de Lutero en el protestantismo, causaron

cambios en la obediencia y el absolutismo a la indagación y responsabilidad personal.

El calvinismo apareció también en esta época, pero opuesto al luteranismo, exaltó a Dios y tendió a ponerlo en un plano de inaccesible superioridad, de esta forma, el calvinismo tendió a minimizar al hombre y entonces a eliminar indirectamente la cuestión del valor del alma humana individual (Farberow, 1975).

Calvino dio a la iglesia una nueva organización republicana muy cómoda para el dominio de la burguesía. El mayor poder pertenecía a los presbíteros que eran personajes ricos e influyentes. El calvinismo se convirtió en la organización del protestantismo y se volvió tan intolerante como la iglesia católica en relación a todos aquellos que no compartían sus creencias.

Con el advenimiento del protestantismo, las relaciones sociales eran reducidas únicamente a estándares económicos. Los puritanos hablaban de lo bueno de la prosperidad, pero consideraban a la pobreza como cosa del infierno. El fracaso económico, llegó a ser considerado como una marca de maldad. Así, los pobres, en esta época, sufrieron como nunca antes, con lo que se tuvo como resultado, una gran cantidad de suicidios.

En el S.XVIII se observaron cambios en relación al suicidio. Así por ej., Hume, en su ensayo sobre el suicidio, proclamaba el derecho del hombre a disponer de su propia vida y señalaba que en ningún pasaje de las escrituras se prohibía el suicidio. En

Francia, Montesquieu (1721) criticó al suicidio desde el punto de vista de los sobrevivientes. Por otro lado, Rousseau, con su trabajo incorporó al suicidio dentro de la Declaración de los Derechos del Hombre, la cual inauguró la Revolución Francesa de 1789 (Farberow, 1975).

Durante la Revolución Francesa, la burguesía no permitía de una forma totalitaria la abolición del régimen feudal, sólo bajo la presión de las masas campesinas hizo determinadas concesiones parciales. Se eliminaron muchas medidas represivas y se suprimió al suicidio de la lista de crímenes legales, pero todas las religiones a que pertenecieron los franceses continuaron prohibiéndolo y castigándolo, incluso, el cómplice del suicida era perseguido como homicida. La preocupación por la propiedad dominó siempre la política de los burgueses (Durkheim, 1976).

Kant, por otra parte, consideró al suicidio como una ofensa contra los principios supremos del deber que para él eran una ley universal de la naturaleza (Stengel, 1965).

El mayor cambio se dio en el S. XIX con la introducción y énfasis de la palabra "vergüenza" como un valor social. Esta palabra fué asociada con sentimientos de los sobrevivientes, el status de la familia, amigos y vecinos. El tema fue relacionado con la característica emergente del siglo, el desarrollo de una fuerte familia y clase media en la sociedad. Ya que fue esencial para la fami

lia mantener el status dentro de la comunidad, el suicidio llegó a ser reservado y oculto, especialmente por las clases altas (Farberow, 1975).

Durante este mismo siglo empezaron a aparecer escritos científicos acerca del suicidio. Teorías médicas de esa época trataron de ajustar al suicidio dentro de teorías de medicina fisiológica.

"El Suicidio" de Durkheim en 1897, fue uno de los libros más importantes que consideró al suicidio como un fenómeno colectivo, influido por factores específicos, característicos de la sociedad en la que aparece. En la época de Durkheim, el sistema capitalista había alcanzado gran madurez, Durkheim vio la sociedad de su tiempo como una época en la que el ideal de progreso es una realidad. Tendió a establecer los fundamentos que explican las perturbaciones de la sociedad actual a fin de poder tomar las medidas necesarias que contribuyan a controlarlas, su preocupación es el mantenimiento y reproducción del orden. En sus categorías se manifiesta lo ausente del carácter transitorio de las relaciones que implican (Bravo y Col., 1982).

En la actualidad, las actitudes hacia el suicidio de repudio y represalia, han sido sustituidas por la comprensión de que cualquiera que trata de quitarse la vida está enfermo o es presa de una gran angustia y necesita por ello ayuda médica y social (Stengel, 1965).

Es claro que esta actitud aparentemente cambiante con respecto al suicidio ha estado condicionada al mismo tiempo por ciertos intereses. El cambiar de una actitud de "repudio" a una de "comprensión" no involucra necesariamente una diferencia significativa; el recluir a un individuo en un ambiente limitado (hospital o cárcel) o tratar de ajustarlo a través de la "intervención médica", son sólo medidas diferentes de enmascarar contradicciones propias del mal funcionamiento de un sistema de producción y de ninguna forma constituyen una solución eficaz para eliminar el fenómeno del suicidio.

Con lo antes dicho se puede observar cómo una determinada conducta es considerada como un pecado por la mayoría de las religiones, sin embargo, no es necesariamente considerado así en el Derecho Legal de un determinado lugar.

El suicidio puede haber sido un crimen según el derecho inglés en el S.X, sin duda alguna, bajo la influencia de las ideas religiosas, aunque es 1485 la fecha a partir de la cual fue claramente un crimen (Stengel, 1965).

En Roma, una persona acusada o convicta de un crimen capital podía salvar sus bienes en favor de sus herederos por medio del suicidio, evadiendo de esa manera la sustanciación del juicio. Para evitar eso, se introdujo una legislación que hizo del suicidio en tales circunstancias una confesión del crimen acarreado con él la confiscación de las propiedades. Más tarde el suicidio produjo la pérdida legal de la propiedad bajo el derecho romano.

En Inglaterra el suicidio, se equiparó con el crimen, y el intento de suicidio fue considerado un delito de menor cuantía a partir de 1554 aproximadamente. La legislación sobre suicidio en otros países europeos solía ser la misma que en Inglaterra a fines del S.XVIII y comienzos del S.XIX. El primer país en derogar esta ley fue Francia en 1790.

En 1959, el entonces arzobispo de Canterbury, instituyó un comité presidido por J.F.Christie, a fin de examinar si el intento de suicidio debía continuar punible por la ley.

El Suicidie Act de 1961 llevó a una conclusión exitosa, a la campaña en favor de un cambio de la ley. Abrogó la ley por la cual era un crimen para una persona suicidarse. En consecuencia, el intento de suicidio dejó de ser un delito menor. El Act estableció como delito criminal ayudar, incitar, aconsejar o procurar el suicidio de otra persona (Stengel, 1965).

Con lo anterior, se ve que la legislación del suicidio ha pasado por dos fases principales. En la primera, se prohíbe al individuo destruirse por su propia autoridad, pero el Estado lo puede autorizar para hacerlo. El acto es inmoral cuando es por completo obra de los particulares y no han colaborado en él los órganos de la vida colectiva. En la segunda fase, se determina la aceptación legal del acto suicida, aunque sólo en casos individuales.

Las actitudes hacia el suicidio hoy en día se reflejan en las leyes de diferentes ciudades del mundo, por ej. el suicidio

dio continúa siendo un pecado en la ley canónica, especialmente de la iglesia católica, a diferencia de lo que ocurre en algunos países británicos que, aunque recientemente (1961) han logrado abolir las leyes por las cuales el suicidio era visto como un crimen.

Analizando la actitud ante el suicidio, se observa cómo ésta ha sido influida por la religión, leyes, filosofías, pensamientos, personas, lugares y tiempos específicos.

Inevitablemente, cada sociedad establece sus propias reglas y líneas de conducta para normar la actividad de los individuos; reglamenta usos y comportamientos aceptables y señala los que no lo son. Ya se vió cómo la actitud hacia la conducta suicida varía de una cultura a otra, e incluso cómo dentro de la misma cultura ha sufrido grandes transformaciones con el paso del tiempo.

Sin embargo, también resulta claro que ha existido un rasgo común de desaprobación en casi todas las culturas hecho que como ya se mencionó ha estado condicionado en gran forma por ciertos intereses.

El suicidio al igual que otras prácticas individuales y colectivas no es más que una expresión de las tantas contradicciones propias de un sistema carente de los mecanismos necesarios que permitan a sus integrantes relacionarse dentro de un marco de armonía y equilibrio; evidentemente el suicidio no es privativo de una determinada clase dentro de una sociedad, la carencia de dinero y de oportunidades para conseguirlo, o la pérdida de la posición social

y las escasas o nulas relaciones afectivas sólidas han constituido elementos que conducen al acto suicida tanto en miembros de una como de otra clase social.

B) HISTORIA DEL SUICIDIO EN MEXICO.

En vista de que la actitud hacia la conducta suicida está determinada ampliamente por las circunstancias culturales, de un país y una época determinados, se examinará ahora lo que ocurre en el contexto de la cultura mexicana en relación al suicidio.

En México, la actitud hacia la muerte y hacia el suicidio ha tenido varias acepciones. Entre éstas, una de las que más destaca está como lo insinúan Octavio Paz, Samuel Ramos y Santiago Ramírez, entre los más ilustres la de que dentro de la caracterología de los mexicanos hay un rasgo fundamental a su modo de ser: el culto a la muerte y la íntima familiarización con ella en su vida cotidiana.

Con base en algunos tratadistas clásicos de la psicología moderna y atendiendo a nuestros tres pensadores locales podría afirmarse, que dentro de la caracterología mexicana hay un "instinto suicida", la muerte es nuestra vecina y amiga, nuestro juguete y golosina y hasta nuestra canción.

La idea por la muerte, la fascinación por la muerte, siempre ha estado presente en México desde las máscaras aztecas hasta los grabados de un Posada y hasta las calaveras de azúcar de las dulcerías.

Esta idea se ve también en las obras de Juan Rulfo, que con su carácter nacionalista, nos muestra ese tema tan presente siempre en el arte mexicano, su tema predilecto, es el dolor humano causado por esa muerte que a la vez es para algunos de sus personajes (Pedro Páramo) una esperanza (Fressard, 1971), esto se observa en varios fragmentos de la novela de Rulfo, pudiendo observar muy claramente esa esperanza que es la muerte, misma que Pedro Páramo se sienta a esperar, su mundo se ha desmoronado, sólo le queda el recuerdo, ese recuerdo que lo hace vivir y que al mismo tiempo alimenta la esperanza de morir (Rulfo, 1973).

Esta postura tan amistosa hacia la muerte que se ve reflejada en los artistas mexicanos; tiene su procedencia en los rituales prehispánicos, donde la muerte no significaba el final de la existencia, sino más bien, el ingreso a otro mundo, según la concepción Chortí (área maya), morir no es fenecer, sino "caminar" hacia nuevos rumbos. Cuando los indios hablan en castellano, traducen el verbo "morir" por veranear o caminar. (Chapman, 1978).

Los mayas creían en la inmortalidad del alma y en la vida de ultratumba, además en la posibilidad de retornar a la vida terrenal, aunque fuera sólo en ciertas ocasiones. Según Morley (1975) la vida futura se dividía en una morada de descanso y un lugar de tormento, aunque aclara que en esta afirmación se sospecha alguna influencia católica. El mismo autor afirma que los mayas que se suicidaban ahorcándose, los guerreros muertos en la batalla, las mujeres que morían de parto y los sacerdotes que abandonaban este mundo, se

iban directamente al paraíso maya: "decían también y tenían por muy cierto, iban a su gloria los que se ahorcaban; y así habían muchos que con pequeñas ocasiones de tristezas, trabajos o enfermedades, se ahorcaban para salir de ellas e ir a descansar a su gloria, donde decían los venía a llevar la diosa de la horca o el suicidio, que llamaban Ixtab"

Esta diosa puede verse en el código de Dresde, donde aparece pendiente del cielo por medio de una cuerda que está enrollada a su cuello, tiene los ojos cerrados por la muerte y en una de sus mejillas, un círculo negro que representa la descomposición de la carne (Morley, 1975).

Los mayas pintaban el paraíso como un lugar deleitoso donde no existía el dolor ni el sufrimiento y había abundancia en comida y bebidas, donde crecía el yaxché (árbol sagrado de los mayas, bajo cuya sombra podían descansar y holgar eternamente). Creían además, que el paraíso no tenía fin, puesto que el alma no podía morir, sino que tenía que seguir su peregrinación eternamente.

Este tipo de concepciones hacia la muerte no es particular de la cultura maya en México, aunque sí lo es respecto a otras culturas de Europa Occidental, por ej. los nahuas tenían rituales similares.

Si bien es cierto que todas estas costumbres han tenido influencia hasta nuestros días sobre la forma de concebir a la muerte y al suicidio, también es cierto que la inevitable influencia

judeo-cristiana, ha tenido mucho que ver en relación con la concepción de dichos temas. Es claro que a partir de la conquista de los españoles y con su triunfo sobre el mundo "indígena", surge una nueva sociedad. La "conquista espiritual" de México, o sea, el proceso de cristianización e hispanización del indígena, en última instancia de su "occidentalización", fue un evento determinante en nuestra actual forma de visualizar los hechos (Cosío y col, 1973).

Con respecto al suicidio, se introdujo la idea cristiana de que la vida era un atributo que Dios nos había concedido y era únicamente él quien podía privarnos de ella. Esta idea prevaleció en la idiosincracia general de nuestro pueblo hasta hace algunos años; ahora, la concepción de que todo aquel que intenta suicidarse o lo logra está "enfermo o trastornado mentalmente", es la que predomina en la forma de pensar de la gente común, e incluso entre un gran número de los especialistas en ciencias de la conducta, sin embargo, el ver al suicidio como algo "malo", sigue reflejándose en la postura de los familiares que tratan a como dé lugar, de ocultar el incidente, movidos por la censura social hacia el suicida y hacia su constelación familiar.

Con lo hasta aquí revisado, puede observarse que la concepción del pueblo mexicano con respecto al suicidio siguió en una época senderos diferentes de las concepciones occidentales que se tenían hacia él. El suicidio constituía una de las diversas formas de ingresar al paradisiaco inframundo donde el dolor humano se reducía a su máxima expresión. Más que condenar al suicidio, se

le admiraba.

Pero esta concepción cambia con el paso de los años y con la reculturización, producto de la conquista y colonización es pañola, aproximándose más a la concepción de los pueblos de la Euro pa Occidental.

El sentir actual del pueblo mexicano, en torno al suicidio no difiere en gran medida de la concepción que predomina universalmente, ahora sólo quedan rezagados en algunos lugares pe queños residuos de las viejas ideas auténticamente mexicanas.

Es evidente que para llegar hasta aquí, en México han ocurrido una serie de transformaciones que le han conducido a una forma de producción con características de un capitalismo depen diente o subordinado.

Este desarrollo corresponde a un período de ascenso y crisis del imperialismo y del sistema capitalista mundial; el de sarrollo de los países latinoamericanos ha estado y está condiciona do por ciertas relaciones internacionales que son definibles como re laciones de "dependencia", entendida ésta como condición que configu ra cierto tipo de estructuras internas ligadas a su vez a un sistema de explotación internacional. Las conquistas de los pueblos más dé biles, se realizan ahora bajo modernas técnicas que van desde la im posicion de ciertas ideas hasta el control concreto y directo de la forma de actuar de los países subordinados (González Casanova, 1982).

La dependencia estructural del capitalismo mexica

no ha presentado dramáticamente en los últimos años una aguda contra
dicción; el crecimiento económico ha sido lento e inestable, la irra
cionalidad del sistema se ha extremado, el capital privado nacional y
extranjero carece del impulso que tuvo en otros tiempos y en otros
países. Para dar solución a esto, la clase en el poder, ha echado
mano de una severa inflación, desempleo masivo, múltiples desequili
brios internos, un endeudamiento sin precedentes, una fuerte devalua
ción monetaria, una explotación cada vez mayor de los trabajadores ,
el empleo de medios represivos y pese al antiimperialismo verbal y pu
ramente retórico de muchos funcionarios, un saldo real de dependencia
sobre todo económico mayor que en cualquier otro tiempo (Aguilar y
col, 1977).

Resulta manifiesto que en este proceso el factor
económico es fundamental y constituye (puede decirse) la base de los
demás factores y procesos de la vida humana.

Todos los medios para el desarrollo de la produc
ción en un sistema capitalista se transmutan en medios de dominio y
explotación del productor, mutilan al operario haciendo de él un hom
bre parcial, lo degradan (Mondolfo, 1973). En México como en cual
quier país capitalista estas contradicciones conducen a un grado de
desarmonía en los individuos, hecho que puede manifestarse en situa
ciones tales como el ausentismo y tortuguismo laboral, la delincuen
cia, drogadicción, pandillerismo y tal vez como lo señala Kent(1982)
hasta la locura (concebida como la total escisión entre el individuo
y la sociedad), o, hasta el suicidio como lo señala Durkheim (1976).

Partiendo de esta base, estos fenómenos (contradicciones.) sólo se pueden eliminar en tanto se supere la sociedad actual hasta llegar a una sociedad igualitaria de hombres libres, o, hasta llegar a una sociedad en la que el libre desarrollo de cada uno, sea condición de libre desarrollo de todos (Marx, en Mondolfo, 1973).

CAPITULO II DEFINICION Y CLASIFICACION DE LA CONDUCTA SUICIDA

En el capítulo que antecede, historia del suicidio, se ha puesto en evidencia especialmente el nivel de determinación que desempeña la sociedad con respecto al suicidio, es decir, cómo ciertas prácticas humanas tanto individuales como colectivas, son producto de las relaciones materiales de producción en las que se hallan inscritas.

El signo esencial de la sociedad capitalista, ha sido que ésta ha generado y genera individuos cuya vida no posee en sí ningún valor a no ser por su trabajo, o más bien, por la ganancia y el ingreso que proporcionan a los capitalistas. En este sentido el individuo y su fuerza de trabajo se convierte en una mercancía cuya personalidad se encuentra alienada, dominada por su valor de cambio, escindida de la vida personal que sólo halla lugar en el trabajo (Sánchez, 1980; Mondolfo, 1973; Séve, 1975).

Aquí los trabajadores no son dueños del desarrollo de sus facultades, de su propia evolución como personas, al menos en la medida en que su actividad sea ejercida a título de trabajo asalariado, por ende, su fuerza de trabajo y en consecuencia su personalidad no puede manifestarse en función de sus capacidades, aspiraciones, necesidades, no es libre manifestación de sí, sino que debe ser vendida al capitalista (Séve, 1975).

Este tipo de relaciones sociales de explotación don

de los hombres sólo se relacionan entre sí a través de los objetos (y donde son considerados como objetos) no sólo reproducen las condiciones materiales de su existencia, sino también las condiciones subjetivas. El individuo en el proceso de trabajo contribuye a la acumulación de capital y simultáneamente a la reproducción tanto objetiva como subjetiva de su propia subordinación a tal proceso (Kent, 1982).

En el sistema capitalista se reproducen las clases y los individuos como miembros de ellas, pero también se reproduce la contradicción de clases cuyo momento individual es la insatisfacción de las necesidades de la escisión entre individuo y proceso de trabajo, entre la vida personal del trabajador y la laboral. El sistema empieza de esta forma a invadir la esfera de la vida personal de los sujetos creándoles al mismo tiempo estados de desequilibrio, como por ejemplo la poca tolerancia a la frustración al encontrarse en un medio donde las exigencias son cada vez mayores y donde la creación de falsas necesidades es cada vez mayor; grados altos de estrés causantes de una mala relación del individuo con su medio y al mismo tiempo de problemas fisiológicos.

La participación de los especialistas en la solución de estos problemas se ha visto restringida a soluciones parciales dado que ha estado también subordinada a ciertos intereses.

Psicólogos, Psiquiatras y Sociólogos (además de otros investigadores vinculados al área del comportamiento humano) se han convertido en agentes del capital, pues su trabajo aparece co

mo medio de dominación; sus proyectos se enmarcan claramente dentro de los aparatos de la hegemonía que es quien encamina su práctica profesional al separar y racionalizar su actividad como reproductores de conocimiento (Kent,1982;Leite, 1972; Murga y Boils,1979).

En el estudio del suicidio, esta actividad de los intelectuales ha tenido diferentes acepciones de acuerdo con los conocimientos que tienen a la mano y también de acuerdo con la formación profesional de cada cual.

Al referirse a su definición, por ejemplo, encontramos en la literatura tres diferentes formas de conceptualizarlo: la psiquiátrica, psicológica y la social. Pasemos ahora a revisar estas tres definiciones de lo que es el acto suicida.

A) DEFINICION PSIQUIATRICA Y MEDICA DEL SUICIDIO.

La mayor parte de los especialistas en psiquiatría que han abordado el tema del Suicidio, han puesto de manifiesto su ortodoxa formación médica, al considerarlo como una eventualidad desventurada que puede presentarse en diversas entidades clínicas (Farberow y Shneidman, 1969).

Es decir, han concebido al suicidio como un síntoma de diversas psicopatías, entre las que incluyen psicosis asociada con síndromes cerebrales orgánicos, como la psicosis de Korsakov; síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos, como los síndromes degenerativos por neoplasia, la esquizofrenia en todas sus formas, las psicosis, los trastornos de personalidad, etc.

Otro significado común entre los médicos, es el que el suicidio es un término de medicina legal que se refiere particularmente a un dato específico que debe incluirse en un certificado de defunción como indicación de una manera de morir (Farberow y Shneidman, 1969).

Muchos de los psiquiatras clásicos poseen marcadas tendencias psicoanalíticas freudianas, para ellos, el suicidio es considerado, más que una forma de autodestrucción, un homicidio potencial, en el sentido de que el suicida, en lugar de privar de la vida a otro, vuelve su objetivo sobre sí mismo (Eisenberg y Margain, 1978).

Existen otras definiciones, como las que consideran al suicidio como el acto de una persona que atenta contra su vida, con éxito o sin él (Mesa Redonda, 1978) o la de que es el acto fatal o no fatal (intento suicida) de auto-perjuicio llevado a cabo con un consciente intento autodestructivo, no obstante ser vago o ambiguo (Stengel, 1965); estas dos definiciones son compartidas por algunas otras disciplinas que han centrado su atención en la conducta suicida y que han estado de acuerdo en que el suicida es aquella persona que consumando o no el acto suicida, lo ha llevado a cabo alguna vez.

La OMS hace este mismo señalamiento cuando define el acto suicida como aquel que tiende a lesionar al que lo comete en grado variable de intento mortal y con conciencia del motivo, para la propia OMS, el acto conduce a un resultado fatal, en tanto que el intento suicida es aquel que no conduce a tal resultado, siendo el sujeto en ambos casos un suicida (Eisenberg y Margain, 1978).

B) DEFINICION PSICOLOGICA DE SUICIDIO.

El término suicidio significa etimológicamente matarse a sí mismo, o quitarse la propia vida, pero dicha acción tiene varias implicaciones.

Si nos conformamos con esta definición, cualquier organismo que acabe con su vida sería considerado como suicida, sin embargo, existen algunos investigadores como Stengel (1965) que afirman que el hombre es el único ser que puede desear su muerte y matarse él mismo, de tal suerte, la conducta autodestructiva no asociada con la idea de muerte no puede ser vista como un suicidio.

El suicidio puede definirse, a partir de esto, como el acto (individual o colectivo) de quitarse la propia vida voluntaria e intencionalmente (Stengel, 1965) o más precisamente, como el acto humano intencionado de interrupción del propio ser cometido contra sí mismo, con plenitud de conciencia de que los medios empleados realizaran sin duda el deseo de morir, no de inflingirse heridas o mutilarse, de tal suerte que con notas postreras o sin ellas, se puede advertir con claridad el propósito de hacer cesar en forma consciente la propia vida (Eisenberg y Margain, 1978).

Si observamos estas definiciones podemos encontrar alguna similitud con las definiciones psiquiátricas, sin embargo existen otros autores (Farberow y Shneidman, 1969) que afirman que la palabra suicidio en su significado más común, es un término de la medicina legal y que autodestrucción, es un concepto psicológico espe

cífico y por tanto, más útil para fines teóricos, ya que implica una psicodinamia consciente o inconsciente que se inhibe o se facilita de acuerdo con las características de la personalidad.

C) DEFINICION SOCIAL DEL SUICIDIO.

Para algunos investigadores inclinados hacia el ámbito social (Durkheim, 1976) y psicosocial (Kent, 1982), el suicidio es un fenómeno netamente social en todos sus aspectos.

Para Kent (1982), el suicidio es una de las diferentes prácticas tanto individuales como colectivas, no "naturales" y subversivas"(es decir, no son actividades dictadas por las normas sociales que son "naturales", sino que van en contra de ellas, en las que se expresa la contradicción generada por la lucha de clases.

Durkheim en su monografía, El Suicidio, publicada en 1897 y traducida al inglés en 1952, expresa una opinión similar al afirmar que los hechos sociales deben ser estudiados como realidades externas al individuo, de gran peso en la conducta suicida. Las instituciones sociales, tales como la familia y grupos religiosos, eran para él, fuerzas extrapersonales. El suicidio si bien en aparencia constituía un hecho altamente personal, era sólo explicable por el estado de la sociedad a la que el individuo pertenecía, serias fallas en la estructura social conducían a un incremento de las tasas de suicidio de acuerdo con este autor (Stengel, 1965), aunque no considera la capacidad del hombre de producir y transformar la sociedad en la que vive.

El mismo Drukheim (1976) da una definición espec

fica para el acto suicida individual, que según él consiste en todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado.

El que este autor dé una definición particular del acto suicida, no quiere decir que analice el fenómeno de la misma manera, ya que tanto para él como para Kent, el individuo y la sociedad, así como la relación entre ambos, se remite al terreno de lo social, siendo el punto decisivo, que la sociedad no se compone de individuos, no son éstos elementos principales del cuerpo social, ya que lo verdaderamente social, no está en el individuo aislado, si no en las relaciones sociales, entonces se entiende a los sujetos, no como componentes fundamentales de la realidad social, sino como productos históricos de la misma.

Hasta aquí se ha visto cómo no existe una definición única para referirse a la conducta suicida. Antes de pasar a proponer una, conviene señalar algunas de las diferentes formas de clasificar esta conducta, para que con ellos y con las definiciones revisadas, pueda abundarse en información que ayude a elaborar una definición con la que se pueda diferenciar aquella conducta a estudiar bajo el nombre de suicidio.

CLASIFICACION DE LA CONDUCTA SUICIDA.

A partir de la exposición de las tres formas de conceptualizar al suicidio es posible darse cuenta que existe en el ca

so de las dos primeras (psiquiátrica y psicológica), un abandono de tal concepto con respecto a otros procesos, es decir, no existe una incorporación de este concepto al resto de la realidad en la que se encuadra. Por el contrario la definición social del suicidio, lo concibe como una más de las tantas manifestaciones que caracterizan todo un amplio conjunto de relaciones humanas.

En el caso de las clasificaciones que se han realizado de la conducta suicida, la mayor parte de ellas han carecido de componentes teóricos, en el sentido en que han sido realizadas en términos básicamente topográficos (se habla únicamente de la forma en que se manifiesta la conducta suicida), estas incluyen desde las conductas no claramente observables como las ideas suicidas, hasta la conducta suicida, existiendo entre estas, diversas manifestaciones y modalidades de dicha conducta, pasemos a revisar estas clasificaciones:

A) IDEA SUICIDA.

