

15720

**TESIS CON  
FALLA DE CUBRIR**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**"ESTUDIO SOBRE ALGUNOS RASGOS  
DE PERSONALIDAD DEL  
PACIENTE SUICIDA"**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**PRESENTA**

**ROSA MARIA SOTO**

**A S E S O R**

**DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ MAQUEO**



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 está 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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**“ESTUDIO SOBRE ALGUNOS RASGOS  
DE PERSONALIDAD DEL  
PACIENTE SUICIDA”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**PRESENTA**

**ROSA MARIA SOTO**

**A S E S O R**

**DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ MAQUEO**

**AREA: CLINICA**

**México, D.F., 1990**

# I N D I C E .

## CAPITULO I.- MARCO TEORICO .

- 1.1. DEFINICION DE SUICIDIO.
- 1.2. EL INTENTO DE SUICIDIO.
- 1.3. ASPECTOS PSICOANALITICOS DEL SUICIDIO.
- 1.4. PULSIONES DE VIDA Y PULSIONES DE MUERTE.
- 1.5. ALGUNAS POSICIONES TEORICAS ACERCA DEL SUICIDIO.
- 1.6. RELACION ENTRE INSTINTO DE MUERTE Y EL SUICIDIO.
- 1.7. SUICIDIO EN PSIQUIATRIA.
- 1.8. TIPOS DE SUICIDIO.

## CAPITULO II.- TEORIAS DE LA PERSONALIDAD.

- 2.1. DEFINICION DE PERSONALIDAD.
- 2.2. EL MODELO PSICODINAMICO.
- 2.3. POSICIONES TEORICAS DE LA PERSONALIDAD.
- 2.4. ANALISIS SOBRE ALGUNAS TEORIAS DE LA PERSONALIDAD.  
(DICAPRIO, FREUD, JUNG, ETC.).
- 2.5. TEORIAS DEL RASGO Y FACTORIALISTAS.

## **CAPITULO III.- DEPRESION Y SU RELACION CON EL SUICIDIO.**

- 3.1. ANTECEDENTES DE LA DEPRESION.
- 3.2. DEPRESION AFECTIVIDAD.
- 3.3. INCIDENCIA Y EPIDEMIOLOGIA DE LA DEPRESION.

## **CAPITULO IV.- INVESTIGACIONES REALIZADAS REFERENTES AL SUICIDIO.**

- 4.1. INVESTIGACIONES REALIZADAS CON EL (MMPI).  
EN PACIENTES SUICIDAS.

## **CAPITULO V.- METODOLOGIA .**

- 5.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.
- 5.2. OBJETIVOS PLANTEADOS.
- 5.3. VARIABLES.
- 5.4. FORMULACION DE HIPOTESIS.
- 5.5. SUJETOS.
- 5.6. ESCENARIO.
- 5.7. INSTRUMENTOS Y MATERIALES.
- 5.8. PROCEDIMIENTO.
- 5.9. TRATAMIENTO ESTADISTICO.

**CAPITULO VI - RESULTADOS Y CONCLUSIONES**

**6.1. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

**6.2. ANEXOS**

**6.3. APENDICE**

**6.4. BIBLIOGRAFIA**

## RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo determinar si existe relación entre el intento de suicidio de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y los rasgos de personalidad, de acuerdo con el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI).

Así como si hay relación entre el intento de suicidio de estos pacientes y la depresión de acuerdo con la escala de Autoevaluación de la Depresión de ZUNG.

La muestra estuvo formada por 57 pacientes (15 Hombres y 15 mujeres) que habían presentado el intento de suicidio, (grupo suicidas); y otro grupo formado por (15 hombres y 12 mujeres) que no habían presentado el intento suicidas (grupo de No-suicidas). Los cuales fueron seleccionados de acuerdo a la historia clínica de su expediente de internamiento, y a una breve entrevista semi-dirigida.

Se aplicaron el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), y la Escala de Autoevaluación de la depresión para ambos grupos (Suicidas y No-Suicidas) en forma individual.

El tratamiento estadístico utilizado fue el análisis de varianza factorial con la prueba "F", y para aquellas escalas del MMPI y ZUNG cuyo resultado fue significativo, se aplicó la prueba de las Diferencias Mínimas significativas (DMS), Los niveles de significancia que se establecieron fueron de 0.05 y 0.01 con el objeto de determinar la mínima diferencia entre ambos grupos.

Al compararse los resultados de ambos grupos se observó que únicamente - existen diferencias significativas en la escala 7 (Pt) Psicastenia del - MMPI, con un nivel de significancia de 0.05 se obtuvo "F" = 5 .892363.

De lo cual se resume que no hay relación entre el intento de suicidio - de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y los rasgos de personali- dad, ya que sólo se encontraron diferencias significativas en una de las escalas del instrumento de la autodescripción de la Personalidad (MMPI).

En la Escala de Autoevaluación de la Depresión de ZUNG, al compararse los resultados de ambos grupos (suicidas y NO-suicidas) se observó que sí hay diferencias significativas con un nivel de significación de .01 y se obtu- vo un puntaje de "F" - 9.80777.

Por lo tanto se concluye que sí hay relación entre el intento de suicidio de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y la Depresión.

Como información complementaria y gracias al proceso estadístico utilizado en este estudio (DMS) Diferencias Mínimas Significativas se encontraron al- gunas diferencias significativas en la utilización de los instrumentos an- tes mencionados, de acuerdo a la Variable por sexo, cabe aclarar que esta variable no se había contemplado en este estudio sin embargo se observaron las siguientes escalas clínicas, del Inventario Multifásico de la Persona- lidad (MMPI).

Para la Escala 5 (Mf) Maculino-femenino se obtuvo un puntaje de "F" = 128.1522 con un nivel de significación de .01 y .05.

Para la escala 6 (Pa) Paranoia se obtuvo un puntaje de "F" = 12.3005 con un nivel de significación de 0.01 y 0.05.

En la Escala 9 (Ma) Hipomania se obtuvo un puntaje de "F" 9.493 764 con un nivel de significación de 0.01 y 0.05.

También en una de las escalas de validez se observaron diferencias significativas:

En la escala F (puntaje de Validez) se obtuvo un puntaje de "F" = 21.05326.

Por otra parte también se encontraron diferencias significativas en la escala de Autoevaluación de ZUNG, de acuerdo con la variable por sexo en la comparación de los grupos suicidas y No-suicidas obteniendo un puntaje de "F" = 5.1890763 con un nivel de significación de 0.05.

## INTRODUCCION .

El suicidio es la conducta humana que resulta de la autoinflexión directamente intencionada de cesar la vida propia. El suicidio, no es una enfermedad a pesar de que algunas personas así lo piensen, y puede considerarse como el fenómeno que resulta de la conducta humana de una tendencia autodestructiva. Esta definición implica también que los individuos que cometen suicidio intrínsecamente llevan una conceptualización clara de la mente que se combina con el deseo de morir, o por lo menos con el deseo de no vivir.

Existen por ello muchas dificultades para definir el suicidio, entre ellas se encuentran fundamentalmente las siguientes:

1!- La palabra suicidio se utiliza para cubrir determinado número de categorías de conducta como pueden ser, cometer suicidio, exhibir una conducta depresiva que conduce al suicidio, amenazar con el suicidio, atentar el suicidio, presentar la ideación suicida y las manifestaciones generales de la conducta autodestructiva que son inminentes y caracterizan esa forma de actuar.

2.- También existe confusión en los reportes de la Organización Mundial de la Salud, la Comisión Nacional de los Estados Unidos y los reportes Oficiales de la Gran Bretaña, que definen al suicidio para términos médicos legales y administrativos como sigue: "una de las cuatro formas posibles de alcanzar la muerte de las 140 formas posibles, en sólo cuatro categorías", la Nemotegnia al respecto es NAHS (natural, accidente, homicidio, suicidio)!"

Por otra parte, es difícil determinar cuando empieza y cuando terminará una neurosis o cualquier otro trastorno psíquico, aunado a ello se encuentra la dificultad diagnóstica debido a que existen diferencias en la formación académica de los especialistas en problemas de salud, así como el registro necesario en los casos de muerte violenta. Todas estas circunstancias obstaculizan la prevención del registro de casos, e introducen variables que limitan la validez de los estudios en el ámbito de la Salud Mental, sin embargo, la necesidad de conocer el comportamiento en este caso del suicidio, ha llevado a los investigadores a desarrollar técnicas y métodos cada vez más perfeccionados para su estudio, las cuáles pretenden la prevención terapéutica de los casos suicidógenos.

Se han realizado estudios de pacientes psiquiátricos, que tienen antecedentes de intentos de suicidio, sin embargo estos estudios son insuficientes para determinar si existen y son posibles de detectar ciertas características o rasgos de la personalidad que se puedan identificar en este tipo de pacientes. No obstante cabe hacer notar que el mayor número de pacientes que presenta el intento de suicidio tienen un diagnóstico de Depresión<sup>11</sup>

El número de situaciones precipitantes y aspectos casuales varía de individuo a individuo, por ello es necesario considerar que los rasgos de personalidad y la Depresión juegan un papel importante para que se desencadene el fenómeno del suicidio.

En el caso de los pacientes psiquiátricos hospitalizados que ya una vez han intentado el suicidio, es probable que nuevamente incurran en esta conducta pues las fantasías destructivas permanecen en ellos:, y posiblemente ante -- situaciones de desesperación e impotencia esta manifestación suicida se volvera a presentar.

Como se mencionó anteriormente la depresión es la patología más frecuente en este tipo de pacientes sin embargo, existen una serie de elementos que se deben considerar para valorar el riesgo suicida;

Algunos de los factores de alto riesgo que hay que tener en cuenta en la -- detección de estos casos son los siguientes:La soledad, el aislamiento, los problemas económicos, las dificultades para establecer relaciones interpersonales, el divorcio, relaciones familiares deficientes, los intentos de -- suicidio encubiertos o directos, una nota suicida etc.,

En cualquier episodio psiquiátrico (despersonalización, confusión ) alcoholismo, el uso crónico de psicofármacos, una historia familiar de suicidios, antecedentes de cualquier trastorno psiquiátrico sugiere la posibilidad de una recurrencia con el aumento del peligro de cometer el suicidio.

Generalmente éstos son algunos de los factores que se consideran para que se de la conducta suicida, pero como es evidente no existen en éstos factores de riesgo los rasgos de personalidad de los pacientes, cuando deberían de -- tomarse como una de las causas principales, ya que no todos los individuos que padecen estos factores llegan a presentar tentativas de suicidio, ni--

tampoco todos los pacientes que se encuentran deprimidos acuden a esta conducta.

Es por ello que el **o b j e t i v o** principal de este estudio fue determinar si existe relación entre el intento de suicidio de los pacientes psiquiátricos, y los rasgos de personalidad, de acuerdo con el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI).

Así como si hay relación entre el intento de suicidio de estos pacientes, y la Depresión de acuerdo con la escala de Autoevaluación de la Depresión ZUNG. Además, la relevancia de esta investigación radica en que mediante este estudio se intenta conocer si existen elementos para determinar un perfil en este tipo de pacientes, de acuerdo al Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI).

Otro aspecto, que también es importante para este estudio es que a través de los resultados de la Escala de Autoevaluación de la Depresión de ZUNG, se de a conocer el Grado de depresión en el que se encuentran los pacientes hospitalizados que han intentado el suicidio.

La detección de estos factores como la (depresión y los rasgos de personalidad) fungen como elementos de riesgo.

Este estudio se realizó también para proponer, que se tomen en cuenta, no sólo analizando los casos aislados de pacientes con intentos de suicidio, sino que se consideren como uno de los puntos importantes a los rasgos de personalidad de cada uno de los pacientes que presenta esta conducta.

Existe otro punto relevante en esta investigación ya que se enfoca al suicidio no sólo retomando algunos aspectos generales de este tema, sino que también se hace una breve revisión dentro de la rama psiquiátrica en relación con este concepto.

Es importante también este estudio porque se realizó con una población mexicana, y los resultados se compararon en dos grupos (suicidas y No-suicidas) de la misma institución "Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez" de la S. S.

Se incluye asimismo, un capítulo donde se revisan algunas de las teorías de la personalidad; y otro para el estudio de la depresión apuntando también sus enfoques psiquiátrico y clínico.

Se destina un capítulo donde se revisan investigaciones recientes relacionadas con el suicidio de pacientes psiquiátricos y el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), estos estudios corresponden a investigaciones realizadas en el extranjero y en México, estos datos se obtuvieron de los Servicios de Consulta a Bancos de Información del CONACYT (SECUBI).

Finalmente se exponen los resultados, después de una revisión metodológica. Dichos resultados además de la interpretación dinámica aparecen de una forma gráfica.

Por último cabe mencionar, que el propósito clínico de esta investigación es la elaboración y desarrollo de métodos y técnicas que permitan la detección de los pacientes psiquiátricos que pueden atentar contra su vida en un ambiente hospitalario.

CAPITULO PRIMERO

" MARCO TEORICO " . . .

## CAPÍTULO I

Para iniciar este estudio sobre los rasgos de personalidad del paciente - suicida, es indispensable primero: Citar los conceptos de mayor relevancia para fundamentar el fenómeno del suicidio, como son los diferentes - tipos de muerte que se han estudiado, y consecuentemente los diferentes puntos de vista de este fenómeno, identificado por algunos autores que - toman como referencia el marco psicoanalítico, ya que éste será expuesto para nuestra investigación.

Para ello en este capítulo me refiero, a los tipos o especies de muerte más frecuentes en el suicidio, asimismo trataremos de dar una definición del suicidio.

Otro punto que a continuación menciono ya que es de vital importancia - es el concepto del Intento Suicida.

Posteriormente retomaré el tema del suicidio, conceptualizado dentro del marco psicoanalítico y analizaré algunos puntos de la psicodinámica de es te concepto.

Existe un importante grupo de teóricos (Freud, Abadi Garma) consideran que el concepto de muerte es fundamental para explicar el fenómeno del suicidio.

Por ello, a continuación mencionaré algunos de los tipos de muerte más frecuente; ya que para esta investigación tal concepto dará la pauta para iniciar el tema.

En los organismos superiores, la muerte es un proceso gradual, desencadenado por la ausencia de funcionamiento de algunas células, mismo que culmina en los ancianos como el fin de un proceso lento al que se le ha llamado muerte natural.

"Todo final que tenga otro origen es una viscosidad que irrumpe en el -  
decurso del ciclo vital, en cualquiera de sus fases, y que impide la -  
normal declinación hacia la muerte natural." (Lesham, L 1959) \*

Otra de las causas de muerte es el Diagnóstico de las enfermedades terminales<sup>1</sup>- Es una condición que puede llegar a enfrentar todo ser humano en algún momento de la vida, y que se presenta con mayor frecuencia en los momentos críticos de la vida ya que esto conlleva la imposibilidad (hasta el momento) de regenerar su estructura y funciones<sup>1</sup> Un ejemplo de esto sería el Cáncer, tiene un significado irreversible, y se mantiene la pulsión de muerte sobre la organización vital.

\* 1 Lesham L., "Psychological States as Factor in the Development of Malignant Disease A. Critical Revue", J. Nat. Inst. 22, 1, 1959.

Numerosos investigadores nos ofrecen conclusiones en este sentido y algunos son ejemplificados con casos clínicos. (Lesham, L 1959).

No cabe duda, además que en personas a quienes la estructura de personalidad predispone y que tiene la sensación de no perdurar, este tipo de eventos de herida narcisista por pérdidas, contribuye a la pérdida de sus lazos con el mundo exterior.

Entre las diversas especies de muerte hay algunas que presentan el rasgo particular de ser obra de la víctima misma, es decir que resultan de un acto cuyo autor es el paciente; en tal caso se funda comúnmente la idea de Suicidio!

Aunque por regla general nos representemos el suicidio como una acción violenta, que implica cierto empleo de fuerza muscular, pero puede ocurrir que una actitud puramente negativa o una simple abstención produzcan idéntica consecuencia.

Se mata uno lo mismo rehusándose a alimentarse, que destruyéndose por el hierro o por el fuego; y no es necesario que el acto producido por el individuo haya sido antecedente inmediato de la muerte, para que ésta sea considerada como afecto suyo.

Lo común a todas las formas posibles de este renunciamento es que el acto que se consagra, se realiza con conocimiento de causa; que la víctima en el momento de obrar sabe cual ha de ser el resultado de su obra, sea cualquiera la razón que la haya llevado a producirse en esta forma. Todas las variedades de muertes que presentan esta particularidad característica, se distinguen francamente de aquellas en que el paciente no es el -- agente de su propia muerte o es sólo el agente inconsciente, y se distinguen por un carácter fácil de reconocer ya que no es un problema insoluble, el de saber si el individuo conocía o no anticipadamente, las consecuencias naturales de su acción. Estos hechos forman un grupo definido, homogéneo, diferenciable de cualquier otro, y que en consecuencia, debe- ría ser designado con una palabra especial, no obstante la del suicidio- convienen para este objeto, y no es necesario crear otra, porque la gran generalidad de los hechos que se llaman ordinariamente así, cabe dentro de su significado y forma parte de él. Por ello, en una definición comple- ta diremos que se llama suicidio "todo caso de muerte que resulte, direc- ta indirectamente, de un acto positivo por la víctima misma sabiendo -- ella que debía producir este resultado!!!"

**Otra definición será:**

"El suicidio es la conducta humana que resulta de la autoinflcción di- rectamente intencionada de cesar la vida propia".

La relación de causalidad puede ser indirecta, sin que el fenómeno afecte o cambie por esto de naturaleza.

Por estas razones no podemos clasificar en grupos diferentes estas dos variedades de muertes voluntarias, puesto que no existe más diferencia entre ellas que los detalles materiales de la ejecución.

Así llegamos a una primera fórmula que se llama Suicidio, toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma.

Esta definición, sin embargo, es incompleta, porque no distingue dos especies de muerte muy diferentes. No es posible incluir en la misma categoría, ni tratar de la misma manera, la muerte de un alienado, que se precipita desde una ventana elevada, porque la cree en el mismo plano que en el suelo, que la del hombre "sano" de espíritu, que se mata sabiendo lo que hace! \*2.!!

Es indudable que, vulgarmente, el suicidio es el acto de desesperación de un hombre que no quiere vivir.

\* 2 .- Durkheim Emile, El Suicidio- (Introducción pp. 56 - 60)!!

UNAM, México 1974.

El suicidio no es una enfermedad a pesar de que algunas personas así lo piensen y puede considerarse como el fenómeno que resulta de la conducta humana de una complicada tendencia autodestructiva. Esta definición implica también que los individuos que cometen suicidios intrínsecamente llevan una conceptualización clara de la mente que se combina con el deseo de morir, o por lo menos con el deseo de no vivir.

Existen por ello muchas complejidades que dificultan definir al suicidio, entre ellas se encuentran fundamentalmente las siguientes:

1o. La palabra suicidio está usada para cubrir un determinado número de categorías de conductas como puede ser: cometer suicidio, amenazar con el suicidio, atentar el suicidio, presentar la ideación suicida y las manifestaciones generales de la conducta autodestructiva que son imminente y caracterizan esa forma de actuar.