La idea suicida, es una de las conductas preliminares de la misma conducta suicida, Mar (1977), señala que estas ideas suicidas que llevan a actos suicidas, son síntomas de cuadros patológicos y que por ello necesitan ayuda médica.

Cabe hacer la diferenciación entre ideas suicidas que llevan a actos suicidas e ideas que se podrían adjetivar como simples. La diferencia entre ambas es básicamente cuantitativa como en casi todos los cuadros psiquiátricos. Algunas veces, los "sanos" tienen falsas percepciones, sentimientos patológicos o errores de

juicio, pero no es la regla, sino la excepción, en cambio, las personas "trastornadas mentalmente", presentan dichos síntomas muy frecuentemente,ésto también acontece en las personas que podríamos llamar "fácilmente trastornables", bajo la acción de presiones externas, en enfermedades orgánicas graves,agudas o crónicas o del estres(Mar,1977).

B) GESTOS SUICIDAS.

Son aquellos actos en los que el paciente sabe perfectamente bien la acción farmacológica de las drogas que ingiere, o bien, conoce el alcance de las lesiones que se produce (Stengel, 1965). Ejemplo de esto es el paciente que con fines de intimidación (agresión) toma dos o tres pastillas inductoras de sueño, sabiendo que prácticamente no hay posibilidades de que muera, en cambio su sueño profundo,más las amenazas de suicidio hechas a quien desearía "hacer que cambie" le produciría a éste, gran alarma y sentimientos de culpa. Este tipo de pacientes no es el que más frecuentemente se observa.

C) CHANTAJE.

Entre todos los tipos de chantaje el que suele impresionar más fuertemente es el suicidio. Un chantaje de suicidio es un método eficaz para conseguir lo que la persona desea.

Existen tres grados en el chantaje: amenazas, tentativa planeada y tentativa puesta en práctica. Las tentativas puestas en práctica no son las más frecuentes entre los casos de chantaje. Además existen tres tipos de chantaje, el primero es el verdadero chantaje, en el que se reconoce o se confiesa, pero no se debe supo

ner que tales confesiones correspondan siempre a la realidad. El chantaje afectivo, es otro tipo, aquí, la mitomanía, que es una tendencia patológica más o menos voluntaria y consciente a la mentira y a la creación de fábulas imaginarias, tiene gran importancia. Hay personas a las que les gusta vivir situaciones trágicas, que les permita compadecerse de sí mismos y también es posible suscitar compasión entre sus allegados, llamando la atención por una verdadera necesidad afectiva. Finalmente está el chantaje del colérico, que es sensible a toda excitación, lo cual le provoca a la persona reacciones violentas (Moal, 1976; Mar, 1977).

D) AVISOS SUICIDAS.

Por lo general, las intenciones suicidas han sido expresadas mucho antes de culminar con el acto suicida de una manera directa o indirecta. Algunos psiquiatras, informan que del sesenta al setenta y cinco por ciento de sus pacientes que se suicidan, habían dado un aviso a alguien.

Estos avisos consisten básicamente, en expresiones o insinuaciones verbales o de conducta en general, que van dirigidas a las personas más significativas para el suicida (Stengel, 1965).

E) NOTAS SUICIDAS.

Sólo una minoría de la gente que se elimina, deja un mensaje escrito hecho bajo un estrés emocional. Estas notas, por lo general, contienen expresiones de amor u odio. Ciertamente, ellas confirman la importancia de la agresión contra otros en la motiva

ción del suicidio, especialmente el motivo de venganza y también el deseo de ser amado, aún después de la muerte. Los que las escriben parecen estar profundamente interesados en lo que va a suceder después de su muerte (Stengel, 1965).

F) INTENTO SUICIDA.

En el intento de suicidio el paciente se autolesiona con la idea de morir aún en el caso de que los tóxicos que ingeriera o las lesiones de otro tipo que se produzca, no basten para morir. Lo que nos importa para su clasificación es la convicción del paciente de que con lo que va a tomar o con las lesiones que se va a producir, morirá, aún en el caso de que se trate de unas aspirinas o leves lesiones en las venas.

Existen otras definiciones de lo que es un intento suicida. Weiss (En Stengel, 1965) incluyó en todos los casos una descarga de tendencias agresivas, autodirigidas a través del juego con la muerte y de probabilidades letales variables, afirma que en la mayoría de los casos, se trata de una súplica de ayuda; en los menos se trata de una necesidad de castigo y de un juicio por el acto seu dosuicida. Stengel (1965) afirma que el intento suicida es cualquier acto de autoperjuicio inflingido con intención autodestructiva, aunque sea vaga o ambigua; en ciertas ocasiones esa intención se tiene que inferir de la conducta del paciente.

Por su parte Durkheim (1976) define al intento sui cida como la detención de todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la misma

víctima, sabiendo ella que el resultado que debía producir era la muerte.

G) ACTO SUICIDA O SUICIDIO CONSUMADO.

Sobre este punto, conviene señalar aquí que cuando las lesiones que se produce la persona a sí misma le ocasionan la muerte, se dice que ha cometido Suicidio. En lo anterior se da por admitido que la intención de la persona ha sido consciente, sin embargo la experiencia clínica de muchos autores ha hecho considerar a algunas muertes violentas, tales como las acaecidas en accidentes automovilísticos, en motocicleta o de otro tipo, como verdaderos suicidios con motivación inconsciente. También pueden considerarse como posibles suicidas, aquellas personas que frecuentemente se autolesionan "accidentalmente". Los jugadores de ruleta rusa y los aficionados al paracaidismo, así como los que descuidan su salud, se mezclan en actividades ominosas, provocan reyertas, se inclinan en el alcoholismo o la drogadicción, podrían encasillarse dentro de este grupo, que en ocasiones ha sido llamado suicida tácito, ya que no confiesan su deseo de quitarse la vida, si bien persisten con tenacidad en tal deseo (Eisenberg y Margain, 1978; Mar, 1977).

H) PACTO SUICIDA O SUICIDIO COLECTIVO.

Eventualmente dos o más personas, se suicidan juntas. Este tipo de arreglo mutuo se denomina pacto suicida o suicidio colectivo. Contrariamente a la creencia común, la proporción de amantes desgraciados que se matan, es muy reducida, la mayoría son personas enfermas, cuya decisión fué igualmente compartida, la iniciativa

habitualmente deriva de uno de los dos. Existen ciertas constelaciones típicas: el iniciador puede sufrir de una enfermedad depresiva, la que tiene un notorio efecto depresivo sobre quien vive con él; o los dos pueden ser viejos o enfermos; o dos personas pueden haber sido sorprendidas en un enredo extramarital. En algunos casos de suicidio doble, la antigua creencia de que morir juntos produce una unión bienaventurada después de la muerte, desempeña un papel en la motivación (Stengel, 1965).

Con lo anterior, se termina de exponer lo más sobresaliente en relación con las definiciones y clasificaciones de la conducta suicida, se ha visto cómo casi todas las definiciones revisadas incluyen tres elementos que son "el acto" (Mesa Redonda, 1978; Stengel, 1965; Eisenberg y Margain, 1978; Durkheim, 1976); "el tener conciencia sobre ese acto" (Stengel, 1965; Eisenberg y Margain, 1978; Farberow y Shneidman, 1969) y el "propósito de llegar a la muerte" (Eisenberg y Margain, 1978; Stengel, 1965; Durkheim, 1976).

Otras más implican la expresión por parte del que las realiza de un prejuicio, expresión que en la mayoría de las veces es de desaprobación, como en el caso de la definición que alude al suicidio sólo como "uno de los diversos síntomas de una enfermedad" (Sullivan, en Farberow y Shneidman, 1969), o como la que se refiere a él como un "homicidio" (Eisenberg y Margain, 1978) o como la que lo hace considerándolo como "autodestrucción" (Stengel, 1965).

Se ha observado también, cómo otros autores involucran un elemento subjetivo como parte de su definición, es decir, ele

mentos que son particulares del sujeto como lo es el "deseo de morir" (Eisenberg y Margain, 1978).

En otros casos los elementos que se observan son totalmente objetivos o descriptivos ya que no incluyen juicios de valor ni elementos subjetivos, como sucede en la definición que afirma que el suicidio es sólo "la indicación de una forma de morir" (Farberow, 1969); algunas más incorporan modalidades del suicidio como ocurre en el caso de que sea "individual o colectivo", o de que sea "por propia mano o de otros" (Stengel, 1965).

Finalmente se tienen aquellas que involucran elementos ideológicos, como por ejemplo el que sea un "acto subversivo" (Kent, 1982).

Una vez analizados los elementos que incluyen cada una de las definiciones y clasificaciones revisadas, se puede pasar a proponer una definición del Suicidio que facilite la comprensión del evento que se está estudiando. Siendo ésta la siguiente:

"Acto deliberado para quitarse la vida"

Si se analiza esta definición, que a simple vista puede parecer muy breve, se puede percatar que no incluye elementos causales ya que de acuerdo con nuestro punto de vista el suicidio al igual que otros eventos conductuales, está posiblemente determinado por una infinidad de causas que afectan quizá de muy diversas formas a cada individuo.

Por otro lado cuando se habla de que el suicidio es

un "acto deliberado" se alude al hecho de que quien lo comete tiene el conocimiento de que su conducta le conducirá a privarse de la vida, independientemente de que el acto se consume o no.

También se puede advertir en esta definición que no se incluyen juicios de valor, tratando por el contrario de incluir elementos descriptivos, objetivos que ayuden a proporcionar un enfoque imparcial del suicidio y que al mismo tiempo lo delimiten de otros eventos que no encajan dentro de esta categoría.

CAPITULO III. DATOS ESTADISTICOS

Los suicidios han sido registrados en Europa y América del Norte desde el comienzo del Siglo XIX y aún desde antes en algunos otros países.

Las tasas de suicidios tienden a distorsionar la verdad, incluso en países con una alta tradición científica en estadísticas así p. ej. en Estados Unidos se estima que el número de suicidios es con toda probabilidad de un cuarto a un tercio más alto que lo registrado (Stengel, 1965).

Los guarismos de suicidios se derivan en gran medida de los veredictos médico forenses, que son a veces inconcluyentes, aún en los casos en los que la evidencia médica del suicidio es adecuada. Los criterios de prueba requeridos para un veredicto médico-forense difieren de los de un diagnóstico postmortem de la causa de la muerte; pero existen otros factores que tienden a falsificar las tasas de suicidio. En los países católicos y musulmanes un veredicto de suicidio es una desgracia tal para el muerto y su familia que se le evita hasta donde sea posible (Stengel, 1965); una gran parte de los pseudosuicidios suelen ocultarse por los familiares, movidos por la censura social que suscita tan dramático trance dentro de la sociabilidad de los pseudosuicidios y de su constelación familiar. Así lo reconocen la mayoría de los tratadistas y estudiosos que han escarbado dentro del tema del suicidio (Eisenberg y Margain, 1978).

Esa incertidumbre crece conforme el sujeto de estudio va ascendiendo en la escala social, pues el pseudosuicidio de



UNAM. CAMPUS
IZTACALAPA

clases acomodadas y media alta, es a menudo protegido con un certificado médico que acredita una supuesta enfermedad, no obstante ello, en el caso de clases populares y de la media pobre logran en la delegación, la salida u ocultamiento de quien intentó privarse de la vida (Eisenberg y Margain 1978).

IZT. 1000766

Otra fuente que provoca una deficiente apreciación es la dificultad de distinguir en algunos casos entre suicidio y accidente como causa de muerte (Stengel, 1965).

No es inútil agregar que hay un factor más que impide obtener estadísticas completas sobre los intentos de suicidio y consiste en que una vez remitido el sujeto al hospital psiquiátrico, el personal médico suele sustentar el criterio de no recluir al paciente por tres razones: porque se considera intrascendente el caso, por falta de camas para hospitalización o porque los familiares asumen la responsabilidad de la custodia y vigilancia del individuo. Todos estos factores reducen en forma considerable la estadística vinculada al evento del suicidio (Eisenberg y Margain, 1978).

Con lo anterior, se observa que las estadísticas sobre suicidios consumados son conservadoras, estando indudablemente reducidas debido a la fuerte presión social contra la extensión de certificados de muerte cuya causa sea el suicidio en casi todas las partes del mundo. Las estadísticas en relación a intentos suicidas son aún menos exactas ya que no figuran en ningún registro oficial.

De esta forma, debido a las actitudes culturales,

todavía se ignora la extensión real del problema.

Una vez aclarado lo anterior se puede pasar ahora a analizar las estadísticas existentes de diferentes países y finalmente del nuestro.

A) DATOS ESTADISTICOS EN EL MUNDO.

Durante la revisión bibliográfica hecha para recopilar datos sobre las estadísticas de suicidio a nivel mundial, se encontró desafortunadamente que sólo se han analizado un número reducido de países y básicamente aquellos de donde son originarios los autores, además de que las únicas investigaciones recientes son de Estados Unidos; a pesar de esto, resulta importante hacer una revisión de estos datos que son los únicos con que se cuenta por ahora.

De acuerdo a las cifras registradas por el Anuario Demográfico de las Naciones Unidas de 1970, se mencionan los datos por países de la siguiente forma:

| | | | |
|-------------|------|----------------|------|
| Japón | 15.2 | Gran Bretaña | 8.0 |
| China | 13.6 | Irlanda | 1.8 |
| Canadá | 10.9 | Holanda | 8.1 |
| E.U. | 11.0 | Suiza | 17.1 |
| Venezuela | 6.9 | Suecia | 22.0 |
| Guatemala | 2.7 | Finlandia | 25.3 |
| Panamá | 3.1 | Checoslovaquia | 24.5 |
| Puerto Rico | 9.2 | México | 2.3 |

Con la tabla anterior se observa una marcada dife

rencia entre los países que se pueden considerar con un alto nivel de industrialización y aquellos que aún no lo han alcanzado completamente. Así las tasa de Canadá, Estados Unidos, Japón, Gran Bretaña, Suíza, Suecia, Finlandia y Checoslovaquia donde el proceso de industrialización ha llegado a niveles superiores, son más elevadas, en contraposición, las naciones que han iniciado su desarrollo industrial o que se hallan en etapa media registran tasas por debajo de esa cifra (Rodríguez, 1974).

En Gran Bretaña, el número total de actos suicidas, independientemente del resultado por cien mil habitantes, estuvo entre los 75 y 100 por año. Sólo uno por cada 6 ó 8, tiene un desenlace fatal.

En Inglaterra y Gales aproximadamente 5000 personas se suicidan cada año. Es esta una cifra inquietante. Parece ser sorprendente que tanta gente llegue al extremo de la desesperación en una época en que la prosperidad material es mayor que nunca. La pobreza como tal no está asociada con una elevada tasa de suicidios. Al contrario, son los miembros de determinados grupo profesionales --- médicos, dentistas, abogados --- los que presentan los más altos porcentajes.

Entre los factores causales en 390 casos de suicidio en el norte de Londres (1955) se encontraron los siguientes (Stengel, 1965).

| F A C T O R E S | CONTRIBUYENTES EN % DE CASOS. | PRINCIPAL EN % DE CASOS. |
|-----------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Sociales | 60 | 35 |
| Personales | 20 | 14 |

| | | |
|----------------------|----|----|
| Enfermedad Física | 29 | 18 |
| Trastornos Mentales | 47 | 37 |
| Personalidad Anormal | 17 | 17 |

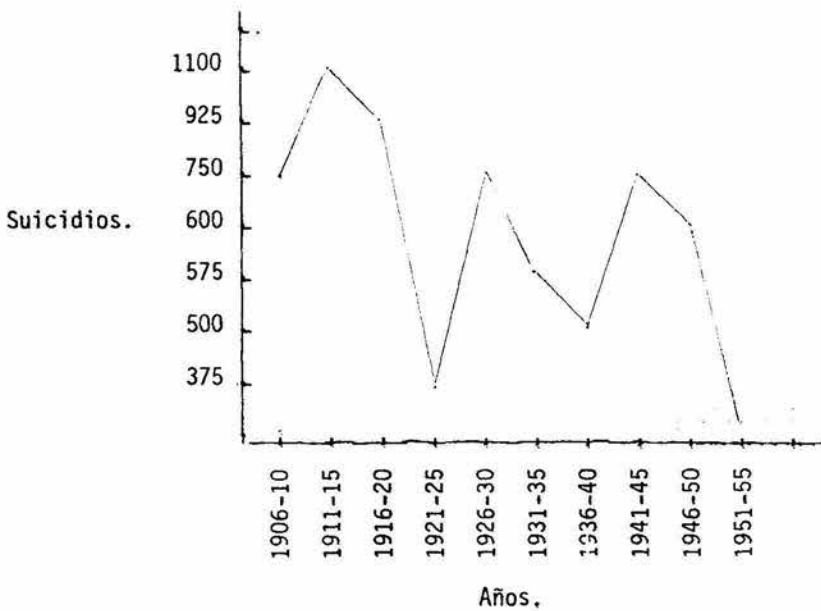
Existen otras referencias que se enfocan a arrojar datos estadísticos sobre niños y adolescentes, tal es el caso de Francia. Durante la última guerra francesa en 1942, se encontró un total de 168 suicidas de menos de 16 años, de los cuales 2 terceras partes pertenecen al sexo masculino. El Número de suicidios aumentó con la edad aunque no de una forma regular, a partir de los 13 años la progresión es clara; la edad de 15 años totaliza un poco más de la mitad de los casos.

El estudio del número de suicidios según la edad y sexo demuestra que el período de mayor frecuencia del suicidio femenino es el de la adolescencia (15 a 19) y en el que se da menor frecuencia es de los 55 a 59.

Las diferentes formas de suicidio que la estadística reporta, muestran que los muchachos de 10 a 14 años se suicidan ahorcándose; los adolescentes de 15 a 19 años con armas de fuego; las muchachas de 10 a 19 años prefieren sumersión o armas de fuego. (Maal, 1976).

Los suicidios en España comprendidos entre 1906 y 1955 de los niños de 10 años a adolescentes de 19 años en ambos sexos, alcanzan los máximos porcentajes en el período de 1911-1915 y los mínimos en 1921-1925, mostrando un descenso a partir de 1946, la

gráfica siguiente muestra estos datos:



En lo referente a medios empleados se menciona que han variado con el tiempo. La vida moderna ha facilitado nuevos me dios como son armas de fuego, tóxicos fáciles de adquirir y aplasta miento por medios mecánicos (Moal, 1976).

La muerte por suspensión ocupa el 1er. lugar para los dos sexos de 12 a 19 años.

Para los hombres de 13 a 19 años el 2º lugar corres ponde a heridas por armas de fuego seguido por aplastamiento. Para las mujeres de la misma edad el envenenamiento seguido por sumersión. En la tabla siguiente, se muestra lo anterior:

| M E D I O S | HOMBRES | | MUJERES | |
|-------------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
| | HASTA 12 AÑOS. | 13 A 19 AÑOS. | HASTA 12 AÑOS. | 13 A 19 AÑOS. |
| Armas de fuego | --- | 67 | --- | 4 |
| Arma blanda | --- | 14 | --- | 5 |
| Sumersión | 1 | 40 | 1 | 60 |
| Veneno | --- | 26 | 1 | 72 |
| Suspensión | 5 2 | 486 | 10 | 196 |
| Asfixia | 1 | 6 | 1 | 4 |
| Precipitación | --- | 27 | --- | 46 |
| Arrojarse al tren | --- | 55 | --- | 58 |
| Otros. | --- | 1 | --- | 4 |

Sobre etiología, la estadística sólo refleja aquella que a la vista presentan un carácter significativo bastante lejos de descubrir los verdaderos móviles. Los datos son de 1946-55. La cifra más alta se cobija en "No consta"; en 2º lugar para hombres, padecimientos psicopáticos y para las mujeres, los amores contrariados. La estadística oficial omite circunstancias familiares, medios económicos, etc.; esto se representa en la tabla siguiente (Moal, 1976):

| CAUSA | HOMBRES | | MUJERES | |
|----------------------|----------------|--------------|---------------|---------------|
| | HASTA 12 AÑOS. | 13 A 19 AÑOS | HASTA 12 AÑOS | 13 A 19 AÑOS. |
| Miseria | --- | 6 | --- | 2 |
| Pérdida de empleo | --- | 5 | --- | --- |
| Disgustos domésticos | --- | 7 | --- | 2 |
| Amores Contrariados | --- | 17 | --- | 85 |
| Disgusto vida. | 2 | 88 | --- | 48 |

| | | | | |
|--------------------|-----|-----|-----|-----|
| Celos | --- | 1 | --- | --- |
| Temor | 1 | 32 | --- | --- |
| Falso honor | --- | 6 | --- | 16 |
| Pad. físico | 3 | 74 | 1 | 38 |
| Edos. psicopaticos | 10 | 141 | 4 | 53 |
| Embriaguez | --- | 3 | --- | 0 |
| Otras | 1 | 3 | --- | 6 |
| No consta | 32 | 262 | 4 | 133 |

Uno de los países del mundo donde se han hecho más investigaciones sobre el suicidio es Estados Unidos y dentro de este país, hay ciudades que han realizado mayor número de estudios, tal es el caso de los Angeles, teniendo hasta el momento dos informaciones (método y edad) recientes, realizadas en el Centro para la prevención del suicidio (CPS) que varían en el período de 1979-1981, sin embargo la mayoría de los datos en el presente trabajo son del año de 1957.

En relación al sexo se ha encontrado que para suicidios consumados, el porcentaje de varones fue de 70 y de mujeres del 30, mientras que para intento de suicidio en varones fue del 31% y en mujeres del 69%. En base a la raza los suicidios consumados fueron de 9 a 10 suicidios en blancos (95%) mientras que los negros sólo cometieron cerca del 3% de los suicidios. Los intentos de suicidio muestran una elevada proporción en blancos (89%). Hay más negros que intentan suicidarse, que negros que se suicidan (8% contra 3%).

La estadística realizada en 1957 hacía pensar que la edad en que predominaban los suicidios consumados eran los 42 años tanto para hombres como para mujeres mientras que en los intentos de suicidio las cifras más altas se presentaron a la edad de 32 años para varones y 27 años para las mujeres. En general se concluía en esta época que a medida que una persona tiene más edad es más probable que el acto suicida tenga consecuencias, fatales (Farberow, 1969).

En información reciente la edad en que predominan los suicidios consumados es entre los jóvenes de 20-29 años. En general en los últimos años se ha ido eliminando la idea de que a medida que una persona tiene más edad es más probable que el acto suicida tenga consecuencias fatales. Investigaciones realizadas en el CPS en 1979-1981, se observó que el suicidio ha incrementado dramáticamente entre gente joven y ha descendido en gente que tiene más edad (CPS, 1983).

En la tabla siguiente se muestran los datos reportados por el CPS: Julio 1, 1979 - Junio 30, 1980.

| EDAD | NO. SUICIDIOS | % |
|-------|---------------|------|
| 0-9 | --- | --- |
| 10-19 | 64 | 5.9 |
| 20-29 | 280 | 25.7 |
| 30-39 | 198 | 18.2 |
| 40-49 | 180 | 16.6 |

| | | |
|-------|-----------|------|
| 50-59 | 137 | 12.6 |
| 60-69 | 111 | 6.8 |
| 70-79 | 74 | 6.8 |
| 80 | <u>44</u> | 4 |
| TOTAL | 1'088 | |

Julio 1, 1980 - Junio 30, 1981.

| EDAD | NO. SUICIDIOS | % |
|-------|---------------|------|
| 0-19 | 65 | 5.9 |
| 20-29 | 270 | 24.3 |
| 30-39 | 244 | 22.0 |
| 40-49 | 150 | 13.5 |
| 50-59 | 161 | 14.5 |
| 60-69 | 107 | 9.7 |
| 70-79 | 66 | 5.9 |
| 80 | <u>47</u> | 4.2 |
| TOTAL | 1,110 | |

Con relación al estado civil, el porcentaje relativamente más alto de intentos (54%) y suicidios consumados (52%) se observó en individuos de ambos sexos. Proporcionalmente, son menos las personas solteras (13) que se suicidan, pero proporcionalmente más personas solteras lo intentan (25%). Los viudos y viudas representaron el 11% de los suicidios consumados y el 4% de los intentos, lo que comparado con el 9% que ocupan en la población del municipio, indica que los viudos son propensos al suicidio. Es también interesante hacer notar que entre las viudas el número de suicidios consumados fue 5 veces mayor que los intentos de suicidio (20% contra 4%) mientras que en los viudos la proporción fue sólo de 2 a 1, o sea, 6% contra 3%.

El factor "ocupación" no parece influir de manera diferente en los suicidios consumados y los intentos de suicidio. La categoría que en sí, tiene entre las mujeres el índice más alto de suicidios tanto intentados como consumados es la de amas de casa (50% y 45% respectivamente).

Otro dato que se ha investigado en Los Angeles es ¿con quién vivía el individuo?; el 44% de los hombres y 42% de mujeres vivían con su cónyuge el 22% de mujeres vivían solas y el 13% de hombres y 21% mujeres vivían con otros parientes (Farberow, 1969).

En lo relacionado al mes en que se efectuaron más suicidios no se muestra ninguna variable temporal significativa en el fenómeno del suicidio de acuerdo con el mes. Febrero es el mes en el que se registran menos suicidios (5%) diciembre y enero tienen

los porcentajes más altos (11% y 10% respectivamente).

Con respecto al día y hora del suicidio no parece haber ninguna variación significativa.

Existen diferencias en los métodos empleados por las personas que mueren y por las que sobreviven, los métodos de suicidio pueden dividirse en dos grupos: Las que incluyen la muerte por proyectil de arma de fuego, ahorcamiento, salto de altura, se identifican casi exclusivamente con los suicidios consumados, mientras que el cortarse las venas de las muñecas o garganta se identifican casi por completo con intentos.

Los hombres emplean armas de fuego en el 41% de los casos mientras que las mujeres sólo las emplean en el 18%, éstas utilizan los barbitúricos para matarse, en el 46%, mientras que los hombres emplean con este fin en el 13% de los casos. (Farberow, 1969).

Las nuevas investigaciones realizadas por el CPS (1979-1981) han señalado que en forma global los métodos usados para auto destruirse son los siguientes: Julio 1, 1980 - Junio 30, 1981.

| METODOS | NO. SUICIDIOS | % |
|----------------|---------------|------|
| Armas de fuego | 498 | 44.9 |
| Drogas | 271 | 24.4 |
| Ahorcamiento | 146 | 13.2 |
| Saltar | 68 | 6.1 |
| CO | 60 | 5.4 |

| | | |
|--------|-----------|-------|
| Otros | <u>67</u> | 6.0 |
| TOTAL. | | 1,110 |

Julio 1,1979 - Junio 30, 1980.

| METODOS | NO.DE SUICIDIOS | % |
|----------------|-----------------|------|
| Armas de fuego | 526 | 48.3 |
| Drogas | 258 | 23.7 |
| Ahorcamiento | 118 | 10.6 |
| Saltar | 56 | 5.2 |
| CO | 48 | 4.4 |
| Otros | <u>82</u> | 7.5 |
| Total. | 1,088 | |

Otro punto de interés es la nota suicida, se encontró que el 35% de los hombres y el 39% de las mujeres dejan notas suicidas. Según Farberow (1969) las notas proporcionan una oportunidad al investigador para interiorizarse en los pensamientos y sentimientos de los suicidas ya que están escritas dentro del contexto del comportamiento suicida.