2o. También existe confusión en los reportes de la Organización Mundial de la Salud, la Comisión Nacional de los Estados Unidos y los reportes oficiales de Gran Bretaña que definen el suicidio para términos médicos legales y administrativos como sigue:

"Una de las cuatro posibles formas de alcanzar la muerte de las 140 formas posibles, en sólo cuatro categorías" La nemotegnia: al respecto es

NASH, que significa Natural, Accidente, Suicidio y Homicidio

Sin embargo, esta manera tradicional de clasificar las posibles muertes dejan mucho que desear, pues se le puede agregar aún la premisa intencional, sub-intencional, e inintencional que complica cada una de las categorías mencionadas.

La palabra suicidio se emplea por primera vez en The Oxford English Dictionary, en 1651 por Walter Charleton y desde los más importantes investigadores del suicidio, Emil Durkheim (1858-1917), Sigmund Freud (1856-1939).

De acuerdo a Durkheim el suicidio resulta del crecimiento de la sociedad y de la debilidad y pérdida del control que tienen sobre los individuos, este autor se refiere al suicidio de tres maneras:

1o.- Altruista.- Es aquel tipo de suicidio que literalmente es requerido por la sociedad, un ejemplo de este puede ser el Hara-Kiri en aquellas personas que no tienen ninguna opción y entonces el daño autoinfligido es honorable y bien visto para poder continuar la vida ignominia.

2o.- Egoísta.- Que justamente es opuesto al anterior, y aquí el sujeto incurre (a) esta conducta egoísta; se presenta especialmente en aquellos

sujetos que tienen muy pocas raíces y uniones con la sociedad y en la que viven.

3o.- Anónimo.- Y sucede en aquellos individuos motivados por pérdidas de trabajo, falta de amigos, reveses de fortuna, etc.

Para Sigmund Freud el suicidio está en la mente del sujeto<sup>11</sup>

Desde que los hombres ambivalentemente se identifican con objetos de amor cuando están frustrados y quieren manifestar agresión a esa ambivalencia dirigen su agresión en contra de las personas internalizadas. La principal posición psicoanalítica está representada por la hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto de amor introyectado.

Por ejemplo un individuo se mata a sí mismo para tratar de matar la imagen de amor y odio que tiene él respecto al padre a quien intenta hacer sufrir.

El primero de los autores que asentó una posición del suicidio psicoanalítica fue Wilhelm Stekel en la reunión de Viena en 1910 con su frase - "Ningún individuo se mata a sí mismo que no quiera matar a otro o por lo menos desee la muerte de otro", de aquí nació la formulación simbólica de que el suicidio representa la hostilidad en relación al objeto de amor ambivalentemente introyectado.

Desde el punto de vista psicológico se cree que existe un estado generalmente asociado al suicidio que es la emoción intolerable!

Karl Menninger en su libro "Man Himself" escrito en 1938<sup>r</sup> delinea la psicodinamia de la hostilidad y asegura que los impulsos hostiles y -- suicidas son relaizados a través de tres canales:

1o! El deseo de matar, 2o. El deseo de ser muerto y 3o. El deseo de -- morir.

Este autor señala el concepto de muerte parcial más importante en su libro mencionado antes, del cual se desprenden los equivalentes del suicidio crónico:

1o.- En los tipos de vida ascetista, con invalidaciones neuróticas en -- adicción al alcohol, con conducta antisocial, o bien con psicosis.

2o.- Cuando el suicidio se enfoca en la eliminación de una parte del -- cuerpo, se incluyen habitualmente las automutilaciones, el mal manejo de la salud, la cirugía múltiple, los accidentes propósitos, la impotencia, la frigidez, etc.

3o.- El suicidio es de índole orgánico enfocándolo como inverso en factores psicológicos de enfermedades orgánicas especialmente la violencia

autoinducida, agresividad, los componentes eróticos, etc.

En muchas ocasiones el estilo de vida de algunos individuos es parecido a una muerte parcial, un ejemplo de esta lista es el alcoholismo, - la drogadicción, el mal manejo de las enfermedades físicas, como puede ser el caso de una diabetes descompensada, la conducta masoquista etc.

Por ello, la tesis de que toda clase de conducta hostil a la salud y a la vida constituye la expresión del instinto de muerte dirigido contra el yo, siendo el suicidio su manifestación más extrema. \* 3.

Sin embargo, otros estados emocionales, como una dependencia frustrada y un estado de desesperanza y desamparo, juegan un papel importante en el drama psicológico del suicidio.

### EL INTENTO SUICIDA.

Es imprescindible al hablar del suicidio, definir lo más claro posible, el concepto de intento de suicidio, ya que éste tiene algunas características que lo distinguen del suicidio logrado, no sólo por el hecho sustancial del acto de suicidio sino por las motivaciones que conlleva; También hay que distinguirlo del intento de suicidio frustrado, en el que el suicidio se evita por medios externos al sujeto.

\* 3.- Stengel, Erwin, Psicología del suicidio y los intentos de suicidio, Ediciones Hormé, Buenos Aires, pp. 53 - 71<sup>11</sup>

El atentado suicida se define como las acciones que intentan un sujeto en contra de su vida, sin lograr el suicidio. Es un hecho conocido que el intento suicida como es cortarse, ingerir sustancias tóxicas, lanzarse al vacío, etc.; es para cambiar la vida de uno o por lo menos para -- cambiar el significado de los otros con respecto a uno y no tanto para -- terminar con la vida (Shneidman, 1980).!!

También se ha teorizado sobre la respuesta que han tenido los sobrevivientes de los intentos suicidas en el sentido de cambiar las expectativas de su vida y de alcanzar ciertos y diferentes estándares nuevos. (Stengel E. 1965)!!

Lo que distingue al intento de suicidio del suicidio, es el hecho de que en éste la muerte es la finalidad, mientras que en el primero la muerte se transforma en medio con el cual se obtiene un tipo peculiar de relación humana. El que intenta el suicidio ejecuta una serie de actos que pueden conducirle a la muerte, pero que -- en todo momento están supeditados a la "presencia real o virtual del otro".

Por tanto, el intento de suicidio es una simulación en cierta medida, -- porque quiere obtener, con el riesgo de su muerte, un tipo de gratificación no precisamente masoquista, sino sádica.

Con respecto a la letalidad algunos autores han extendido comentarios como los de (Aubri Wisman 1972) que distingue tres aspectos de la letalidad:

- A).- La intención (de acción ).
- B).- La implementación (riesgo y rescate).
- C).- La intersección (recursos, reorientación alivio etc.)

La proporción de suicidio con respecto a los intentos suicidas es 1 por cada 8 intentos de acuerdo a lo descrito por (Shneidman en 1980). Y así se ha dicho que los intentos suicidas tienen mucho significado y diferentes niveles de letalidad.

En Basilea se ha demostrado que el número de intentos de suicidio por año es cincuenta veces superior al suicidio.

Estas investigaciones son complicadas y requieren de la cooperación de muchos grupos sociales.

Otros datos son de interés también a este respecto: mientras que el número de hombres es mayor que el de las mujeres entre los suicidas, la relación se invierte en el intento.

Mientras que la tasa de suicidas es mayor entre los 55 y 64 años la tasa máxima de los que intenta es de una edad que oscila entre los 24 y los - 44 años - (Stengel, 1965) Ahora bien: las enfermedades depresivas siguen siendo las que dan una cifra mayor en los intentos de suicidio.

Es distinto que una persona cometa suicidio por que cree que no hay posibilidades de vida, lo cual necesariamente quiere decir que el sujeto desea terminar con su vida y para ello utilice un potencial altamente letal. De aquél que sabe que podrá ser rescatado, oportunamente.

A continuación mencionaré algunas de las principales características del suicidio.

Para centrar nuestra investigación en el fenómeno del suicidio, es indispensable mencionar algunas de sus características, para ello, consideramos sólo las de mayor relevancia en el estudio de éste<sup>11</sup>

El suicidio desde el punto de vista psicoanalítico ha sido revisado por (Futterman 1953), quien considera que el impulso agresivo o destructivo llamado pulsión de muerte, se postula como otra fuente de energía - paralela al impulso sexual vital llamado pulsión de vida, y que está sujeto a la misma clase de vicisitudes en el cual, un concepto fundamental es que ningún impulso opera independientemente de otro, sino que están fundidos en grado variable y su función alivia a los impulsos agresivos de cualidades destructivas partiendo la sublimación.

Por su parte pulsión de muerte se caracteriza, por ser esencialmente - conservadora, evita nuevas experiencias y lucha por un estado de completo reposo que añora el pasado y está dominado por la compulsión a la repetición.

Este punto será el que desarrollaré en esta investigación y posteriormente lo referiré con mayor detenimiento.

#### **CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL SUICIDIO.**

Futterman en 1953 señala algunas de las características que se presentan en el suicidio:

1).- La crisis aguda o período de alta y peligrosa letalidad, es un intervalo relativamente corto de horas o días.

Un sujeto está en un pico de autodestructividad por breve tiempo y tiene alternativas que van desde el auxilio, el desvanecimiento natural del -- riesgo o, en el peor de los casos, ocurre la autodestrucción.

2).- El segundo factor psicológico es la ambivalencia.

Pocos pueden negar actualmente que el juicio de Freud sobre la motivación inconsciente del comportamiento humano es primordial en la conceptualización moderna de la psicología.

La dualidad, complicaciones, sentimientos contradictorios; actitudes, ha cia una misma persona o una imagen introyectada, son reconocidas emociones de la vida psicológica. Las dualidades del flujo de la mente consti tuyen un punto cardinal de la vida interna del hombre.

El paradigma del suicidio no es tan simple como desear o no la muerte.

El cuadro psicológico típico de alguien que piensa en el suicidio, es - el desear cometerlo, al mismo tiempo.

3).- La mayoría de los eventos suicidas son diádicos, esto es, algo que - está ocurriendo entre 2 personas. Realmente este aspecto diádico del -- suicidio tiene dos fases:

La 1ª. durante la prevención del suicidio cuando se debe tratar con el "otro significativo" y la segunda después de consumado el acto autodes-  
tructivo, en el cual se trata a la víctima sobreviviente. La mayoría de las tensiones suicidas son entre dos personas que llevan estrecha relación: esposo y esposa, padre e hijos, etc.

#### **ASPECTOS PSICOANALITICOS DEL SUICIDIO.**

A continuación mencionaré algunos de los aspectos del psicoanálisis, ya que esta teoría es fundamental para el desarrollo del tema que nos corresponde estudiar!

Examinaré solo algunos aspectos de la teoría y práctica psicoanalítica, profundizando en las áreas que revisten mayor importancia en lo que se refiere al tema del Suicidio!

Autores como Szass \*4 (1965), señalan que el psicoanálisis denota la coexistencia de cuatro categorías heterogéneas y generales de elementos:

01).- Un marco teórico de conceptos, hipótesis y teorías cuyo objetivo es explicar diversos aspectos del desarrollo y de la conducta humana.

02).- Un conjunto de datos basados en la observación y en la inferencia.

\*4 Szass Thomas, "El psicoanálisis como método y teoría". en : Freud, --  
Fromm-Reichman, et. al. CIENCIA Y TEORÍA EN PSICOANÁLISIS, Am<sup>ll</sup> Edts. Arg.  
1965.

03).- Un método científico que permite, mediante un sistema de observaciones y deducciones, fundar las hipótesis acerca de diversos aspectos del comportamiento humano.

04).- Un método psicoterapéutico, una técnica curativa que permite provocar cambios concretos en los individuos sometidos a tratamiento.

La prioridad dentro el campo psicoanalítico del suicidio son los aspectos referentes al marco teórico y al método psicoterapéutico, puesto que es precisamente en éstas áreas en donde se ubica la definición de conceptos y de procedimientos que permiten explicar e intervenir sobre las conductas autodestructivas.

El psicoanálisis ha sido el que con mayor profundidad ha estudiado el fenómeno del suicidio.

Para ello Freud analizó este problema brevemente en su ensayo "Contribuciones al simposio sobre el suicidio" (Freud, 1910), sin llegar a clasificar abiertamente la problemática, únicamente delinear el itinerario que habría que seguir para lograrlo.

No obstante, existen dos de sus obras que forman los pilares teóricos a partir de los cuales se han generado gran cantidad de formulaciones teóricas y estudios dentro el campo psicoanalítico; como son:

- Duelo y Melancolía (1917).
- Más allá del principio del placer (1920)<sup>11</sup>

Publicados con lapso de tan solo tres años, sin embargo presentan importantes diferencias; en la primera circunscribe su análisis al campo de lo psíquico, y en la segunda habrá de introducir un elemento nuevo, el instinto de muerte - cuya raíz se ancla en el campo biológico<sup>11</sup> Esta dos -- obras son de vital importancia para fundamentar y dilucidar la problemática del suicidio; por ello se analizará enseguida.

#### DUELO Y MELANCOLIA:

Freud las analizó a partir de una comparación con el duelo mismo, es decir; como en el duelo en la melancolía, el sujeto cesa por interesarse - en el mundo exterior, vive en un estado profundamente doloroso y se encuentra incapacitado para amar. \*5<sup>11</sup>

Esta manifestaciones son aceptables en aquellas situaciones en las que - una persona pierde a un ser querido o algo equivalente para referirnos al duelo.

El duelo es el proceso mediante el cual el sujeto va abandonado, paulatina y dolorosamente, los lazos libinidosos que lo unían al objeto amoroso,-

\*5 Freud, S., "Duelo y Melancolía, en Obras Completas Vol. 11 op. cit. pp. 2091 - 2100.

Sin embargo, una vez finalizada esta labor de duelo, el yo recobra la -- libertad de su libido, separándola totalmente del objeto perdido.

Por otro lado la Melancolía responde en algunos casos como en el duelo a la pérdida de un objeto amado. Sin embargo, no aparece con claridad, ni para el sujeto mismo en ocasiones la fuente de su sufrimiento. Por ello si continuamos con la analogía del duelo Freud, elabora la hipótesis -- de la existencia de una pérdida de objeto, sólo a un nivel inconsciente.

No obstante vemos que si en el duelo se explica el abandono de la persona por su entrega a la labor de duelo, se puede concluir que en la melancolía sucedería algo similar, o sea, que la falta de interés que el sujeto muestra hacia el mundo que le rodea constituiría la expresión de su absorción por una labor semejante a la del duelo.

Pero analizando podemos observar que existen diferencias entre el duelo y melancolía ya que es necesario considerar un elemento importante que caracteriza a la melancolía, esto es la presencia de una notable disminución del amor propio, un empobrecimiento del Yo acompañado del insomnio y anorexia, es decir una disminución total hacia su mundo externo.

La concepción Freudiana de la pulsión, señala que existe un desmantelamiento de la noción clásica de instinto en dos direcciones opuestas; --

Con esta particularidad la melancolía pone de manifiesto que la pérdida del sujeto ha tenido lugar en su propio Yo. Es decir, una parte del yo, la conciencia moral enfrentándose a la otra y tomándolo como objeto, -- ejerce sobre esta una crítica despiadada, dejándola minimizada.

Por otodo esto, Freud hace una interesante observación muchas de las -- acusaciones que el melancólico hace de sí mismo, están realmente dirigi das a otra persona a la que el sujeto ama o ha amado pero que se han -- volcado contra el propio Yo. Por esto, sus lamentaciones no son otra co sa que quejas.

Resumiendo esta conceptualización en otros términos observamos el siguien te proceso:

- a).- La relación ambivalente con un objeto:
- b).- Pérdida o cualquier forma de ob\_ligada renuncia a esa relación.
- c).- Introyección en el yo de ese objeto ambivalente amado y odiado.
- d).- Descarga a la agresión en contra de este objeto, ya internalizado en el yo.

Continuando con el análisis de esta obra, el sadismo es un concepto que daría la clave para comprender el problema del suicidio. Es fundamental subrayar que "el yo no puede darse muerte sino cuando el retorno de la carga de objeto le hace posible tratarse a si mismo la hostilidad, que representa la reacción primitiva del yo contra los objetos del mundo -

\*61- Freud, S. "El yo y el ello" en Obras Completas Vol. III pp. 2701-2728.

exterior " \*6! Por esto, en la fantasía inconsciente del sujeto, la des-  
carga de su mortífera agresión contra un objeto internalizado, un ser -  
que pertenece a su mundo interno. El suicidio por tanto, encubriría y -  
disimularía el homicidio, ya sea por venganza, por envidia o como ata-  
que defensivo contra un persiguidor. "darse a si mismo la muerte, son -  
homicidas tímidos" \*7. (Pavese César 1981).

Resulta obvio que los objetos externos sobre los cuales el sujeto proyec-  
ta su relación con los objetos internos resultan también víctimas de su  
agresión.

Ellos sufrirán por éste suicidio, por la culpa que el paciente generará  
en ellos al hacerlos responsables de su fallecimiento!

Por lo tanto, el suicidio es un acto de masoquismo extremo y se analiza  
como contrario al sadismo contra si mismo, como un proceso resultante de  
mecanismos defensivos del yo. Su sentido sería el de evitar el mal mayor  
(vivencias persecutorias y altamente frustrantes) a costa de aceptar el  
mal menor (conducta autodestructiva). Ciertamente de esta "ganancia" --  
huida del objeto persecutorio mediante la autodestrucción lo es única-  
mente en la fantasía inconsciente del sujeto.

Analizando el suicidio, encontraremos que las pautas que se utilizan pa-  
ra la comprensión de cualquier acto psíquico son las mismas que observa-

\*7.- Pavese César, "Los Suicidas" en Bocanegra Jorge El poeta y la muer-  
te. Ed. Mexicanos Unidos Méx. 1981!

mos en el suicidio dentro del psicoanálisis, ya que se analizará la conducta autodestructiva como una apariencia (contenido manifiesto) que oculta y expresa una realidad subyacente (contenido latente) la cual escapa al conocimiento del mismo individuo que es autor y actor de esta actuación. Así el acto suicida constituirá un medio para lograr un fin que no estaría en contradicción con el principio del placer; por el contrario, sería la búsqueda aunque en forma enmascarada de un fin placentero.

Freud también postula que el principio del placer no tiene un total dominio sobre el curso de los procesos psíquicos. Si así fuera, afirma, todos los procesos psíquicos serían placenteros, lo cual no ocurre así -- ¿Qué es, entonces, lo que impide la consecución continua del placer?, para contestar esto Freud, menciona tres factores.

- Primero, habría que considerar aquellos casos en que el principio del placer domina al principio de realidad ocasionando daño al organismo, al no tomar en cuenta las demandas externas.
- La segunda fuente de displacer surge a consecuencia del conflicto que genera en el yo la existencia de instintos compatibles entre sí que buscan la consecución simultánea de placer.
- Otra fuente es la que afirma que también bajo el dominio del principio del placer existen formas de convertir en objeto de recuerdo y de ela-

boración psíquica situaciones y sucesos desagradables como una forma - de lograr un dominio sobre los mismos.

Por otra parte en "más allá del principio del placer" (1920)!! Freud inicia una revisión de su teoría de los instintos y postula por primera vez la existencia de un instinto de muerte, en oposición al instinto de vida. Esta nueva dicotomía toma el lugar de la primera entre instinto del yo e instinto sexual.

A pesar de que en esta obra Freud no se muestra totalmente persuadido - de la validez de su hipótesis, en trabajos posteriores ("el yo y el -- ello", Ob. C.), fué aumentando su convicción acerca de la importancia - de este nuevo concepto de instinto de muerte (que se definirá posterior- mente), para dar cuenta de ciertos comportamientos agresivos.

Cabe aclarar que Freud al realizar la revisión de su teoría de los ins- tintos, introduce el término de pulsión como sigue:

El término "pulsión" fué introducido en la traducción de Freud como un equivalente al Alemán Trieb, este término, es de raíz germánica; se uti- liza desde hace mucho tiempo, y su significado conserva el matiz (triben Empujar); éste subraya el carácter irrepresible del empuje. (Laplanche, Jean 1905).

Algunos autores emplean indistintamente los términos de Instinkt (instin- to) y Trieb.

Para Freud existen distinciones muy claras en los dos términos en caso de usar el término de instinkt, es para calificar un comportamiento animal - fijado por la herencia, característico de la especie.

Sin embargo, la palabra Trieb no aparece en los textos Freudianos hasta - 1905, y tiene su origen como noción energética, haciendo la diferencia -- entre dos tipos de excitación (reiz), a los que se halla sometido el orga nismo y que debe descargar según el principio de constancia; es decir, - que con la excitación externa, de la que el sujeto puede huir y protegerse, también existen fuentes internas que aportan un aflujo de excitación al -- cual el organismo no puede escapar, y origina el funcionamiento del apara to psíquico.

Por otra parte, el concepto de pulsión también se establece en la descrip ción de la sexualidad humana.

Tres ensayos sobre la Teoría sexual, 1905, así como las distinciones entre fuente, objeto, fin.

También como último elemento que introduce Freud a propósito de la noción de pulsión es el empuje concebido como un factor cuantitativo económico.

En las pulsiones y su destino (Trieb und Triebschilsale, 1915) Freud agru pa los cuatro elementos (empuje, fuente, objeto y fin).

es decir por una parte el concepto de "pulsión parcial" abarca la idea - en la pulsión sexual existe un estado "polimorfo" en principio, y su -- meta es la supresión de la tensión a nivel de la fuente corporal, y por otro lado introduce el conjunto de las manifestaciones pulsionales dentro de una sola gran oposición fundamental, la posición entre el Hambre y el Amor y más tarde entre el Amor y la Discordia.

En seguida expondré un breve análisis de la Teoría de los Instintos y - las pulsiones descritas por S. Freud para conceptualizar al Instinto de muerte.

Si analizamos por otra parte, podemos observar que en las neurosis traumáticas es donde el sujeto revive continuamente la situación traumática en su vida onírica; la actividad de los niños que convierten en juego - sucesos penosos, así como la obsesión a la repetición que presentan los neuroticos durante su tratamiento psicoanalítico, de allí que se postula la hipótesis de que puede existir un instinto más primitivo y elemental que el principio del placer, que tiende a una obsesiva repetición.

Para clasificar esto Freud señala que en una época indeterminada aparecieron en la materia inanimada, como consecuencia de ciertas fuerzas, - las cualidades de lo viviente. La tensión generada en la materia antes inanimada intentó equilibrarse y de esta forma surgió el primer instinto.

Sin embargo, cuando las influencias exteriores se transformaron obligaron a las substancias vivas a cambios cada vez más complejos para alcanzar -- la muerte. Estos cambios mantenidos entonces por los instintos conservadores, constituyen el conjunto de los fenómenos vitales.

Por ello, Freud define al instinto como: "Una tendencia propia de lo orgánico a la reconstrucción de un estado anterior, que lo animado tuvo que -- abandonar bajo el influjo de fuerzas exteriores" \* 8.

Bajo estas condiciones los instintos de conservación se consideran instintos parciales, encaminados a mantener distantes las posibilidades no inmanentes del retorno a lo orgánico; Los instintos sexuales que en la primera teoría (Duelo y Melancolía) se contraponían a los instintos de autoconservación.

Se asimilan aquí los instintos de vida, como una fuerza a mantener unido todo lo inanimado.

Podemos observar que en esta obra Freud sustituye el antiguo dualismo entre instintos del Yo e instintos sexuales, por el de instintos vitales e instintos de muerte; La función de lo libido sería la de volver inocuo -- el instinto de muerte, desviándolo al exterior y a la parte de ese instinto en la función sexual esto originaría el sadismo.

En forma contraria hablamos del masoquismo ya que Freud modifica su pasada teoría, si en Duelo y Melancolía es considerado como el retorno del

\*8.- Freud, S. "Más allá del principio del placer"!! po. op. cit. p. 2525!!

sadismo en contra del propio Yo, en esta obra plantea que el masoquismo -- sería primario y constituiría la porción del instinto de muerte que no -- participa en esta transposición hacia el exterior.

Es decir el instinto de muerte se encuentra originalmente en su totalidad en el interior; posteriormente una parte se envía hacia el exterior, actuando como agresividad, mientras que la parte que pertenece dentro actúa o constituye el masoquismo primario. Sin embargo, cuando la parte enviada hacia el exterior tropieza con obstáculos demasiado grandes vuelve a dirigirse hacia dentro y se manifiesta como masoquismo secundario.

Para aclarar este concepto de instinto o pulsión de muerte a continuación citaremos la fundamentación teórica que nos señala a Lapanche, y Pontalis en su diccionario de psicoanálisis y señala la oposición entre la pulsión de vida (Instinto)<sup>11</sup>

Como es sabido, la teoría de las pulsiones en Freud fue siempre dualista; El primer dualismo invocado fue el de las pulsiones sexuales y pulsiones del yo o de autoconservación término mediante el cual Freud designa el conjunto de las necesidades para la conservación de la vida del individuo, su prototipo viene representado por el hambre.

#### **PULSIONES DE VIDA Y PULSIONES DE MUERTE.**

Otro de los dualismos pulsionales introducidos en más allá del principio del placer (Jenseits del Lustprinzips, 1920) distingue entre las pulsiones

de muerte éstos se dirigen primeramente hacia dentro y tienden a la auto-destrucción; después se dirigirían hacia el exterior, manifestándose entonces en forma de pulsión agresiva o destructiva.

En forma general la pulsión de muerte representa la tendencia fundamental de todo ser vivo a volver al estado inorgánico.

Su misión consiste en volver inofensiva esta pulsión, destructora y se libera de ella derivándola hacia el exterior, dirigiéndola contra los objetos del mundo exterior; para entonces esta pulsión se denomina pulsión destructiva, pulsión de dominio, voluntad de poder.

Parte de esta pulsión se pone directamente al servicio de la función sexual.

Dentro del desarrollo libidinal del individuo, Freud señala la combinación de: pulsión de vida y pulsión de muerte, tanto en su forma sádica como en su forma masoquista.

Las consideraciones que hizo Freud para establecer la existencia de una pulsión de muerte fueron varias a saber:

- 1).- Los fenómenos de repetición.- que no pueden reducirse a la búsqueda de una satisfacción libidinal o a una simple tentativa de dominar las experiencias displacenteras.
- 2)U- La utilización de los términos de ambivalencia, agresividad, sádismo y masoquismo; que se desprenden a través de la experiencia que tuvo

en la actividad psicoanalítica.

3)II- El sadismo y el odio son puestos en relación con las pulsiones del yo; y señala que "los verdaderos prototipos no provienen de la vida sexual, sino de la lucha del yo por su conservación y afirmación.

Freud señala que la pulsión de muerte se basa fundamentalmente en consideraciones especulativas, en el valor teórico del concepto y concordancia con una determinada concepción de la pulsión.

Esto hizo que Sigmund, insistiera tanto en mantener la tesis de la pulsión de muerte. Sin embargo, encontró muchas resistencias en los propios medios psicoanalíticos.

Por ello algunos analistas sostienen que la noción de la pulsión de muerte era inaceptable y que los hechos clínicos invocados por este debían de interpretarse sin recurrir a tal noción.

Surgieron un sin número de críticas al respecto de este concepto:

A)II- Se rehusaron a considerar la reducción de tensiones como el patrimonio de un grupo determinado de pulsiones.

B)II- Tentativas de describir una génesis de la agresividad: ya sea haciendo de esta un elemento correlativo, al comienzo de todo instinto en la medida en que éste se realiza en una actividad que el sujeto impone al objeto, o ya sea considerándola como una reacción secundaria -- a la frustración proveniente del objeto.

C).- El reconocimiento de las pulsiones agresivas, pero sin que éstas puedan adscribirse a una tendencia autoagresiva!!

D).- Se negaba a admitir la existencia del par antitético:

Pulsiones de vida- pulsión de autodestrucción.

No obstante, la escuela de Melanie Klein reafirma el dualismo pulsión de muerte y pulsión de vida; incluso atribuye un papel fundamental a las pulsiones de muerte, no sólo en la que están orientadas hacia el objeto exterior, sino también en cuanto operan en el organismo y dan lugar a la angustia de ser desintegrado y aniquilado.

En más allá del principio del placer, como indica el mismo título de la obra, se postula la existencia de la pulsión de muerte, a partir de hechos que aparecen contradecirse, por ello afirma que el principio del placer parece, hallarse al servicio de las pulsiones de muerte. (Freud 1920)!!

Esta contradicción lo conduce a distinguir del principio de placer (representa la exigencia de la libido) al principio de Nirvana, este último como principio económico de la reducción de las tensiones.

Resumiendo puede observarse como las formulaciones del principio del placer dadas por Freud a todo lo largo de su obra fundían dos tendencias:

- Una tendencia a la descarga completa de la excitación.
- Tendencia al mantenimiento de un nivel constante de la tensión.
- El retorno al estado anterior.

- El retorno al reposo absoluto.

En general las pulsiones de muerte tienden a la destrucción de las unidades vitales, a la nivelación radical de las tensiones y al retorno al estado de reposo absoluto.

Para continuar su gran obra, Freud introduce en oposición a las pulsiones de muerte, las pulsiones de vida que también se designan con término de "Eros", abarcan no sólo pulsiones de autoconservación; y éstas tienden no sólo a conservar las unidades vitales, existentes, sino también a construir, a partir de estas unidades más amplias.

Esta tendencia se encuentra en el organismo individual, en tanto que este aspira a mantener su unidad y su existencia (Pulsiones de autoconservación, Libido, Narcisista).

Pero, la manera más evidente para comprender a las pulsiones de vida es su oposición a las pulsiones de muerte, se oponen unas a otras como dos principios que actúan en el mundo físico, (atracción-repulsión) y se hallan en la base de los fenómenos vitales.

Este dualismo pulsional, contempla ciertas dificultades: como se veía en las pulsiones de muerte, lo fundamental de ellas, era la concepción de el retorno al estado anterior; esta tendencia se expresa claramente en dichas pulsiones, a diferencia de las pulsiones de vida que se caracterizan por

un movimiento inverso, como el establecimiento y mantenimiento de formas más diferenciadas y más organizadas; la constancia e incluso el aumento de las diferencias del nivel energético, entre el organismo y el medio.

En el principio de Nirvana que corresponde a las pulsiones de muerte, se halla claramente definido, en cambio el principio del placer (y sus modificaciones en principio de realidad), que representa las pulsiones de vida, difícilmente pueden captarse en su aceptación económica y es reformulado por Freud en términos cualitativos.

El principio subyacente a las pulsiones de vida es un principio de ligazón "El fin del Eros consiste en establecer unidades cada vez mayores y por consiguientes conservarlas"!! A esto se le llama ligazón, de acuerdo a -- las formulaciones de Freud en (Esquema del Psicoanálisis Abriss der --- Psychoanalyse, 1938) El fin de la pulsión de muerte por el contrario consiste en romper las relaciones y por consiguiente destruir las cosas.

Por otra parte, Freud, pretende reconocer en las pulsiones de vida, lo que anteriormente había designado como pulsión sexual.

En general la postulación del instinto de muerte suscitó algunas polémicas tanto dentro, como fuera del movimiento psicoanalítico; Por ello, algunos autores al referirse al instinto hablan de la fragilidad e inutilidad de este concepto.

Erich Fromm menciona que una de las dificultades que presenta este concepto de instinto radica en la identidad que establece Freud entre la -

suicidio; ante los obstáculos que enfrenta la agresividad para poder expresarse se vuelve contra el propio yo. De esta manera se origina el cuadro característico de la melancolía en donde la autoagresión enmascara los deseos de muerte dirigidos hacia los objetos persecutorios o negativos. El suicidio en consecuencia, constituye una agresión hacia el exterior que por diversos motivos se ha vuelto contra el propio yo.

Este factor de la agresividad hacia el exterior del suicida se muestra al considerar que este acto, forma la venganza hacia aquéllos que lo han orientado a tan violenta resolución, pues en su muerte el suicida pretende trastornar el ambiente que le rodea, desatando reacciones "culpígenas" y atormentadas en aquéllos que le rodean:

- Adler señala que es precisamente este factor de venganza el principal en la dinámica del suicidio.

- Garma cita una serie de observaciones fruto de estudios etnológicos en los que se evidencia la agresividad al exterior del suicida.

En Costa de Oro, por ejemplo, cuando un individuo antes de suicidarse atribuye su comportamiento a un tercero, este queda obligado a padecer la misma suerte "Muerte propia en cabeza ajena"!!

En China se consideraba admirable, el suicidio que se cometía por venganza de un enemigo que estaba fuera del alcance. Ya que se pensaba de acuerdo a su sistema de ideas que el alma, desembarazada del cuerpo, se encontraba en una posición más favorable para perseguir a su enemigo.

tendencia del organismo a volver al estado original, inanimado, como consecuencia de la compulsión a la repetición y la del instinto de destrucción; La tendencia de la materia viva dice Fromm es muy distinta al impulso activo de destruir.

También señala como otro inconveniente para este concepto el hecho de que este instinto de muerte no concuerda con el concepto general de los instintos, carece de una zona específica donde se origine, considerándose sólo como fuerza biológica propia de toda materia viva.

Otro de los autores, como (Karen Horney 1974) señala que es muy discutible la afirmación de que la tendencia destructiva sea de naturaleza instintiva; si se habla de que la hostilidad es una reacción a una influencia perturbadora del ambiente, las tesis de un instinto de muerte pierden sentido; señala que la práctica analítica se contrapone a estas hipótesis. Al descargar cada vez mayor angustia el paciente aumenta su capacidad de afecto y tolerancia hacia sí mismo, como hacia los demás.

Por otra parte menciona que esta teoría entraña serias consecuencias socio culturales; limita todos los esfuerzos por indagar dentro de las específicas condiciones culturales, los factores que conducen a la destrucción -- por todo ello, la considera como una teoría pesimista.

Para Edgardo Rolla, (1973) psicoanalista argentino, juzga prescindible la hipótesis del instinto de muerte. Señala que los llamados instintos de muerte, objetivados como fantasía de autodestrucción puede que sean elemen

suicidio; ante los obstáculos que enfrenta la agresividad para poder expresarse se vuelve contra el propio yo. De esta manera se origina el cuadro característico de la melancolía en donde la autoagresión enmascara los deseos de muerte dirigidos hacia los objetos persecutorios o negativos. El suicidio en consecuencia, constituye una agresión hacia el exterior que por diversos motivos se ha vuelto contra el propio yo.

Este factor de la agresividad hacia el exterior del suicida se muestra al considerar que este acto, forma la venganza hacia aquéllos que lo han orientado a tan violenta resolución, pues en su muerte el suicida pretende trastornar el ambiente que le rodea, desatando reacciones "culpígenas" y atormentadas en aquéllos que le rodean:

- Adler señala que es precisamente este factor de venganza el principal en la dinámica del suicidio.

- Garma cita una serie de observaciones fruto de estudios etnológicos en los que se evidencia la agresividad al exterior del suicida.

En Costa de Oro, por ejemplo, cuando un individuo antes de suicidarse atribuye su comportamiento a un tercero, este queda obliquado a padecer la misma suerte "Muerte propia en cabeza ajena"!!

En China se consideraba admirable, el suicidio que se cometía por venganza de un enemigo que estaba fuera del alcance. Ya que se pensaba de acuerdo a su sistema de ideas que el alma, desembarazada del cuerpo, se encontraba en una posición más favorable para perseguir a su enemigo.

los esenciales para la gratificación del vivir y por tanto, para la defensa de la vida del sujeto.

Como ya se mencionó existe un grupo importante de teóricos que señalan que el concepto de instinto de muerte es importante para explicar el fenómeno del suicidio.

Ahora bien, existen algunos autores que se adhieren a las tesis básicas expuestas por Freud en Duelo y Melancolía.

Angel Garma,<sup>1</sup> psicoanalista argentino, publicó en 1937 un análisis sobre la psicodinámica del suicidio, retomando los principios básicos freudianos.

Este autor analiza los factores que pueden llevar a provocar el suicidio;

Un de ellos, es la pérdida de un objeto libidinal apreciado; alude el siguiente mecanismo: "ante los fuertes deseos frustrados de recuperar el objeto, el yo del sujeto se identifica con el objeto libidinal perdido, lo que le orilla hacia el suicidio" \*9 En ese caso, se desea correr la misma suerte que el objeto amado y por ende, la muerte en la fantasía inconsciente del sujeto, significaría la forma de reunirse con el ser amado.

Por lo tanto, el suicidio es el resultado de la identificación con el objeto perdido y también es el medio de recuperarlo.

La agresividad reprimida es otro de los factores que pueden provocar el -

Por otro lado, Garma señala retomando a Freud, que los instintos eróticos neutralizan los deseos agresivos, es decir, que la tendencia del suicidio disminuye cuando existen afectos que llevan al individuo a entregarse a obras sociales o familiares.

Cuando Garma se refiere al significado del suicidio etimológicamente nos indica que en la mayoría de los casos la muerte se representa al sujeto como un despliegue de posibilidades de vida de las que carecía anteriormente; pero que también por otra parte existe independencia entre el deseo de muerte y el deseo de suicidio, y con ello se demuestra el hecho de que en épocas pasadas y en diversas sociedades el intento suicida se castigará con la muerte. Si la idea de muerte fuera el único móvil del suicidio, la pena de muerte habría significado un alivio más que una pena.

Para Garma existen diferentes significados que puede tener la muerte en la experiencia consciente e inconsciente:

- A).- Huida de la situación intolerable;
- B).- Forma de obligar a los demás a dar más amor.
- C).- Ser muerto puede significar la mayor perfección narcista que otorga al individuo una importancia permanente.

Elizabeth Garma, es una de los autores que apoyada en las ideas básicas que sigue Garma A. en Duelo y Melancolía, contempla el instinto de muerte como una parte importante para fundamentar el suicidio. Y postulan que -

las reacciones maníacas intervienen en forma decisiva para promoverlo .

La reacción está conformada por la alegría masoquista del yo por la realización de actos en los que somete al triunfo destructivo del superyo. Bajo la apariencia de entregarse a actos placenteros, el yo se sujeta -- a su superyo aniquilador que lo obliga a renunciar a sus relaciones obje tivas libidinosas.

La finalidad implícita de todo acto maníaco es la autodestrucción de -- acuerdo a la teoría de ambos autores, niegan que en la manía el superyo se desintegra parcialmente para confundirse con el yo. Es decir que -- existe un deterioro parcial del yo y un incremento del superyo.

Para Freud el contenido de la manía es idéntico al de la melancolía, la diferencia estriba en la orientación del yo ante el superyo; En la melan colía el yo se somete a su superyo y sufre, deseando liberarse de él.