Un elemento que se ha estudiado es la serología, al respecto el 24% de los hombres suicidas tienen cierta cantidad de etanol en la sangre, mientras que sólo el 11% de las mujeres lo presentan.

El tema de las "razones" no constituye un dato

científico pero se presentan por el valor que tienen al punto de vista del interés general. Las principales razones que dan los varones son la mala salud, dificultades matrimoniales y depresión psicológica. Entre las mujeres las razones más frecuentes son la mala salud física o mental y la depresión (Farberow, 1969).

Una cuestión de interés en el estudio del suicidio es ¿Cómo se salvo la persona que intentó suicidarse? el 72% de los hombres y el 64% en mujeres fueron encontrados por alguien, generalmente el cónyuge.

Por último otro factor analizado es el referente a los datos ecológicos, observándose que en las personas que viven en departamento existe cierta tendencia a que aumente el número de suicidios.

A un nivel más general, algunos autores como Davison (1983) y el CPS (1983) mencionan que en Estados Unidos el suicidio se ha observado en una proporción casi igual en todo los niveles socioeconómicos; el suicidio en orden de importancia es la décima causa de muerte entre los adultos; en Estados Unidos se registran aproximadamente 500 suicidios cometidos por adolescentes y niños; por último las proporciones de suicidios aumentan durante los años de depresión, se mantienen estables durante la prosperidad y disminuyen durante las guerras.

Con lo señalado hasta aquí se ve que en algunas de las referencias revisadas no se aclaran porcentajes de los factores

analizados, además de que no se mencionan las fechas de esos estudios, sabiéndose únicamente la fecha del libro o artículo.

Por otra parte, se observa que no hay unificación en los diferentes países para el estudio estadístico, analizando sólo algunos factores y de diferente forma, impidiendo esto, tener resultados uniformes.

Sin embargo la revisión hecha hasta aquí proporciona un panorama general de la magnitud mundial que representa el acto suicida.

A continuación se presentará la información estadística en México, aclarando que ésta se remite al decenio 1960-1970.

B) DATOS ESTADISTICOS EN MEXICO.

1.- En el sexo femenino, las tasas de suicidios consumados alcanzan su máxima frecuencia en el grupo de 15 a 19 años durante 1960 y en el grupo de 20 a 29 años durante 1970. Los intentos de suicidio durante 1960 dan tasas elevadas en las edades de 20 a 29 años y en 1970 han sido las jóvenes de 15 a 19 años.

Las edades en las cuales se cometen mayor número de suicidios en el D.F. corresponden a la etapa evolutiva de la edad madura y comienzo de la vejez en el caso de los hombres; entre las mujeres a la época de la juventud con incidencia importante en la madurez. Esto se observa en las siguientes tablas donde se muestran el número de suicidios por etapas evolutivas en 1960-1964 y 1965-1969:

HOMBRES

MUJERES

| ETAPAS EVOLUTIVAS | ABSOLUTOS | RELATIVOS | ABSOLUTOS | RELATIVOS. | 1960-64 |
|-------------------|-----------|-------------|-----------|------------|---------|
| Adolescencia | 28 | 8.5 | 33 | 21.5 | |
| Juventud | 65 | 25.9 | 61 | 40.0 | |
| Madurez | 172 | 52.5 | 51 | 33.3 | |
| Vejez | <u>43</u> | <u>13.1</u> | <u>8</u> | <u>5.2</u> | |
| | 328 | 100.0 | 153 | 100.0 | |

HOMBRES

MUJERES

| ETAPAS EVOLUTIVAS | ABSOLUTOS | RELATIVOS | ABSOLUTOS | RELATIVOS | 1965-69 |
|-------------------|-----------|------------|-----------|------------|---------|
| Adolescencia | 39 | 10.1 | 49 | 22.9 | |
| Juventud | 119 | 30.9 | 84 | 39.3 | |
| Madurez | 189 | 49.1 | 73 | 34.1 | |
| Vejez | <u>38</u> | <u>9.9</u> | <u>8</u> | <u>3.7</u> | |
| | 385 | 100.0 | 214 | 100.0 | |

En el resto de la República la situación resulta li-
geramente diversa, observándose lo siguiente:

| Z O N A S | HOMBRES | | MUJERES | | Edad Media. |
|---|---------|------|---------|------|-------------|
| | 1960 | 1970 | 1960 | 1970 | |
| I Edos. del Norte, | 43 | 34 | 29 | 24 | |
| II Coah. Chih. Dgo. NL, | 36 | 38 | 25 | 26 | |
| III Tams. Ver, | 39 | 39 | 33 | 24 | |
| IV Aqs. Zac. S.L.P. | 35 | 39 | 28 | 27 | |
| V Litoral Pacífico | 31 | 37 | 35 | 21 | |
| VI Hgo. Mor. Pue, Qro, Tlax, Edo. Méx. | 34 | 35 | 26 | 26 | |

| | | | | | |
|------|-----------|----|----|----|----|
| VII | D.F. | 38 | 34 | 28 | 30 |
| VIII | Sur País. | 37 | 39 | 27 | 28 |

2.- El estado civil en 1960 en el D.F. hubo un total de 92 suicidios en que se pudo conocer el estado civil de los sujetos, de ellos fueron 62 hombres y 30 mujeres:

| EDO. CIVIL | HOMBRES | MUJERES |
|-------------|---------|---------|
| Divorciados | 38.5 | 13.2 |
| viudos | 5.5 | 1.1 |
| casados | 4.8 | 0.8 |
| solteros | 3.1 | 2.8 |

Diez años después en 1970 las tasas fueron las siguientes:

| EDO. CIVIL | HOMBRES | MUJERES |
|-------------|---------|---------|
| Divorciados | 11.9 | 4.0 |
| Casados | 4.2 | 2.5 |
| Solteros | 3.1 | 2.9 |
| Viudos | 2.9 | 1.0 |

Para la totalidad del país las tasas de suicidios por estado civil que dieron distribuidas de la siguiente forma:

| ESTADO CIVIL | 1960 | | 1970 | |
|--------------|---------|---------|---------|---------|
| | HOMBRES | MUJERES | HOMBRES | MUJERES |
| Divorciados | 142.2 | 76.6 | 14.0 | 14.6 |
| Viudos | 16.2 | 5.1 | 10.2 | 1.1 |
| Solteros | 4.3 | 3.2 | 5.0 | 2.5 |
| Casados | 3.4 | 1.6 | 4.5 | 1.1 |

Las personas que han roto el vínculo matrimonial son las más propensas al suicidio ya sea sólo intentado o consumado. Durante 1960 y 1970, en 89% y 63% se da la relación entre estado civil y el suicidio. Las relaciones indican que son preferentemente los casados quienes intentan el suicidio y los que no llevan vida matrimonial lo consuman.

3.- Escolaridad. Las cifras oficiales referente a escolaridad sólo distinguen entre alfabetizados y analfabetos, sin precisar el último grado de escolaridad causado por el suicida.

En un período de 10 años se observa en el D.F., que en el transcurso del incremento educativo y al tener oportunidad de salir del analfabetismo, mayor número de personas, aquellas que permanecen aún en él se ven cada vez más sujetas a la escuela que establece una marginalidad social que unida a las enfermedades, insalubridad, alcoholismo, etc., desemboca frecuentemente en la autodestrucción.

La situación precedente se ve reflejada en la mayoría de las zonas del país (Rodríguez, 1974).

Para el D.F. son los hombres analfabetos y las mujeres alfabetizadas quienes presentan asociación al suicidio. En la mayoría de las zonas se da asociación entre el ser hombre analfabeto y mujer alfabeto y suicidarse.

Concluyendo, al aumentar la escolaridad aumenta su tendencia al suicidio. Los Hombres analfabetos por la marginalización que esto les impone quedan vulnerables a la anomia económica y social que precede al suicidio. En nuestra sociedad es el hombre el que asume los roles dirigentes, siendo quizá éste un motivo de su inadaptación social cuando no reúne los requisitos mínimos huyendo con el suicidio de esta situación.

Las mujeres analfabetas no parecen verse afectadas por las causas anteriores pero las alfabetas llegan a tomar conciencia de la situación en que se encuentran y al no hallar fácil respuesta a sus inquietudes caen en la anomia y son víctimas de autodestrucción (Rodríguez, 1974).

En el D.F., los hombres analfabetas en todos los casos consumaron el suicidio. Entre las mujeres alfabetas, el 55% llegaron a la consumación.

Para todo el país, los hombres analfabetas consumaron el suicidio en el 93% del total de los casos y las mujeres alfabetizadas lo consumaron en el 46% y lo intentaron en el 54%.

4.- Ocupación. En el D.F. durante los años 1960 y 1970 la situación

fue la siguiente: En 1960 el estrato medio (profesionales, técnicos, empleados, comercio, hogar) dió una tasa de 5.1 para hombres y 1.6 para mujeres, en tanto que el nivel de estrato bajo se consignan 2.7 para hombres 0.91 para mujeres. Durante 1970 las tasas ascendieron en el estrato medio con 7.0 para hombres y 2.5 para mujeres. El grupo proletario señala 2.2 y 1.2 respectivamente.

En este período no se registraron suicidios en campesinos. En el resto del país en 1960 los suicidios pertenecen al estrato medio, después al proletario y las tasas menores a los campesinos (Rodríguez, 1974).

En 1970 se dió un gran incremento en la tasa de suicidios en campesinos debido quizá al subempleo y desocupación.

5.- Nacionalidad. La gran mayoría de los hombres resultaron mexicanos en el 92% y el 8% fueron extranjeros siendo europeo-latinos, norteamericanos, europeo-sajones, árabes e israelitas.

En el caso de las mujeres 95% fueron mexicanas y el 5% norteamericanas, francesas, latinoamericanas y europeas.

6.- Zona de residencia. Entre las personas del sexo masculino se ignoró su domicilio en el 52% y para las mujeres en el 48%, es decir que en la mitad de los casos no fue posible consignar ese dato.

Para la zona proletaria (Col. Morelos, Guerrero,

Doctores, Peralvillo) de 76 suicidios, 38 fueron hombres y 38 mujeres. El total representa un 18% con respecto a la cifra global.

Para la zona de transición (Tacubaya, Alamos, Portales) de 194 personas 99 fueron hombres y 95 mujeres, representando el 47% del total.

Para la zona de clase media (Santa María, San Rafael, Roma, Del Valle) se obtuvo un total de 106 suicidios, de los cuales 47 fueron hombres y 59 mujeres representando el 26% de la población total.

Por último, para la zona de clase alta, se dieron 14 suicidios en hombres y 23 en mujeres, siendo tan solo el 9% del total (Rodríguez, 1974).

- 7.- Enfermedades. Del total de 292 hombres que se suicidaron entre 1955-1959, sólo 84 estaban enfermos, lo que representa un 29% del total.

En el caso de mujeres se realizaron o intentaron 283 suicidios, de esta cifra sólo 13% o sea 37 casos presentaron padecimientos. A continuación se muestra un cuadro representando las enfermedades padecidas por los suicidas en el D.F. (1955-1959):

| ENFERMEDADES | ABSOLUTO | % | ABSOLUTO | % | TOTAL ABSOLUTO | % |
|--------------|----------|-------|----------|------|----------------|-------|
| Incurables | 28 | 33.3 | 17 | 45.9 | 45 | 37.2 |
| Nerviosas | 26 | 30.9 | 18 | 48.6 | 44 | 36.3 |
| Alcoholismo | 21 | 25 | 2 | 5.4 | 43 | 19.0 |
| del corazón | 4 | 4.7 | -- | --- | 4 | 3.3 |
| infecciosas | 3 | 3.5 | -- | --- | 3 | 2.4 |
| ceguera | 2 | 2.3 | -- | --- | 2 | 1.6 |
| | 84 | 100.0 | 37 | 100 | 121 | 100.- |

8.- Comunicación escrita. Más de las 3/4 partes no dejaron carta relativa a su destrucción.

En ambos sexos, aquellas personas que han escrito algún tipo de documento llegan a la consumación del suicidio y las que no lo hicieron, por lo general, lo frustran (Rodríguez, 1974).

9.- Número de intentos. Por lo que se refiere a personas del sexo masculino que registraron un intento, representaron el 97% y de estos consumaron el suicidio el 88% frente a un 12% que lo frustraron. Las mujeres con una tentativa abarcan el 96.73%, consumando el suicidio el 54% y 46% lo frustraron. Con ésto se observa que los hombres mostraron una preponderancia por consumir el suicidio a la primer tentativa.

En el caso de los hombres que mostraron más de un intento, se obtuvo un total de 2.04% del cual 1.3% tuvieron

dos intentos, 0.34% tres intentos y 0.34% a los de cuatro. En las mujeres se obtuvo un total de 3.2% correspondiendo 0.41% a dos tentativas y 0.82% a cinco tentativas.

En general en ambos sexos muestran preferencia a realizar sólo un intento de suicidio, que los hombres lo consuman a la primer tentativa, en tanto que las mujeres lo frustran; que las mujeres reinciden con mayor frecuencia que los hombres aún sin consumir el suicidio.

10.- Hora del suicidio. A continuación se muestra un cuadro con el total de suicidio por hora del día y por zona del país en 1960-1969.

| | 6-18 HRS. | | 19-5 HRS. | |
|----------|-----------|------|-----------|------|
| | ABSOLUTO | % | ABSOLUTO | % |
| Zonas I | 302 | 28.2 | 771 | 71.8 |
| II | 478 | 28.6 | 1193 | 71.4 |
| III | 280 | 27.1 | 754 | 72.9 |
| IV | 72 | 20.0 | 287 | 78.0 |
| V | 120 | 23.1 | 399 | 76.9 |
| VI | 262 | 24.0 | 826 | 76.0 |
| D.F. VII | 274 | 24.4 | 850 | 75.6 |
| VIII. | 324 | 29.4 | 778 | 70.6 |

Con este análisis se observa que los suicidios se intentaron y se llevaron a cabo en las horas de la noche.

Durkheim (1976) llegó a conclusiones opuestas ya que para él, el día favorece el suicidio porque es el momento en que

los negocios son más activos, la vida social es más intensa. Otros autores consideran que la noche impone efectos deprimentes, trágicos, además de que las resistencias físicas decrecen; por otro lado el día con sus actividades distrae al individuo de sus problemas.

11.- Día de la semana. En el caso de hombres se suicidaron en mayor número en miércoles y sábado; para el caso de las mujeres el lunes y los sábados, esto se observa en la siguiente tabla que muestra datos en el D.F. de 1955 a 1959:

| D I A S | HOMBRES | | MUJERES | |
|-----------|----------|------|----------|------|
| | ABSOLUTO | % | ABSOLUTO | % |
| Lunes | 39 | 13.5 | 48 | 19.7 |
| Martes | 35 | 12.1 | 34 | 13.9 |
| Miércoles | 62 | 21.5 | 32 | 13.1 |
| Jueves | 34 | 11.6 | 27 | 11.1 |
| Viernes | 32 | 11.1 | 30* | 12.3 |
| Sábado | 51 | 17.7 | 40 | 16.4 |
| Domingo | 35 | 12.1 | 32 | 13.1 |

12.- Mes del año. Son los meses primaverales; abril, mayo y junio los más propicios al suicidio tanto en intento como en consumación.

13.- Lugar del suicidio. En el D.F. se encontró que el mayor porcentaje de suicidios consumados se realizó en el domicilio particular. Los intentos tuvieron lugar en el domicilio particular y

en lugares públicos esto se representa en la siguiente tabla en el período de 1960-1969:

| S I T I O | HOMBRES | | | | MUJERES | | | |
|----------------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|
| | SUICIDIO | | INTENTO | | SUICIDIO | | INTENTO | |
| | ABSOLUTO | % | ABSOLUTO | % | ABSOLUTO | % | ABSOLUTO | % |
| Dom. Part. | 479 | 65.1 | 65 | 82.2 | 222 | 81.9 | 130 | 90.9 |
| Lugar Público. | 102 | 13.6 | 10 | 12.6 | 12 | 4.4 | 9 | 6.2 |
| Hotel | 85 | 11.5 | 3 | 3.8 | 23 | 8.4 | 3 | 2.1 |
| Cárcel | 34 | 4.6 | 1 | 1.2 | 3 | 1.1 | -- | --- |
| Hospital | 27 | 3.6 | -- | -- | 11 | 4.0 | -- | --- |
| Trabajo. | 8 | 1.0 | -- | -- | -- | -- | 1 | 0.70 |

14.- Formas de suicidio. La forma de realizar el suicidio presentó diferencias según sexo y consumación o intento del acto. Para los años 1960-1969 los hombres consumaron el suicidio recurriendo al arma de fuego (44%) y ahorcamiento (38.5%). En caso de intento, que es sólo el 10% del total, se emplearon armas blancas (39,2%) e intoxicación (26,4%).

En el grupo de mujeres los suicidios se consumaron empleando barbitúricos (41.3%) armas de fuego y ahorcamiento (32.3%). El intento del acto, que representa el 37% en relación al total, se realizó preferentemente con barbitúricos (26.4) y armas blancas (14.3%).

Así, los individuos de sexo masculino utilizaron formas directas de realización en donde son pocas las posibilidades de frustración. Las mujeres al contrario utilizan medios indirectos en don

de la frecuencia de salvación es más alta (Rodríguez,1974).

- 15.- Causas Aparentes. El motivo manifestado por familiares o por el mismo suicida, constituye la causa más próxima, pero en realidad tiene un fondo más profundo y complicado.

En el caso de las mujeres en el país(exceptuando el D.F.) el motivo fundamental fueron las dificultades familiares (45.5%) seguidas por los disgustos amorosos(23,4%). Para los hombres el motivo principal fueron las enfermedades (21.5%) seguido por dificultades familiares (18.7%).

Para el D.F. las causas manifestadas en los hombres fueron las enfermedades y dificultades familiares(20.4%) En las mujeres fueron las dificultades familiares (41.2%) y problemas amorosos (23.6%) (Rodríguez, 1974).

CAPITULO IV

TEORIAS SOBRE EL SUICIDIO

En la literatura actual pueden hallarse diversas explicaciones acerca de las causas del problema del suicidio. La mayoría de ellas posee un dominio "psicodinámico", ya que desde los comienzos de este siglo y a partir de la obra del profesor Freud, la psicología clínica y la psiquiatría han estado regidas fundamentalmente por dicha aproximación. Esta tradición ha florecido durante los últimos 70 años en una continuidad ininterrumpida, y a menudo se han adoptado y utilizado casi indiscriminadamente sus principales métodos y principios en la clínica psicológica.

Por otro lado y partiendo del principio de que toda conducta está regida por un sistema fisiológico muy complejo (Nava, 1974), algunos psicobiólogos y fisiólogos han atribuido a factores internos o endógenos las causas de la conducta suicida.

Este tipo de aproximaciones han sido escasas en el estudio de la conducta y posiblemente por su complejidad no han llegado a realizar afirmaciones precisas y convincentes.

Algunos otros investigadores han proporcionado más valor en la explicación de la etiología del suicidio a la acción que ejercen los agentes socializadores que van a influir en grados diversos, en las diferentes etapas de la vida de una persona. La sociedad ha sido desde este punto de vista quien determina que una conducta suicida llegue a manifestarse y es ella también la única que puede

terminar con este problema.

Desafortunadamente las tres aproximaciones que se han señalado han tratado de analizar la conducta suicida aisladamente, adoptando y definiendo como más válido el argumento que los define como psicológicas (psicodinámicas específicamente), fisiológicas y sociales según el caso. Una aproximación que tomará en cuenta al ser humano como una unidad biopsicosocial, ayudaría en gran medida a rellenar algunos de los huecos que hasta ahora existen en lo relacionado con la conducta humana y en particular con la conducta suicida.

Por el momento pasemos a hacer una revisión de cada una de las tres aproximaciones sobre las causas del suicidio.

A) TEORIA BIOLOGICA SOBRE EL SUICIDIO.

El enfoque biologista de la conducta suicida puede considerarse una consecuencia directa de la corriente psicobiológica del estudio de la conducta, que es una aproximación sostenida por numerosos hombres de ciencia de las diferentes ramas de esta área interdisciplinaria, entre las que se pueden citar la genética, neurología e infinidad de subramas de estas ciencias fundamentales.

Para los investigadores inclinados en este enfoque, la dotación genética junto con un sistema fisiológico, son la explicación fundamental del comportamiento de las personas; en este sentido, todo el comportamiento que posee un individuo es heredado, pues el organismo que se comporta es el producto de la selección natural,

de tal suerte, que incluso la conducta "operante" forma parte de la dotación genética tanto como lo son la ingestión y la gestación (Nava, 1974).

Parece ser que en el caso del suicidio, su herencia junto con la herencia psicopática por si solas aparecen en el 40% de los casos; se han recogido numerosos ejemplos de familias en las que el suicidio se repite en el curso de varias generaciones (Moal, 1976). Otros investigadores han encontrado incluso más de un 80% de suicidios en los que se han descubierto antecedentes hereditarios o personales importantes, sin embargo, y de acuerdo con los estudios de Moal (1976) no es el propio suicidio lo que se trasmite si no una de las constituciones que habitualmente están en conexión con él.

Henry y Logre (en Moal 1976) han individualizado una herencia suicida especial que han denominado herencia represiva. "Se comprueba en estos casos, en primer término una tentativa de suicidio en el niño y posteriormente, otra tentativa de suicidio a veces análoga, cometida en las mismas condiciones por una persona adulta de la familia".

Investigadores de la calidad de Abel y Moal, (1976) han reiterado el papel que desempeñan las diferentes secreciones en docrinas en la neuropsiquiatría. Es conveniente por otra parte, insistir en la acción manifiesta que la tiroides ejerce sobre el psiquismo, en el papel de la hipófisis, en el de las glándulas suprarrenales y sexuales, en la acción del páncreas, que desempeñan una importante función en el equilibrio neurovegetativo y muy especial

mente en estados ciclotímicos que se relacionan con el suicidio.

A pesar de que se han establecido este tipo de relaciones entre la conducta suicida y algunos aspectos del funcionamiento fisiológico del organismo, estas no están aún determinadas con precisión debido a la complejidad de este tipo de análisis, cosa que ocasiona que se tomen con las reservas que merece este tipo de explicaciones. Las causas del comportamiento probable de una persona no pueden ser consideradas únicamente como fisiológicas, si no involucran razones y motivos que proceden de situaciones socio-culturales que determinan los mitos, las ideologías, las religiones, las filosofías, etc. Por lo cual una psicología integral no es un cúmulo de conocimientos fisiológicos de causas-efectos, sino que debe de considerar otros elementos también determinantes de toda conducta que conciben al ser humano como una entidad verdaderamente biopsicosocial.

B) TEORIA PSIQUIATRICA DEL SUICIDIO.

Con el fin de facilitar la descripción de las teorías que han tratado de explicar la conducta suicida se señalarán en este inciso, correspondiente al punto de vista psiquiátrico, sólo aquellas teorías que involucran cierto estado "patológico" en relación con su explicación del suicidio, aunque no se ha olvidado que la aproximación psiquiátrica también incluye elementos de psicodinamia, que como es bien sabido se ha caracterizado por su énfasis "clínico" y porque la ponen en práctica personas entrenadas en medicina y psicólogos, cosa por la que en el siguiente inciso se analizará con detenimiento la aproximación psicodinámica en el estudio del suicidio,

sin considerar si los que la abordan pertenecen al área de la psicología o psiquiatría.

El suicidio para algunos ha sido considerado un acto racional, resultado de una meditación filosófica y ha sido expresión de libertad. Sin embargo, las más de las veces no es así, y esto se debe a que el suicidio es más frecuente entre personas que sufren desórdenes mentales.

Los datos estadísticos en cuanto a la proporción de suicidas que son enfermos mentales son muy contradictorios. Algunos concluyen que el 92% de suicidas sufren alguna forma de patología mental y sólo el 8% restante son personas sanas. Hay otros estudios que señalan proporciones menores; no más del 20% o 30%. De todos modos la proporción es elevada.

Cabe destacar aquí el hecho de que la forma de patología que con más frecuencia conduce al suicidio es la depresión severa. Hay datos para pensar que aproximadamente la mitad de las personas que se quitan la vida lo hacen bajo un estado patológico de depresión en el que no son capaces de evaluar objetivamente su situación. Se sabe que muchos suicidas sufren depresión, otros psicosis y otros más son alcohólicos, también se sabe que indudablemente hay suicidas racionales, pero son la excepción (Mesa Redonda, 1978).

Entre los trastornos mentales que conducen al suicidio hay que mencionar los estados de esquizofrenia, la farmacodependencia y ciertos trastornos de la personalidad.

Si alguien sufre esquizofrenia no es por ello inmune a la depresión cuando una persona esquizofrénica se deprime, corre el riesgo de suicidarse. En algunos epilépticos, el suicidio puede basarse en un acto impulsivo de descarga. Por otra parte, los epilépticos, particularmente en casos de epilepsia del lóbulo temporal, suelen sufrir depresiones severas. Los psicópatas que tienen fama de molestar siempre a los demás y buscar solamente su ventaja, también pueden suicidarse. De hecho, un tipo de suicida es el sujeto psicópata incapaz de adaptarse constructivamente a la vida, que cae en el alcoholismo o en la dependencia de drogas; cuando llega al final de sus recursos, se suicida (Mesa Redonda, 1978).

En Inglaterra se ha encontrado que el 64% de suicidas sufrían depresión y el 15% eran alcohólicos. Las observaciones de muchos autores coinciden en cuanto a la frecuencia del suicidio entre personas transitoria o persistentemente afectadas, cuyas ideas suicidas (que conducen al acto suicida) son síntomas de cuadros patológicos muy avanzados (Mar, 1977; Moal, 1976).

Por otro lado es un hecho claro que el suicidio en el caso de los infantes es aún más intrigante que en el caso del adulto, ya que este último puede en ocasiones tener justificantes de acuerdo con las inclinaciones filosóficas de cada quien. Pero la verdad es que el niño encuentre fuera de sí mismo las razones de las grandes desventuras que la incomprensión inconsciente y a veces hostil del adulto le obliga a resolver a solas y en ocasiones la única salida que cree que le queda es el suicidio (Moal, 1976).

En el niño difícilmente podemos encontrar estados típicos de algún trastorno mental que le conducen al suicidio, como ocurre en el caso de los adultos, es necesario esperar a la adolescencia para que se pueda observar un conjunto de síntomas similares a los del adulto.

Hasta aquí, se han mencionado algunas de las psicopatías más comúnmente relacionadas con la conducta suicida, se pasará ahora a señalar algunas aproximaciones de índole psicológica que han tratado de dar cuenta de la conducta en cuestión.

C) TEORIA PSICOLOGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA.

Dentro de las corrientes psicológicas, la psicodinámica es la que ha abordado el problema del suicidio con mayor abundancia y desde una perspectiva individual, ya que ha investigado sus causas dentro del psiquismo de la persona. En vista de que esta corriente es la que ha edificado más su atención al estudio de los orígenes de la conducta suicida, en este inciso se pretende hacer una revisión de la teoría de Freud.

Un enfoque del problema del suicidio, examinado desde el punto de vista psicoanalítico de acuerdo con las teorías originales de Freud y de sus seguidores, debe empezar con sus formulaciones acerca de lo que denominó Metapsicología en 1896. Freud indicó que todo análisis metapsicológico de los procesos mentales debería incluir las relaciones estructurales, económicas y dinámicas. A parte de estos tres puntos clásicos, Rapaport y Gill

(en Velazco, 1966), añadieron el punto de vista genético y adaptativo. Es bajo estas cinco proposiciones que se puede hacer un análisis del suicidio, cada proposición se relaciona con las otras para formar una unidad y están presentes en todo fenómeno mental.

Con respecto a la proposición dinámica se afirma que la teoría psicoanalítica explica los fenómenos psíquicos como el resultado de la interacción dinámica de fuerzas o impulsos mentales que actúan en una misma dirección o en sentido opuesto. Desde este punto de vista, todos los procesos psíquicos derivan del interjuego de fuerzas, las cuales tienen originalmente el carácter de instintos. El término instinto, pulsión o impulso instintivo es un hecho de registro. Freud llegó a la conclusión de que había dos clases de impulsos: uno lo llamó instinto de vida, Eros o impulso sexual al otro lo designó como instinto de muerte, Thanatos, o impulso agresivo o destructivo. Freud hizo hincapié en que ninguno de los dos impulsos podría realmente funcionar independientemente del otro. En una persona que se suicida, el impulso destructivo de repente desborda sus límites, asalta el poder y pone fin inmediato a la existencia del individuo (Menninger en Farberow y Shneidman, 1969).

Al detallar el carácter del instinto de muerte, Freud señala que la tendencia de la materia animada es regresar a la materia inanimada. Freud mencionó que el instinto de la muerte, es en esencia conservador y no busca nuevas experiencias, sino que más bien, trata de encontrar un estado de completo reposo. Este principio se desarrolló de acuerdo con el concepto de Freud del principio

homeostático del ego, que supone que cuando el organismo es invadido por un estímulo excesivo, el ego reacciona con un esfuerzo por reducir este estímulo a un nivel constante. El instinto de muerte, por tanto, busca el pasado, es adverso a nuevas experiencias, es esencialmente conservador y está dominado por la compulsión de repetición. Como tal, tiende hacia el eterno descanso; una tendencia que puede encontrar su expresión en el suicidio (Futterman en Farberow y Shneidman, 1969).

Otra de las proposiciones que Freud incluye en el análisis de todo fenómeno mental, es la económica, en ésta, postula que toda conducta está regida y regulada por energía psíquica (catexias) y que el aparato psíquico tiene la tendencia de evitar todo estancamiento de estas energías manteniendo lo más bajo que sea posible la suma total de las excitaciones a las cuales está sometido. El curso de los procesos psíquicos es regulado automáticamente por el principio del placer--displacer, de manera tal que en una forma el displacer aparece vinculado con un aumento y el placer con una disminución de la excitación.

Federn (en Farberow y Shneidman, 1969) postuló un término para la energía destructiva: la mortido que busca constantemente el sufrimiento y evita el no sufrimiento. Weiss sugirió el término "destruido" para expresar la energía destructiva. De acuerdo con el principio económico cuanto más empeñada se encuentra la mortido o destruido en impulsos agresivos y destructivos hacia uno mismo, sus efectos autodestructivos se verán aumentados y en ocasiones pue

de llevar al suicidio (Velazco, 1966).

Años más tarde, Freud comparó el duelo con la melancolía. Concluyó que en ambos estados existen inhibiciones con características comunes, pero hay una diferencia notable que caracteriza a la melancolía, o sea una disminución al amor propio. Frente a una pérdida real o imaginaria del objeto amoroso (la relación con esta persona a menudo ha sido marcadamente dependiente o simbólica) toda persona se haya ante el irresistible deseo por la persona amada y el reconocimiento del hecho de que dicha persona ya no existe; su dolor expresa un conflicto entre las necesidades de los impulsos instintivos y la realidad. Con el tiempo, toda persona logra generalmente sobreponerse al duelo y el principio de realidad acaba por triunfar (Velazco, 1966; Hneden en Farberow y Shneidman, 1969).

La mayor parte de las personas cumplen normalmente con esta función, pero no siempre la labor del duelo puede llegar a un feliz término y cuando esto sucede el suicidio aparece como una solución extrema. Incapaz de resignarse ante la pérdida sufrida, el sujeto se libera de una realidad que él no puede soportar quitándose la vida.

Freud indicó que la melancolía se conducía como una herida abierta, atrayendo sobre sí catexias de todos lados y de esta manera se empobrecía el Yo. La razón económica por la cual surge un empobrecimiento del Yo, es debida a que ante una pérdida, las catexias libres no se desplazan sobre otro objeto, sino que son retraídas al Yo estableciéndose una identificación con el objeto perdido.

De acuerdo con el mismo Freud, todo paciente melancólico dirige amargas acusaciones al objeto perdido, que en virtud de la identificación, se convierten en autoacusaciones. Los sujetos melancólicos parecen estar castigando los objetos perdidos en imágenes, pero la imagen en su propio Yo. Cuando el castigo es severo, cuando la agresividad es vuelta hacia su propio Yo surge el suicidio (Velazco, 1966; Farberow y Shneidman, 1969; Stengel, 1965).

En este sentido la tendencia al suicidio se explica como una proyección hacia sí mismo de los sentimientos sadistas asesinos que se abrigan contra el ser amado que abandona y lastima. En otras palabras, el suicida movido por el binomio amor--odio es un homicida potencial, quien en lugar de privar de la vida a otros, vuelve su objetivo sobre sí mismo, pues de lo que se trata es de suprimir una vida ligada a ese, y la vida que tiene más a mano, es la suya propia (Eisenberg y Margain, 1978).

En relación a la proposición Estructural que Freud utiliza como una forma de estudiar los fenómenos psíquicos afirma que estos últimos deben ser considerados dentro del contexto topográfico de la mente, o sea, a toda conducta humana se le debe considerar determinada por 3 grandes sistemas que son el inconsciente, preconscious y el consciente, los cuales Freud relegó en 1938 a la categoría de cualidades psíquicas.

El cambio del concepto topográfico a estructural se originó al verificar que no sólo los impulsos sino también otros factores podían ser inconscientes. La división topográfica fué reempla

zada por los conceptos de Yo, Ello y Super-Yo. El Ello corresponde al sistema inconsciente y está constituido por los impulsos instintivos básicos del hombre; el Yo, constituye la organización coherente que integra a la conciencia, representa a la razón y modifica progresivamente al mundo exterior y finalmente el Super-Yo que es una estructura que surge de la identificación con los padres realizada durante la fase edípica del desarrollo de la libido y cuyas características se centran en las exigencias morales (Velazco, 1966).

Freud, señaló que en la melancolía ante la pérdida del objeto amado, el Yo del individuo se muestra sumamente débil manifestándose éste como indigno de estimación, incapaz de llevar a efecto acción alguna y moralmente condenable. Ante la pérdida del amor del objeto, el sujeto se dirige a amargas autoacusaciones, anhelando castigo por sus culpas. El Yo es incapaz de protestar y se reconoce culpable por lo que se somete al castigo.

También indicó que el Yo del melancólico se puede mostrar de otra forma. Con la introyección del objeto el Yo sufre una escisión y una parte de él se identifica con dicho objeto, mientras que la otra lo hace con el Super-Yo.

En la melancolía se exhibe un Super-Yo rígido y punitivo, debido a que en él impera el instinto de muerte y toda la agresividad del Super-Yo recae sobre el objeto con el cual se ha identificado el Yo. Así, el Yo sucumbe ante el Super-Yo, lo cual puede llevar al suicidio.

El miedo a la muerte se debe a que el Yo ante la

amenaza de una pérdida del objeto se abandona a sí mismo porque en lugar de verse amado por su Super-Yo, se siente perseguido y odiado por él. En estas condiciones el peligro del suicidio puede presentarse puesto que el Yo se ve abandonado por sus padres protectores y no se siente capaz de poder salvarse por sus propios medios. Es necesario acabar con ese Super-Yo que en lugar de proteger, acorrala y lastima y la mejor forma de hacerlo es el suicidio.

Como ya se mencionó, Rapaport y Gill, añadieron a las tres proposiciones que acabamos de revisar, otras dos: el punto de vista genético y el adaptativo (Velazco, 1966).

Desde el punto de vista genético, toda enfermedad mental involucra un cierto grado y/o forma de regresión de la libido a puntos de fijación tempranos. Esta proposición se refiere básicamente a la historia de los procesos que se expresan en una determinada conducta, a la historia de las estructuras usadas y a la historia de las relaciones del sujeto en la situación en la cual aparece dicha conducta; incluyendo la fase específica de maduración y desarrollo. Esto indica que una conducta sigue un curso epigenético que está regulado tanto por leyes inherentes al organismo como por un conjunto de experiencias acumuladas.

Freud denominó libido a la energía del impulso sexual que es sinónimo de sexualidad, la cual empieza al nacer y termina con la muerte misma. La primer etapa por la que pasa la libido es según Freud, la oral, donde la boca es la zona erógena que experimenta gratificaciones siendo su finalidad la incorporación del

objeto. Después de la dentición aparece la subfase sádico oral o canibalista cargada de impulsos agresivos que se dirigen generalmen
te contra la madre.

En el artículo Duelo y Melancolía, el mismo autor estableció que la génesis de la melancolía durante la fase oral cani
balista del desarrollo de la libido forma la base para la elección narcisista del objeto. Cuando el amor al objeto se pierde llega a ampararse en la identificación narcisista todo el odio que se dirigía al objeto se revierte al Yo, humillándolo para encontrar satisfacción de tipo sádico. De esta forma, todo conflicto permanece inconsciente hasta que surge el abandono del objeto regresando a la fase oral cani
balista. Después de esta regresión, el conflicto entre amor y odio , puede hacerse consciente y queda representado por un conflicto entre el Yo y el Super-Yo (Velazco, 1966).

La última proposición es la adaptativa en la que se incluyen proposiciones concernientes a sus relaciones con el medio ambiente. Al describir las características de los impulsos instinti
vos, Freud también sostuvo que toda pulsión aparte de ser el determi
nante de la conducta, tenía una relación con el exterior al ligarse a algún objeto; Freud consideró la realidad como aquella parte exter
na al ser humano contra la cual los enfermos se defendían.

El Yo es para los psicoanalistas la estructura psí
quica que está en íntimo contacto con la realidad. Ante la pérdida
de un objeto todo ser humano tiene dos maneras diferentes y posibles de reacciones que dependen del grado de pérdida de la realidad o dese

quilibrío de la adaptación que el ser humano experimente con dicha pérdida.

A partir de esto el suicidio representa un fracaso ante una nueva adaptación que se impone por la pérdida del objeto amado. Un individuo puede suicidarse cuando no puede tolerar la realidad de la pérdida del objeto amado. El pensamiento de acabar con uno mismo por medio de su autodestrucción, parece ser preferible en estos casos a soportar la experiencia de una realidad dolorosa (Velazco, 1966).

Depresión

Aparte de la teoría psicoanalítica, existen otras como la de la depresión que se ha juzgado como un elemento suicidógeno fundamental por muchos investigadores que han dedicado su atención al estudio del suicidio. Sin embargo, es necesario destacar que en los últimos tiempos la psicodinamia de la depresión no ha sido suficiente para explicar el suicidio, es claro que existe un gran número de suicidas que no presentan depresión y hay muchos pacientes deprimidos que nunca han tenido ideas suicidas, por lo cual esta no puede ser una explicación general de la autodestrucción (Farberow y Shneidman, 1969).

Explicar que el suicidio es causado por la depresión puede obstaculizar su investigación más que facilitarla, el hecho de que muchos depresivos tengan ideas suicidas y a menudo realmente intenten quitarse la vida, es la razón por la que se ha incluido el suicidio en la depresión, pero ya hemos visto que un número significativo de personas no deprimidas intentan el suicidio y lo cometen,



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

por lo cual no se puede tener una correcta comprensión de este fenómeno circunscribiéndolo únicamente a la tendencia que tienen algunas de las personas deprimidas de "pensar" en quitarse la vida (Davison, 1983).

IZT. 1000766

Por otro lado, existe un hecho muy importante que hace descartar a la depresión como factor etiológico básico de la conducta suicida; esta es la observación algo anómala pero verificada de que el riesgo de suicidio no es mayor cuando el sujeto está en la fase más profunda de su depresión sino cuando comienza a recuperarse de ella. Quizá cuando se encuentra en el punto más bajo de su depresión el sujeto carece de energías para llevar a la práctica sus proyectos suicidas, mientras que cuando recupera parte de su energía es capaz de ejecutar un acto que ha premeditado largamente (Sarason, 1975; Bellack, 1982). Por lo tanto cuando un paciente ha salido de una crisis depresiva debe seguir bajo vigilancia del terapeuta y de sus familiares por un tiempo considerable (Bellack, 1982).

Otra explicación de la depresión es la del modelo de desamparo aprendido, el cual originalmente fue estudiado en animales y donde se presenta una situación de evitación-escape resultando el aprendizaje independiente de la respuesta.

Se ha enfatizado la similitud entre el fenómeno de laboratorio de desamparo aprendido y de la depresión clínica. Seligman (1974 en Garber y Seligman, 1980) argumentó que la experiencia incontrolable en el laboratorio es similar con eventos que

precipitan la depresión, por ej. la pérdida de un amor, trabajo, etc. De esta forma el aprender que los resultados de algún evento son in controlables producen la depresión.

D) TEORIA SOCIAL DE LA CONDUCTA SUICIDA.

Hasta aquí, se ha visto cómo las teorías revisadas y fundamentalmente la teoría dinámica, han cargado el acento etiolo gico del suicido más en factores endógenos y en mecanismos internos del psiquismo del suicida.

Ahora se verá cómo otras escuelas adscritas al cam po de la sociología han incurrido también en otra parcialidad al car gar el acento en factores exógenos o sociales. A la vanguardia de estas escuelas están los suicidólogos franceses con las investigacio nes de Durkheim (1976).

La obra de Durkheim titulada El Suicidio y publica da en Francia en el año de 1897, ha sido considerada por muchos como la contribución sociológica de mayor importancia al problema del sui cidio. El principio más destacado de este autor es que las relacio nes sociales juegan un papel importante en su causalidad, pues aquél posee un profundo impacto social, aunque parezca la acción más perso nal que un individuo puede asumir.

De acuerdo con Durkheim (1976) cada sociedad tiene una inclinación colectiva al suicidio expresada en la tasa de sui cidio que tiende a permanecer constante en tanto el carácter de la so ciedad no cambiara. Entre las condiciones individuales existen mu

chas que no lo son lo suficientemente generales para influir en la relación que pueda haber entre el número total de muertes voluntarias y la población. Pueden hacer quizá que uno u otro sujeto se mate pero no que la sociedad en total sienta hacia el suicidio una inclinación más o menos intensa.

Según este autor lo que debe buscar el investigador son las causas por medio de las cuales es posible obrar no sólo sobre los individuos aisladamente sino sobre el grupo, en consecuencia, los factores que le conciernen son aquellos que hacen sentir su acción sobre la sociedad.

Esta inclinación a la que se refiere Durkheim(1976) cuando habla de la "conciencia colectiva" influye sobre el individuo y puede forzarlo a matarse, sin embargo, cuanto más poderosamente el individuo está integrado con los grupos sociales, tanto menor es la probabilidad de que cometa un acto autodestructivo fatal. Por esta razón el suicidio es relativamente improbable entre miembros de familias numerosas y muy religiosas u otros grupos sociales (Durkheim, 1976; Stengel, 1965).

Al referirse al suicidio, Durkheim fundamentado en la teoría social, somete a juicio a una serie de factores que por lo común las teorías individualistas han considerado como determinantes de la cifra social de suicidios.

Los factores psicopáticos tan relevantes para algunos autores desde este punto de vista pierden importancia, dado que

dichos estados no pueden dar idea de la inclinación colectiva al suicidio en su generalidad. Porque una sociedad contenga más o menos neurópatas o alcohólicos no se darán en ella más o menos suicidios. Aunque la patología bajo sus diferentes formas, constituya un terreno psicológico, fácil a la acción de las causas que pueden de terminar al hombre a matarse no es por sí misma una de estas causas. Se puede admitir de acuerdo con Durkheim que en circunstancias idén ticas, el enfermo se mate más fácilmente que el sujeto sano, pero no se mata necesariamente en virtud de su estado. La potencialidad que existe en él no puede traducirse en actos más que bajo la acción de factores como los sociales.

La teoría que hace de la raza un factor importante de la tendencia al suicidio admite implícitamente que es hereditaria esta tendencia y en consecuencia el suicidio de depende de causas indi viduales. Para Durkheim esta teoría carece de pruebas que la susten ten, ya que no existen antecedentes hereditarios demostrables en una fracción elevada de la cifra total de suicidios y cuanto más tiempo tardan estos en aparecer más debe admitirse que no tenga de heredi tario más que una débil incitación a producirse (Durkheim, 1976).

La acción directa de los factores cósmicos (clima y temperatura) también resultan irrelevantes como elementos suicidó genos, desde este punto de vista si las muertes voluntarias son más numerosas de enero a julio no es porque el calor ejerza más in fluencia perturbadora sobre el organismo, sino más bien porque la vi da social resulta intensa; al ser los días más largos se anuncia en

consecuencia mayor vida social y esta a su vez encierra las causas que hacen variar la cifra de los suicidios (Durkheim, 1976).

La imitación es otro factor que Durkheim descarta como determinante en la cifra social de suicidios aunque puede dar lugar a casos individuales más o menos numerosos no contribuye a determinar la inclinación desigual que arrastra a la propia muerte a las diferentes sociedades. La irradiación que de ella resulta es siempre muy limitada y además intermitente, cuando alcanza un cierto grado de intensidad es siempre por tiempo muy corto.

Un señalamiento más, es aquel que hace en relación con los estados de los diferentes medios sociales (religión, familia, sociedad, grupos, etc.) que determinan las variaciones del suicidio.

Observemos en primer término la manera como influyen sobre el suicidio las diversas confesiones religiosas. En países católicos el suicidio está muy poco desarrollado mientras que llega su máximo en los países protestantes. Ambos sistemas religiosos prohíben el suicidio y lo castigan con penas morales, sin embargo la inclinación del protestante por el suicidio debe estar en relación con el espíritu de libre examen, lo cual se debe a la decadencia de las creencias tradicionales, ya que de imponerse no se someterían a la crítica, además de que se trata de una iglesia integrada con menor fuerza que la católica.

En los judíos casi no se presenta el suicidio lo cual puede deberse a la necesidad de luchar contra la animosidad ge

neral y a la imposibilidad de comunicarse con las poblaciones, que además les ha servido para consolidar la unión entre ellos mismos. En este sentido se puede afirmar que es la hostilidad que les rodea a la que deben este privilegio, además de que el judaísmo deja muy poco lugar al juicio del individuo (Durkheim, 1976).

Se ha visto que en todos los países del mundo la mujer se suicida menos que el hombre. Es verdad que hasta hace algunos años y en muchos de los países aún en la actualidad, la mujer es menos instruida que el hombre, tradicionalmente ella acomoda su conducta a las creencias establecidas y no tiene grandes necesidades intelectuales. La historia de la humanidad ha permitido ver que la ciencia aparece desde que la religión ha perdido su imperio, por ejemplo, en países protestantes se ha dado importancia a la instrucción elemental con el fin de interpretar la biblia, cosa que no ocurre con los católicos. También se ha observado que mientras los protestantes son más instruidos que los católicos, incurren más en el suicidio. Con esto no se pretende decir que los individuos recurran a la autodestrucción por ser instruidos, sino más bien porque la sociedad religiosa pierde su cohesión, cosa que a su vez ocasiona que la iglesia no ejerza sobre el suicidio la misma acción moderadora en otros lugares y épocas.

Si la religión no preserva del suicidio, sino en cuanto es una sociedad, es probable que otras sociedades produzcan el mismo efecto. Observemos la familia.

Es bien sabido que las personas que viven en socie

dades familiares, entendiéndose por ellas matrimonios con hijos (o viudos con hijos) gozan de cierta inmunidad con respecto al suicidio, en comparación de solteros o cónyuges sin hijos (o viudos sin hijos). El factor esencial de esta inmunidad de la gente casada es la familia, es decir el grupo formado por padres e hijos. Los esposos contribuyen a esto pero no como marido y esposa, sino como padre o madre, como elemento de la asociación familiar. La desaparición de uno acrece los riesgos de matarse del otro, no porque los lazos se rompan sino porque ocasiona una perturbación para la familia. Durkheim, (1976) observó que a medida que los suicidios disminuyen la densidad familiar crece regularmente, por lo cual afirma que la familia es un preservativo poderoso del suicidio, preserva tanto mejor cuanto más poderosamente constituida está.

Otro agente social que protege contra el suicidio lo constituyen las crisis políticas de los países, en otras palabras, todas las revoluciones y perturbaciones políticas han disminuido el número de los suicidios en los momentos en que se han producido. Esto se debe a que ellas avivan los sentimientos colectivos, estimulan el espíritu de partido como el patriotismo, la fe política, la fe nacional y determinan al menos por un tiempo una integración más fuerte de la sociedad. Sin embargo, no es a la crisis precisamente a la que se debe la influencia, sino a las luchas que esta crisis causa, ya que ellas obligan a los hombres a asociarse para hacer cara al peligro general. El individuo piensa menos en él mismo y más en la idea común (Durkheim, 1976).

Es necesario reiterar que si las sociedades religio

sas, doméstica y política tienen sobre el suicidio una influencia moderadora no es por características particulares de cada una, sino por una causa común. De esta forma el suicidio varía en razón inversa del grado de desintegración de los grupos sociales de que forma parte el sujeto.

Por otro lado la Teoría Social que Durkheim elabora en torno al suicidio, distingue tres tipos de suicidio de acuerdo con el tipo de perturbación en la relación entre la sociedad y el individuo, estos son el suicidio Egoísta, Altruista y Anómico.

En el suicidio egoísta un anormal individualismo trae como consecuencia un debilitamiento del control de la sociedad y reduce la inmunidad del suicidio contra la inclinación suicida colectiva. Este tipo de suicidio es el efecto de la falta de interés del individuo por la comunidad y del hecho de estar insuficientemente integrado en ella. En el Suicidio Altruista, la gente sobre la que la sociedad tiene una influencia demasiado estrecha y que a la vez tiene muy poco individualismo, puede ser impulsada a la auto destrucción por excesivo altruismo y sentido del deber. Finalmente en el suicidio Anómico, si la sociedad fracasa en el control y la regulación de la conducta de los individuos, estado de cosas que llamo Durkheim anomia, el suicidio se hace más frecuente. El declinar de las creencias religiosas, la excesiva relación de los códigos profesionales y maritales, son manifestaciones de la anomia (Stengel, 1965).

Más recientemente han surgido otras investigaciones sociales sobre la causa del suicidio y de otros fenómenos que de

acuerdo con ellos son resultantes de ciertas contradicciones propias del sistema de producción capitalista, donde existe una sociedad de clases que ha conformado a los individuos caracterizados por la necesidad de vender su fuerza de trabajo por medio de la explotación.

Algunos autores como Kent (1981) señalan que el signo esencial de la producción capitalista son las relaciones materiales entre personas y las relaciones sociales entre cosas, basado en esto, habla de una cosificación general de las relaciones sociales y de las personas, no sólo porque las vinculaciones entre éstas se producen en base a las cosas, sino también porque la fuerza de trabajo de los individuos se convierte en una mercancía más susceptible de ser comprada y vendida en el mercado.

En esta sociedad se reproducen las clases y los individuos como miembros de ellas, pero también se reproduce la contradicción de clases, cuyo momento individual es la reproducción de la insatisfacción de las necesidades y la escisión entre el individuo y el proceso de trabajo; también es la reproducción de la subordinación y la fragmentación de la actividad en la división social del trabajo.

Esta contradicción que engendra la lucha de clases, se expresa de acuerdo con Kent en diversas prácticas individuales y colectivas "no naturales" y "subversivas" (van en contra de las normas sociales que son "naturales") entre las que destacan el suicidio, la drogadicción, la prostitución y tal vez hasta la locura que es la total escisión entre el individuo y la sociedad. Durkheim caracterizaba esto como ya se vió, con la categoría de anomia en su es

tudio del suicidio como fenómeno social y es una de las principales preocupaciones de los trabajadores sociales en los proyectos de desarrollo comunitario, cuyos objetivos generalmente se centran en la "integración de la comunidad" (Kent, 1982).

Esto último es digno de mención puesto que entendidos en esta óptica, este tipo de proyectos se enmarcan claramente dentro de los aparatos de la hegemonía que encaminan la práctica profesional de los psicólogos, sociólogos y trabajadores sociales considerados por Gramsci (en Kent, 1982) como funcionarios de la hegemonía. A partir de esto se puede decir que en general los aparatos hegemónicos tienen entre sus funciones la de reincorporar productivamente tanto las prácticas "anómicas" como las "subversivas" a través de la transmisión y reproducción de una "concepción del mundo" capaz de normalizar y racionalizar la vida cotidiana de los individuos en la visión de la reproducción y ampliación de las relaciones sociales dominantes.

Al punto de vista de Kent (1981) le subyace una concepción de socialización del individuo como un proceso en el que éste no sólo es un elemento más, sino que es el protagonista y el primer motor de la dinámica que mueve a la sociedad; teniendo como característica fundamental la posibilidad de transformar dicha sociedad en la que se encuentra al mismo tiempo que sus prácticas dentro de ella.

En contraste a esta concepción existen otras como la de Berger y Luckman (1978) quienes conciben a la socialización

como una mera adaptación del individuo a su medio como un ser incapaz de modificar la realidad en la cual se encuentra inmerso, y de no adaptarse a ella, de no acatar sus normas se concibe como una persona enferma, inadaptada que puede poner en peligro al resto de la sociedad, por lo cual se le rechaza, impidiéndole una nueva inscripción en alguna institución de dicha sociedad. Desde esta óptica el suicida hace algún tiempo era quemado o estacado en el cruce de un camino, ahora esto ha cambiado y el suicida debe ser recluido en un hospital o centro especializado en donde los profesionales correspondientes los consideran como "enfermos" que quieren cierta atención rehabilitadora antes de volver a integrarse al campo productivo de la sociedad.

Desde el punto de vista de Pichon-Rivière(1980), quien ha centrado su análisis en los procesos grupales, esta segregación se produce porque el "enfermo" es el depositario de las ansiedades de su grupo; y se lo trata de alejar con la fantasía de que con él desaparecerá la ansiedad del resto del grupo al que pertenece.

CAPITULO V

INTERVENCION PROFESIONAL EN TORNO AL SUICIDIO,

Es claro como ya se señaló que el fenómeno psicológico que ocupa nuestra atención en este trabajo, ha estado y está de terminado por una serie de eventos sociales, y que la mejor forma de combatirlo es actuar directamente sobre dichos eventos, pero en vista de que esta tarea se convierte en una misión imposible en un medio capitalista como el nuestro, la función de los intelectuales se restringe a ciertas prácticas profesionales dirigidas casi siempre a situaciones individuales.