En la manía por el contrario, el yo se rinde a su superyo; bajo la ilu sión de satisfacer sus instintos vitales, obedece los impulsos tanáticos de su superyo que lo llevan a la autodestrucción.

El psicoanalista Mauricio Abadi, perteneciente a la Asociación Psicoana-  
lística Argentina y miembro titular de la Asociación Psicoanalítica Interna-  
cional, elaboró un ensayo sobre el suicidio cuyo principio fundamental --  
en la comprensión de la psicodinámica e inconsciente del suicidio.

Abadi (1937) afirma la existencia de una íntima relación casual entre el suicidio y las vivencias persecutorias y ansiedades paranoides. Señala que es lo paranoide el núcleo subyacente en toda melancolía; el factor depresivo conforma sólo la manifestación sintomática;

Cuando se refiere a la diferenciación entre el suicidio consciente e inconsciente señala que el hecho de que la intencionalidad de un acto es independiente de su toma de consciencia por parte del sujeto. Si bien, admite que el carácter inconsciente de una tendencia suicida revela una mayor condición patógena, considera que la distinción entre suicidios conscientes e inconscientes tiene mayor valor para la descripción fenomenológica que para la comprensión de la motivación del acto. Rechaza la oposición que se establece entre suicidios logrados y frustrados por un lado, y suicidios reales y fantaseados por el otro, argumentado que en la fantasía del paciente tienen las mismas connotaciones y psicodinamismos

Menciona algunos puntos fundamentales para centrar el suicidio;

Abadi (1952) menciona algunos puntos fundamentales para conceptualizar el suicidio.

1) El predominio de las vivencias persecutorias y ansiedades paranoides. Los sujetos con tendencias suicidas son característicamente individuos que padecen un implacable delirio de persecución, las más de las veces inconsciente; Si bien, el elemento depresivo puede aparentar ser el determinante, esto no constituye más que la mani

festación aparente; o superficial, pues detrás de ella se ocultan vivencias persecutorias y ansiedades paranoides, todo suicida en el fondo se siente perseguido por ello el suicidio forma un acto defensivo a través del que se pretende escapar mágicamente de lo que para el individuo es amenazante.

2).- Se considerará que el individuo con tendencias suicidas llega a auto-destruirse aquejando por la desesperanza y el desinterés hacia el mundo que le rodea, se piensa que su resolución constituye la meta de una fase depresiva. Si esto aparece así, es únicamente debido a que la represión de las fantasías persecutorias que se esconden detrás de una fachada de tipo melancólico; puede decirse que el hostigamiento que el superyo ejerce sobre el yo deja a este enflaquecido y desgastado y es precisamente este debilitamiento el que se asoma a la superficie hace pensar que el motor del acto suicida es la depresión. Por ello, el suicidio es el resultado de mecanismos del yo.

3).- En todo suicidio aun cuando sé de en pacientes puramente neuróticos, existe un núcleo psicológico subyacente en cuanto significa una fuga mágica frente a las angustias paranoides; La actuación psicótica se manifiesta al considerar que:

a)1)- Se trata de ansiedades psicóticas.

b)1)- El yo apela a los más regresivos mecanismos de defensa basados en la omnipotencia infantil, en las negación maníaca de la verdadera muerte.

y en la disociación entre una parte del yo y la otra la que actúa como agente de suicidio.

4)- En cada suicidio existen elementos de tipo masoquista, señala Abadi, el suicidio es un acto masoquista pero precisamente por eso no es la causa del suicidio, lo que sí es posible es hacer referencia al conjunto de situaciones psicológicas cuyo carácter común es el hecho de convertirse el propio sujeto en el objeto de sus propias agresiones, en este sentido el masoquismo es producto de mecanismos defensivos del yo.

No obstante, en un trabajo posterior de 1973, Abadi corrige su afirmación del concepto del masoquismo en el suicidio por considerarla una visión parcial que aísla el acto suicida del contexto sociocultural que induce, al suicida. Señala que el suicidio se calificaría de "autocastigo" pero debería designarse con mayor precisión como "sometimiento".

5)- Todo suicida es un individuo que busca, no su propia aniquilación, sino que por el contrario, su supervivencia suena paradójico ya que para ello se entrega a una muerte mágica, que no lo mata y evita así la muerte verdadera de la que realmente huye, y que es la muerte por manos de su perseguidor, pues ésta sí sería una total y completa muerte.

6)- Abadi habla de un nivel de regresión en el suicidio, la regresión e del acto suicida se manifiesta en una doble salida; Por un lado, por

que supone una regresión a la etapa de los primeros meses de vida - cuyas manifestaciones son: la ansiedad paranoide, el pensamiento mágico, los primitivos mecanismos de defensa e inmadurez del yo; y por el otro, porque en la fantasía inconsciente del sujeto el suicidio representa el medio de lograr una regresión más profunda; "el retorno al vientre materno".

Este autor hace ciertas reflexiones acerca de las fantasías de muerte del suicida a continuación se citan algunas de ellas:

Abadi habla de las fantasías del suicida acerca de la muerte, y menciona que el miedo a la muerte es la angustia general o mejor dicho fundamental del hombre. La muerte es un ser querido, al enfrentarnos a su irremisible desaparición, a su no ser, desencadena toda una serie de pensamientos y de emociones que nos hacen prefigurar la muerte, no sólo en la medida en que sentimos que con su desaparición también desaparecen partes nuestras, se nos mueren, aquellas partes proyectadas en él sino también porque los sentimientos dolorosos que genera en nosotros y en los demás nos permiten construir un cuadro de lo que ocurrirá después de nuestra muerte este es un aspecto importante a considerar respecto a las fantasías del suicida: como ya se mencionó antes que con su muerte pretende agresivamente, perturbar el mundo que lo rodea.

Por otro lado, también tenemos conocimiento de la muerte en el trayecto de la propia vida, de alguna forma vamos padeciendo; es decir, que tenemos pérdidas, algunas veces irreversibles un ejemplo de ello es aquel que,

por amputación pierde algún miembro, menos drástico es por ejemplo: la pérdida de la juventud, de la salud, de una situación confortable, son elementos que de alguna manera nos permiten anticipar lo que es la muerte en forma tal vez un tanto parcial.

Abadi postula la existencia de una fantasía inconsciente de la aniquilación de la vida generada de la experiencia del nacimiento en sus tres fases: pre-intra y postnatal \* 10 .

Este autor mantiene la hipótesis dualista de los instintos de acuerdo a la cual la inclinación hacia la muerte, y la existencia de los impulsos fanáticos presentes en todo ser humano se manifiestan en la tendencia de reproducir una pauta regresiva, originada en la vida del sujeto a partir de la relación simbiótica que se establece entre madre e hijo dada en la gestación. En la fantasía inconsciente, esa relación simbiótica se transfiere a la relación entre el cuerpo y la mente. Así, el deseo de muerte desprendimiento de alma y cuerpo, simbolizaría el deseo de nacer. Por -- todo ello, Abadi admite la existencia de una inclinación tanática pero -- no, como postulaba Freud como una regresión de la materia viva a su antiguo estado inorgánico, sino como deseo de renacimiento, de liberación -- como deseo de otra vida: Resumiendo estas ideas Abadi, (1952) señala que la muerte para el suicida presenta tres aspectos:

\*10!- Abadi, M., "En torno a la muerte, en Varios, la fascinación de la muerte, op. cit. p. 129, 1952.

A).- La muerte como fantasía de liberación de la cárcel del cuerpo, de la cárcel de la vida terrenal hacia un afuera, correspondiente al afuera extraterreno. El tránsito de la muerte, entonces sería la reproducción del tránsito del nacimiento. Estaría asociado a la idea de una desesperada huida de un callejón sin salida; a la huida de una realidad perseguidora y frustrante.

B).- Fantasía de la muerte como un acto que pone fin a la angustia de persecución de un inacabable estar muriéndose sin lograrlo. Esta fantasía corresponde a la fantasía de nacimiento relacionada con la etapa intranata.

El morir constituiría el producto de la impotencia para lograr la muerte total.

C).- Muerte como fantasía de encierro o reencierro en la madre tierra o como fantasía de regresión al seno materno.

Si continuamos con el pensamiento de Abadi (1952) nos señala dos conceptos de muerte:

1).- La muerte real, muerte ignorada, no susceptible de conocimiento, -- fuente principal de la angustia de muerte.

2)11- La muerte imaginada conscientemente hipotetizada o inconscientemente fantaseada con la que el ser humano rellena el vacío de su desconocimiento. Esta muerte imaginada presenta dos vertientes: por un lado, el aspecto persecutorio que amenaza, muerte temida y atemorizante y,

por otro lado, el aspecto de desarrollo de defensas frente a su persecución. El suicidio es una forma típica de defensa contra la muerte.

Otros autores que no sólo han estudiado el suicidio desde el punto de vista psicoanalítico sino que también toman en consideración factores de tipo económico y socioculturales, son:

Nasim Yampey, (1970) psicoanalista psiquiatra es representante de la Argentina en la Asociación Internacional de la Prevención del Suicidio, ha estudiado la correlación que existe entre las transformaciones económicas y culturales y la "autoquiritia" que significa darse muerte así mismo<sup>11</sup>

Desde 1875 en Argentina hubo un flujo de emigrantes europeos, y latinoamericanos; estos fueron los elementos que produjeron ciertos cambios en la sociedad argentina por lo que ésta sufre una transformación de una sociedad hispanocolonial a una estructura urbanoindustrial; estos acelerados cambios modificaron de alguna manera los patrones culturales que generaron una situación de crisis.

La situación de crisis producto de las aceleradas transformaciones, se manifestó así mismo en el índice de suicidios.

Este tuvo una alta incidencia a finales del siglo, por lo que Yampey, atribuye la elevada tasa de suicidios de la Argentina a:

Resumiendo los planteamientos que señala Yampey:

a).- Los factores sociales y culturales tienen una clara incidencia so-

bre el índice de suicidios.

b).- Los cambios demasiado bruscos de la sociedad en este caso la inmigración masiva y vertiginosa industrialización de la sociedad trae como consecuencia una crisis de valores, que se convierte en un terreno propicio para el suicidio.

c).- Los grupos, más vulnerables al suicidio son aquéllos, cuya adaptación a los constantes cambios se enfrenta con mayores obstáculos debido a sus condiciones de existencia, constituidos por los emigrantes y los viejos.

a).- Pérdida de identidad grupal y personal.

b).- Fracaso en el manejo socializado de la agresión.

En las páginas siguientes mencionaré las posiciones teóricas del suicidio desde el punto de vista psicoanalítico de autores como: Abadi, Garma -- Melanie Kleine y otros).

Posiciones teóricas del suicidio desde el punto de vista psicoanalítico.

Un tanto esquemáticamente pueden clasificarse los puntos de vista psicoanalíticos acerca del suicidio en dos grupos:

1) El punto de vista que concibe el suicidio como resultado de procesos intrapsíquicos, es decir que considera que puede analizarse este fenómeno a partir del análisis de la biografía y no de la biología - de la persona, de sus virtudes históricas y de la intencionalidad que la anima, en suma que conceptualiza el suicidio como el producto fi-

nal de mecanismo defensivos del yo, este enfoque esta representado por algunos autores como Abadi, Yampey y / Garma (1952).

2.- El enfoque que concibe el suicidio como resultante del instinto de muerte, esto es, como una pulsión que arranca desde lo somático. Sus principales exponentes son: Menninger, Melanie Klein, Grinberg y Garma quien con la colaboración de Elizabeth Garma, reformula su primera teorización del suicidio incorporado el concepto de instinto de muerte.

Con respecto a los teóricos pertenecientes es al primer grupo puede decirse que, sin llegar a presentar una posición unánime, parten de un mismo proceso para explicar el suicidio.

1.- El suicidio constituye un acto de naturaleza psicótica.

Supone una regresión caracterizada por la utilización de primitivos mecanismos de defensa, pensamiento mágico e inmadurez del yo.

2.- El suicidio puede presentarse como consecuencia de una identificación con un objeto libidinal perdido.

Expresa el deseo de recuperarlo y de correr su misma suerte.

3.- El suicidio constituye la manifestación de tendencia agresivas secundariamente vueltas contra el propio yo.

De este proceso se originan los siguientes elementos:

a).- Existencia de agresión del medio-ambiente que, por diferentes motivacio

nes, el sujeto no puede evadir. Sus tendencias agresivas entonces, al no encontrar el yo, llegando al extremo de la autoeliminación.

b).- Autodestrucción que expresa la agresión contra un objeto ambivalente amado y odiado, objeto que se ha introyectado.

Este cuadro es característico de la afección melancólica; en esta segunda parte del yo se identifica con el objeto perdido mientras que la otra-conciencia moral se erige un juez ejerciendo una crítica feroz y despiadada.

En realidad el conflicto que a nivel psíquico se presenta entre el yo y la conciencia moral (superyo), reproduce la lucha que el yo mantenía con el objeto. Como puede observarse la agresión constituye la expresión de tendencias destructivas dirigidas hacia el objeto que se han revertido contra el yo del sujeto.

En relación a este punto de la agresión, pueden notarse diferencias entre algunos autores.

Angel Garma en su artículo "Los suicidios de 1952, enfatiza la agresión - contra el objeto como el factor desencadenante del suicidio".

Abadi, por otro lado, sin menospreciar el factor agresivo secundariamente vuelto contra el yo, considera que los elementos primordiales que empujan al individuo a la muerte son las vivencias persecutorias y las ansiedades paranoides. Para Abadi, por tanto, el suicidio constituye una huida de un perseguidor.

elaborando un mecanismo de defensa mediante el cual pretende, mágicamente escapar del perseguidor interponiendo entre ambos una barrera.

4.- Existe cierta independencia entre el deseo de morir y el deseo de suicidarse. Por lo general, los suicidios muestran gran temor a morir en forma accidental.

5.- Subyace en el suicidio una fantasía de autocastigo como forma exploratoria mediante la cual pretende el yo obtener el perdón del superyo y recuperar su amor.

Abadi considera que el autocastigo corresponde a un sentimiento de culpa inducido.

6.- El suicida elabora un conjunto de fantasías conscientes e inconscientes acerca de su muerte.

La muerte como negación de la existencia, no es la única finalidad del suicida.

Según Abadi las fantasías inconscientes de la muerte, reproducen las fantasías inconscientes, de acuerdo con el proceso pre, intra y postnatal.

7.- Existe una clara incidencia de los factores sociales y culturales sobre el suicidio. Los cambios demasiado bruscos de la sociedad crean un terreno fértil para el suicidio. Los grupos más propensos son aquéllos cuyas condiciones de existencia les dificultan adaptarse a los constantes cambios.

A continuación se resumen las postulaciones que formularon; (Garma El, Garma Al, Menninger) para explicar la relación que existe entre el instinto de muerte y el suicidio.

Con relación a los teóricos que centran su análisis del suicidio alrededor del concepto de instinto de muerte, pueden clasificarse:

- 1.- Toda conducta hostil a la salud y a la vida constituye la expresión del instinto de muerte dirigido contra el yo. El suicidio constituye su manifestación más extrema. (Menninger K. )
- 2.- En el suicidio intervienen reacciones maníacas. La finalidad implícita de todo acto maníaco es la autodestrucción. En esta afección el yo, bajo la apariencia de satisfacer instintos libidinales, se entrega a la 2a. destrucción tanática de su superyo. (Garma: E. Garma A. (1952) .
- 3.- El suicidio constituye un acto regresivo de naturaleza "psicótica". Su núcleo central es la culpa persecutoria que depende del instinto de muerte desfusionado. La intención última del suicida es proyectar esta culpa en los objetos. (Abadi, 1952).
- 4.- El suicidio está asociado con una falla de una importante función yoica, la de orientarse en el mundo externo y controlar los impulsos peligrosos.
- 5.- Los síntomas más comunes del suicidio son la depresión, la psicosis y la angustia. En estas afecciones el instinto tanático paraliza al

Eros impidiendo la movilización de la libido y la descarga de parte - del instinto de muerte hacia fuera. (Freud S.)

Puede concluirse que los dos puntos de vista antes mencionados, si bien, parten de una distinta explicación genética del suicidio, coinciden con respecto a la explicación estructural, es decir, considerar ambas que la conducta autodestructiva del superyo lleva al yo a darse así mismo - la muerte.

### **Antecedentes de la Psiquiatría y su relación con el suicidio.**

En las páginas siguientes mencionaré algunos de los antecedentes de la psiquiatría y su conceptualización con el suicidio. Pues esta corriente es fundamental para referirnos a la población con trastornos mentales:

"El enfermo mental" es considerado en ocasiones como un objeto como un conjunto de rasgos y síntomas clínicos. La epistemología psiquiátrica concibe a la enfermedad mental como lo opuesto a la normalidad esto es, como la negación de las características que lo integran.

El universo epistemológico de la psiquiatría suprime sistemáticamente - la noción de sujeto, considerándolo un límite para la investigación.

De acuerdo a la psiquiatría, cualquier episodio psiquiátrico (despersonalización, confusión), el alcoholismo, el uso crónico de psicofármacos, una historia familiar de suicidios (Grollman, 1917) una historia de cualquier trastorno psiquiátrico anterior sugieren la posibilidad de una recurrencia con aumento del peligro, de cometer suicidio. \* 11.

\*11.- Grollman F. "Suicidie" Beacon Press, USA, 1917.

## EL SUICIDIO EN PSIQUIATRÍA.

La psiquiatría se constituyó como "Ciencia" a mediados del siglo XX a raíz de el surgimiento y la afirmación del positivismo, en el campo de las ciencias sociales y la extensión de la práctica Clínica Médica en el campo de la enfermedad mental. A través de estos dos aspectos la psiquiatría permite descubrir la génesis de sus conceptos y de sus teorías explicativas de la enfermedad mental.

Foucault, (1967) \* 12. analizó las concepciones y el tratamiento de la locura en el período clásico y logró demostrar que el "loco no representaba un estatus autónomo se le asimilaba a otras figuras sociales como por ejemplo delincuentes, enfermos a nivel neurológico, mendigos, etc. que estaban marginados de la estructura económica y de los valores dominantes vigentes, ya que la "locura" en la etapa preindustrial no disponía de un ámbito de análisis específicos.

Por otra parte, a mediados del siglo pasado y como consecuencia de las conceptualizaciones positivas, se circunscribe un campo de análisis para el sufrimiento psíquico.

La psiquiatría positivista concibe la enfermedad mental como una alteración de los parámetros que definen la norma biológica y la norma social.

Así, la enfermedad mental es considerada simultáneamente como una alteración biológica cuya causa radica, en procesos hereditarios y pertur-

\*12.- Foucault, Michel, Historia de la locura en el período clásico F.C.E. México, 1967.

baciones cerebrales orgánicas, por un lado, y por otro, la conducta socialmente intolerable que transgrede las normas sociales.

Dentro del enfoque positivista encontramos a Caludio Martini quien señala al enfermo mental como:

- a)II- Objeto biológicamente perturbado.
- b)II- Objeto de estudio a nivel psiconeurológico.
- c)II- Sujeto despersonalizado en cuanto transgresor social.
- d)II- Individuo que pierde su contractualidad social y que necesita ser - custodiado por instituciones totalizadoras.
- e)II- Individuo que debe someterse a las reglas institucionales.
- f).- Sujeto incomprensible, peligroso e incurable.