En este capítulo se pretende poner en relieve algunos factores que condicionan y definen las características, los contenidos y formas de inscripción social de la práctica profesional en una sociedad capitalista dependiente, particularizando en las formas de ejercicio profesional de cada uno de los especialistas que han centrado su atención en el suicidio.

Históricamente el capitalismo ha estado fundamentado en la concentración y acumulación de plusvalía, esta tendencia contiene la necesidad de revolucionar sistemáticamente las técnicas de producción. Para lo cual requiere que ciertas disciplinas le otorguen la tecnología apropiada y la participación de profesionistas de diferentes áreas en las estructuras de dirección de distintos mecanismos empleados para asegurar el control tanto económico como político e ideológico de la producción científica (Ribes, 1980).

En el plano estructural y superestructural la fun

ción básica de los intelectuales consiste en su aporte al establecimiento del vínculo orgánico que permite configurar el bloque histórico, en suma los intelectuales son "empleados" de la clase dominante en tanto administran la estructura ideológica (articulan y difunden una concepción del mundo coherente con los intereses de la clase dominante) como ejercen funciones en el aparato político (son encargados de la gestión del aparato del estado y de las fuerzas armadas). En este sentido los intelectuales son vendedores de una mercancía especial: una fuerza de trabajo a la que el conocimiento le confiere un estatus particular; distinguiéndola y calificándola, esto significa que sufrirá las determinaciones sociales inherentes al capitalismo, propias de toda mercancía.

En función de lo anterior se observa que las diversas profesiones se vinculan con el sistema productivo directa e indirectamente. En el caso concreto de las disciplinas cuyo objeto es el comportamiento humano por consiguiente, su nivel de incidencia social es sobre las prácticas de los individuos en situaciones aisladas o de grupos.

Estas disciplinas (de salud pública) al participar en evaluación, planeación, modificación de las prácticas sociales de los individuos, se vinculan tanto con la estructura como con la superestructura social siendo evidente su papel de reproductor del capitalismo al tratar de ajustar a los individuos al sistema y de esta forma permitir que siga perpetuándose.

En los aspectos estructurales se relaciona con el

proceso productivo y la optimización de las condiciones bajo las que se ejercita.

Sobre los niveles superestructurales tienen que ver con la reproducción o modificación de las prácticas sociales que de vienen de determinado sistema productivo.

En lo que respecta al ejercicio profesional, se limita al ejercicio libre de la profesión reduciéndose cada vez más su alcance al servicio de las clases sociales de ingresos medios y elevados y otra es el trabajo en las instituciones públicas las cuales inciden a capas de población más amplias, pero su carácter de institución coarta los alcances y actividad profesional evidenciando el carácter de asalariada.

En cuanto formas concretas de conceptualización y manejo del suicidio no podemos ignorar las distintas aproximaciones de la salud mental (en tanto y en cuanto también se circunscriben a una conceptualización social, profesional y personal concreta) hacia este tipo de fenómenos, más aún, lo que en el presente trabajo se puede aglutinar de manera más o menos comprensiva es la manera en la cual distintas determinantes de corte asistencial han manejado la conceptualización, evaluación, tratamiento y prevención de este tipo de problemas. No se trata de realizar un análisis exhaustivo al respecto, sino de presentar ejemplos específicos de las diferentes actividades que se han dedicado al problema.

En lo que sigue se pretende señalar específicamente

cuál ha sido la intervención de los investigadores que se han dedicado concretamente al estudio de la conducta suicida en los últimos años.

1) DIAGNOSTICO Y EVALUACION DEL ACTO SUICIDA.

Algunas veces se pide a los profesionales en el campo de la salud mental (psiquiatras y psicólogos en este caso) que hagan una rápida apreciación de la potencialidad de autodestrucción de un individuo dado que su vida peligra y es necesario implementar rápidamente la metodología precisa que ayude a terminar con la intención de acabar con su vida. Es en estos momentos que un diagnóstico eficaz adquiere gran importancia para evitar que una crisis suicida pueda tener resultados fatales.

El papel profesional al contestar tales consultas de urgencias depende de la inclinación de cada especialista. A continuación se señalarán algunas de tales intervenciones.

A) DIAGNOSTICO Y EVALUACION PSIQUIATRICO.

En la medicina, por su desarrollo histórico se tiene una taxonomía de enfermedades, cada una con sus síntomas, sus posibles causas y sus medidas terapéuticas cuando las hay. Por esta razón, el diagnóstico médico es una parte indispensable en la práctica curativa de las enfermedades, ya que determina los procedimientos que habrán de seguirse.

Al estudiar el comportamiento y sus trastornos o

irregularidades con una metodología heredada de la medicina, se han creado taxonomías de los "males mentales" males sobre cuyos orígenes o causas se hacen hipótesis de acuerdo con alguna teoría particular y cuya terapéutica se quiere derivar de esos orígenes. La sintomatología es inherente a la actitud clasificatoria o taxonómica de las enfermedades físicas o mentales; es decir, se supone que cada trastorno tiene manifestaciones visibles (los signos y síntomas) que, sin ser la enfermedad en sí, la indican o señalan. De modo que él prácticamente debe aprender a distinguir cuales son los síntomas de cada enfermedad con el fin de diagnosticar acertadamente (Galindo y Col. 1981).

De esta forma el examen psiquiátrico consiste en revelar la existencia mediante una investigación metódica de trastornos intelectuales, de orientación, ideas delirantes, conflictos, etc., y a partir de esto, tener la posibilidad de poner una etiqueta al paciente (psicótico, depresivo, esquizofrénico, etc.) y así poder señalar el tratamiento "más adecuado" (Moa], 1976).

Algunos psiquiatras (Stengel, 1965) han tratado con frecuencia de enumerar los criterios indicativos de un acto suicida inminente he aquí dicha lista:

- 1) Depresión con sentimiento de culpa, desvalorización y auto-acusaciones asociadas con tensión y agitación.
- 2) Hipocondría severa, o sea una tendencia al continuo lamentarse, generalmente sobre síntomas físicos.

- 3) Insomnio con gran preocupación por sí mismo.
- 4) Temor a la pérdida de control o a herir a otro o a sí mismo.
- 5) Previo intento de suicidio.
- 6) Preocupación y hablar acerca del suicidio.
- 7) Actitud indiferente hacia los parientes o vida en aislamiento social.
- 8) Suicidios en la familia.
- 9) Enfermedad física grave.
- 10) Afición al alcohol o drogas.
- 11) Hacía el final de un período de enfermedad depresiva cuando el ánimo depresivo persiste todavía pero se va recobrando la iniciativa, el riesgo de suicidio es elevado.
- 12) Los sueños de catástrofes caídas y autodestrucción son indicadores de un reciente riesgo de suicidio que tiene lugar en pacientes deprimidos.
- 13) Desempleo y dificultades financieras.

Otros psiquiatras consideran además criterios totales como que el sujeto solitario que tiene una actitud cínica y pesimista, que difícilmente puede mantener un hogar integrado o establecer ligas afectivas profundas, que no tiene restricciones morales ni se compromete con ideas o metas es una persona más dispuesta que

otras a quitarse la vida ante circunstancias adversas.

Por otro lado la depresión enmascarada lleva a actos que no siendo directamente suicidas, implican peligro para la vida y que es necesario tomar en cuenta. Por ejemplo guiar en forma descuidada, abandonar un tratamiento médico, elegir profesiones arriesgadas, etc. (Mesa Redonda 1978, Facultad de Medicina).

Psiquiatras infantiles, consideran que para realizar un diagnóstico sobre conducta suicida, pueden utilizarse test. El test es un examen que necesita ser interpretado y confrontado con el resto del examen clínico. Los test de inteligencia nos permiten conocer el nivel mental y el carácter, así como el grado de tolerancia a la frustración, los test motores pueden servir como test de carácter o de proyección. Es conveniente insistir según estos especialistas, que ninguno de estos procedimientos bastan por sí mismos, siendo necesario multiplicar las pruebas e integrar los resultados en el conjunto de la personalidad. Compete, según estos investigadores, al psiquiatra infantil, realizar el diagnóstico porque es el único capaz de elaborar una síntesis y la hará con la ayuda del psicólogo y trabajador social (Moal, 1976).

Los factores sociales desempeñan un papel importante en la génesis de los trastornos caracteriales en el niño y adolescente, de esta forma, el psiquiatra debe tener a su disposición todos los datos psicológicos y sociales en la elaboración de su diagnóstico con respecto al suicidio.

Moal (1976) afirma que si después del diagnóstico, el psiquiatra concluye:

- 1) Que el paciente es hiperemotivo, ciclotímico o deprimido, hay probabilidades de que las amenazas y tentativas sean sinceras.
- 2) Si es impulsivo, puede tratarse de chantaje, pero si ha existido una tentativa, puede ser sincero.
- 3) Si el individuo es perverso sin que lleve factores depresivos o emotivos, se trata de chantaje.
- 4) Si el sujeto es mitómano, se tratará de chantaje y por último, si es paranoico sin que exista perversidad, puede matarse.

Con lo expuesto se observa que, sólo se señalan criterios indicativos sin precisar la forma de obtener esa información, siendo estos criterios como ingredientes de una receta y olvidando que cada individuo tiene sus características biopsicosociales específicas.

En segundo lugar, se ve que los psiquiatras asignan rótulos a las "enfermedades mentales" tales como psicótico, esquizofrénico, deprimido, ciclotímico, impulsivo emotivo, mitómano, etc., sin señalar cuál es la forma precisa (no hay un acuerdo unificado) de evaluar a estas "enfermedades" y así poder asignar alguno de estos rótulos al paciente, además de que una vez asignado el rótulo, se procede sin más información con respecto a las situaciones sociales y psicológicas del individuo al afirmar si la conducta suicida es

auténtica o se trata de un chantaje, además de que una vez que el usuario tiene asignada una etiqueta, es en base a esta que se le asigna un tratamiento; algunos autores como Galindo y Col. (1981), mencionan que aún después de hecho ésto, el diagnóstico rara vez de termina el tratamiento que se ha de dar a la persona ya que lo importante no es el rótulo o etiqueta, sino de que tan bien responde a alguna de las diversas formas terapéuticas.

Ahora pasemos a otro tipo de diagnóstico que se ha realizado para evaluar la conducta suicida, el diagnóstico psicológico con sus diferentes modalidades.

B) DIAGNOSTICO Y EVALUACION PSICOLOGICO

Desde el punto de vista psicológico, muchos investigadores sugieren que se elaboren procedimientos de evaluación diseñados con el fin específico de predecir el suicidio. Se presta atención a factores demográficos como edad, sexo, estado civil, y situaciones vitales que resultan ser más útiles que las variables de personalidad.

Los centros de prevención del suicidio como los que se encuentran en los Angeles y en Buffalo se basan en factores demográficos. Por ejemplo los voluntarios que reciben llamadas telefónicas de las personas que se encuentran en un momento de crisis suicida tienen ante ellos una lista de control para aumentar su conversación con su interlocutor ya que deben de evaluar inmediatamente la magnitud del riesgo del suicidio (Davisón, 1983). El centro para la

prevención del suicidio de los Angeles, Calif. ha realizado un cuestionario como una forma para realizar el diagnóstico sobre la conducta suicida, que incluye los puntos que deben conocerse inmediatamente para valorar el caso, pasemos a revisar dicho cuestionario: Cuestionario breve para valorar la potencialidad de autodestrucción (URGENTE).

I HISTORIA DEL CASO: HECHOS.

- a) Edad y sexo.
- b) Principio de la conducta destructiva: de carácter o repetitivo. Cambios recientes en la conducta. Intentos o amenazas previas de suicidio.
- c) Método posible de causarse daño ¿qué tan a la mano está y cuál es su letalidad?
- d) Pérdida reciente de personas amadas: por muerte, separación o divorcio.
- e) Síntomas médicos, historia de enfermedad u operación recientes.
- f) Recursos: amigos, parientes con los que cuenta, posición económica.

II JUICIOS VALORATIVOS.

- a) Posibilidad de comunicación con el paciente.
- b) Tipo de sentimientos expresados.
- c) Reacciones de la persona que turnó el caso.
- d) Personalidad e impresión diagnóstica (Farberow y Shneidman, 1969).

Existe otro material para valorar la potencialidad

de auto destrucción en personas que están emocionalmente trastornadas constituye una guía útil y proporciona un método para corregir esta tendencia general. Existen tres medidas para realizar esta valorización:

I Conocer las intenciones de la persona en relación a la muerte (aspectos intrapersonales);

II Considera al aspecto autodestructivo como un medio de comunicar a los otros diversos sentimientos demandas o súplicas, el comportamiento autodestructivo se convierte en parte en una comunicación con un propósito determinado y un contenido dirigido hacia un público específico (aspecto interpersonal);

III Examen de los instrumentos usados en el comportamiento autodestructivo, sólo puede usarse esta parte del inventario, en situaciones en las que ya ha habido un intento real de autodestrucción.

Inventario para la evaluación de la potencialidad autodestructiva.

I Aspectos Intrapersonales.

A) Intención

1.- Intención consciente.

a) Lucidez de la persona acerca del efecto de sus amenazas y/o intentos autodestructivos sobre los demás.

b) Lucidez de la persona acerca de los resultados de su propio comportamiento autodestructivo.

c) Conocimiento de los pacientes acerca del método que se

proponen usar o han usado.

d) Providencias conscientes para el rescate.

2.- Intención Inconsciente.

a) Constelación de factores dinámicos (importantes en la autodestrucción): ansiedad, tensión, sentimientos de culpa, depresión, hostilidad y dependencia.

b) Tipos de fantasía: muerte, rescate, lesión, darse muerte así mismos o a otros, fracasos, impotencia, pérdida de la esperanza.

c) Manipulación inconsciente de otras personas a través de amenazas o intentos.

d) Patrón de vida de la persona: actividades u ocupaciones peligrosas.

e) Providencias inconscientes para el rescate.

B) Organización del Ego.

1.- Impulsividad, ver su eficacia de los controles.

2.- Rigidez, ver su flexibilidad.

3.- Aislamiento, ver su capacidad de relacionarse.

II ASPECTOS INTERPERSONALES.

A) Aspectos comunicativos.

1.- A qué grado es directa la comunicación (es específica o vaga):.

2.- Qué es lo que se comunica: Desesperación, sentimientos de impotencia, ira, deseo de ayuda, desdén, irritación.

3.- A quién va dirigida la comunicación: a personas específicas o al mundo en general. Si se dirige a personas específicas ¿estén vivas o muertas?

4.- Propósito de la comunicación: Deseo de que otras personas se sientan culpables, preparar a otros para la muerte, tratar de manejarlos.

B) Aspectos ambientales: ¿Quiénes son las personas significativas para él, en su medio ambiente?

1.- Actitud del paciente hacia el ambiente y/o hacia personas significativas para él facilitando una comunicación positiva.

2.- Actitud de las personas significativas hacia el paciente, facilitando o inhibiendo una comunicación positiva.

3.- Actitudes culturales o religiosas ante la muerte.

III INSTRUMENTACION (EN INTENTOS)

A) Escala objetiva de letalidad:

- a) Herida de arma de fuego y explosivos.
- b) Ahorcamiento.
- c) Ahogamiento.
- d) Salto desde gran altura.
- e) Sección o perforación de órganos vitales.
- f) Intoxicación.
- g) Arrojar al agua sabiendo nadar.

H) Intoxicación con gas.

I) Sustancias analgésicas y soporíficas.

1.- Punto sin retorno lapso entre la iniciación del acto y el acaecimiento de la muerte.

2.- Posibilidad de intervención o rescate para interrumpir o remediar el acto autodestructivo (Farberow y Shneidman,1969).

El CPS en México realizó en la década de los 70's una lista de signos y síntomas que de acuerdo con los participantes del centro preceden a casi todo acto suicida, esta lista es tan consistente en su agrupamiento que el Dr. Ringel lo ha llamado Síndrome Pre-Suicida, siendo la lista siguiente:

S. Sentimiento de culpa y soledad.

U. Unión fantaseada con seres queridos después de la muerte.

I. Ideas y sentimientos de autodestrucción.

C. Cansancio, irritabilidad y amenazas suicidas.

I. Insomnio, ansiedad y llanto.

D. Devaluación, desesperanza y desinterés.

I. Imposibilidad para ver otras soluciones.

O. Odio a otros y así mismo, autoacusaciones.

¿En qué pacientes podemos esperar actos suicidas?

En casi todas las personas clasificables en el Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana, si a su trastorno básico se agrega depresión (Mar Zuñiga, 1977).

Además de la lista anterior, el CPS en México, agru

pó en lo siguiente los hechos cuya prevalencia significa alto riesgo suicida:

- R Rechazo a la ayuda.
- I Incomunicación.
- E Edad juvenil o señil, enfermedades incurables.
- S Severidad de los síntomas de depresión.
- G Gradual y progresivo deterioro mental.
- O Organización de planes suicidas (Mar Zuñiga, 1977).

El psicólogo se encuentra en una posición muy ventajosa a diferencia del patólogo forense (que carece del suficiente adiestramiento en el campo de la conducta humana) para poder en los casos dudosos, recabar datos importantes (autopsia psicológica que sirva para diferenciar la muerte por suicidio de la que tiene otro origen, ya que lo que se debe averiguar es la intención de la víctima de autodestruirse (Farberow y Sherdman, 1969).

En el procedimiento de autopsia psicológica, los investigadores se dedican a analizar la información recibida telefónicamente por medio de cuestionarios y entrevistas, en momentos de crisis o antes de ellas, con parientes y amigos de quienes piensan en el suicidio, o ya lo cometieron, y por notas dejadas por personas que acabaron quitándose la vida. Según estos investigadores, este tipo de evaluación proporciona abundante información estimulante y muy útil (Davison, 1983).

Además de las formas de evaluación antes menciona

das, también los psicólogos han utilizado pruebas de personalidad. Algunos estudiosos consideran que tendría gran importancia tanto teórica como práctica el poder predecir el suicidio en base a pruebas de personalidad. Conocer cuales son las características de un suicida antes de quitarse la vida.

El perfil grupal de intento de suicidio, corresponde en sus características al reportado por Marko y Seeman en 1971 por lo que si intenta interpretar el perfil, se puede concluir que al hablar de los sujetos que intentan suicidarse hablamos de personas que al contestar el MMPI, manifiestan una gran necesidad de ayuda, son personas tensas, críticas consigo mismas y con la sensación de no poder resolver sus problemas por su propia cuenta.

Se observa que estos sujetos tienen una elevada tendencia a la fantasía al confundir los límites entre lo real y lo irreal, demostrando así su incapacidad para relacionarse. No existe buena capacidad de logros ya que su energía no se canaliza hacia una sola meta, sino que estas son en general fantasiosas y vagas, tienen incapacidades muy grandes para el compromiso afectivo profundo, no se comprometen básicamente con nadie y carecen de capacidad para posponer la satisfacción inmediata de necesidades, todo lo cual eleva el riesgo de cometer actos antisociales que inclusive van contra su propia vida (Eisenberg y Margain, 1978).

Sin embargo, una de las principales dificultades del empleo de estas pruebas se debe al hecho de que las pruebas de personalidad rara vez pueden ser aplicadas a grupos de personas que

puedan matarse después. Además aparte del problema que constituye el obtener datos del intento del suicidio, sólo es posible obtener datos biográficos e informaciones procedentes de familiares y otros cuando ya se logró el acto.

¿Qué se descubre cuando se comparan las respuestas a los cuestionarios que dieron quienes solamente pensaron en cometer el suicidio y quienes lo intentaron? Rosen y Col. (1954 en Davison 1983), aplicaron el MMPI y los resultados obtenidos demostraron por lo general que los sujetos del grupo que había pensado en el suicidio eran más anormales que los de quienes lo habían intentado o de quienes pertenecían al grupo control. Además de que en general, las puntuaciones obtenidas por quienes lograrían cometer el suicidio no difirió de las obtenidas por el grupo de control.

Investigaciones más recientes en Psicología médica y Medicina Conductual, han demostrado más concretamente que las escalas que se hayan alteradas en el MMPI son las de Hipocondriasis, depresión y la de hipomanía, en patologías como el cáncer y los cambios en la presión arterial. Hamilton (en Prokop, 1981) encontró que la presión alta fué asociada con sujetos que demostraban baja asertividad, bajo dominio y susceptibilidad a la agresión (neuróticos); y encontró relación entre el cáncer y las personas con conflictos no conscientes, con experiencias en eventos traumáticos personales (p. ej. pérdida de un ser querido), estrés, elementos que al mismo tiempo provocan consecuencias psicológicas como depresión, ansiedad, agresión, etc. todos ellos elementos presuicidas, que a su vez

hacen suponer que las mismas escalas del MMPI se hayan alteradas en pacientes con actitudes suicidas.

Por su parte, el análisis conductual en las dos últimas décadas ha señalado algunos lineamientos fundamentales que todo diagnóstico debe incluir, primero se elabora con base en la observación directa de la conducta ¿qué conducta ocurre con qué di mensiones cuantitativas y ante qué estímulos o situaciones ambien ta les?

Su resultado no es una etiqueta sino un conjunto de cuantificaciones de la conducta y de descripciones de las condicio nes en las que se observó ésta.

El diagnóstico conductual más que un medio de clasi ficar es una medida de la ejecución de una persona en un momento dado, medida con la cual pueden compararse los cambios producidos por los procedimientos terapéuticos (Galindo y Col, 1981),

Se considera que la selección de las "caracterís ticas notorias" que se han de observar a fin de predecir las "conduc tas primordiales", depende de las opiniones de los elaboradores del sistema diagnóstico. Se pueden señalar las razones de esta afirma ción, una lógica y una de hecho. La primera es que el marco teórico y las ideas que se tengan acerca del comportamiento determinan cuáles son las conductas que se consideran primordiales cuya predicción se desea, y en el diagnóstico se observan las característi cas predicto ras de aquéllas. La razón de hecho tiene que ver con la percepción

del evaluador, percepción que está matizada por el marco teórico en el que se mueve. Dos o más personas que sostengan opiniones diferentes ante un mismo episodio conductual, observarán diferentes aspectos del mismo, lo cual basta para que sus aseveraciones de lo visto difieran entre sí.

El diagnóstico, es una serie de aseveraciones que el evaluador hace acerca del diagnosticado como resultado de su interacción con él. Para que estas aseveraciones sean confiables, válidas y útiles el evaluador planea y controla las interacciones que tiene.

Kanfer y Saslow (1965 en Galindo y Col. 1981) mencionan tres preguntas que el diagnóstico debe intentar responder:

- 1) Cuál patrón conductual específico requiere cambios ya sea en frec., intensidad, duración o en las condiciones bajo las cuales ocurre.
- 2) Bajo cuáles condiciones fue adquirido este patrón y cuáles factores lo mantienen actualmente.
- 3) Cuáles son los mejores medios prácticos para producir los cambios deseados en este individuo.

Del examen de las anteriores preguntas, se desprende que el diagnóstico siempre tiene por fin la adaptación de la persona que es diagnosticada. El diagnóstico implica un juicio sobre que aspectos de la situación deben cambiar y sobre cómo puede lograrse

se ese cambio.

El diagnóstico siempre incluye un juicio acerca de los patrones conductuales de una persona ¿con base en qué se hace este juicio? principalmente con base al valor adaptativo y de sobrevivencia que tienen las conductas, ese valor se estima observando la cultura y el ambiente inmediato en los que el sujeto vive. Entonces, una parte primordial del diagnóstico debe ser una descripción de las características más importantes del medio en el que la persona ha de continuar viviendo. Con esta base se juzga lo apropiado de las conductas que presenta.

Otra parte importante del diagnóstico es la detección de lo que se puede llamar relaciones funcionales viciadas, las cuales impiden la adquisición de conductas más adaptativas o deseables. Independientemente de la forma en que la relación se haya establecido el impedimento se da porque un estímulo que de acuerdo a la cultura, debe producir la respuesta deseable, produce otra incompatible (Galindo y Col. 1981).

Con lo hasta aquí expuesto se puede observar cómo en la práctica clínica un diagnóstico tiene sentido sólo si proporciona información en lo referente a la etiología del trastorno que se trata de diagnosticar, o tiene implicaciones para el tratamiento o para el pronóstico. No obstante, si un diagnóstico no tiene tales implicaciones y sólo se limita a la búsqueda de un rótulo podemos afirmar que dicho diagnóstico no tiene importancia práctica y teóri

ca y sólo sirve para distraer la atención de actividades mucho más significativas y útiles al servicio del paciente o comunidad que lo demande (Yates, 1980).

En el caso particular de la conducta suicida se puede afirmar con certeza que un diagnóstico oportuno en el momento de una crisis suicida puede salvar la vida de quien la experimenta al poner en práctica un tratamiento rápido y certero, pero también un diagnóstico oportuno proporciona al clínico los elementos indispensables para actuar antes de que ocurra dicha crisis suicida, es decir, proporciona los elementos que ayudan a prevenir que una persona o grupo de personas incurran en ideas o cualquier otro tipo de conductas suicidas. En las dos próximas secciones, se expondrán los tratamientos más frecuentemente usados, para terminar tanto con las crisis suicidas como para prevenir el comportamiento suicida.

2.- TRATAMIENTO DEL INTENTO SUICIDA.

A través de los tiempos, la sociedad ha tratado de combatir, de tanto en tanto, el efecto de llamado de los actos suicidas por medio de la humillación póstuma de aquellos que se han suicidado y del castigo de los que lo han intentado. Estas medidas han fracasado invariablemente y los suicidas continuarán teniendo una función de exhortación en la medida en que tienen un efecto de llamado y esta es una consecuencia normal e invariable del acto.

No hay porqué protestar contra esto, aún cuando significa que los individuos y la sociedad se vean en ocasiones expuestos al chantaje. A causa de sus efectos contra otras personas, la

amenaza de suicidio actúa como uno de los reguladores de las relaciones humanas en todas las sociedades en las que el suicidio es temido y reprobado.

Muy diversos han sido los tratamientos empleados para eliminar las ideas y tentativas suicidas. Los resultados de algunos de estos tratamientos por lo general han producido efectos favorables por lo menos a corto plazo sin embargo, la eliminación total de esta conducta, requiere todavía gran esfuerzo por parte de los especialistas en la conducta humana. A continuación, se hará una revisión de diversos tratamientos que se han utilizado para eliminar la conducta depresiva, que de acuerdo a la opinión de muchos autores está íntimamente relacionada con la conducta que ocupa nuestra atención.

A) TRATAMIENTO MEDICO-PSIQUIATRICO.

La hospitalización temprana y el tratamiento, son las consecuencias más comunes en nuestra sociedad de un acto suicida no fatal. En ciertos casos de enfermedad física o mental, la hospitalización permanente sucede a un intento suicida. (Stengel, 1965).

Ya hospitalizado el paciente el fin de la terapéutica es esencialmente el de evitar la reaparición de nuevas tentativas, así como el de lograr que las ideas de suicidio no provoquen la tentativa. Para tal objetivo, es preciso tener en cuenta que existen importantes factores que pueden permanecer desconocidos. Es necesario entonces, esforzarse en aislar todos los factores conocidos que

intervienen en el determinismo del suicidio, a fin de establecer en qué medida nos es posible actuar sobre ellos.

Desde el punto de vista de Moal (1976), es preciso de acuerdo con los casos, prescribir un tratamiento específico opote rápico, neurovegetativo, o bien, un tratamiento calmante a base de barbitúricos o de bromuros.

Otros autores (Farberow y Shneidman, 1969) han coincidido en que los tratamientos psiquiátricos tradicionales más frecuentemente usados han sido los tratamientos sintomáticos tales como los sedantes, los baños, las envolturas y las medidas restrictivas usadas con frecuencia con pacientes que más tarde se suicidaron.

El tratamiento por choques eléctricos o químicos e intervención quirúrgica también ha sido frecuentemente usada para proporcionar una mejoría temporal pero que según Farberow y Shneidman es menos eficaz que los medicamentos tranquilizantes, ya que algunos pacientes han manifestado miedo a los choques, e incluso, uno de los factores precipitantes del suicidio ha sido precisamente el temor a que se les aplique este tipo de tratamiento, algunos de los pacientes que han sido lobotomizados y leucotomizados se han suicidado posteriormente aunque por lo general, después de la operación los pacientes se muestran más tranquilos, pero sus tendencias persisten.

Algunos otros psiquiatras han mencionado que la vinculación del médico con la persona que ha hecho un intento de suici

dio cuando sea posible contando con el apoyo y cooperación de su familia, son indispensables para ayudar a la víctima a superar su desesperanza y soledad, ya que de acuerdo con ellos estos son factores determinantes para la conducta suicida. (Mesa Redonda 1978).

Al parecer ninguno de estos métodos de tratamiento utilizados por los psiquiatras ha logrado mejorar a los enfermos en su capacidad de adaptarse a la vida de manera más satisfactoria, lo más adecuado en estos casos parece ser un tratamiento continuo de apoyo y protección que se puede encontrar en la psicoterapia grupal o individual y en relación con el medio ambiente del sujeto (Stengel, 1965).

B) TRATAMIENTO PSICOLOGICO.

Los tratamientos psicológicos para la conducta suicida han sido tan variados y múltiples, como las propias diferencias entre una y otra corrientes psicológicas. Así por ejemplo, la terapéutica de las crisis ha expuesto su propia filosofía, principios, procedimientos y objetivos, cuyas características son bastante diferentes de los enfoques teóricos y terapéuticos más tradicionales. Utilizando procedimientos rápidos, con metas reconstructivas y restaurativas, está encaminada a facilitar la transición en los momentos difíciles o peligrosos como el del suicidio, de manera que puedan aplicarse posteriormente procedimientos rehabilitativos de más largo alcance. La terapéutica de grupo, los grupos de choque, los grupos de masatón, el adiestramiento de la sensibilidad y otros procedimientos se exploran actualmente como parte del cuadro integral. La psi

coterapia ya no se practica en el hospital o en el consultorio sino que ahora puede impartirse en cualquier lugar donde viva el paciente (Farberow y Shneidman, 1969).

Otros investigadores (Stengel, 1965) de tendencias psicoanalistas han encontrado que la misma liberación de impulsos agresivos dirigidos contra el Yo en una explosión emocional, puede tener un efecto catártico, beneficioso para el estado mental de una persona, o sea que puede descargar la tensión reprimida y de ese modo reestablecer el equilibrio emocional al menos por un tiempo. Esa es posiblemente una de las razones por la que algunas personas se sienten muy mejoradas tras un intento suicida y dejan de contemplar la posibilidad de repetirlo.

El reforzamiento social ha sido considerado también como un factor importante en el mantenimiento de la conducta suicida (Stengel, 1965), cosa que ha llevado a suponer que una sociedad independiente u hostil a sus miembros individuales, produciría al menos que los intentos suicidas fueran raros.

En la actualidad no existe dicha sociedad. Hasta en la cárcel un intento de suicidio suscita reacciones similares a las observadas en la comunidad en general.

Sin embargo los campos de concentración alemanes, fueron abiertamente hostiles a sus miembros, todos ellos advirtieron la rareza de los intentos suicidas aunque hubo menos acuerdos en lo que respecta a la ocurrencia de suicidios uno de los observadores destacó

que para suicidarse bastaba con aproximarse al alambre de púas, donde se les disparaba, o tan sólo abandonarse en la lucha por la supervivencia, para sucumbir rápidamente. Hay explicaciones adicionales para entender la infrecuencia de los actos suicidas en los campos de concentración como p. ej. la declinación de estos actos durante tiempos de guerra, podría deberse a varias condiciones, menos aislamiento social, disección de los sentimientos agresivos del Yo amenazado contra el enemigo exterior y disminución del valor de la vida individual (Stengel, 1965).

Moal (1976) por su parte ha considerado también la importancia que tiene el medio ambiente en conjunto con la psicoterapia clínica, para él los más brillantes éxitos de la psicoterapia se encuentran en el tratamiento de los trastornos caracteriales de origen afectivo. Hay que armarse de paciencia, saber escuchar con atención cuestiones desprovistas de interés antes de descubrir lo esencial, saber esperar el momento propicio para deslizar un consejo que podrá ser entonces aceptado y asimilado. Sobre todo, saber adaptarse a cada caso particular.

Para obtener resultados prácticos la psicoterapia no debe solamente esforzarse en ganar la confianza del sujeto, descubrir sus complejos, reforzar sus medios de defensa. Debe mirar más lejos. Procurar conocer el ambiente en que habitualmente vive el individuo e intervenir para que también dicho ambiente cambie sus métodos.

Si no puede lograrse este cambio, preferible será aislar al sujeto del medio pernicioso.

Es necesario asegurarse de que esta medida no provocará perturbaciones más graves que las existentes.

Otros tipos de tratamientos psicológicos son los realizados por los centros para la prevención del suicidio en Estados Unidos los cuales varían de centro a centro pero en general presentan los mismos lineamientos. A continuación se señalará el modelo de Gainesville, Florida el cual consta de 4 fases.

Fase I. Apertura del caso: Se puede hacer hasta que ocurre un contacto inicial entre el centro y el paciente. Usualmente este contacto se hace a través del teléfono, cuyo servicio dura las 24 Hrs. Esto no significa que este sea el único medio para lograr contacto con gente en crisis. Algunos centros tienen acuerdos con otras agencias las cuales comunican cuando se presenta un caso de suicidio, así el centro inicia el contacto.

Existen tres funciones de los trabajadores:

- 1) Establecer comunicación. En contacto inicial, el trabajador debe establecer la suficiente confianza y rapport entre él y el paciente. La comunicación no se obtiene hasta que el trabajador ha obtenido nombre, teléfono y otra información que permita un contacto posterior.
- 2) Evaluar la condición del sujeto. El trabajador debe averiguar si la amenaza de suicidio está o no presente, esto se obtiene con el escuchar y no tanto con preguntas directas, aunque esto a veces es necesario. También debe realizar preguntas apropiadas acerca de los sentimientos presentes del paciente.

3) Desarrollar un plan de acción. Para finalizar esta fase, es necesario decir que lo ideal en el contacto inicial es cara a cara, donde se pueda invitar al sujeto al centro, lo cual permite eliminar dudas acerca de la sinceridad del centro en ayudarlo.

Fase II. Manejo del caso: Es en esta fase donde el centro utiliza la tecnología para resolver las crisis.

Hay pocas guías para el manejo de crisis. Una es que se proceda tan rápido como se pueda, cuando mucho debe durar de 3 a 4 semanas. Otra es que se marquen las esperanzas y probabilidades tanto del individuo como del centro. La tercera se refiere a la ayuda que se debe al sujeto, lo cual no implica que se le niegue al paciente la oportunidad de usar sus propios recursos (Mc Gee, 1974).

En esta fase es indispensable que el sujeto entienda que su relación es con el total del centro y no con uno o dos de sus trabajadores.

Fase III. Cierre del caso: Se realiza una sesión donde el paciente da su punto de vista sobre el centro y comenta su mejoría. Se le debe informar del interés de saber más de él después de un tiempo.

Fase IV. Seguimiento: Permite al centro aprender si funciona su plan de acción y si dura la efectividad.

En el centro los trabajadores voluntarios se eligen por medio de universidades, radio, periódico.

Primero, los voluntarios tienen una entrevista con

el coordinador, aplicándoseles después una batería de pruebas psicológicas. Posterior a esto empieza el entrenamiento señalando aquí que cada centro tiene sus propios procedimientos que varían de uno a otro, además de que el entrenamiento (qué enseñar, cómo enseñar) es aún indeterminado.

Una vez entrenado el voluntario puede empezar a trabajar en el centro.

En el centro los voluntarios tienen la posibilidad de asumir responsabilidad adicional al sólo contestar el teléfono, tal es el caso de actuar en el Equipo de Ciudadano que es una unidad que va a la escena de la crisis (Mc Gee, 1974).

Equipo de Cuidado. El propósito de este equipo es hacer contacto con los pacientes, hacer una Evaluación de la situación, proveer ayuda y algunas veces Rescatar y seguramente Ocuparse en el proceso de intervención.

Contacto. Una conversación por teléfono frecuentemente no provee un contacto genuino, es necesario para ayudarlo la habilidad de un recontacto. También este equipo se utiliza para hacer contacto con gente que no recurre al centro.

Evaluación. El trabajo del telefonista es evaluar la letalidad del usuario y el tipo de problema personal que precipitó la crisis. Si el suicidio es un factor importante se asigna a este equipo el caso.

Ayuda. Se debe proveer apoyo emocional y confort a la persona en stress. Se tiene que reducir la perturbación del cliente. En caso

de suicidio es común un acercamiento típico del equipo que consiste en quitar armas, **píldoras**, alcohol, etc.

Ocuparse. Es necesario en una crisis estructurar las siguientes horas de la vida del individuo. La siguiente tabla muestra algunas de las metas del Equipo de cuidado:

- * Rescatar al individuo del intento de suicidio.
- * Proveer apoyo emocional.
- * Proveer apoyo emocional a otros.
- * Facilitar la entrada a otra agencia.
- * Calmar el estado emocional del sujeto y de otros.
- * Desarrollar un plan de acción.
- * Reestablecer comunicación con otros.
- * Ocuparse en la Intervención.
- * Proveer tratamiento de inmediato.
- * Eliminar hostilidad hacia el centro.

Personal del Equipo de Cuidado. Cada unidad incluye dos personas, no más, ya que más gente puede crear confusión y no ayuda. Siendo indispensable que ambos miembros hayan tenido una ejecución satisfactoria en procedimientos de crisis, sin tener un programa especial pa ra enseñar a los miembros, más que la experiencia en el trabajo.

En la siguiente tabla, se muestra algunas de las actividades realizadas por el Equipo:

- * Retirada de armas de fuego.
- * Contacto con otros.
- * Retirada de píldoras.
- * Exploración de notas suicidas.

- * Inscripción a la fuerza.
- * Planeación de siguientes horas.
- * Transportación.
- * Contacto futuro con el centro .
- * Ambulancia.

Dentro del Equipo de cuidado existe el equipo de investigación de muerte teniendo éste dos propósitos.

- 1) Autopsia psicológica que revela datos psicológicos necesarios para concluir si fue accidente, suicidio u homicidio.
- 2) Deben conocer las dinámicas del suicidio, siendo necesario un contacto inmediato con los allegados así como con la policía.

Este equipo orienta a la familia en sus reacciones emocionales y también los orienta sobre la función de la policía, permitiendo la cooperación para el trabajo de la policía (Mc Gee, 1974).

C) TRATAMIENTO PARA LA DEPRESION.

De la misma forma que en el capítulo referente a etiología se decidió abordar el tema de la depresión en un inciso aparte, dado la intensa relación que establecen gran parte de los investigadores en lo relativo a la etiología del suicidio. A partir de esto surge la necesidad de señalar cuáles han sido los tratamientos más frecuentemente usados para combatir la conducta depresiva y al mismo tiempo terminar con las ideas y tentativas suicidas.

En el curso de este inciso se podrá observar que los tratamientos tradicionales no parecen tener marcadas diferencias

al abordar las conductas propiamente suicidas y las conductas depre
sivas. Esto parece estar determinado porque en la mayoría de los ca
sos ambos fenómenos son considerados de la misma manera, sin desta
car las características particulares y divergentes de cada fenómeno.

Ya se ha visto cómo los tratamientos están supedita
dos en gran medida por el diagnóstico previo. En el caso de la de
presión y el suicidio esto es claro, ya que al catalogar a un sujeto
como depresivo se le asigna un tratamiento específico para dicha con
ducta, sin tomar en cuenta los diferentes factores que intervienen
para que se manifieste la conducta suicida. También es claro que mu
chos pacientes suicidas son diagnosticados como depresivos, tomando
en cuenta erróneamente que la conducta suicida es depresiva por sí
misma.

Inmediatamente después de que se ha detectado un es
tado de depresión el tratamiento clásico exige el ingreso en una clí
nica u hospital, tal medida se impone en beneficio del enfermo y en
interés de la sociedad ya que corren el riesgo de suicidarse o de
conducirse escandalosamente, el automenosprecio y la autodestrucción
que pueden pasar fácilmente de los pensamientos y palabras a los he
chos (Sarason, 1975; Moal, 1976).

También a causa del riesgo de suicidio de un pacien
te depresivo el clínico trata de encontrar los medios más rápidos de
disipar la depresión; los dos métodos comunes son el somático(te
rapia electroconvulsiva) y las drogas antidepresoras (Sarason,1975).

El electroshock ha transformado la psicosis maníaco depresiva tanto en el caso de niños como de adultos ya que queda yu gulada toda nueva crisis depresiva, en caso de su fracaso se pueden utilizar los comas insulínicos y administrar cardiazol (Moal, 1976).

Al comenzar a ser usado el procedimiento electroconvulsivo, se supo muy pronto que con las debidas modificaciones, la máquina productora de choques puede ser empleada para producir otros efectos además de las convulsiones de tipo clásico. Por ej., puede ser empleada para estimular porciones determinadas del cerebro. Co mo este efecto es inmediato y puede ser cuidadosamente graduado, al gunas veces es de gran valor en el tratamiento de intoxicaciones profundas por medicamentos (p. ej. el coma producido por la ingestión de barbitúricos como resultado de un intento de suicidio). La co rriente también puede ser administrada de manera que produzca pér di da de la conciencia con un mínimo de vibración sostenida de los mús culos, en vez del ataque convulsivo del gran mal. En más del 80% de depresiones psicóticas, se obtiene una remisión completa de los sín tomas depresivos con ayuda del electrochoque, aunque las caracterís ticas morbosas de la personalidad prepsicótica no son afectadas (Hofling, 1979).

En la administración de estos dos tratamientos usa dos para combatir la depresión es necesario tener ciertas reservas, los efectos de las drogas antidepresivas no suelen ser los de elimi nar la conducta suicida, sino por el contrario de estimularla, ya que un estado de depresión avanzado, manifiesto como la total inmo

vilidad, se convierte en protector de la persona en contra del suicidio; al eliminar esta "psicosis" protectora por vía de los fármacos, el paciente adquiere la movilidad o energía necesaria para consumar su intención de suicidio. En estos casos la psicoterapia de apoyo al lado del tratamiento de medicamentos suele ser lo más apropiado.

(Farberow y Shneidman, 1969).

Por el lado de los electrochoques y la intervención quirúrgica (lobotomías), también existen serias contraindicaciones si observamos los resultados colaterales, en el caso de la terapia electroconvulsiva ordinariamente se presenta una pérdida casi instantánea de la conciencia, seguida de una convulsión del tipo del gran epiléptico, tanto en su fase tónica como clónica, además de la ocurrencia frecuente de esguinces, desgarros y menos frecuentemente todas las fracturas producidas por la excesiva tensión muscular. Además es necesario señalar que después de una sola sesión electroconvulsiva, el paciente generalmente experimenta un breve período de confusión moderada, es decir, una deterioración sensorial transitoria; cuando se administra una serie de electrochoques (con mayor frecuencia que varias veces por semana y aún mayor) la depresión sensorial tiende a acumularse, (Hofling, 1979).

En el caso de la psicocirugía (lobotomía) consistente en el corte de una gran proporción de fibras nerviosas que unen las porciones anteriores de ambos lóbulos frontales con el resto del Sistema Nervioso Central, lo único que se puede ofrecer es suprimir

algunos elementos de la vida mental del paciente, pero no se le puede agregar nada.

Si los recursos de la personalidad han sido siempre inadecuados para lograr un ajuste apropiado es muy poco probable que este ajuste llegue a ser adecuado por medio de la psicocirugía y es más probable que quede deteriorado algún otro aspecto de la personalidad que inclusive sea más necesario para la vida de relación del paciente deprimido (Hofling, 1979).

Otro tipo de estrategias de intervención para la depresión son las consideradas dentro del marco del desamparo aprendido en depresión y aunque no hay estudios que prueben directamente las implicaciones terapéuticas de este modelo, existen estudios que examinan la efectividad de diferentes terapias, entre las más relevantes se encuentran por ej.

- 1) El cambiar la probabilidad del resultado estimado, es decir, cam
biar el medio para reducir la probabilidad de resultados aversi
vos e incrementar los deseados.
- 2) Reducir lo aversivo de los resultados no evitables.
- 3) Si el individuo no sabe emitir las respuestas adecuadas, enton
ces se le enseñan (Abramson, 1978 en Garber y Seligman, 1980).
- 4) Alteración cognitiva: Alterar el autoconcepto y la generación
de expectativas negativas (Hollon, 1978 en Garber y Seligman,
1980).

A pesar de lo anterior se observa que es necesaria más investigación para el desarrollo de terapias adecuadas para el tratamiento de sujetos depresivos (Garber y Seligman, 1980).

A partir de ésto se ha visto cómo los tratamientos en casos de riesgo de suicidio han sido muy similares que para el caso de las depresiones, sin embargo algunos autores como Bellack (1978) han especificado ciertos puntos como los siguientes:

- 1) Generalmente los intentos de suicidio se aceptan como equivalentes a una solicitud de ayuda. Así, el terapeuta debe estar dispuesto a ver al paciente a cualquier hora.
- 2) Es importante esclarecer contra quién va la agresión. El concepto de autodaño para dañar a otro se debe ilustrar al paciente de una manera dramática.
- 3) Es necesario ganar tiempo para que se pueda conducir una psicoterapia vigorosa.
- 4) La hospitalización breve es pertinente ante el riesgo de suicidio.
- 5) La terapia electroconvulsiva puede ser importante en el tratamiento del paciente suicida.

Hasta aquí se ha hablado de los tratamientos para la conducta suicida y para la conducta depresiva, basándonos en la postura de un tratamiento que "cura", lo que quiere decir que mediante el uso de métodos de terapia de todo tipo y de sustancias "cura

tivas", se logra la desaparición de toda sintomatología y en el sen tido de que se contrarrestan las secuelas de un padecimiento para de volver al individuo, de ser posible, su estado de equilibrio biopsi cosocial previo al trastorno del que se trate.

En la sección siguiente se abordarán las caracterís ticas de los procedimientos preventivos que si bien no se encargan de modificar la conducta particular de un sujeto suicida, si tratan dicha conducta de forma general.

3. PREVENCIÓN DEL ACTO SUICIDA.

Es necesario antes de iniciar este capítulo hacer una breve caracterización entre lo que se ha llamado tratamiento y lo que es la prevención del suicidio.

Por lo común se han planteado procedimientos para resolver problemas conductuales después de que éstos ocurren y no para prevenir su ocurrencia, es decir, se ha actuado a un nivel más que nada curativo.

Sin embargo, existen tratamientos que inciden al mismo tiempo a nivel preventivo, evitando que determinado trastorno pueda desarrollarse hasta culminar con consecuencias desagradables. En estos casos el tratamiento implica la detección temprana del pro blema y su tratamiento oportuno, con la finalidad de reducir la du ración de dicho trastorno y esto constituye precisamente lo que algu nos autores como Solomon y Patch (1972), Michelson Hersen y Turner (1981), Del Castillo del Valle (1983) y Calderón (1984) han llamado

prevención de tipo secundario.

¶ Cuando el objetivo de la intervención es reducir o eliminar problemas conductuales en individuos que ya han experimentado tales problemas, se habla de una prevención de tipo terciaria, en la que se trata de evitar recaídas de trastornos y de mantener en óptimas condiciones la salud de aquellos que han estado previamente enfermos (Del Castillo Del Valle, 1983; Calderón, 1984).

¶ La prevención propiamente dicha, es decir, aquella acción destinada a evitar la aparición de problemas conductuales, es lo que se ha denominado dentro de los programas de Salud Pública como prevención primaria. Su énfasis está puesto en la identificación de aquellas condiciones que aparecen en relación al desarrollo de problemas conductuales e identificación de aquellas condiciones específicas que provocan conductas más saludables. Por lo tanto, la prevención primaria se enfoca al diseño de actividades que pueden prevenir la ocurrencia de problemas conductuales (Price, Bader y Kaltter, 1980, en: Ollendick y Cerny, 1981).

La prevención ha sido un aspecto de la intervención terapéutica que en los últimos años ha cobrado fundamental importancia, existe incluso un volumen respetable de literatura dedicada al problema de la prevención (Sólon y Patch, 1972); sin embargo, frecuentemente éste ha sido abordado desde el punto de vista médico y ha hecho énfasis en las patologías orgánicas. Evidentemente, el aspecto médico es fundamental, pero si se toma en cuenta que en la conducta humana y particularmente en la conducta suicida la gran mayo

ría de las veces no interviene el factor biológico, su prevención debe tomar senderos diferentes.

En seguida se señalarán algunas de las formas propuestas por los investigadores del suicidio, en lo relativo a los tres niveles de prevención.

A) PREVENCIÓN PRIMARIA,

La teoría de Durkheim (1976) sobre la prevención del suicidio es una de las que caracterizan mejor la prevención de tipo primario, ya que su propuesta actúa a nivel masivo y además constituye una vacuna efectiva contra los suicidios en una comunidad determinada. El propone tanto para el suicidio egoísta como para el anómico (no se refiere al altruista ya que en las sociedades modernas ha perdido terreno y sólo se manifiesta en las sociedades inferiores) dar a los grupos sociales bastante consistencia para que mantengan firmemente al individuo y por consiguiente se sostenga unido a ellos.

*Cambios en el estrés social.
inv. a causas del suicidio.*

De acuerdo con la óptica del mismo autor no es la sociedad política el grupo más apto para perpetuar ese sentimiento de solidaridad en vista de que hoy en día está muy lejos del sujeto actuar eficazmente; tampoco las religiones pueden prevenir contra el suicidio más que en la medida en que nos retiran el derecho al libre examen, fuera de estas sociedades existe otra, es la que forman como asociados todos los trabajadores del mismo orden, todos los cooperadores de la misma función que constituyen el grupo profesional o la

corporación, que está compuesta de sujetos que se dedican a los mis mos trabajos y cuyos intereses son solidarios. No hay razón para que el interés corporativo no adquiriera ese carácter. En cualquier punto donde están, los rodea, les recuerda sus deberes, les sostiene cuando es preciso.

Dado que la vida profesional ocupa gran parte del tiempo de los individuos se hace sentir sobre todas las ocupaciones orientadas en sentido colectivo, tiene lo necesario para enmarcar al sujeto es decir, para sacarlo del aislamiento que según este autor es uno de los factores causales del suicidio.

Para que esto suceda es necesaria cierta organiza ción que ayuda a que aparezcan las corporaciones como órganos defini dos y reconocidos por la vida pública con lo que puedan desempeñar una misión social en vez de expresar diferentes intereses. Esto so lo se puede resolver constituyendo fuera del estado aunque sometido a su acción, un haz de fuerzas colectivas cuya influencia reguladora pueda ejercerse con más variedad. Esta restauración que se hace nece saria universalmente tiene de acuerdo a la opinión de Durkheim un obstá culo muy fuerte que es la mala fama que han dejado las corporaciones en la historia.

Con este tipo de acción solidaria de las corporacio nes se evitaría la presencia del suicidio en una comunidad determina da ya que cada sujeto funciona como un elemento de un amplio sistema y estaría de esta forma protegido contra el aislamiento social y al mismo tiempo contra el suicidio.

Estos grupos representan un problema mucho más basto en la actualidad que en los tiempos de Durkheim, a fines del siglo pasado, cuando la expectativa de la vida era mucho más baja. Algunos adelantos deseables pueden llevar indirectamente a un aumento en la tasa de suicidio, envejecer y enfermarse a más personas (de forma no solidaria) es una forma de exponerse al suicidio. Por esta razón es que algunos investigadores contemporáneos (Stengel, 1965) proponen una profilaxis del suicidio que comienza con el nacimiento y aún antes.

↳ Su objetivo consiste en eliminar o reducir los factores que tienden a incrementar el número de actos suicidas y a fortalecer todos aquellos que tienden a reducirlo. Para ellos, además de la preservación de la familia y la activa participación en un grupo social, se encuentran la lucha contra el alcoholismo, la buena salud mental y física, buenos servicios médicos, empleo total, etc. siendo todos factores contra el suicidio. *Cambiar a ch. 10*

La comunidad terapéutica propuesta por Stengel (1965) se convierte un tipo de prevención primaria cuando funciones similares se pudieran organizar en la sociedad fuera del hospital. De acuerdo con él la responsabilidad para con los necesitados de la terapia psicológica y social, ya no estaría monopolizada por el experto, como es el caso en la actualidad sino por una red de trabajo de personas legas con conciencia de su papel de ayudar a los necesitados. De esta forma, la sociedad en general se convertiría en una verdadera comunidad terapéutica resistente a la conducta suicida.

B) PREVENCIÓN SECUNDARIA.

En el caso de la conducta suicida la prevención secundaria que implica la detección temprana y el tratamiento oportuno está basada fundamentalmente en recursos educativos psicológicos y también farmacológicos. Sin embargo, el momento de la crisis suicida toma ciertas formas de intervención preventiva (Mesa Redonda, 1978).

El primer problema consiste en cómo establecer contacto entre la gente solitaria y desamparada que experimenta la crisis suicida y aquellos que quieren ayudarlos; fue una excelente idea estimular a dicha gente a utilizar el teléfono para conectarse con alguien a quien ellos pudieron hablar cuando estuvieran angustiados y desesperados.

En gran Bretaña el Ejército de Salvación, estableció un departamento antisuicida en 1906 (los samaritanos) la organización está basada en la convicción de que la mayoría de los suicidios presentan no problemas médicos sino sociales y espirituales; la ayuda de los samaritanos consiste en la "protección amistosa", o sea en el ofrecimiento de amistad, asistencia cordial, interés, amor, a través de personas que son legas desde el punto de vista médico y eclesiástico.

Después de establecido el contacto con el paciente que necesita ayuda una técnica frecuentemente usada es la de enviarlos a un hospital psiquiátrico, o bien, enviarlos con profesionales generales a clínicas psiquiátricas de pacientes externos. Estando allí a algunos se les aplican tratamientos físicos, a muchos se les

trata con drogas pero casi todos ellos reciben o deben recibir algún tipo de psicoterapia, (Stengel, 1965).