Es útil mencionar, que la génesis biológica de la enfermedad mental nunca se pudo demostrar mediante investigaciones concluyentes y que las interpretaciones psiquiátricas acerca del enfermo como trasgresor social - no constituye otra cosa, que un juicio axiológico formulado con base en valores hegemónicos presentes en una determinada organización social.

También dentro del positivismo psiquiátrico, algunos teóricos elaboraron una taxonomía de la enfermedad mental esperando llegar, mediante la sistematización de las categorías nosográficas, a la definición del campo - conceptual de la enfermedad.

Kraepelin y Bleuler elaboraron un universo clasificatorio extremadamente minucioso.

Kraepelin \*13. dividió la demencia precoz, atribución que después se transformó en esquizofrenia en cuatro categorías: Demencia simple, Demencia - hebefrénica, Demencia catatónica y demencia paranoide!

También elaboró el concepto de parafrenia que posteriormente se modificó en paranoia; La clasificación se lograba mediante el aislamiento de grupos de síntomas, funciones psicofísicas y rasgos conductuales integrados entre sí y presentes de forma significativa en el paciente.

Un ejemplo de esto es, el esquizofrénico paranoide presentaría, según los teóricos positivistas, los siguientes elementos sintomáticos: ideas de persecución alucinaciones, fantasías de conspiración, excitación incontrolable, negativismo, ideas de referencia, etc.

El procedimiento seguido por esta corriente, consiste en plantear una correspondencia biunívoca entre el conjunto de síntomas y el concepto nosográfico propuesto, es decir, si un paciente presenta síntomas propios de algún cuadro clasificatorio, se le puede legítimamente atribuir el status de esquizofrénico, maníaco depresivo, personalidad psicopática, etc.

Estos planteamientos constituyen la base conceptual del suicidio en psiquiatría; Los autores que confirman esta postura intentan determinar la frecuencia de suicidio de acuerdo a cada una de las patologías, presuponiendo

\*13.- Kraepelin, Emil, Demtia Precox and Paraphrenia, Robert E. Kriegeer, Huntington, New York, Citado por Martini, C., el fin del manicomio op, cit, o, 25

do de antemano que la clasificación de la enfermedad mental en diferentes formas de psicosis presenta una validez incuestionable. Es decir, no impugnan la taxonomía de la enfermedad mental, dedicándose a investigaciones epidemiológicas que presuponen el concepto clásico de enfermedad mental.

Cabe mencionar que la teoría positivista en psiquiatría no configura únicamente un dispositivo conceptual, sino que constituye el sustento de la práctica represiva instrumentada en los hospitales psiquiátricos y en los centros comunitarios de salud mental. El tratamiento de la enfermedad no es desligable de su conceptualización puesto que ésta precisamente es la que legitima la intervención institucional.

Durante los últimos años, la psiquiatría ha conocido un desarrollo teórico muy amplio, ha incorporado algunos conceptos psicoanalíticos del campo psicodinámico-mecanismos de defensa, formación dinámica de las neurosis y psicosis, teoría de las pulsiones, etc. así como referentes propios de la fenomenología (elemento psíquico, instantaneidad, intencionalidad).

No obstante, su marco teórico práctico ha permanecido dentro del biológico positivista; una prueba de ello, es el desarrollo de la terapia psicofarmacológica, de las técnicas de shock eléctrico y de las investigaciones de psicocirugía, dirigidas al tratamiento biológico médico de las disfunciones provocadas por la enfermedad. La fragilidad del aparato teórico de la psiquiatría tradicional ha quedado al descubierto en los últimos veinte años gracias a la elaboración de enfoques críticos acerca del sufrimiento psíquico y del tratamiento psiquiátrico.

La corriente inglesa de nominada antipsiquiátrica, ha señalado (Cooper, D. 1974=); las limitaciones epistemológicas de la clasificación psiquiátrica y ha concedido a la "locura" un nuevo significado, conceptualizándola como la emergencia de una protesta frente a una situación intolerable. Para citar el concepto de suicidio como "locura" algunos autores señalan lo siguiente:

Según Esquirol "El suicidio ofrece todos los caracteres de la enajenación de las facultades mentales "El hombre solo atenta contra su vida - cuando está afectado de delirio, y los suicidas son alienados"! Es -- decir los suicidas se encuentran afectados en el momento de atentar contra su propia vida".

En 1845, el Doctor Bourdin, en un folleto que desde su aparición produjo algunas polémicas en el mundo médico había sostenido menos mesuradamente la misma opinión.

Esta teoría ha sido defendida de dos maneras distintas o bien se dice que el suicidio por sí mismo constituye una entidad morbosa sui generis, una locura o bien; hacer de él una especie distinta, se le considera simplemente como un episodio de una o de varias clases de locura, sin que puedan encontrársele en los sujetos sanos de espíritu, la primera tesis es de Bourdin, 1845)!'

Esquirol 1838, por el contrario, es el representante más autorizado de la otra concepción, y señala que: "el suicidio no es para nosotros, más que un fenómeno no puede caracterizar una enfermedad. Es por haber hecho del suicidio una enfermedad sui generis, por lo que se han establecido proposiciones generales desmentidas por la experiencia".

En la terminología tradicional de la patología mental se llaman monomanías a estos delirios restringidos. El monomaniaco es un enfermo cuya conciencia está perfecta salvo en un punto: presenta más que una tara claramente localizada, por ejemplo tiene por momentos unos deseos irracionales y absurdos de beber, de robar, de injuriar pero todos sus demás actos, como todos sus restantes pensamientos, son de una rigurosa corrección; si existe, pues, una locura suicida, no puede ser más que una monomanía, y en esta forma, ha sido frecuentemente clasificada. (Brierre de Boismont, 1964).

La monomanía es, sencillamente, en el orden de las tendencias una pasión exagerada; y en el orden de las representaciones una idea falsa, pero de tal intensidad, que obsesiona al espíritu y le quita toda libertad; la ambición por ejemplo, se transforma de normal a enferma, y llegar a hacerse monomanía de grandezas cuando toma proporciones tales que todas las demás funciones cerebrales quedan como paralizadas.

Para saber si el suicidio es un acto especial de los alienados, es preciso saber y determinar las formas que afecta en la enajenación mental y

ver a continuación si éstas son las únicas que toma; Para ello, el único medio de proceder metódicamente consiste en clasificar, según las propiedades esenciales, los suicidios cometidos por los "locos", constituyendo así el tipo principal de los suicidios vesánicos e investigar después - si todos los casos de muerte voluntaria caben en estos cuadros nosológicos.

Los alienistas se han preocupado poco de clasificar los suicidios de los alienados, se puede sin embargo, considerar que los cuatro tipos siguientes encierran las especies más importantes, las reglas esenciales de esta clasificación están tomadas de Jousset y Moreau de Tours (Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique "Suicide")!

I - Suicidio Maniático - II - Suicidio Melancólico III- Suicidio Obsesivo  
IV- Suicidio impulsivo o automático.

I. Suicidio Maniático.- produce como consecuencia de alucinaciones o de concepciones delirantes. El enfermo se mata para escapar a un peligro o a una vergüenza imaginarios o para obedecer una orden misteriosa que ha recibido de lo alto, etc; los motivos de este suicidio y su modo de evolucionar reflejan los caracteres generales de la enfermedad de que deriva: la manía. Lo que distingue esta afección es su extrema movilidad. Las -- ideas, los sentimientos más diversos y contradictorios se suceden, con - una extraordinaria ligereza, en el espíritu de los monomaníacos;

Se trata de un perpetuo torbellino, apenas nace un estado de conciencia, otro lo reemplaza lo mismo ocurre con los móviles que determinan el suicidio maniático: nacen, desaparecen o se transforman con una asombrosa rapidez. De repente, la alucinación o el delirio que deciden al sujeto a suicidarse, aparece y como de esta aparición la tentativa del suicidio, luego de un instante cambia la escena y si el ensayo aborta no comienza de nuevo, al menos de momento, si se produce mas tarde será por un motivo distinto.

II.- Suicidio Melancólico.- Se relaciona con un estado general de extrema depresión, de exágerada tristeza, que hace que el enfermo no aprecie seriamente los vínculos que tiene con las personas y cosas que le rodean; los placeres carecen para él de atractivo, lo ve todo negativamente, la vida le parece fastidiosa y dolorida. Como estas disposiciones son constantes, ocurre lo mismo con la idea del suicidio; están dotadas de una gran fijeza y los motivos generales que los determinan son siempre los mismos. A menudo en esta disposición general vienen a incrustarse alucinaciones e ideas delirantes que conducen directamente al suicidio. Sólo que no tienen la movilidad de las que hemos mencionado antes en el maniaco; por el contrario, son fijas, como en el estado general de que derivan; los temores que torturan al sujeto, los reproches que dirige y los pesares que siente son siempre los mismos. Si esta forma de suicidio está determinada por razones imaginarias, como la precedente, se diferencia de ella por su carácter crónico, y es muy tenaz. Los enfermos de esta categoría prepa

ran con calma sus medios de ejecución, y despliegan en la persecución - del fin propuesto una perseverancia y una astucia a veces increíbles. Nada se asemeja menos a este espíritu de continuidad que la perpetua - inestabilidad del maniático. En el uno no hay más que explosiones pasajeras, sin causas durables, mientras que en el otro existe un estado constante, ligado al carácter general del sujeto.

III<sup>o</sup>- Suicidio Obsesivo.- En este caso, el suicidio no se causa por motivo alguno real ni imaginario, sino sólo por la idea fija de la muerte que, sin razón sólida alguna, se ha apoderado subversivamente del espíritu del enfermo. Este está obsesionado por el deseo de matarse, aunque sepa perfectamente que no tiene ningún motivo racional para hacerlo. Se trata de una necesidad instintiva, sobre la que la reflexión y el razonamiento carecen de imperio, análoga a esas necesidades de robar, de matar, de incendiar, de las que se han querido hacer otras monomanías.

Como el sujeto se da cuenta del carácter absurdo de su deseo, trata por lo pronto, de luchar con él. Pero todo el tiempo que dura esta resistencia está triste, oprimido, y siente en la cavidad gástrica una ansiedad que aumentará por días; por esta razón, se ha dado algunas veces a esta clase de suicidio el nombre de suicidio ansioso. Si el intento aborta, basta a veces, aun incompleto, para suprimir, por algún tiempo, este deseo malsano. Un ejemplo de este sería aquel enfermo que trató Brierre de Boismont "Empleado en una casa de comercio, cumplía convenientemente los deberes de mi profesión, ahora obro como autómatas y cuando se me dirige la palabra

me parece que resuena en el vacío; mi mayor tormento proviene del pensamiento del suicidio, del que me es imposible librarme un instante. Hace un año que soy víctima de esta impulsión;" Al principio era poco pronunciado; después de dos meses me persigue en todas partes, y sin embargo no tengo ningún motivo para darme la muerte. "Pero desde que el enfermo ha tomado partido de renunciar a la lucha, desde que resolvió matarse, - esta ansiedad cesó y volvió la calma."

**IV.- El Suicidio Impulsivo o automático.**- No es más motivado que el precedente; carece de razón, de ser en la realidad y en la imaginación del enfermo. Sólo que en lugar de producirse por una idea fija, que atormenta el espíritu durante un tiempo más o menos largo y que domina progresivamente a la voluntad resulta de una impulsión brusca e inmediatamente irresistible. En un abrir y cerrar de ojos surge la idea en su plenitud y suscita el acto o, al menos, un comienzo de ejecución. Esta ligereza - recuerda lo que hemos observado antes en la manía; sólo que el suicidio maniático tiene siempre alguna razón aunque irracional; se refiere a las concepciones delirantes del sujeto; aquí, por el contrario, la inclinación al suicidio estalla y produce sus efectos con un verdadero automatismo, sin que le preceda antecedente alguno intelectual. La vista de un cuchillo, el pasar sobre el borde de un precipicio, por ejemplo, hacen nacer instantáneamente la idea del suicidio, y el acto le sigue con tal rapidez que frecuentemente los enfermos no tienen conciencia de lo que pasa. Un hombre charla tranquilamente con sus amigos; de repente --

echa a correr, franquea un precipicio y cae en el agua. Retirado de allí inmediatamente se le preguntan los motivos de su conducta; no sabe nada, ha cedido a una fuerza que le ha arrastrado a su pesar.

En un grado menor los enfermos sienten nacer la impulsión, y tratan de escapar a la fascinación que ejerce sobre ellos el instrumento de la muerte huyendo inmediatamente.

En un resumen, los suicidios vesánicos o están desligados de todo motivo o están determinados por motivos puramente imaginarios; así, un gran número de muertes voluntarias no entran ni en una ni en otra categoría; la mayor parte de ellos tienen motivos que no carecen de fundamento en la realidad; sin abusar de las palabras, no es posible ver un loco en cada suicida.

De los suicidios que acabamos de caracterizar, aquel que puede parecer más difícilmente diferenciable de las formas de suicidio adopta en los hombres sanos de espíritu, es el suicidio melancólico. Con frecuencia el hombre normal que se mata, se encuentra, también, en un estado de abatimiento y depresión como el del alienado; pero hay siempre entre ellos una diferencia esencial: que el estado del primero y el acto de que resulta tiene una causa objetiva, mientras que en el segundo carecen de toda relación con las circunstancias exteriores. En suma, los suicidios vesánicos se distinguen de los otros, como las ilusiones y las alucinaciones de las percepciones normales, y las impulsiones automáticas de los actos deliberados.

No hay posibilidad de relacionar estrechamente el suicidio con la locura más que restringiendo de un modo arbitrario el sentido de las palabras. No es un homicida de sí mismo, aquel que procediendo más que por sentimientos nobles y generosos, se arroja a un peligro, se expone a una muerte inevitable y sacrifica con gusto su vida para obedecer a las leyes, para guardar su Fe jurada o por la salud de su país (Esquirol 1838, París). Bourdin en 1845, extiende la excepción a todas las muertes voluntarias - inspiradas no sólo por la fe religiosa o por las creencias políticas, sino por sentimientos de ternura exaltada; pero, sabemos que la naturaleza de los móviles que determinan inmediatamente al suicidio, no pueden servir ni para definirlo, ni para distinguirlo de lo que no es suicidio.

Cabe mencionar la neurastenia es una especie de locura rudimentaria, puede predisponer al suicidio, pues los neurasténicos están por su temperamento, como predestinados a sufrir. Se sabe que el dolor en general, resulta de un desequilibrio muy fuerte del sistema nervioso: una onda nerviosa demasiado intensa es frecuentemente dolorosa. Pero esta intensidad máxima, más allá de la que comienza el dolor, varía según los individuos; es más elevado en aquellos cuyos nervios son más resistentes, y menor en los demás. En consecuencia, en estos últimos la zona de dolor comienza más pronto; Para el neurópata toda impresión es una causa de malestar; todo movimiento una fatiga; sus nervios como a flor de piel, vibran al menor contacto; la realización de las funciones fisiológicas, que son, de ordinario, las menos molestas, es para él una causa de sensaciones desagradables. y continuando con la zona de los placeres que comienza también más

pronto, pues esta penetrabilidad excesiva de un sistema nervioso debilitado, la hace accesible a excitaciones que no tendrían ninguna influencia en un organismo normal.

Por esto la vida corre riesgos de no ser suficientemente atemperada. Cuando pueden retirarse de ella y crearse un medio especial, en donde llegue atenuado el "ruido" de fuera, suelen vivir sin sufrir demasiado; Por esto, los vemos huir frecuentemente del mundo, que creen ellos que les hace daño, y buscan la soledad. Cuando se ven obligados a descender a la lucha, si no pueden defender cuidadosamente su delicadeza enfermiza contra los choques exteriores, tienen muchas probabilidades de experimentar más dolores que placeres.

Tales organismos son para la idea del suicidio un terreno predilecto.

Para finalizar este capítulo, a continuación mencionaré algunos puntos - relevantes que van de acuerdo a la teoría psicoanalítica con relación al suicidio, y que han sido contemplados por los autores mencionados anteriormente; Estos comparten los siguientes principios para referirse al fenómeno del suicidio.

- Primeramente existe el punto de vista en el que se conceptualiza al suicidio, como el producto final de mecanismos defensivos del Yo.
- Otro punto en el que los autores están de acuerdo es aquél en el que el suicidio es el resultante del instinto de muerte.
- Una constante de la corriente psicoanalítica es el manejo de la conducta

autodestructiva.

Para lograr definir estos elementos la mayor parte de los autores citados están de acuerdo en que se debe partir de analizar el "ritual" de cada suicidio, en cuanto a que ahí se encuentran la clave para decifrar las motivaciones inconcientes del sujeto que intenta suicidarse.

También cabe hacer notar que existen diferencias entre autores en cuanto a la importancia que se concede a los grados de peligrosidad de la conducta autodestructiva; Abadi por ejemplo considera que tanto el suicidio logrado, como el frustrado, así como el real o fantaseado tienen la misma psicodinámica y que estas diferenciaciones no tienen valor más que para una descripción fenomenológica.

Ahora bien algunos autores señalan como algo necesario el distinguir -- graduaciones de conducta autodestructiva, y definen como "suicida a toda Aquella persona que presenta una predisposición a sufrir procesos de -- autodestrucción parciales como ejemplo (alcoholismo farmacodependencia etc.), o completos "(la muerte)" y admiten la siguiente clasificación.

**Suicidio cometido o suicidio logrado.**- aquel en el que el acto autodes-  
tructivo tiene un desenlace mortal.

**Tentativa de suicidio suicidio frusto.**- en el que la acción autodes--  
tructiva llevada a cabo con una intención consciente no provoca la muer-  
te del sujeto, aunque en ocasiones puede ocasionarles graves perjuicios.

Cabe hacer notar que no ha sido sino recientemente que se ha prestado una atención seria a los intentos de suicidio. Durante mucho tiempo se les - consideró como simulacros carentes de interés. (Stengel, E.) En la actualidad por el contrario se sabe que las tentativas de suicidio expresan - en forma velada y no siempre consciente peticiones de ayuda que, en caso de no ser atendidas, pueden sumir al individuo en graves depresiones aumentando las probabilidades de que su comportamiento autoagresivo tenga un desenlace irreversible!!

## **CAPITULO 11.- TEORIAS DE LA PERSONALIDAD.**

## CAPITULO II

### Teorías de la Personalidad

Después de haber analizado en el capítulo anterior al suicidio desde el punto de vista psicoanalítico, y los aspectos más relevantes de la psiquiatría de este fenómeno, a continuación abordaré este concepto marcando un mayor énfasis en algunas teorías de la Personalidad, tomando como base los principios con una tendencia psicoanalítica para tener una secuencia de esta investigación.

Al referirnos a los rasgos de personalidad del paciente suicida, debemos considerar algunas de las teorías de Personalidad; ya que hasta ahora -- no existen investigaciones que pudiesen apoyar la hipótesis de localizar un tipo de personalidad en el sujeto que intenta suicidarse. De ahí que se produzca este estudio.

Debido a ello mencionaré a continuación algunas de las teorías de la personalidad que se apegan al marco teórico psicoanalítico, para continuar con una secuencia en nuestra investigación.