En una gran proporción de los casos es la misma gente que comete el acto suicida la que interviene para evitarlo. Casi todos los actos suicidas muestran ciertas características que son incompatibles o hasta opuestas a la finalidad de autodestrucción la gran mayoría de las personas que ejecutan actos suicidas fatales o no fatales han dado aviso de su intención de cometerlos; en todos los casos el acto no hubiera tenido lugar si las advertencias hubieran sido tomadas en serio. Comúnmente los intentos suicidas se producen en un escenario que hace posible, probable o hasta inevitable la intervención de otros, en estos casos es el mismo suicida quien posibilita su rescate, pero no hay que olvidar que la intervención de otras personas queda, por lo general librada al azar.

Con estos diferentes rasgos del acto suicida podemos darnos cuenta que no está solamente dirigido a la destrucción y a la muerte, sino también al contacto humano y a la vida.

A menudo un cambio en el aislamiento social sucede a un intento de suicidio probablemente esta sea una de las razones por las cuales el intento suicida sólo raramente se repite enseguida, convirtiéndose por sí mismo en una forma de prevención para un acto suicida siguiente. Estas reacciones de cambio en la situación vital de la persona pueden tener poca duración o ser permanentes, pero están casi siempre invariablemente presentes e incluso son comunes en muchas culturas. (Stengel, 1965).

C) PREVENCIÓN TERCIARIA.

Ya se había dicho que el objetivo de la prevención terciaria consiste en evitar recaídas de ciertos "trastornos" y man tener en óptimas condiciones la "salud" de aquellos que han estado previamente "enfermos" o en otros términos su objetivo es el reducir o eliminar problemas en individuos que ya han experimentado tales problemas. En el caso de la conducta suicida el objetivo de la pre vención de tipo terciario, consiste básicamente en evitar que una persona que ha incurrido alguna vez en su vida en un acto suicida vuelva a efectuarlo.

Este objetivo ha sido compartido desde 1958 por los fundadores del centro de prevención del suicidio en la ciudad de los Angeles, California (CPSA) y más recientemente por los fundadores del centro de prevención del suicidio de la Ciudad de México, (CPSM) aunque sus metas han ido más allá de la pura prevención terciaria. (el CPSM sólo funcionó en la década de los 70's).

Una de las aspiraciones fundamentales de estos cen tros y particularmente del CPSA es la de obtener la mayor cantidad de datos de las personas presuicidas, que por lo común son personas que han llevado a cabo un intento suicida o que presentan una fase prodrómica durante la cual revelan sus intenciones autodestructivas (Farberow y Shneidman, 1969).

El CPSA emplea tres métodos para obtener los datos necesarios sobre personas presuicidas. Estos son:

- a) Las encuestas entre los médicos de la comunidad.
- b) Los análisis y resultados de gran número de expedientes de los hospitales.
- c) La recopilación de materiales detallados de casos que llegan al centro, además de entrevistas con sus parientes, amigos, médicos y otras fuentes de información.

El estudio típico que se realiza en el Centro con siste de una entrevista psiquiátrica, en la que el psiquiatra realiza por lo menos una anamnesis parcial, obtiene algunos datos sobre las circunstancias del intento de suicidio y hace algunas deducciones so bre la psicodinamia del paciente.

Las pruebas psicológicas se hacen con una baterfa que incluye la prueba de "apercepción temática", la de "hacer una historia dibujada", la de completar frases "La prueba multifacética de inventario de la personalidad" de Minnesota y algunas pruebas espe ciales en las que se pide al paciente que haga por escrito la des cripción de su propia personalidad y escriba un duplicado de la nota que dejó al intentar suicidarse, o si no la hizo, redacte lo que hu biera querido escribir.

Al mismo tiempo, el trabajador social visita a los parientes más importantes que pueden ser el cónyuge, los padres, a los hijos mayores enfocando su atención en la dinámica interpersonal, los recursos potenciales psicológicos y financieros de la familia.

Todos los casos de los que se ocupa el CPSA son dis

cutidos ampliamente durante una reunión del personal en la que se procura comprender el significado del comportamiento suicida de dicho paciente, se analiza el contexto intrapsíquico e intersíquico dentro del cual ocurrió el intento de suicidio y, después, se hace un proyecto realista para su tratamiento: estos proyectos son de diversa índole. Pueden incluir la hospitalización del paciente, turnar el caso a una agencia de trabajo social; turnarlo a una clínica, a un médico o a un terapeuta, para que se le imparta psicoterapia privada o en grupo. Si el riesgo de suicidio se valora alto, CPSA mantiene contacto continuo con el paciente mediante llamadas telefónicas y visitas a domicilio a fin de conservar intactos los "lazos" entre el CPSA y la persona propensa al suicidio, durante los días de crisis.

Es necesario señalar otros dos aspectos importantes del CPSA, que aunque no tienen que ver en gran medida con la prevención terciaria sí lo tienen con la primaria y la secundaria, estos son el énfasis por convertirlo en una agencia de salud pública al integrarlo con otras organizaciones de bienestar para la comunidad y crear campañas de difusión de información sobre sus actividades; el otro aspecto es el de utilizar los datos psiquiátricos, psicológicos y de trabajo social que se obtienen de diversos tipos de suicidas, para probar varias hipótesis acerca del fenómeno del suicidio. (Farberow y Snheidman, 1969).

Hasta el momento se han visto algunos de los aspectos más relevantes de las actividades preventivas que se han llevado

a cabo con respecto a la conducta suicida. Es necesario destacar también que el incluir estas actividades preventivas dentro de uno u otro grado de prevención (en la clasificación 1ª, 2ª, ó 3ª de prevención) resulta en ocasiones arbitrarias ya que una u otra actividad puede ser identificada en alguno de los diferentes niveles preventivos de acuerdo al centro de análisis del fenómeno o al mismo juicio del investigador.

Ya se han expresado algunas de las diferentes formas en las que se ha venido interviniendo en el caso de la prevención del suicidio. Resulta claro, sin embargo, que una actividad destinada a evitar la aparición del suicidio dentro de alguna comunidad determinada, se convierte en una tarea muy difícil que involucra la acción conjunta de todo un amplio sistema de salud pública, enmarcada en una sociedad donde las relaciones predominantes entre los individuos sean de colaboración y de ayuda mutua.

4.- EL CENTRO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DE LOS ANGELES CALIF., COMO UN MODELO CONCRETO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL.

El número de organizaciones activas que trabajan en torno a personas que presentan conductas destructivas y suicidas, es considerablemente reducido. Al parecer no existe en la mayoría de los países del mundo un servicio adecuado por parte de las autoridades de salud pública, para prevenir o dar atención a aquellas personas que presenten tal eventualidad.

El punto fundamental aquí resulta proporcionar a

los miembros de una comunidad determinada las alternativas adecuadas para manejar los casos de intento de autodestrucción en algún aspecto que no sea el puramente médico. Con esta finalidad se fundó en 1958 El Centro Para la Prevención Del Suicidio en la ciudad de los Angeles California, como una de las pocas instituciones para dar atención a personas con características suicidas.

Considerando la magnitud y la gravedad del suicidio, como problema de salud pública, llama la atención lo poco que se ha hecho para tratar de entenderlo y evitarlo. El Centro para la Prevención del Suicidio e Instituto de Estudios de Comportamientos Destructivos (que en adelante se designarán por sus iniciales C.P.S. e ICD respectivamente), parecen ser unas de las pocas instituciones que brinda un amplio servicio a la comunidad de los Angeles e incluso a los investigadores de otros países a través de su centro de información.

En países como el nuestro con un alto índice de dependencia la atención a problemas de esta índole ha sido muy limitada en los últimos 10 años, ya que el CPS de la ciudad de México que funcionó en la década de los 70's. tuvo una corta existencia y en la actualidad no existe en nuestro país ni siquiera la información mínima necesaria para conocer la conducta suicida en los centros de salud mental más prestigiados. Esta situación condujo a solicitar información reciente al C.P.S.A. sobre cuál es el papel específico que ha venido desempeñando el psicólogo en dicho centro, ya que como se mencionó anteriormente este centro concentra información sobre inter

vención, investigación, educación, rehabilitación y prevención para conductas destructivas y suicidas.

La práctica en intervención con estos pacientes del CPSA ha demostrado que la forma más eficaz de abordar este fenómeno se encuentra señalada en los siguientes programas:

TELEFONOS DE ASISTENCIA LAS 24 HORAS.

Una llamada a estos teléfonos le da al necesitado la oportunidad de hablar con un voluntario capacitado y con experiencia, alguien que le pueda ayudar a atravesar un difícil período y que a la vez le pueda otorgar diferentes alternativas para resolver sus problemas.

CLINICA VIDA.

En esta se otorgan programas de terapia y asesoramiento para las víctimas potenciales de suicidio y para las familias de aquellos que han cometido suicidio.

ASESORAMIENTO PARA SOBREVIVIENTES.

En este programa se otorga la ayuda que se necesita para eliminar el sentimiento de culpa. Este también se otorga a familiares o amigos quienes, en último término, son las víctimas trágicas del suicidio.

AUTOPSIA PSICOLOGICA.

Esta es usada para agregar al certificado el modo de muerte de las personas, se obtiene información acerca del estilo de vida, relaciones con otros estados psicológicos, físicos y otros

datos pertinentes. El procedimiento también ofrece a los sobrevivientes el beneficio de asesoramiento.

CLINICA PARA LA DEPRESION.

Los expertos estiman que el 10 al 20% de la población suicida sufren de depresión, ante ésto en la clínica se provee de procedimientos de evaluación y tratamiento siendo los procedimientos tradicionales de medicamentos y psicoterapia, tratamiento grupal y terapia cognitiva.

ABUSO DE DROGAS.

Este plan otorga servicios de desintoxicación para pacientes con historia de adicción y con dos o más fracasos para dejar de ser adictos. También se brindan los servicios de terapia grupal asesoramiento familiar, cuidados de la salud y asesoramiento la boral.

CENTROS DE TRATAMIENTOS PARA LA COMUNIDAD,

Este es un programa para personas que ya han intento suicidarse. Este programa les ayuda a combatir su propio comportamiento destructivo y les facilita su reintegración a la sociedad.

DESARROLLO JUVENIL Y RECREACIONES.

El centro ofrece programas y actividades para jóvenes que tienen problemas para tratar cuestiones de la adolescencia como relaciones familiares, escuela, trabajo, drogas, etc.

El centro trabaja directamente con jóvenes problemá

ticos así como padres, escuela y comunidad para evitar o solucionar condiciones que puedan provocar conductas destructivas.

Los programas incluyen terapia grupal, individual, actividades recreativas, artísticas, guía vocacional, proporcionándoles con ésto alternativas para enfrentarse a los problemas de sus vidas y alejándolos del crimen y drogas.

TRABAJOS Y SEMINARIOS.

El instituto constantemente actualiza los métodos para tratar con diversas formas de conductas destructivas, se realizan investigaciones por medio de otras agencias de prevención de suicidio y a través de medios populares con profesionales de salud mental y física.

PROGRAMAS DE EDUCACION ESCOLAR.

El instituto trabaja con escuelas para proveer información que trate sobre problemas de suicidio en adolescentes y depresión.

Las clases con los alumnos les enseñan a detectar las señales de peligro de conducta suicida (p. ej. intentos previos, amenaza de suicidio, cambios de personalidad, depresión, aislamiento) y las fuentes disponibles para ayudar a los adolescentes,

PROYECTOS DE INVESTIGACION.

El instituto en colaboración con el centro médico investiga la relación entre la presencia de una proteína cerebral

específica y la enfermedad maníaco-depresiva.

También se ejecutan autopsias psicológicas de todos los suicidios investigados para comparar los encuentros cerebrales y datos de la personalidad en muertes violentas, accidentes y suicidios.

En el presente capítulo se ha pretendido exponer un ejemplo concreto del papel que ha desempeñado el psicólogo en una institución específicamente creada para abordar el fenómeno del suicidio en los Angeles, Calif. Con esto no se quiere decir que la actividad del psicólogo en torno a la conducta suicida sea la misma o deba ser la misma en el resto de los países del mundo. Los países de Latino América y particularmente México, poseen diferentes características históricamente determinadas que deben ser consideradas de poner en práctica cualquier procedimiento de solución al problema del suicidio.

Ya se mencionó en su oportunidad que el factor social tiene un gran peso en la conducta suicida, es por esto que una psicología dedicada a solucionar este tipo de fenómenos en nuestro país debe ser fundada sobre la construcción cotidiana de un razonamiento dialéctico de su realidad.

Las diferencias históricas de cada país, hacen difícil o imposible la creación de un marco teórico unificado sobre la solución del suicidio. Existen distintos juicios de valor de acuerdo con las diferentes raíces culturales que afectan al mismo tiempo

las formas de actuar de los investigadores interesados en la conducta autodestructiva, tampoco se puede negar que detrás de muchas diferencias algo común se debe imponer a estos especialistas (sobre todo de algunos países con problemas comunes como es el caso de los países de América Latina) y debe además sobreponer a sus preferencias teóricas. Este punto en común debe ser el dar solución a el fenómeno del suicidio y no sólo a través de una práctica bien intencionada sino a través de la creación de programas eficaces y solidamente respaldados por algún marco teórico concreto.

CONCLUSIONES.

Al llegar a esta última parte del trabajo, se puede advertir la inexistencia de un marco teórico consistente que explique y dé solución a la conducta suicida propiamente dicha. El afán de los especialistas se ha centrado, casi exclusivamente, en el aspecto tecnológico de la rehabilitación y habilitación de las personas que presentan rasgos suicidas, dejando a un lado el aspecto conceptual de este fenómeno.

En esta parte se pretende, más que presentar un acopio general de todo lo expuesto, comentar cuáles han sido las razones históricas por las que la Psicología ha actuado de esta manera respecto al suicidio; exponer la causa de este papel empírico y utilitarista heredado en gran medida por la psicología norteamericana, además de analizar cómo la Ciencia y particularmente la Psicología y la Psiquiatría como ciencias de la conducta humana, presuponen un modo de producción particular.

Para llegar a esto, se tratará de dar un enfoque social, sin perder de vista la individualidad de las personas que cometen actos suicidas.

Un análisis psicobiológico que se limita sólo a estudiar relaciones naturales dejando a un lado los elementos sociales no conduciría a obtener un análisis objetivo de la conducta en cuestión, tampoco se llegaría a este punto tomando como base una teoría psicosocial que sólo centra su atención en los rasgos comunes de los

individuos y se dedicara a explicarlos a partir de consideraciones sociales.

Para llegar a un análisis objetivo de la conducta es necesario partir, como lo señala el Materialismo Histórico, de una teoría que estudie el sistema de relaciones sociales entre conductas en la forma de individuo concreto (Seve, 1975).

Es la sociedad la que produce las formas y contenidos concretos del psiquismo humano, pero los produce en modo originario sólo en sujetos concretos en los cuales la forma psíquica se manifiesta como efecto de la individualidad y a partir de los sujetos se proyecta en la sociedad donde se manifiesta como psiquismo social. Las relaciones sociales siendo extrañas en su materialidad objetiva a la forma psíquica sin dejar de ser relaciones entre hombres, condicionan formas de individualidad en cuyo interior se producen los sujetos donde cobra forma psíquica la esencia humana que es el conjunto de relaciones humanas, en ellas encuentra formas psíquicas (creencias, sentimientos sociales, etc.), pero la sociedad no toma forma psíquica, al contrario, la forma psíquica del sujeto se proyecta sobre los datos sociales.

Desde este punto de vista, resulta claro que una de terminada estructura social trae consigo una forma específica de comportamiento social y de relaciones entre los hombres, formas que a su vez conducen a ciertas prácticas individuales (como el suicidio).

El hombre posee el modo de ser de la comunidad en que vive. La forma que adopta la relación de hombre a hombre en nuestra sociedad capitalista tiene características de una relación enajenada. A simple vista, por ejemplo, parecería que hay algunos elementos del comportamiento universales, ya que forman parte de la "naturaleza" humana, pero la verdad es otra, los elementos del comportamiento deben ser concebidos más que como universales, como históricos ya que se han formado de una relación entre hombres. Tal es el caso del individuo que sólo vale por su capacidad para producir ganancia y que de otra forma carece de valor como hombre, con ésto se enmascara en el régimen de la propiedad privada la explotación, o se la considera como algo dado y natural. Esta es una forma de comunidad en la que la relación social toma forma de intercambio comercial, por eso es también una "forma enajenada del intercambio social" que se nos presenta como esencial y original, adecuada a la determinación humana aún lejos de serlo si concebimos al hombre como ser genérico (Marx, 1980). Marx (en Kent, 1981) señala que el signo esencial de la producción capitalista son las relaciones materiales entre personas y las relaciones sociales entre cosas; ante ésto, se puede hablar entonces de una cosificación general de las relaciones sociales y de las personas, no sólo porque la fuerza de trabajo de los individuos se convierte en una mercancía más susceptible de ser comprada y vendida en el mercado.

La enajenación del hombre radica justamente en que su actividad se le presenta como un tormento, su propia creación como un poder ajeno, el vínculo esencial que le une a los otros hom

bres, se le presenta como un vínculo accesorio, y más bien la separación respecto de los otros hombres como su existencia verdadera, su poder sobre el objeto como poder del objeto sobre él (Marx, 1980).

El hombre sólo puede relacionarse como propietario privado, puesto que sólo así afirma su personalidad, el escenario donde se realiza ésto es el mercado, en él los hombres no se relacionan en cuanto a hombres sino en cuanto poseen equivalentes que ofrecer. Producen para poseer y sólo quien posee puede satisfacer sus necesidades al intercambiar su producto por otro equivalente al que él posee. Aparentemente de esta forma se complementan las necesidades recíprocas y los hombres afirman su poder sobre los objetos. Pero la verdadera realidad (la realidad que se trata de ocultar) es diferente. Las relaciones de intercambio son, mas bien, relaciones de posesión recíproca de objetos que implican el reconocimiento de la propiedad mutua y conducen forzosamente a la lucha y el despojo mutuos. En ellas sólo se puede entrar, por tanto, si se mantiene una relación de posesión con el objeto que se ofrece como equivalente. (Marx, 1980).

Constituidas las relaciones humanas como intercambio de equivalentes el valor del hombre queda reducido al del objeto que como equivalente puede ofrecer. Todo lo demás el hombre en cuanto tal carece de valor para ambas partes de la relación,

A partir de lo anterior se vuelve evidente que el trabajo (particularmente el trabajo enajenado) dentro del régimen de la propiedad privada tiene grandes consecuencias no sólo en el plano

económico sino fundamentalmente humanas, las contradicciones sociales engendradas por este sistema de producción y cuyo momento individual es la producción y reproducción de la insatisfacción de las necesidades, de la escisión entre el individuo y el proceso de trabajo y donde la única relación entre un individuo y otro es la competencia; también es la reproducción de la subordinación y la fragmentación de la actividad en la división social del trabajo.

Dichas contradicciones se expresan en diversas prácticas individuales y colectivas "no naturales y subversivas" (es decir no son actividades dictadas por las normas sociales que son "naturales" sino que van en contra de ellas), entre las que se encuentran el suicidio y otras conductas como la drogadicción, el alcoholismo, la prostitución, el pandillerismo, la delincuencia (y tal vez hasta la "locura" concebida como la total escisión entre el individuo y la sociedad) aunque también se encuentran la actividad partidaria de izquierda, el sindicalismo, el ausentismo y el tortuguismo laboral entre otras (Kent, 1981).

Durkheim caracterizaba esto con la categoría de "anomia" en su trabajo sobre el suicidio como fenómeno social y es una de las principales preocupaciones de los trabajadores sociales en los proyectos de desarrollo comunitario, cuyos objetivos generales se centran en la "integración de la comunidad". Esto último es digno de mención puesto que, entendidos en esta óptica, este tipo de proyectos (como todos los impulsados por la psicología social y sociología tradicional) se enmarcan claramente dentro de los aparatos de

la hegemonía que encaminan la práctica profesional de los psicólogos sociólogos y trabajadores sociales considerados por Gramsci como funcionarios de la hegemonía (es decir, del proceso de reproducción de las relaciones sociales).

Siguiendo con esta cuestión, se podría decir que en general los aparatos hegemónicos tienen entre sus funciones la de reincorporar productivamente tanto las prácticas "anómicas" como las subversivas a través de la transmisión y reproducción de "una concepción del mundo" capaz de normalizar y racionalizar la vida cotidiana de los individuos en la esfera de la reproducción y ampliación de las relaciones sociales dominantes.

A este punto de vista le subyace una concepción de socialización del individuo como un proceso en el que éste no es sólo un elemento más, sino que es el protagonista y primer motor de la dinámica que mueve a la sociedad; teniendo como característica fundamental, la posibilidad de transformar la sociedad al mismo tiempo que sus prácticas dentro de ella.

En contraste a esta posición existen otras muy comunes, como la de Berger y Lukman (1978), quienes conciben una socialización exitosa como un equilibrio entre la realidad objetiva y la realidad subjetiva, cosa que es imposible ya que jamás se podrá encontrar una socialización totalmente exitosa; según ellos es sólo logrando esta simetría entre ambas realidades que el individuo se puede adaptar de forma adecuada a su mundo social.

Sí se analiza más detenidamente esta concepción, se puede notar que presenta una serie de limitaciones en cuanto a que solamente entiende la socialización como una mera adaptación del individuo a su medio, como un ser pasivo incapaz de modificar la realidad en la cual se encuentra inmerso, y de no adaptarse a ella, de no acatar sus normas, se concebirá como una persona enferma, inadaptada, que podrá poner en peligro al resto de la sociedad, por lo que se le rechaza impidiéndole una nueva inscripción en alguna institución de dicha sociedad. Así cuando existe un alto grado de asimetría entre las dos realidades (objetiva y subjetiva) el efecto que se genera es una socialización deficiente en el individuo, y por consiguiente, se origina una mala adaptación a su medio ambiente, que lo congrega en grupos aislados con la finalidad de protegerse.

Ya se hizo referencia (en el capítulo correspondiente) de que a lo largo de la historia la actitud predominante respecto al suicidio ha sido de desaprobación y de cómo la persona que lo cometía o intentaba hacerlo era severamente juzgada al igual que las personas que se ligaban de alguna forma con él. Cabe recordar que por ejemplo en Inglaterra se estacaba en el cruce de un camino a quienes habían muerto a través del suicidio y de salvarse eran despojados de sus bienes al igual que su familia, considerándolos como verdaderos delincuentes que atentaban contra la paz social y que por consiguiente era necesario sancionar y señalar. En la actualidad ésto ha cambiado, ahora las personas con rasgos suicidas son canalizadas a hospitales o centros especializados, en donde los profesionales correspondientes, los conside

ran como "enfermos" que requieren cierta atención rehabilitadora que les ayuda a volver a integrarse al campo productivo de la sociedad.

Estos profesionales, han sido por lo común médicos o psiquiatras que manejan términos para referirse al suicidio como una "enfermedad"; cosa que implica que estos fenómenos correspondan únicamente al área médica (el médico es quien cura las enfermedades); dicho de otra forma, se trata de curar el problema, que para ellos es un problema originado por factores fisiológicos (desequilibrio mental), por medio de medicamentos que sólo cubren los síntomas sin eliminar el problema de raíz, olvidando que por sus características el suicidio pertenece mas bien al rubro de las conductas generadas por una situación histórica particular.

En vista de que la medicina ha tenido gran influencia sobre la Psicología clásica, su actividad ha estado también diri-

* Algunos especialistas, como el Dr. Szasz (1976) que han centrado su atención en las implicaciones de los términos de "salud--enfermedad" en la literatura psicológica, prefieren ver estas conductas como desviaciones de los códigos legales, éticos y sociales, más que enfermedad mental, en vista de que no son resultados de un mal funcionamiento neuronal. En el caso de la conducta suicida esto es aún más evidente si se toma en consideración la importancia de los determinantes culturales, ya se ha visto cómo, a pesar de la actitud común de desaprobación, en algunas comunidades el suicidio ha constituido más que un rasgo de anormalidad o desajuste una forma de heroísmo y valentía.

gida casi exclusivamente a la utilización de ciertas técnicas terapéuticas encaminadas todas ellas a "ajustar" a los individuos que así lo requieren a las formas de ser comunes en los miembros de una sociedad. Es decir, como lo señala Cooper (1976) "La psiquiatría y la psicología del último siglo, según la opinión de un creciente número de psiquiatras contemporáneos está excesivamente al servicio de las necesidades alineadas de la sociedad. Los intereses particulares vinculados a la propiedad privada, existen y actúan en la práctica científica atentando, de esta forma contra la libertad y la racionalidad de las personas (lo que demuestra que la ciencia posee un carácter de clase).

En nuestra sociedad existen muchas técnicas que permiten primero señalar a ciertas minorías y luego tratarlas mediante un conjunto de operaciones, que van desde la insinuación de menosprecio, la exclusión de escuelas o centros laborales, y otras medidas similares hasta la invalidación total como personas. No obstante, la "ciencia", exige que se emplee alguna excusa para tales acciones, y esta excusa es proporcionada por la aplicación previa de técnicas de invalidación que apuntan a preparar una cantidad de "víctimas" para los procedimientos eliminativos en sí. De esta forma ninguna técnica de invalidación puede parecer más respetable que la que tiene la bendición de la ciencia. Es en este sentido que la Psiquiatría y la Psicología tradicional ejercen una violencia que se manifiesta en su afán por refractar, condensar y dirigir hacia sus pacientes la violencia de la sociedad, con mucha frecuencia la Psiquiatría no hace

mas que representar a la sociedad contra los pacientes.

De esta forma estas dos ciencias han coadyuvado al mantenimiento y reproducción de la sociedad capitalista fungiendo básicamente como servidoras de ésta; al aceptar esta situación sin cuestionar su fundamento -- la propiedad privada -- pretenden solamente legitimar el estado de cosas presentes. En los países donde se observa un capitalismo dependiente, como es el caso de México, la situación se torna más evidente, ya que hasta hace tiempo la producción de sus conocimientos estaba destinada a los centros productores de ideología en los países hegemónicos, convirtiéndose así, en subordinados de dichos sistemas de dominación.

Es importante concretar en este momento cuál ha sido el comportamiento científico en los últimos años. El capitalismo ha implicado un alto grado de concentración de capital y cuya realización depende del proceso de su extracción de plusvalía, esta tendencia conlleva la necesidad de cambiar sistemáticamente las técnicas de producción y lleva a la incorporación del conocimiento científico a través de tecnologías (Tecnologías de la adaptación) derivadas del desarrollo de diferentes disciplinas, lo anterior tiene su expresión material en la participación de profesionales de distintas áreas en las estructuras de dirección de las empresas y en diversos mecanismos empleados para asegurar el control económico, político e ideológico de la producción científica como ocurre en los hospitales psiquiátricos y otras instituciones que mantienen la seguridad social. (Talento, en Ribes, 1980).

A partir de lo anterior se observa que fundado en nuevas formas de división capitalista del trabajo aparece una nueva función del trabajo intelectual, que consiste en la asociación de quienes monopolizan el conocimiento con el capital por medio de la incorporación de su producción (en términos de tecnología) a las fuerzas productivas y el ejercicio de funciones directivas delegadas por el capital con el fin de aumentar la extracción de plusvalía.