Primeramente citaré la definición de personalidad; asimismo, mencionaré las teorías de la personalidad de Sigmund Freud, Carl Jung y Henry Murray, que se encuentran catalogadas dentro de un modelo psicodinámico; ya que estos se interesan en los principios funcionales de las capas inconscientes de la psique, también menciono algunas de las teorías de los rasgos y factorialistas sobre la Personalidad.

## DEFINICION DE PERSONALIDAD.

Nicolas S. Dicaprio 1985, señala que la personalidad puede referirse a todo lo que se sabe de una persona; o a lo que es único en alguien o lo típico de una persona. No obstante, en el sentido popular incluye en la personalidad rasgos como el atractivo social y la atracción de los demás. Pero, científicamente hablando todos tenemos una personalidad, que es simplemente nuestra naturaleza psicológica individual, es decir, que el aspecto principal para el desarrollo de la personalidad es el establecimiento de una identidad personal, la cual se expresa y se define a través de los papeles que ocupamos.

La identidad tiene diversos componentes o también podríamos llamarles - características centrales (fundamentales) y características periféricas (secundarias). Las primeras son los rasgos característicos que definen a una persona y que son duraderos y fundamentales de la conducta que están sujetos a cambios y pueden ser las preferencias y aversiones; desde el punto de vista de Nicholas S. Dicaprio (1985).

Existen diferentes teorías de la personalidad, pero podemos entender y juzgar la utilidad de una teoría por su capacidad para describir explicar y predecir o cambiar la personalidad, también pueden entenderse a las teorías como modelos, ya que un modelo o teoría de la personalidad describe los componentes y operaciones de una personalidad individual.

Es importante que para explicar la personalidad tomemos en consideración los determinantes de la conducta como los genéticos, orgánicos ambiente

les situacionales y variables de la personalidad.

Así lo confirman algunos autores como William Sheldon (1954) y Arnold - 1970, al referirse a la base biológica de la conducta que está tan influida por la herencia, que es la principal determinante de la conducta.

Hay muchas teorías de la personalidad debido a que la naturaleza humana es compleja y puede conceptualizarse en muchas formas diferentes. Cada teoría tiende a interesarse en un aspecto científico de la naturaleza - y omite lo demás. No ha sido formulada aún la teoría global en la que se expliquen todos los fenómenos dentro del ámbito de la personalidad (Levy 1970).

Las diversas teorías de la personalidad tienen "límites de conveniencia" según (Kelly, 1955), lo que se aplican mejor a ciertos aspectos de la personalidad; Por ejemplo, las teorías de Erickson enfocan el desarrollo de la personalidad, las de Murray se centran en la motivación, Freud - le da mucha importancia al conflicto. El centro de cada teoría está bien definido y cada teórico ofrece sus ideas más valiosas en un ámbito específico del estudio de la personalidad.

Si analizamos las teorías de la personalidad están formadas por constructos postulados, los constructos son conceptos hipotéticos y los postulados son principios hipotéticos y tentativos. Podemos utilizar los constructos y postulados de una sola teoría como guía hacia la comprensión, predicción y cmabio de la conducta o podemos seguir el

enfoque ecléctico y utilizar constructos y postulados de diversas teorías.

## **EL MODELO PSICODINAMICO.**

Gran parte de las teorías de la personalidad son semejantes, en cuanto a la estructura y principios de funcionamiento de la personalidad y la conducta.

Además, encontramos que nuestros teóricos tienden a formar grupos pequeños. Varias teorías se parecen lo bastante entre sí en su orientación básica para capacitarnos a colocarlas dentro de un modelo de la humanidad más amplio. Por lo tanto, podemos hablar del modelo psicodinámico, del modelo egosocial, del modelo humanístico existencial y del modelo conductual.

Es posible encontrar discrepancia incluso dentro de cada grupo modelo, como en el caso de Freud, Jung y Murray cuyas teorías están catalogadas dentro del modelo psicodinámico. Aunque en su orientación básica hacia la naturaleza humana tienen más en común entre sí con otros modelos, como el conductual o el humanístico-existencial.

Por ejemplo, una característica común de las teorías psicodinámicas es que tienden a subrayar los motivos y los conflictos inconscientes y utilizan procedimientos de evaluación indirectos, como las pruebas proyectivas, para descubrir dicho contenido inconsciente.

Freud y Jung se identifican claramente así mismos como psicólogos de profundidad, debido a que se interesan en la naturaleza y principios funcio

nales de las capas inconscientes de la psique.

Murray también acepta el papel preponderante del inconsciente y utiliza las divisiones de la personalidad de Freud: Id, ego y superego.

El término psicodinámico denota también la naturaleza activa de la personalidad.

Para Freud Jung y las causas de la conducta son primordialmente internas: las fuerzas dinámicas (motivacionales). Estas fuerzas impulsoras son predominantemente inconscientes.

#### **TEORIA PSICOANALITICA.**

Las teorizaciones de Freud pueden verse desde un enfoque interactivo del desarrollo.

El enfoque interactivo se ocupa de la motivación el conflicto y las estructuras de la personalidad. El enfoque del desarrollo considera el curso de este a través del despliegue y los instintos sexuales y la formación de los tipos de carácter.

Esto es podemos estudiar la personalidad desde el punto de vista de su formación y desarrollo o desde la interacción de sus componentes.

Freud divide la psique conforme a niveles de conciencia:

Esta consiste en percatarse de lo que ocurre como resultado de la estimulación externa o en volver a vivir la experiencia interna.

El preconscious consiste en recuerdos latentes, los cuales pueden -- irrumpir deliberadamente en la conciencia o surgir por asociación por la estimulación actual. Freud veía el inconsciente como la porción mayor de la psique, la cual tiene sus propios principios de funcionamiento.

Definía su tipo de psicología como la ciencia del inconsciente. También puede verse el inconsciente como la falta de conciencia, pero, esto no es a lo que Freud se refería con el término.

La función del inconsciente se revela a través de los sueños, los errores al hablar, los lapsus de la memoria y en forma más convincente por los - trastornos de la personalidad y la conducta.

Otro de los conceptos que introdujo fue el mecanismo de la represión para explicar los síntomas psicológicos.

Puede describirse como una exclusión de material de la conciencia, una - exclusión que es ejecutada inconscientemente.

Cuando se reprime un motivo consciente, permanece dinámicamente activo en el inconsciente, hasta que se descubre y se abre paso. La conducta puede revelar la presencia de un motivo inconsciente, el motivo radical que di fiere el motivo manifestado, el motivo derivado. Las derivaciones motiva cionales son disfraces de los motivos radicales que existen en el incons ciente.

Freud decía que la personalidad estaba dividida en tres sistemas en lucha: id, ego y super-ego.

El id, es la parte más primitiva de la personalidad, es la fuente de los impulsos inconscientes y presiona al ego para que siga el principio del placer y los procesos primarios de pensamiento.

El ego es el sistema controlador, el administrador de la personalidad, - su función más apropiada es seguir el principio de realidad, por medio de los procesos secundarios (correctos) de pensamiento.

El superego es el ético de la personalidad. Está formado por la conciencia y el ideal del ego, se forma por medio de la introyección de los preceptos morales y culturales prohibiciones e ideales; El ego experimenta con frecuencia conflictos que incluyen placer, consideraciones de la realidad y patrones morales y culturales, el ego intenta reducir esos conflictos y producir armonía dentro de la personalidad.

En su papel del administrador el ego a menudo es inundado por la ansiedad. La ansiedad objetiva es el temor real, la ansiedad neurótica resulta de los impulsos que amenazan arrollan al ego, la ansiedad moral es provocada por el superego y se experimenta como culpa, falta de mérito y el deseo de castigo.

Al enfrentarse con la ansiedad el ego puede utilizar sus capacidades para solucionar problemas o puede necesitar mecanismos de defensa. El propósito de los mecanismos de defensa del ego es reducir la ansiedad, pro

tegiendo al ego a través de autoengaño y la distorsión de la realidad.

Freud opinaba que el desarrollo de la personalidad era el despliegue de los instintos sexuales. Diversas zonas del cuerpo son los puntos de la estimulación placentera al principio de la vida.

Para ello delineó cuatro etapas de desarrollo psicosexual: la oral, la anal, la fálica y la genital.

Cada etapa psicosexual tiene necesidades y satisfacciones específicas. Los tipos de carácter particulares consistentes en un síndrome de rasgos, se forman durante cada etapa, como un resultado de la manera en que se satisfacen o frustran las necesidades, la satisfacción o la frustración excesivas provocan fijación, que se entiende como la detención del desarrollo.

Por otra parte, Freud trata las anormalidades en dos formas: por medio de fallas en el desarrollo, como las fijaciones y por exageraciones o deficiencias en uno u otro de los sistemas de personalidad - id, ego y superego.

La normalidad puede resultar de un ego inadecuado, de manera que el id pasa a ser dominante; o la persona puede ser atormentada por su superego demasiado estricto.

Los síntomas neuróticos son formas de defensa, usadas por un ego débil.

Los tipos de carácter defectuosos (exageraciones y deficiencias de rasgos específicos) son; según Freud, formas de anomalía del desarrollo.

El ego como mediador debe armonizar las demandas competitivas de los tres sistemas de personalidad y arreglárselas adecuadamente con las demás del mundo externo. Si el ego se vuelve dominante, toma la energía del id y del superego puede hacerse parte del ego, examinando nuestros valores, creencias suposiciones sobre las conductas correctas y erróneas. El funcionamiento saludable de la personalidad resulta de liberarnos de las represiones y encontrar salidas sublimadas para los impulsos del id; Estos - deben ponerse bajo el control de los procesos secundarios de pensamiento y el principio de realidad. Uno puede ver las etapas psicosexuales como aportadoras de rasgos vitales a la personalidad, así como de diversos rasgos bipolares que deben existir en un balance apropiado, a fin de que la personalidad funcione y sea capaz de ofrecer un trabajo productivo y relaciones afectuosas, para la estructuración de esta.

No obstante, las opiniones de Freud han llevado a investigar la eficacia de la terapia psicoanalítica y comprobar la validez de los constructores y postulados derivados de su teoría de la personalidad.

Los primeros estudios cuestionaron el valor de la terapia psicoanalítica, pero los posteriores han sido más favorables.

Diversos estudios han indicado cierta validez de los tipos de carácter de Freud. Las observaciones interculturales han puesto en deuda la uni

versalidad del complejo de Edipo.

Los estudios que tratan de la represión son mezclados y muchos pueden no tratar la represión como Freud la definió, lo que si es manifiesto es - que las investigaciones de Freud han generado cantidad de investigaciones.

Ha sido criticado por sus opiniones sobre la sexualidad infantil, su énfasis excesivo en la formación temprana de la personalidad, sus fallas al no considerar los cambios de la personalidad en el estado adulto, su énfasis excesivo en el inconsciente, y la división artificial de la personalidad.

En cuanto a sus contribuciones a la psicología se encuentran: la proporción de lo irracional en la naturaleza humana, (disfraces, defensas y distorsiones); exploración del inconsciente; servicio de los síntomas a propósito inconscientes; el conflicto continuo entre nuestra naturaleza animal y nuestra naturaleza humana; el placer es más poderoso que la realidad o la moralidad; hincapié en la importancia de la infancia y la niñez en la formación de la personalidad. La aclaración de los principales mecanismos de defensa; la conducta no siempre es lo que parece; Los terrores internos asustan más que los externos; los síntomas tienen significado simbólico; los síntomas físicos pueden ser de origen psicógeno; La sobresocialización y la subsocializa resultan de un desarrollo defectuoso del superego; y por último el desarrollo de una de las primeras formas de psicoterapia, la terapia psicoanalítica.

- La psicología analítica de Jung.

Carl Gustav Jung, (1875 Zuiza) es de los precursores de la psiquiatría moderna, hizo contribuciones importantes a la teoría de la personalidad y a la psicoterapia, particularmente con respecto al papel del inconsciente, en el principio de su carrera estuvo influido por las ideas de Sigmund Freud, ya que por varios años trabajó a su lado; Su interés en las capas más profundas del inconsciente- el inconsciente colectivo junto con su rechazo a la posición extrema que se asignó Freud a la sexualidad en los humanos, finalmente los separó de aquél, y por ello Jung formuló su propia escuela de psicología.

La psicología analítica.

Uno de los temas repetidos constantemente en los escritos de Jung es la pérdida de contacto de la gente actual con los fundamentos inconscientes de su personalidad. Aunque Jung respetaba profundamente los logros de la ciencia y la capacidad del razonamiento humano la han hecho posible, creía que los seres persisten como un enigma. Jung creía que la gente actual necesita explicaciones, creencias y misterios para darle sentido a su vida. (Jung 1961).

Carl Jung, señala que todos los seres humanos poseen un proyecto genético que se despliega, si se dan las condiciones apropiadas. El proceso de convertirse en una persona completamente diferenciada e integrada es el que Jung denomina individualización. La integración de todas las partes

de la personalidad hace posible que el ego se recentre como el núcleo de la psique. Entonces se vuelve el yo.

Para Jung, la psique se compone de un consciente y un inconsciente. El centro de la conciencia es el Ego, el cual sirve primordialmente a la persona. La capa inconsciente incluye un inconsciente personal, con complejos como componentes principales, y un inconsciente colectivo, como arquetipos como estructuras primarias (entiendase arquetipos como predisposiciones heredadas a tener experiencias comunes o a la tendencia innata a formar imágenes universales, de aquí que los arquetipos formen el inconsciente colectivo).

Los arquetipos son únicamente predisposiciones a tener ciertas experiencias hasta que las activan acontecimientos verdaderos, ya que los arquetipos se modifican con el aprendizaje, y si son modificados en forma -- apropiada ayudan en el proceso de percibir correctamente.

Algunos arquetipos son tan básicos que actúan como necesidades que deben satisfacerse, una expresión común de los arquetipos serían como ejemplo los símbolos y los rituales.

Este autor habla de la psicología femenina y la masculina como algo diferente y sostenía que ambos sexos, también, tienen cualidades del sexo opuesto en un estado subdesarrollado e inferior. Jung señala que todo hombre tienen dentro de su naturaleza un animal, que es el constructo de Jung para las imágenes y características femeninas. Jung (1959).

El animus se refiere a los rasgos e imágenes masculinas en las mujeres.

Un hombre individuado debe conocer sus rasgos femeninos e integrarlos dentro del yo; De manera semejante una mujer debe percibir e integrar sus rasgos masculinos de su yo.

Jung distinguía entre actitudes y funciones. Las actitudes se refieren a las orientaciones introvertidas o extrovertidas, mientras que las funciones (sensación, sentimiento, pensamiento e intuición) se refieren a la manera en que se procesa la información.

Una orientación unilateral es anormal y conduce a funciones superiores e inferiores; las funciones superiores se enfatizan exageradamente, en tanto las funciones inferiores permanecen sin desarrollarse ni integrarse a la conciencia. La persona individuada permite que se expresen y se diferencian todos los aspectos de la personalidad.

Para Jung el yo es el centro de la personalidad expandida. El yo que es el ego recentrado, surge como el núcleo de la personalidad total. Una de las tareas principales es la función trascendente, la cual es la armonización de los opuestos.

Por otro lado, piensa que las expresiones simbólicas son medios de enfrentarse con problemas humanos insolubles. Jung sostenía que suprimir las prácticas simbólicas sería peligroso, ya que ciertos arquetipos resultarían frustrados por ello.

Los símbolos son formas de expresión distintivas de los seres humanos, ya que muchas costumbres son simbólicas, los símbolos le dan significado a los acontecimientos importantes y la actividad simbólica produce experiencias numinosas.

Los tipos de anormalidad que le interesaban a Jung, fueron fracasos de diferenciación e integración de la personalidad un énfasis excesivo en la persona provoca que se descuiden la sombra (entiendase los aspectos inaceptables de la personalidad, que a menudo se ocultan en nuestro inconsciente y que son inconscientes con nuestros papeles o máscaras sociales. Nuestras cualidades del sexo opuesto pueden ser parte de la sombra), el ánima o ánimus y los arquetipos, estos pueden alterar el Ego, provocando tensión y conducta inconsciente. En este caso, el ego puede ser poseído por elementos de la sombra.

Una diferenciación mayor aumenta la amplitud de las reacciones y del individuo. Por otra parte, la integración se refiere a la armonización y unificación de los aspectos opuestos de la personalidad.

El desequilibrio es una de las causas principales de la anormalidad; por tanto, la normalidad se define como haber logrado la integración o unidad y equilibrio entre los elementos opuestos de la personalidad.

Otro aspecto que llamo la atención de Jung fue la imaginación de los sueños y la fantasía estudiados a través del método de amplificación de los

sueños y el método de imaginación activa, el propósito de ambos es lograr el acceso al material inconsciente.

En general, los criterios que señala Jung para una personalidad y vida ideal son, como ya se menciona, el proceso de individuación que es el desarrollo completo (diferenciación) y maduración de la persona. También incluye el proceso de unificación: que es la integración de diversos componentes diferenciados.

Dadas las condiciones apropiadas, hay despliegue natural, "del mismo modo que una semilla necesita luz y humedad para convertirse en una planta o en un árbol específico, así también, los humanos requieren condiciones favorables para convertirse en lo que pueden ser. Sin embargo, con los humanos hay una diferencia, el Ego debe participar, si se ha de lograr la totalidad de la maduración" (Jung 1964).

La maduración ocurre sólo en parte, podemos forzarnos a volvernos lo que por naturaleza no estábamos destinados a ser. Jung creía que los talentos ocupacionales son menos importantes que realizar nuestros potenciales psicobiológicos.

Por otra parte, para determinar los pasos de la teoría de Jung, es necesario el conocimiento de sí mismo y se comienza con una exploración de la persona, la cual por ahora puede tomarse como las "máscaras" aunque esenciales "máscaras sociales). Jung señala que las "máscaras" aunque esenciales para la vida afectiva no son la personalidad completa.

Un análisis más profundo de la personalidad requiere una exploración de la sombra consta de los aspectos indeseables de la personalidad. Estamos conscientes de algunas de nuestras fallas, pero muchas otras están fuera de nuestra consciencia.

#### Psicología Motivacional de Murray.

Henry Murray nació en Nueva York en 1893, egresó de Harvard en 1915 con un grado en historia y pasó a la escuela de médicos cirujanos de la Universidad de Colombia, donde se recibió como médico en 1919, obtuvo maestría en biología, estudió bioquímica en la Universidad de Cambridge, -- donde se doctoró en esta materia.

Durante su estancia en Europa, visitó a C. G. Jung a quien atribuye haber encendido la llama de su interés en la psicología. Se preparó como psicoanalista entre 1927-1935 y llegó a ser director de la Clínica psicológica de Harvard.

Murray es colocado en la categoría del modelo psicodinámico debido a -- que subraya en gran medida el enfoque de la necesidad en el estudio del individuo.

Las teorías de Murray son difíciles de clasificar porque toma un amplio punto de vista de los seres humanos y formula constructos y postulados compatibles con muchos conceptos incluso el pensamiento o modelo también simpatiza con los psicólogos egosociales, aunque se identifica así mismo con la tradición psicoanalítica.

## **Análisis, Conclusiones de algunas teorías de la Personalidad de Acuerdo a Dicaprio, Freud, Jung y Murray.**

A continuación se hace un breve análisis de algunas de las Teorías de la Personalidad expuestas en las páginas anteriores, ya que éstas son de interés, para darle un enfoque a este estudio que nos ocupa, en donde las características de personalidad del paciente psiquiátrico ocupan un papel relevante.

Podemos explicar a la Personalidad a través de diversos componentes, a los que también podríamos llamarles características. (Nicholas S. Dicaprio 1985).

También es importante mencionar que se puede explicar la Personalidad de acuerdo a los factores que determinan el comportamiento y que estos factores son generalmente genéticos, orgánicos ambientales-situacionales, y algunas variables de la personalidad. (Sheldon 1954, Arnold, -- 1970).

Existen numerosas teorías de la Personalidad, sin embargo algunos teóricos tienden a formar grupos pequeños dado que varias teorías se correlacionan entre sí, en su orientación básica; de allí que se formen modelos, como el psicodinámico, cuya característica común es subrayar los motivos y conflictos inconscientes y utilizar procedimientos de evaluación indirectos.

Carl Jung habla de los Arquetipos que se entienden como predisposiciones heredadas a tener experiencias, comunes. O a la tendencia innata de -- formar imágenes universales, de allí que los arquetipos formen lo que el denomina como el inconsciente colectivo.

Comparte la idea de Freud en cuanto que señala la importancia de los - sueños como el material para lograr el acceso al inconsciente.

Jung, introduce el concepto de "máscaras sociales" para referirse a -- la exploración de una persona, ya que para este autor es necesario el conocimiento de si mismo para entender su teoría, y señala que las "mas caras" aunque esenciales para la vida no son la personalidad completa.

Henry Murray es otro de los autores que se ve influido sobre todo los Jung, dando también mucho crédito a los principios que enmarca S. Freud; al referirse a la motivación inconsciente, Hace también una división - del aparato psíquico en Id, ego, y superego, sin embargo establece algu nas modificaciones a estos componentes.

Señala un nuevo concepto que denomina Personología, y que se refiere al estudio del individuo apoyándose en su relación con el medio ambiente y a las estructuras y funciones dentro de la personalidad, y la historia de la persona.

Hasta la fecha sus postulados y contribuciones son de gran utilidad, pa ra generar nuevas hipótesis y teorías, ya que ha sido el único en escl<sup>u</sup> recer algunos puntos en relación al inconsciente y conceptos básicos,

como por ejemplo, su idea del instinto de muerte, su crítica a la reducción a la tensión, así como sus métodos de investigación por citar algunas de las aportaciones que hasta la actualidad están en vigencia.

- En la psicología analítica de Carl Jung, observamos importantes hallazgos para las Teorías de la Personalidad.

Jung señala que todos los seres humanos poseen un proyecto genético, que se despliega si se dan las condiciones apropiadas, al que denominó, proceso de Individualización, que conforma todas las partes de la estructura de la personalidad.

Este autor está de acuerdo con Freud S. en que la psique se compone de consciente e inconsciente, y que en el centro de la conciencia se forma el "Ego".

Para Jung, el Yo es el centro de la personalidad expandida. El yo que es el ego recentrado y surge como el núcleo de la personalidad total y su tarea principal es la armonización de los opuestos.

Ahora bien, dentro de este modelo psicodinámico, encontramos autores como Sigmund Freud, Jung y Murray; que se identifican entre sí, ya que manejan fundamentalmente los principios que rigen la formación del inconsciente.

Así por ejemplo, analizando a estos autores encontramos que las causas

de la conducta son predominantemente internas.

Por ello S. Freud, postula que podemos estudiar a la Personalidad, desde el punto de vista de su formación y desarrollo o desde la interacción de sus componentes, dado que hace una división de la psique, de acuerdo a los niveles de conciencia.

Y observa que el inconsciente es la porción más grande de la psique, y su funcionamiento se revela a través de los sueños, los errores al hablar, los lapsus de la memoria y en forma más evidente por los Trastornos de la Personalidad y la conducta.

Freud, introduce también el término de Represión para dar explicación a algunos de los síntomas psicológicos.

A partir de estos conceptos, se desprenden numerosas investigaciones por lo que Freud ha sido criticado, por sus opiniones sobre la sexualidad infantil y su énfasis en la formación temprana de la personalidad, sin señalar los cambios de la personalidad en la edad adulta.

A continuación señaló algunas teorías del Rasgo y factoriales que describen a la Personalidad; se han retomado estas para dar una explicación sistemática de lo que podríamos denominar "La estructura de la personalidad".

## TEORIAS DEL RASGO.

(Allport, 1960).

Allport\*, Clasifica a las personas según el grado con que son caracterizables en términos de cierto número de rasgos. De acuerdo a la teoría del rasgo se puede describir a una personalidad por su posición en cierto número de escalas, cada una de las cuales representa un rasgo. Por lo tanto, podemos colocar a una persona en una escala de inteligencia como indicadora de un rasgo de personalidad; en una escala de sensibilidad emotiva como otro rasgo en una escala predominio y sumisión como un tercer rasgo.

A continuación señalamos dos subvariedades de la teoría del rasgo:

- Allport de las disposiciones personales.
- Cattell, de los rasgos superficiales y "rasgos fuerte".

Teoría de Allport de los rasgos autónomos funcionalmente.

Gordon W. Allport (1937-1961) menciona a las disposiciones personales en vez de hablar de rasgos, hace varias distinciones entre las clases de rasgos.

La primera distinción se encuentra entre los rasgos comunes y disposiciones personales; entiéndase rasgos comunes los comparables entre personas; cuando las medimos de acuerdo con las escalas del rasgos, estamos

refiriéndonos a rasgos comunes.

Allport, y colaboradores 1960, establecen una escala de valores, que se destina para apreciar los rasgos comunes, comparando una persona con otra de acuerdo a los valores preferidos éstos pueden ser (teóricos, económicos, estéticos, sociales, políticos y religiosos). No obstante, determina los rasgos verdaderos como disposiciones personales, que son únicos para la persona; y por ello, no se pueden usar de un modo exacto al comparar a una persona con otra.

Otra de las distinciones que hace este autor, para indicar que las disposiciones están organizadas en forma jerárquica, ya que algunas serán más importantes para el individuo que otras; de tal forma que distingue entre rasgos cardinales, centrales, y secundarios.

El individuo que se caracteriza por los rasgos cardinales, a menudo son "personalidades de referencia" es decir, le estamos clasificado con una personalidad de referencia cuyas características son conocidas aparentemente. (Don Juan, o quijotesco etc;)

Los rasgos centrales, son aquellos que predominan en un individuo, y son pocos los términos para caracterizarle, es decir, con pocos rasgos se describe la personalidad esencialmente.

Hay otro tipo de rasgos como los rasgos secundarios, que expresan intereses y modos de responder relativamente aislados, también se les llama "actitudes".

Resumiendo, Allport menciona la autonomía funcional de los motivos: es decir que un motivo actual puede dirigir la conducta, sin obtener ningún apoyo de las tensiones que estaban originalmente presentes cuando el sistema de motivos se desarrolló.

Para Allport, los adultos normalmente sanos, son motivados por su orientación de los valores y de los sistemas de su interés presente, sin considerar los orígenes de dichos valores (Allport 1960).

En síntesis la teoría de Allport es que la individualidad, sujeta a un modelo, tipificada, constituye el objeto de la ciencia de la personalidad, por ello, se opone a reducir a la personalidad a los rasgos que son comunes a todos los hombres, ya que habla de la unicidad individual.

Allport clasifica pues estos seis tipos idealizados de hombre, basados en los intereses peculiares que tienen sus medios culturales, en la clasificación de Edward Sprange, filósofo alemán. Los tipos de Spranger son modelos ficticios, pero, tienen utilidad en la nomenclatura de la personalidad.

### **EL HOMBRE TEORICO.**

El arquetipo teórico (o científico), tiene pasión por el pensamiento objetivo y el conocimiento del exterior; su mundo intelectual abarca la razón y la lógica, el orden y la clasificación, la identificación y la discriminación. Demuestra teoremas, resuelve problemas, planea experimentos, deduce teorías, etc.

### **EL HOMBRE ECONOMICO.**

El arquetipo económico (o materialista) tiene una preocupación immoderada por la autoconservación en la lucha por la supervivencia económica. Tiene fanatismo por el valor económico, no la utilidad; para él, los bienes escasos (de poca utilidad) son deseables, y los bienes comunes (de gran utilidad) son indeseables.

Vive de la competencia comercial, de los excedentes de ganancia, de las tasas de desempleo de cualquier cosa que afecte el valor económico. Su visión de la civilización es simple períodos alternos de expansión y declinamiento económicos.

### **EL HOMBRE ESTETICO.**

El arquetipo estético (o artístico) tiene predilección por las percepciones sensibles de proporciones y simetría resplandecientes, su universo consta de texturas y colores, armonías y ritmos, impresiones y sensibilidades. Tiene empatía con la belleza majestuosa de las pinturas, con la gracia flotante de la música, con el simbolismo de la búsqueda del alma de la escultura y con todas las formas de arte.

Su pensamiento, constantemente cargado de emociones y sensaciones, está libre de la lógica del espíritu práctico y de convención.

### **EL HOMBRE SOCIAL.**

El arquetipo social (o benévolo) tiene interés permanente en el bienestar de las cosas vivientes, tanto en los hombres como en los animales. Su dominio cognoscitivo enaltece la simpatía y la abnegación, la clemencia y

la compasión, la comprensión y la amistad.

Se regocija al aliviar a los empobrecidos, al consolar a los enfermos, - al levantar a los caídos, o con cualquier actividad que lleve alegría - a los infieles. Sus ideas latruistas rechazan los conceptos de legalidad, ganancia, utilitarismo y política. El hombre social ofrece un estado benigno, sin los obstáculos de la inhumanidad, la crueldad y la ferocidad entre los individuos.

### **EL HOMBRE POLITICO.**

El hombre político (o conspirador) inclulca su resolución y propósito en los pensamientos internos y la conducta externa de todas las demás personas.

Su esfera de valores en cualquier área de administración abarca el control y la autoridad, la influencia y la dictadura, y se muestran motivados por el miedo al castigo y la esperanza de la recompensa.

Esta desprovisto de la ética moral, iguala la verdad y la mentira, siempre y cuando ello sirva para el adelanto de su estructura de poder.

El hombre político se dedica a un mundo de incautos y servidores, estructurados por la astucia y la falsedad.

### **EL HOMBRE RELIGIOSO.**

El arquetipo religioso (o espiritual) encuentra la explicación del universo en un único concepto: DIOS sus experiencias de búsqueda del alma inclu-

yen la meditación y la devoción, el trascendentalismo y el teísmo, la conversación y la redención. Se dedica a la veneración de su deidad, a la piedad a su señor, a la consagración de sus reliquias y sus símbolos religiosos, o a cualquier conducta que santifique al creador y señor de todas las cosas.

El hombre religioso busca la comunión final con su protector y salvador y la revelación del secreto del universo.

Por otra parte, sabemos que existen dos categorías de palabras prácticas que describen la personalidad, los Rasgos y los Tipos.

Un rasgo de personalidad es un conjunto de respuestas similares que ocurren y varían juntas, de manera que se puede describir la colección con un sólo término; el rasgo se infiere a partir de las respuestas. Los rasgos de la personalidad suelen ser adjetivos, como celoso, inquisitivo, cruel, zrruno y cínico.

Una actitud es un rasgo de la personalidad con significado social, políti co o religioso, como liberal o piadoso. Un rasgo de carácter es un rasgo de personalidad con significado ético o moral como honrado y sincero.

Gordon W. Allport define lo siguiente: "Un rasgo de la personalidad es una forma característica de la conducta más generalizada que la reacción aislada de simples hábitos. se le debe considerar como hábito generalizado y tendencia determinante y "prominente" en la conducta."

Un síntoma es un rasgo de una personalidad anormal.

- Un tipo de personalidad es una agrupación de muchos rasgos de personalidad, que forma un modelo o arquetipo.

A continuación se mencionan algunas de las teorías Factorialistas observadas por Cattell, y Eysenck.

Teoría de Cattell de los rasgos superficiales y los rasgos fuente (1957)

Basa su teoría del rasgo en los rasgos comunes, sosteniendo que la unidad suficiente se puede indicar por medio de combinaciones de rasgos comunes presentes con fuerzas diferentes.

Distingue entre rasgos superficiales, agrupados por medio de un análisis de grupo ( porque todos se correlacionan entre sí); y rasgos fuente, a los que se llega por medio del análisis factorial. Se tiene la esperanza de que baste un número limitado de rasgos-fuente para usarlos en la apreciación satisfactoria de todas las personalidades, pero aún no se ha logrado. (Cattell 1957).

El principio del rasgo es un punto de partida esencial para la teoría de la personalidad basada en un empírico, cualquiera que sea la naturaleza de tal teoría, pero un perfil de rasgos es una caracterización insuficiente de un individuo. Es esencial que haya alguna clase de organización significativa de los rasgos para caracterizar a la persona en su interacción con las tensiones del medio ambiente. (Meehl, 1950).

Raymond B. Cattell representa una prodigiosa cantidad de datos y de análisis, en los que incluye observaciones y calificaciones de la conducta, estudios de laboratorio e inventarios, trabajando con poblaciones distintas y diversos grupos de edad; comenzó su investigación con una lista de nombres de rasgos, añadiendo los términos que los psicólogos (Allport y Odbet 1936), habían inventado en sus investigaciones, eliminando la superposición o duplicidad de significados, obtuvo 171 variables de personalidad o temperamento que describían toda la "esfera de la personalidad".

Dentro de las teorías Factorialistas de la Personalidad encontramos la de Eysenck:

H. J. Eysenck también ha usado las técnicas de análisis factorial para su estudio de la personalidad, considera que la estructura de la personalidad es de naturaleza jerárquica y ha postulado cuatro niveles de organización.

Es el nivel inferior se encuentran las respuestas que ocurren en una única ocasión, que no llegan a ser sistemáticas y que esencialmente son producidas por factores azarosos que sólo están presentes en esta oportunidad. En el siguiente nivel, las respuestas habituales se caracterizan por una significativa confiabilidad ( es decir, si se presentan circunstancias semejantes, muy probablemente se repitan), Un tercer nivel se refiere a los rasgos, que están compuestos por respuestas habituales que se -

correlacionan entre sí hasta formar un grupo que define el rasgo (por ejemplo de persistencia), En el nivel más alto, se perfila el tipo, que está compuesto por un grupo de rasgos que se intercorrelacionan específicamente. Eysenck establece esta división de la personalidad humana en introvertida extrovertida, y en neurótica psicótica.

### **EL EXTROVERTIDO TÍPICO.**

Las descripciones más habituales del extrovertido típico (algunos autores prefieren decir: "extrovertido") y el introvertido típico pueden ser consideradas como los puntos extremos ideales de un continuo, a los que cada sujeto se aproxima más o menos. El extrovertido es sociable, gusta de las reuniones, tiene muchos amigos, necesita personas con quien charlar y no se entusiasma por las actividades solitarias, busca las emociones fuertes, se arriesga, hace proyectos y se conduce por impulsos del momento; por lo general, es un individuo impulsivo. Le gustan las bromas, tiene siempre rápidas respuestas y en general, puede cambiar con facilidad, es despreocupado, poco exigente optimista.

Esta persona prefiere el movimiento y la acción, tiende a ser agresiva y pierde fácilmente la sangre fría.

No posee un gran control sobre sus sentimientos, y es variable en sus opiniones e ideas.

## **EL INTROVERTIDO TÍPICO.**

El introvertido típico es un individuo tranquilo, retraído, gusta más de los libros y los objetos antes que de las personas, se muestra reservado y distante, excepto con sus amigos íntimos. Tiende a ser previsor, a pensar antes de comprometerse y a desconfiar de los impulsos del momento. No ama las sensaciones fuertes, toma en serio las cosas cotidianas y prefiere llevar una vida ordenada. Controla estrechamente los sentimientos, casi nunca se conduce de forma agresiva ni se encoleriza fácilmente. -- Tiende más bien, al pesimismo, concede gran valor a los criterios éticos y es una persona más constante en sus opiniones e ideas.

## **NEUROTICISMO Y PSICOTICISMO.**

Según Eysenck, la segunda dimensión de la personalidad sería el continuo neuroticismo-estabilidad. Al igual que la dimensión anterior, el individuo puede encontrarse en cualquier punto entre estos dos polos.

El individuo con tendencia al neuroticismo es una persona con un sistema nervioso lábil y sobreactivo, es decir tiende a ser emocionalmente cambiante e hipersensible con dificultades para recuperarse, después de una situación emocional. Estas personas están dispuestas a manifestar problemas neuróticos bajo el efecto de situaciones de estrés. Si bien Eysenck habla de una predisposición más que de una patología. Un individuo con tendencias neuróticas puede estar adaptado adecuadamente a su medio. Sólo en caso de estar sometido a una situación extrema de inestabilidad - puede llegar a la neurosis.

La tercera dimensión de psicoticismo corresponde a un sujeto solitario, despreocupado de las personas, que crea problemas a los demás, y no armoniza con los otros fácilmente. Puede llegar a ser cruel, inhumano e insensible, y carecer de sentimientos de empatía; se muestra hostil incluso con los más íntimos y agresivo hasta con las personas amadas. Tiene cierta inclinación por cosas extravagantes desprecia el peligro y su comportamiento es discontinuo, moviéndose siempre con gran inseguridad.

Para finalizar este capítulo de la Personalidad es necesario aclarar que no se ha elegido una teoría de la personalidad específica, ya que una teoría realmente completa, tiene que tejer los diversos hilos descriptivos de la individualidad; formando una trama de rasgos duraderos e identificables, únicos para cada individuo, que sin embargo, permita ser comparada con otro.

Hasta este momento ninguna teoría de la personalidad ha logrado formular un modo de caracterizar a todas las personalidades de acuerdo con un esquema común; no obstante, se puede retomar el concepto de síndrome de la personalidad, que parece ser el camino más adecuado para caracterizar a todos los individuos de acuerdo con un plan común, aunque actualmente los síndromes se pueden especificar sólo para algunos individuos. Un síndrome es un modelo de rasgos (preferiblemente de rasgos fuente como lo señala Allport y Cattell) y surgen a través de las experiencias comunes, de tal forma que se puede describir un número de personalidades como similares de acuerdo con este modelo.

Este síndrome puede ser útil inclusive si no describe completamente a una persona. Pues el síndrome tiene la ventaja sobre las demás teorías sistemáticas de Personalidad que busca un modo significativo de los rasgos; Es coherente con las teorías del desarrollo y con las teorías de la dinámica de la Personalidad.

De allí que para este estudio se haya elegido a uno de los instrumentos que tiene como fundamentación la teoría factorialista de los rasgos de Allport Como es el caso del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI).

**CAPITULO III.- DEPRESION Y SU RELACION CON EL SUICIDIO.**

## CAPITULO III

### DEPRESION Y SU RELACION CON EL SUICIDIO.

Después de haber analizado en el capítulo anterior algunos de las teorías de la Personalidad desde el punto de vista psicoanalítico, a continuación abordaré este concepto del suicidio marcando un mayor énfasis en la relación Depresión-Suicidio.

Como primera instancia citaré el papel que ha desempeñado la depresión - en la historia, para tener una visión clara de este concepto; y posteriormente menciono algunos de los antecedentes de dicha patología.