Es bien sabido que la mayor parte de los científicos de las instituciones científicas y de las universidades son estimuladas por los avances económicos y sociales de los países a que pertenecen y, en consecuencia, los resultados de estas actividades promuevan un mayor desarrollo de esos mismos países. Fuerzas sociales y políticas ligadas a intereses económicos de grupos y países son quienes regulan el funcionamiento de estas instituciones científicas y además son quienes les obligan al cumplimiento de determinados objetivos, de esta forma la escuela y la universidad p. ej., fungen como grandes preparadoras y reclutadoras de intelectuales para el sistema y en general como educadoras de la población, en los principios de la ideología dominante, pero ellas mismas constituyen un campo de lucha de clases y en ellas se verifican los ensayos de la lucha de ideas y valores.

El estado no controla las instituciones educativas con medidas represivas sino de controles encaminados a dirigir la selección de talentos de acuerdo con las necesidades del sistema, con esto se asegura el mantenimiento de valores e ideas dominantes. Luego entonces, las instituciones educativas forman el tipo de profesio

nales que el sistema necesita (Cordova en Bunge y Col. 1979).

Las diversas profesiones se vinculan con el sistema productivo directa e indirectamente; en el caso de la psicología al participar en la evaluación planeación y modificación de las prácticas sociales de las personas, se vincula tanto con la estructura como con la superestructura social.

En los aspectos estructurales se relaciona con el proceso educativo (p. ej. psicología del trabajo); el resto de las áreas aplicadas de la psicología inciden sobre los niveles superestructurales de la sociedad, por tanto tienen que ver con la reproducción o modificación de las prácticas sociales. Estas prácticas abarcan campos de la salud, educación, etc. e inciden sobre la estructura social de dos formas: una, clasificando el potencial de la fuerza de trabajo o la conformidad de las prácticas individuales a la normalización de la ideología dominante y otra, incrementando dicho potencial de trabajo o alterando las prácticas individuales con objeto de que se ajusten a las normas impuestas o no alteren el orden social establecido (Talento en Ribes, 1980).

Por sus características, el suicidio no ha sido la excepción de los comportamientos que han llamado la atención de los investigadores, aunque su estudio no ha sido del todo continuo e intenso como lo es en otros fenómenos (como el alcoholismo o la delincuencia).

En el transcurso de este trabajo se hizo un esfuer

zo por analizar entre otras cosas, aquellos elementos que han dado históricamente el carácter de inadecuada o nociva a la conducta suicida, especialmente estos se centran en que dicha actividad ha implicado en algún momento de la historia del hombre una reducción de la fuerza de trabajo disponible en la economía de la sociedad; en otro momento histórico el suicidio ha sido un signo del mal funcionamiento de la estructura política; las actitudes suicidas han sido también consideradas casi siempre como una agresión hacia "los otros" (grupo familiar y sociedad en general); la sociedad también se ha visto amenazada por el suicidio en términos de sus reglas y organizaciones; y finalmente los suicidios consumados han sido sinónimo de un fracaso de los profesionales involucrados, en este caso psiquiatras y psicólogos fundamentalmente.

Eventualmente el suicidio también ha sido considerado tolerable para la sociedad sobre todo en pequeños grupos aislados del resto de las grandes metrópolis. Sin embargo en la actualidad la actitud común entre los pueblos ha sido y es de desaprobación, aún incluso en situaciones de tortura o enfermedades incurables.

Con el fin de combatir este tan "lamentable" problema social se ha acudido a elementos de la superestructura como la Iglesia que ha reforzado la censura de la comunidad hacia las personas que atentan contra su vida; y las instituciones de salud pública al concebir a aquella persona con rasgos suicidas como víctima de un trastorno mental.

Sin embargo, existen otros puntos de vista quizás

menos difundidos como los de la corriente antipsiquiatra que consideran "matarse" como un camino siempre equivocado hacia lo que es para ellos trascendente (como tener conciencia de la realidad y participación en ella), pero el derecho de hacerlo debe ser según su opinión, absoluto, a pesar de las leyes, las compañías de seguros de vida, etc. Para ellos la elección de morir es suficientemente grande para borrar todo sentimiento menor, como el de que "otros" se sientan agrudidos o que se considere como malo o deficiente un tratamiento psiquiátrico (Cooper, 1978). Una de las razones que los antipsiquiatras dan al suicidio "accidental" o "inconsciente" es precisamente que éste se ha convertido en un área tan cercada por las reglas sociales que parece no haber pureza en cometerlo quedando como alternativas para este acto el accidente. Todas estas actitudes en torno al suicidio son parte del sistema de violencia, de técnicas de normalización que comienza en el principal instrumento inductor de conformismo del estado burgués, la familia, y atraviesa la educación y luego reproduce idénticas circunstancias que trabajan por algún propósito específico.

Hablar de las alternativas de solución del suicidio no es una tarea fácil si se tiene en cuenta que no existe un sustento teórico que le de explicación.

Ya se ha hecho referencia a las diversas formas de solución que se han dado a la conducta suicida de acuerdo con las inclinaciones teóricas de las especialistas en cuestión. En casi todas ellas se encuentra como común denominador explicaciones parcia

les e individuales que demuestran el papel utilitarista y poco científico de quien las aplica. El psicoanálisis mismo, que aunque ha sido el método que tiene más posibilidades de investigación en profundidad ha contribuido sólo escasamente a la explicación de este fenómeno por faltarle la verificación y confrontación necesarias que sólo le puede proporcionar, precisamente, un trabajo social.

En este último capítulo se ha venido exponiendo el carácter condicionante del sistema de producción sobre la actividad de profesional y, desde luego, del resto de los individuos.

En el suicidio y en las actitudes que han existido con respecto a él en los diferentes lugares y tiempos, ha destacado el papel imperante del "encuadre cultural", es decir, del conjunto de relaciones y valores ideológicos que en última instancia han estado también condicionados por el sistema de producción predominante,

El sistema de producción que opera en México, por ejemplo, que exhibe marcadas características de un capitalismo monopolista dependiente (Aguilar, 1977) ha generado y está generando múltiples contradicciones que demuestran una notable incapacidad para resolver las necesidades más elementales del pueblo como el trabajo, la alimentación, la vivienda, el vestido, la seguridad social, el transporte, la educación o la recreación entre otros. Y que a su vez producen en los ciudadanos formas particulares de ser.

La recaída de la producción en 1986 muestra la vulnerabilidad del proceso de proletarización al incrementar el masivo

ejército de reserva característico del subdesarrollo; de esos millones de pobres sin rumbo fijo que sólo tienen ocasión de vender su fuerza de trabajo en condiciones cada vez más deplorables (semi-proletarios, subempleados, ambulantes, etc.); se dice que constituyen de un 40 a 50% de la Población Económicamente Activa. Si a ellos agregamos que alrededor de 10 millones de trabajadores carecen de organización sindical, bajos salarios, jornadas extenuantes, la situación se vuelve más caótica y la incorporación de mujeres y niños al mercado de trabajo se torna indispensable ante la imposibilidad de que un sólo salario pueda satisfacer las necesidades familiares. Por otro lado los sectores medios se han ido incorporando masivamente al trabajo asalariado sufriendo ahora dos nuevos fenómenos, un empobrecimiento acelerado y una creciente desvalorización de su fuerza de trabajo, cosa que se agrava a través de la rápida tasa de inflación que rebasa los aumentos nominales de salarios concedidos a los trabajadores y destruye su nivel de vida además de distorsionar el proceso productivo provocando una redistribución de la plusvalía que favorece al capital monopolista exclusivamente (Carmona y Aguilar, 1986).

Entre los aspectos más graves del deterioro del nivel de vida popular destaca la desnutrición p. ej. el 40% de la población rural y urbana marginada no alcanza a cubrir los requerimientos básicos de alimentación en nuestro país; otro problema grave que enfrenta la población es la vivienda, en las ciudades los alquileres aumentan sin control y son notorias la escasez de habitaciones y la insuficiencia de servicios urbanos incrementando al mismo tiempo los

cinturones de miseria, donde el problema de la vivienda se expresa en toda su crueldad y desnudez; la falta de adecuados transportes públicos que en las grandes ciudades llega a extremos insoportables, se ha convertido en otro de los grandes problemas del país; la contaminación, la falta de parques, la extremada destrucción de suelos y bosques; la falta de asistencia médica; las deficiencias educativas; la corrupción, la especulación; la degradación y la violencia en que vivimos son sólo algunos de los ejemplos que muestran el empeoramiento cada vez mayor de los niveles de vida de los ciudadanos que se ven obligados a la búsqueda de ingresos adicionales. El obrero en sus ratos libres hace de electricista, albañil, etc., las secretarias con frecuencia venden ropa y los niños trabajan cada vez más en talleres mecánicos, grandes cadenas comerciales, en esquinas venden dulces, limpian parabrisas, etc. (Carmona y aguilar, 1986).

Lo predominante en los últimos años, aún entre las capas burguesas, es un movimiento social descendente si bien con infinitas gradaciones que llegan hasta la proletarización de sectores cada vez mayores de pequeños productores y artesanos urbanos y rurales, empleados y técnicos de la banca, el gobierno, las empresas privasdas, profesores, médicos, contadores y otros profesionistas a sueldo, agentes de venta y elementos muy diversos de la sociedad, especialmente los más jóvenes y los más viejos (Aguilar, Carmona, Carrrión, 1977).

Todas estas nuevas características del proceso de proletarización repercuten sin lugar a duda y con más rigor en la

clase trabajadora, aparecen nuevos y diversos desajustes individuales que van desde alteraciones en el sistema nervioso y presión arterial hasta serios problemas de desnutrición sin olvidar las frustraciones y angustias generadas por una sociedad donde las exigencias son día con día mayores y donde el suicidio como una de las alternativas (para la eliminación de dichos problemas) se vuelve más común. El individuo realiza diversos tipos de prácticas con el fin de evadir problemas a nivel familiar o de otro tipo de instituciones. En relación a lo primero, las contradicciones sociales mencionadas producen dentro del núcleo familiar una disfuncionalidad que revela la carencia de los elementos indispensables que sustentan una familia de las que se ha dado por llamar "funcional", como son la comunicación (intercambio de ideas y sentimientos, verbal o corporalmente), definición de roles; ayuda mutua, manejo de normas, autoestima de sus capacidades, afecto y en general los cimientos indispensables para el desarrollo físico y psicológico del individuo.

Es importante mencionar en este momento lo que ocurre con el sector de la población que compone la clase alta, ya que también se haya inmersa en este tipo de prácticas psicosociales que aunque están determinadas por factores diferentes a los de la clase económicamente desposeída, constituyen de igual forma un problema para el sujeto. Probablemente uno de los principales factores causantes del suicidio y otras prácticas en este sector de la población, es el de la desintegración familiar con una evidente carencia de afectividad y de los rasgos que caracterizan a las "familias funcionales" desplazando en este caso el factor económico a un segundo

término. Cuando además de ésto que está directamente relacionado con el aspecto familiar se presentan problemas con otras instituciones sociales, la situación se torna más difícil.

El hecho antes descrito es sin duda sorprendente , pero según puede apreciarse en el conjunto de las naciones capitalistas durante la crisis actual, no es privada de México. En las propias metrópolis imperialistas bajo el impulso de los adelantos científico-técnicos y por la crisis mundial, los niveles de desempleo y subempleo son más elevadas desde los años 30, las capas medias se angostan y aumenta el número de los pobres, es un proceso en el que se incrementan más los puestos mal pagados y por consiguiente la explotación (Carmona y Aguilar, 1986).

Las alternativas que se han dado con la finalidad de eliminar las condiciones de vida presentes en los países capitalistas han sido múltiples y diversas, pero todas ellas convergen en políticas, más o menos intrascendentes o que al menos no atacan las causas de dicho fenómeno a fondo. Resulta claro que una inadecuada distribución del ingreso en un país capitalista no deriva ni puede corregirse a través de inocuas medidas económicas, si se considera que el reparto de ingreso depende de las relaciones sociales de producción, entonces es posible ver que mientras subsista la propiedad privada de los medios de producción habrá desigualdad.

Dicho en otra forma los aparatos hegemónicos tienen entre sus funciones la de reincorporar productivamente a los individuos que las realizan, a través de la transmisión y reproducción

de "una concepción del mundo" capaz de normalizar y racionalizar la vida cotidiana de los individuos, pero con la finalidad de que se continúen reproduciendo y ampliando las relaciones sociales dominantes. En este punto es importante destacar el papel contradictorio que juega el estado en el sentido de que, por un lado, trata de erradicar completamente estas prácticas, que él mismo hace notar como repugnantes y negativas para la sociedad y su desarrollo y, por otro lado, él es realmente el elemento principal que colabora para que dichas prácticas se lleven a cabo.

Para lograr el objetivo de reincorporación productiva de los individuos que realizan estas prácticas como el suicidio, los aparatos de la hegemonía realizan ciertos proyectos de rehabilitación y tratamiento, que encaminan la actividad profesional de los psicólogos, sociólogos y trabajadores sociales a reconstruir la hegemonía. Ante esto, Gramsci menciona que los intelectuales sirven de funcionarios de la hegemonía (y de esta forma se obstaculiza la toma de conciencia de clase).

De lo anterior se desprende la necesidad de cambiar el papel de los intelectuales, para que de esa forma, no ayuden a continuar reproduciendo el sistema capitalista y se preocupen más (especialmente los psicólogos) por descubrir y solucionar las interacciones que entorpecen el desarrollo pleno de la existencia humana.

Lograr lo antes dicho, no es una tarea fácil para los intelectuales y para la psicología en particular, sin embargo,

si se considera que el funcionamiento normal o natural de la sociedad capitalista se enfrenta continuamente a las contradicciones so- ciales que, al desarrollarse en el seno de las instituciones sociales o de la sociedad civil (escuelas, sindicatos, etc.), se comienzan a trastocar los roles, las normas y el funcionamiento tradicional y se pueden aprovechar estos espacios mediadores (atravesados en su inte- rior por las contradicciones sociales y la lucha de clases) para que el individuo rearticule de forma consciente, su pertenencia objetiva de clase, para que replantee sus objetivos personales y políticos, lo cual es una práctica antifetichista que intenta una rearticula- ción consciente de las personas.

Con ésto se puede observar que cambiando el papel de los psicólogos y demás profesionistas, se puede llegar a un cam- bio social. Esto no significa que sólo con ésto, puede lograr una transformación; también hay que tener presentes, elementos tales co- mo: que la transformación de la sociedad no puede ser el resultado de la acción de unos cuantos; sólo es concebible como un hecho de ma- sas. Ello supone para los trabajadores haber conquistado posiciones sólidas en la sociedad civil (Pereyra, 1981).

Hay que considerar que también la dominación de cla- se no descansa solamente en los procedimientos coercitivos, sino de manera fundamental en la dirección cultural y política de la socie- dad, en la contaminación ideológica de todo el sistema social.

A medida que la estructura económica profundiza sus contradicciones y que la especulación y el alza inflacionaria inten-

sificadas por la devaluación agravan estos problemas, se refuerzan los mecanismos de explotación de los trabajadores. Pero también crece su resistencia. El que el capitalismo no pueda resolver los problemas mencionados, sino, al contrario, provocarlos y agudizarlos no quiere decir que sean eternos e insolubles, sólo que su solución va más allá de los marcos capitalistas y depende fundamentalmente de la lucha revolucionaria organizada de los trabajadores.

Marx y Engels, observan que el capitalismo forja el proletariado en el cual el hombre se siente reducido a una fuerza de trabajo, a una mercancía que debe venderse. Con ellos se produce el fenómeno de la "enajenación del hombre", un fenómeno de deshumanización contra el cual el proletariado reivindica la propia cualidad del hombre. En esto consiste la aspiración a superar la sociedad actual, aspiración a una sociedad igualitaria de hombres libres, o como dice Marx en el Manifiesto Comunista de 1849, a una asociación en la que el libre desarrollo de cada uno sea condición del libre desarrollo de cada uno sea condición del libre desarrollo de todos (Mondolfo, 1973).

Es importante señalar que este cambio no es espontáneo ni mucho menos anárquico y que para que se genere se requieren de la maduración de ciertas condiciones fundamentalmente objetivas, como de ciertos factores subjetivos localizados en la conciencia de las masas, su disposición de lucha, su organización, etc. y donde tiene fundamental importancia el trabajo de los intelectuales.

Tales principios tienen un valor general por que

corresponden a leyes generales que sin embargo no actúan del mismo modo en contextos históricos distintos y que en muchos de los casos todavía destaca una gran distancia entre uno y otro factor (condiciones objetivas y subjetivas).

La anterior constituiría la alternativa más eficaz de mejorar las condiciones de vida y por ende para eliminar la mayor parte de las prácticas individuales y colectivas subversivas y que no son naturales (como el alcoholismo, tortuguismo laboral, suicidio, etc.) que con el capitalismo se engendran. Sin embargo se acaba de mencionar que el cambio radical de la estructura social es un paso que requiere de ciertas condiciones aún no presentes en nuestro país. Por otro lado y si se considera al individuo como objeto y sujeto de su realidad desde una percepción más dinámica donde él actúa y transforma dicha realidad y no sólo responde mecánicamente ante ciertos estímulos, entonces se puede concebir la participación de los profesionistas en torno al Suicidio desde otro nivel quizás más complejo, donde se encargue, en términos de Kosik (1971) de ayudar a destruir la pseudoconcreción; ya que las cosas no se presentan al hombre directamente como son y el hombre no posee la facultad de penetrar de un modo directo e inmediato en la esencia de ellas, el intelectual debe ser quien trabaje sobre este tema en el que la meta fundamental sea una nueva y dialéctica concepción de la vida que pretenda al mismo tiempo cambiar las condiciones concretas existentes; para llegar a la creación de la realidad concreta y a la visión de la realidad en su concreción.

Con lo señalado en este capítulo se puede advertir que el estudio del suicidio no puede ser agotado en un nivel psicológico exclusivamente, el estado de cosas que subyace a este fenómeno supera en gran medida las posibilidades inscritas en lo psicológico, las deficiencias explicativas en este plano derivadas de inclinaciones al estudio de la salud, han dejado a un lado la relación del suicidio con otros fenómenos de índole social que lo determinan. En otros términos, (el suicidio es un fenómeno social cuya explicación va más allá de un análisis puramente psicológico aunque la intervención en este plano cobra validez en cuanto su actividad se concretiza al llegar a un conocimiento mayor del hombre que dé explicación a este tipo de sucesos, tomando en cuenta las relaciones sociales existentes en las que se inscriben.

B I B L I O G R A F I A

- Abely en Moal, P. Los suicidios de los niños y adolescentes en España.
Ed. Planeta Mexicana, 1976, México.
- Aguilar, M. A.; F. Carmona y J. Carrión. Problemas del capitalismo mexicano. Nuestro Tiempo, 1977, México.
- Bellack, L. y L. Small. Psicología breve y de emergencia. 2a. Parte: "Algunos síntomas clínicos; La Depresión". Ed. Pax-México, 1982, México.
- Berger, P. y T. Luckman. La sociedad como realidad subjetiva en la construcción social de la realidad. Cap. 3 "La sociedad como realidad subjetiva". Ed. Amorrortu, 1978, México.
- Boils, G. y A. Murga. Las ciencias sociales en América Latina, UNAM, 1979, México, 9-31.
- Bravo, V. y P. Díaz. Teoría y realidad en Marx, Durkheim y Weber. Juan Pablos editor, 1982, México, 74-81.
- Bunge, M.; A. Cordoba; A. Cueva; C. Yturbe; L. Riz; L. Villoro; R. Zabaleta; J. Geneyro; M. Kaplan; M. Otero; C. Pereyra; A. Sánchez; y R. Vernengo. Ideología y Ciencias Sociales. UNAM, 1979, México, 87-97, 153-166.
- Calderón, N. G. Depresión. Ed. Trillas, 1984, México, 41-64.
- Carmona, F. y A. Aguilar. Más crisis; más pobres y México; el país de la desigualdad. Revista estrategia, 1986, Vol. 6, No. 72, 39-63.
- Centro para la prevención del suicidio (CPS), 1983, Los Angeles California.

- Cooper, D. Psiquiatría y Antipsiquiatría. Ed. Locus Hipocampus, 1976, Argentina.
- Cooper, D. La gramática de la vida. Ed. Ariel, 1978, España.
- Córdova, A. en Bunge, M. y col. Ideología y ... op. cit.
- Cosío, V.; I. Bernal; A. Moreno; L. González y E. Blanquell. Historia mínima de México. Cap. II y III. Ed. Colegio de México, 1973, México.
- Chapman, A. Les enfants de la mort. Cap. IV Ed. Mission archeologique et ethnologique française au Mexique, 1978, México.
- Davison, G. y J. Neale Psicología de la conducta anormal. Cap. 8: La Depresión. Ed. Limusa, 1983, México.
- Del Castillo, V. R. Breve estudio acerca del retardo en el desarrollo: detección, causas, diagnóstico, estrategias y técnicas de intervención y prevención. Tesis, UNAM, ENEPI, 1983, México, 119-126.
- Durkheim, E. El Suicidio. Ed. Akal, 1976, España.
- Eisenberg, F. y T. Margain. Estudio de algunos factores de la conducta seudosuicida en tres instituciones hospitalarias en el Distrito Federal. Tesis, UNAM 1978, México.
- Farberow, N. Suicide in different cultures. Introducción y Cap. I. Ed. University Park Press, 1975, Los Angeles Calif.
- Farberow, N. y E. Shneidman, Necesito ayuda. Ed. Prensa Médica, 1969, México.
- Fressard, J. Ni Borges ni Oscar Lewis, sólo un poeta abierto al mundo: Juan Rulfo. La cultura en México, 1971, México, 2-10.

Futterman, S. en Farberow, N. y E. Shneidman. Necesito Ayuda op. cit.

Galindo, E.; T. Bernal; G. Hinojosa; I. Galguera; E. Taracena y F. Padilla. Modificación de conducta en la educación especial. Cap. 3. "El diagnóstico conductual". Ed. Trillas, 1981, México.

Garber, J. y M. Seligman. Human Helplessness. Theory and applications Cap. I. Learned helplessness in humans. Ed. Academic Press, 1981, Nueva York.

González, C.P. Imperialismo y liberación. Ed. Siglo XXI, 1982, México.

Gramsci, A. en Kent, R. Apuntes sobre... op. cit.

Hamilton en Prokop, Ch. y L. Bradley. Medical Psychology ... op. cit.

Henry y Logre en Moal, P. Los suicidios en ... op. cit.

Hneden en Farberow, N. y E. Shneidman. Necesito Ayuda... op. cit.

Hofling, Ch. Tratado en psiquiatría, Ed. Interamericana, 1979, México, 470-472.

Hollon en Garber, J. y M. Seligman. Human Helplessness... op. cit.

Kanfer y Saslow en Galindo, E. y col. Modificación de ... op. cit.

Kent, R. Apuntes sobre el problema de la socialización, la ideología y la subjetividad. UNAM, ENEPI, 1982, México (no publicado).

Kosik, K. Dialéctica de lo concreto. "El mundo de la pseudoconcreción y su destrucción". Ed. Grijalbo, 1979, México.

Leite, L. J. La ciencia y el dilema de América Latina: dependencia y liberación. Parte III, caps. 8, 9, 10 y parte IV, caps. 16 y 17. Ed. Siglo XXI, 1972, México.

- Marx, K. Cuadernos de París. Introducción. Ed. Era, 1980, México, 13-97.
- Marx, K. El Capital, vol. I. Ed. Grijalbo, 1980, México.
- Marx, K. en Mondolfo, R. El Humanismo... op. cit.
- Marx, K. en Kent, R. Apuntes sobre ... op. cit.
- Mar, Z. S. Las ideas suicidas. Revista de psicología, 1977, 14, 19-22.
- Mc. Gee, R. Crisis intervention in the community. Ed. University Park Press, 1974, Baltimore.
- Menninger, K. A. en Farberow, N. y E. Shneidman. Necesito Ayuda ... op. cit.
- Mesa Redonda. Suicidio. Revista de la Facultad de Medicina, 1978, Vol. XXI, 2, 5-20.
- Michelson, L. y M. Hersen. Future perspectives in behavior therapy. Cap. I. Ed. Plenum Press, 1981, Nueva York.
- Moal, P. Los suicidios de los niños y adolescentes en España. Ed. Planeta Mexicana, 1976, México.
- Mölnar, E. Fuentes ideológicas del materialismo histórico. Ed. Cultura Popular, 1974, México.
- Mondolfo, R. El Humanismo de Marx. Prólogo, Cap. I, II y V. Ed. FCE, 1973, México.
- Morley, S. La civilización maya. Cap. XI. Ed. FCE, 1975, México.
- Nava, R.A. Lecturas de psicología. UNAM, 1974, México, 1-7.

- Pereyra, C. Gramsci: Estado y Sociedad Civil. Cuadernos Políticos . Ed. Era, 1981, México, 66-74.
- Pichon, R. E. El Proceso Grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Ed. Nueva Vision, 1981, Buenos Aires.
- Prokop, Ch. y L. Bradley. Medical Psychology. Ed. Academic Press, 1981, Nueva York, 57-64.
- Rapaport y Gill, en Velazco I. S. Metapsicología ... op. cit.
- Ribes, I.E.; C. Fernández; M. Rueda; M. Talento; F. López. Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología: un modelo integral. Cap. 17, Ed. Trillas, 1980, México.
- Rodríguez, S. M. Suicidios y suicidas en la sociedad mexicana. UNAM, 1974, México.
- Rosen A. en Davison, G. y J. Neale. Psicología de la ... op. cit.
- Rulfo, J. Pedro Páramo. Ed. FCE, 1973, México.
- Sánchez, V. A. en Marx, K. Cuadernos de ... op. cit.
- Sarason, I. Psicología Anormal. "Los problemas de la conducta de samparada. Desordenes afectivos". Ed. Trillas, 1975, México .
- Seligman, M. en Garber, J. y M. Seligman. Human Helplessness in ... op. cit.
- Séve, L. Marxismo y teoría de la personalidad. Amorrortu editores , 1975, Buenos Aires, 215-260.
- Solomon, P. y J. Patch. Manual de Psiquiatría. Ed. El Manual Mo derno, 1972, México, 319-320.

Stengel, E. Psicología del suicidio y los intentos suicidas. Ed. Horme
Psicología de Hoy, 1965, Buenos Aires.

Sullivan, H. S. en Farberow, N. y E. Shneidman. Necesito Ayuda ...
op. cit.

Szasz, T. Ideología y enfermedad mental. Amorrortu editores, 1976,
Buenos Aires.

Talento, M. en Ribes, I. E. y col. Enseñanza, ejercicio y ... op.cit.

Velazco, I. S. Metapsicología del suicidio. Tesis, UNAM, 1966, México.

Weiss en Stengel, E. Psicología del ... op. cit.

Yates, A. Terapia del comportamiento. Cap. I. Desarrollo histórico
de la terapia del comportamiento. Ed. Trillas, 1980, México.