Dieuler 1967, (Freud 1917).

Continuaré con las posiciones teóricas de la Depresión de algunos autores que comparten los fundamentos Freudianos, para fundamentar el terreno de la teoría Psicoanalítica ya que este es nuestro marco de referencia.

Es importante mencionar la utilización del método epidemiológico, en el estudio de los trastornos psíquicos, como lo es el suicidio.

La necesidad de conocer el comportamiento en este caso, ha llevado a los epidemiólogos a desarrollar técnicas y métodos cada vez más perfeccionados para su estudio en la colectividad, los cuales pretenden como fin último la prevención y terapéutica de los casos suicidógenos.

Por lo expuesto anteriormente, mencionaré la incidencia Epidemiológica de la Depresión; ya que esta juega un papel muy importante en el suicidio.

Asimismo, mencionaré la clasificación y los signos y síntomas de la Depresión, como también se incluyen algunos de los factores de riesgo de dicha patología.

### Definiciones Generales de Depresión.

#### Conceptos:

Tristeza.- De latín *Tistis*, estado natural o accidental de aflicción .  
Aflicción. (Diccionario Pequeño Larousse).

Depresión.- Del Latín: Depresivo/hundimiento "estado de Melancolía que - hace perder el ánimo (misma fuente Sinónimo: "Languidez, pos tración. Topor, anonadamiento/abatimiento".

Melancolía.- especie de locura en la que predomina las afecciones morales tristes.

Como puede observarse la palabra se emplea en varios sentidos; Tristeza, Depresión y Melancolía; son grados de un estado de ánimo. En el que la primera se puede considerar "normal", la depresión ya encierra patología, al reaccionar ante una pérdida afectiva o física. Melancolía sería el grado máximo de tristeza que alcanza el individuo, y ya podrían presentarse delirios (especie de locura en la que dominan las afecciones morales); y en extremo encontramos el Suicidio, como una causa de muerte de esta patología.

En las páginas siguientes se elaboró un breve resumen de la importancia que ha tenido la Depresión a través de la historia con el objeto de -- aclarar algunos conceptos en relación a su origen.

Benjamin Rush en E. U. escribe un libro sobre la "locura producida por las pasiones" refiriéndose a la Depresión surgen gran cantidad de obras sobre psiquiatría tanto en Francia, como en Alemania e Inglaterra, también grandes reformadores; no obstante a finales del siglo XVIII en diversas ciudades se toma especial atención al enfermo mental y su recuperación se hace al aire libre, pues se le tenía en celdas oscuras, sucias, semidesnudas y en jergones de paja e incomunicados. Destacan en esta época Pinel en Patis, Joly en Zuiza, Tuke en Inglaterra; Chiarugi en Italia.

Por otra parte, en el siglo XIX ocurren grandes descubrimientos que -- asientan las bases de la medicina científica: asepsia, y antiseptia, -- anestesia, microbiología, rayos X, endocrinología, grandes avances en -- la fisiología etc.; Por ello, en el año 1803 nace el vocablo de psiquia -- tría, que es un neologismo inventado por Reil, médico alemán.

Pinel, psiquiatra francés, describe su obra sobre enfermedades mentales y describe a la Melancolía a la que llama "delirio exclusivo" habla de varias causas entre las que destaca, la herencia, la educación defectuosa, el cambio de vida (jubilado), las pasiones debilitantes como la tris -- teza, el miedo y el odio etc.; Su alumno Esquirol, gran reformador y fun -- dador de hospitales psiquiátricos, llama lipemania a la depresión patoló -- gica.

Finalmente en la 2a. mitad del Siglo XIX Griesinger, preconiza que toda enfermedad psíquica es enfermedad del cerebro, había del dolor psíquico com elemento fundamental de las afecciones mentales, después finalizar JOseph Brener y Sigmund Freud, introducen las teorías del Inconsciente y nace el psicoanálisis.

Hacia el siglo XX Kraepelin, médico Alemán, que estudió la "demencia precoz" hoy es la esquizofrenia habla de la depresión y por primera vez se constituye como una entidad nosológica, antes incluida en la melancolía, en la historia o en la demencia.

Para dar argumentación a esta patología, a continuación menciono algunos de los antecedentes que son relevantes dentro del campo psicoanalítico.

### Antecedentes de la Depresión.

Los conocimientos psicoanalíticos básicos acerca de los trastornos maníaco-depresivo se hallan contenidos en pocas publicaciones separadas y complementarias entre sí, para ello existen dos ensayos de Abraham, uno en 1911 (5), y el otro en 1916 (13) que fueron seguidos por un ensayo de Freud en 1917, Duelo y Melancolía, en el que se formularon conceptos fundamentales que a su vez fueron elaborados y ampliados por Abraham en 1924, finalmente una publicación de Rado en 1927, proporcionó la solución de importancia a los problemas referentes con la depresión hasta ese momento no aclarado.

Abraham en 1911, en su ensayo (5), reveló su fundamental descubrimiento de que la característica básica de la vida mental del deprimido es la Ambivalencia; (cuya influencia es mayor que en la neurosis obsesiva).

Las cantidades de odio y amor existentes, son aproximadamente iguales, y señala que los deprimidos son incapaces de amar, porque su amor está siempre acompañado de odio.

Posteriormente Abraham descubrió la base pregenital de esta ambivalencia y afirmó que el paciente es tan ambivalente consigo mismo como lo es frente a los objetos.

Así por ejemplo, el sadismo con el deprimido se dice que se ataca así mismo, surge de la vuelta hacia dentro de un sadismo primitivamente dirigido hacia fuera.

La segunda publicación de Abraham en 1916 en su ensayo (13), registraba el descubrimiento de que en los deprimidos hay un enorme aumento de erotismo oral en las inhibiciones de la depresión en la comida y en los rasgos "orales" de carácter; Afirma también que la ambivalencia y el narcisismo descritos anteriormente tenían su raíz oral.

En su artículo Duelo y Melancolía Freud en 1917, partiendo de análisis de los autorreproches depresivos, afirmó que los deprimidos actúan ante la pérdida de un objeto como si hubiera perdido su Yo; describió la introyección patognomónica. Luego demostró como los estados depresivos confirman la existencia de un superyo y que las luchas entre el superyo, el yo, después de la introyección sustituyen las luchas desarrolladas anteriormente entre el Yo y su objeto amado en forma ambivalente.

El libro de Abraham (26) ensayo, corrobora en forma teórica los puntos de vista formulados por Freud, y agrega también por su parte varias observaciones.

Introdujo las dos subdivisiones de las etapas oral y anal de la organización libidínosa, y señaló que los autorreproches, no sólo son reproches internalizados del Yo contra el objeto, sino también, reproches internalizados del objeto contra el Yo.

En 1927 Rado, en su artículo (1938) puso al descubierto el significado de los autorreproches como una propiciación ambivalente (del objeto y) y del superyo. Fueron aclaradas las circulaciones entre depresión y auto

estima. También el sentido de la doble introyección del objeto en el 'yo' y en el superyó, y se utilizó la distinción entre el aspecto "Bueno" -- (Protector) y el aspecto "malo" (castigador" del superyó, para poner en claro los mecanismos depresivos.

Rado también explicó, además la periodicidad maniaco-depresiva como un caso especial de la periodicidad general de transgresión y expiación, y en última instancia, como un resultado de la periodicidad biológica fundamental del hambre y saciedad (en el bebé).

Por otro lado algunos autores sostienen que la depresión está íntimamente ligada con la afectividad. Por ello, a continuación mencionaré algunos autores que comparten esta teoría de la afectividad- Depresión.

## Depresión - Afectividad.

Al hablar de depresión es importante señalar y distinguir entre un trastorno afectivo, motor e intelectual.

Para ello Eugen Bleuler (1967), señala dentro del concepto de afectividad comprendemos la vida intuitivo pulsional. Las vivencias de placer y desagrado, de alegría tristeza y enfado, constituyen aspectos de la afectividad, al igual que los sentimientos que nos dominan en nuestro trato con los demás hombres: amor, respeto, odio, desprecio.

En resumen la afectividad, "es el conjunto de acontecer emocional, sentimientos, emociones y pasiones: En sentido estricto, la respuesta emocional o sentimental de una persona a una situación determinada (Bleuler, 1967).

Otros autores que sostienen esta teoría de la Afectividad Karl Jaspers - que lleva a cabo una clasificación de los sentimientos atendiendo a una serie de aspectos; y desde el punto de vista fenomenológico podemos distinguir a los que se refieren a la conciencia del Yo (mi tristeza) y los que se refieren a la conciencia del objeto (la tristeza del paisaje). Si teniendo en cuenta las oposiciones sentimentales podemos distinguir alegría, tristeza, placer, disgusto etc.; podemos en fin referirnos a los sentimientos sin contenido o inobjetivos; o bien a los sentimientos objetivos y dirigidos a objetos.

Según el Manual de Psiquiatría Clínica, Paolo Pancheri: señala que "cons

tituye una de las constantes modalidades de reacción del hombre frente a diversas causas; físicas o psíquicas".

(Pancheri, 1984). Kant, y aún autores contemporáneos, como el consejo que elabora el DSM III, definen el afecto como "la emoción prolongada que colorea toda la vida psíquica, que generalmente involucra tanto la depresión como la euforia".

Ahora bien existen otros que apoyan los conceptos básicos psicoanalíticos relativos a los primeros estados de la vida y que constituyen el afecto y las vivencias primarias en la vida emocional del lactante.

Esta concepción esta apoyada por Melanie Kleine, se mencionará a continuación.

### **La posición depresiva de Melanie Kleine.**

La hipótesis de Melanie Kleine sobre la posición depresiva infantil descansa en los conceptos psicoanalíticos básicos, relativos a los primeros estadios de vida; como son la introyección primaria, y la preponderancia de la libido oral y pulsionales canabálicas de los lactantes pequeños.

Freud y Abraham contribuyeron sustancialmente a la comprensión de la etiología de las enfermedades mentales. De acuerdo con ellos, Kleine llega a comprender la complejidad de los procesos, vivencias primarias y su efecto en la vida emocional del lactante. Por ello, llega a la conclusión de que existe un lazo estrecho entre la posición depresiva infantil y los fenómenos de Duelo y Melancolía.

De acuerdo al trabajo de Freud sobre duelo y Melancolía el duelo anormal separadamente. Abraham retoma esta teoría y señala que una de las diferencias fundamentales entre duelo normal y anormal podría ser que con el duelo normal el individuo llega a establecer a la persona amada y pérdida dentro de su yo, mientras que en la melancolía y el duelo anormal - este proceso fracasa.

Si las pulsiones canabálicas son excesivas no llega a término la introyección del objeto bueno, perdido y esto conduce a la enfermedad.

En el duelo normal el sujeto es llevado a instalar nuevamente a la persona amada y perdida en su yo, pero en este caso el proceso es exitoso. No solamente no se retiran y reevisten las catexias relativas al objeto amado y perdido, como señala Freud, sino que durante este proceso el obje

to perdido se establece en el interior.

En el artículo "El duelo y su relación con los estados, maníaco-depresivos", (Kleine, M. 1973) menciona que "si bien es cierto que el rasgo normal del duelo es el establecimiento por el individuo del objeto amado y perdido dentro de sí, no está haciéndolo por primera vez, sino a través del trabajo del duelo, esta reinstalando ese objeto así, como todos sus objetos internos, amados que siente haber perdido".

Cada vez que surge la pena, ésta mina el sentimiento de segura posesión de los objetos amados internos, porque reactiva las angustias tempranas por los objetos dañados y destruidos por un mundo interno despedazado.

Los sentimientos de culpa y angustia que es la posición depresiva infantil son reactivadas en toda su fuerza.

La reinstalación exitosa del objeto amado externo por el que hay duelo y cuya introyección es intensificada a través del proceso del duelo, implica que objetos amados internos son recuperados.

Por lo tanto, la vuelta a la realidad característico del proceso del duelo constituye no solamente el medio de renovar los lazos con el mundo externo, sino también de restablecer el mundo interno destruido. El duelo implica en esta forma una repetición de la situación emocional vivencia por el lactante en la posición depresiva. Porque presionado por el temor de perder la madre amada el lactante lucha con la tarea de establecer e integrar su mundo interno y construir sólidamente los objetos buenos dentro de sí.

Uno de los factores que son fundamentales para determinar así la Pérdida de objeto amado (por muerte u otras causas) conducirá a la enfermedad maniaco-depresiva o será normalmente superada consiste en el grado de éxito de la elaboración de la posición depresiva durante el primer año de vida, en la firme introyección de los objetos buenos en el interior. Esto, de acuerdo a la experiencia que ha tenido Melanie Kleine.

Resumiendo la posición depresiva, desempeña un papel vital en el desarrollo temprano del niño y normalmente al llegar a la edad de cinco años -- puede aparecer la neurosis infantil.

Los pasos fundamentales de la elaboración de la posición depresiva, se dan sin embargo cuando el lactante establece su objeto total- es decir -- durante la segunda mitad del segundo año y podría afirmarse que si estos procesos son exitosos, se habrá llenado una de las condiciones previas -- del desarrollo normal. "en verdad este se aplica hasta cierto punto, a todo el resto de la vida".

Por otra parte vemos que la posición depresiva se desarrolla gradualmente, esto explica porque generalmente sus afectos en la lactante no aparecen en forma súbita. También menciona que mientras son vivenciado los sentimientos depresivo, simultáneamente el Yo desarrolla medidas para contrarrestarlas. Esto para M. Klein, constituye una de las diferencias fundamentales entre el lactante que esta vivenciando angustias de naturaleza psicótica y el adulto psicótico. Pues en el tiempo que el lactante esta

elaborando estas angustias ya se hallan en obra los procesos que llevan a su modificación.

Otro de los autores que apoyan algunos de los elementos básicos de la corriente psicoanalítica, al referirse a la depresión es Otto Fenichel.

### **Depresión.**

Para Otto Fenichel (1979) la depresión se basa en la misma predisposición que la adicción y los impulsos patológicos, es decir; En forma general - la depresión se presenta en casi todas las neurósisis; en su forma más intensa, es el más terrible de los síntomas que caracterizan el angustioso estado psicótico de la melancolía. Una persona fijada al estado en el que su autoestima es regulada por sentimientos externos; o a quien los sentimientos de culpa han hecho regresar a ese estado, tiene una necesidad vital de tales suministros. Es decir, que si sus necesidades narcisistas no son satisfechas su autoestima desciende hasta un punto peligroso; y para evitarlo, está "Dispuesta a cualquier cosa". (Fenichel) 1979.

- Por un lado la fijación pregenital de estas personas se manifiesta en una tendencia a reaccionar con violencia a las frustraciones.
- Por otro lado su dependencia oral los impulsa a tratar de conseguir lo que necesitan por medio de la apropiación y la sumisión.

El conflicto entre estas dos formas contradictorias es característico de las personas que presentan esta predisposición. Con su permanente necesidad de suministros que procuren su satisfacción y eleven simultáneamente

la autoestima, estas personas son "adictas del amor" incapaces de amar - activamente; se caracterizan además por su dependencia y su tipo narcisista de elección de objeto. Ya que sus relaciones de objeto se hallan mezcladas con rasgos de identificación y tienden a cambiar de objeto con frecuencia porque no se sienten satisfechos, sin prestar atención a los sentimientos del prójimo, exigen de él, comprensión para los sentimientos propios. Por depresión grave representa el estado a que es elevado el individuo oralmente dependiente, cuando carece de los suministros narcisistas vitales.

- A continuación me referiré algunas de las investigaciones que se han dedicado al estudio de la Depresión.

Existen numerosas investigaciones acerca de la Depresión, para este estudio se han retomado algunas que ofrecen resultados en cuanto a la Incidencia y Epidemiología, ya que estas aportan novedosos hallazgos.

#### **INCIDENCIA Y EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESION.**

Muchos son los autores que se han dedicado a la investigación de la frecuencia e incidencia de la depresión. Sus trabajos están desgraciadamente sujetos a crítica, a causa de la diversidad de los criterios diagnósticos usados por los diferentes autores pero sobre todo por la insuficiencia de los métodos estadísticos para poder cuantificar la masa de deprimidos que jamás solicitan atención médica.

De acuerdo con algunos estudios epidemiológicos, se afirma que solo el 1.5% de todas las depresiones llegan a manos de los médicos y sólo el 0.2% al psiquiatra. Esto se debe al hecho de que la depresión no es identificada siempre como enfermedad por las personas. (Solomon, 1982).

La cultura influye la forma en que la depresión va a ser manifestada y manejada por quienes la padecen por ejemplo, las personas simples o limitadas intelectualmente, expresan sus sufrimientos en términos físicos por - la dificultad de describir estados subjetivos, con lo que frecuentemente no son identificadas como deprimidos. (leff, J. 1973).

Lo mismo ocurre con la llamada "Depresión enmascarada", que tiende a aumentar en la sociedad occidental siendo detectada cada vez más frecuente por los psiquiatras, pero no siempre por los médicos, (lehman, H. E. 1971).

Por lo anterior, podemos pensar que la frecuencia de la enfermedad depresiva, rebasa las estadísticas usuales que fijan la incidencia entre 4 y 8% de la población en general.

Entre los pacientes que acuden a médicos de todas las especialidades se calcula que entre 10 y 20% sufren trastornos depresivos.

En el contexto de la psiquiatría la depresión es en su conjunto la enfermedad más frecuente situado unos autores su tasa entre el 50 y 60% y otros del 70 y 75% de todos los pacientes tanto ambulatorios como hospitalizados, (Hirshfeld, 1982).

Los estudios epidemiológicos más recientes, que utilizan criterios más rigurosos para el diagnóstico (como los del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III*, de la *American Psychiatric Association*) mencionan que entre 3 y 4 % de la población general, ha sufrido en algún momento de su vida uno o más episodios de depresión mayor, con una prevalencia del 18 al 23% para las mujeres y del 8 al 11 % para los hombres.

Las tasas comunes de depresión menor, utilizando los mismos criterios son significativamente menor (2 a 3%) al de las depresiones mayores, mientras que la prevalencia de la enfermedad bipolar (0.5 a 1.5%) es mucho menor - que las anteriores). (Feichner J.P. 1972).

Las formas de la depresión mayor no parecen haber aumentado en frecuencia con el tiempo desde los primeros reportes sin embargo, las depresiones menores, antiguamente llamadas neuróticas o reactivas, sí parecen ser más frecuentes, especialmente en las áreas urbanas donde el estilo de vida -- crea tensiones cada vez más difíciles de manejar.

También la frecuencia de las depresiones por grupos de edad han cambiado, debido al aumento en el número de ancianos. Se considera que hay 200 millones de individuos de más de 60 años en el mundo, aproximadamente localizados en un 5% de la población asiática y africana, 8% en América Latina, 11% en los Estados Unidos, y 13% en Europa.

Clásicamente se considera la mayor frecuencia de depresiones en el grupo de edades entre los 18 y 40 años para las mujeres y de 23 a 45 para los -

hombres, disminuyendo entre los 45 y 55 años sensiblemente y aumenta -- nuevamente después de los 55 años paralelamente con la edad, siendo del 10% en la población general entre los 60 y 70 años y hasta del 50% en -- aquellos ancianos con enfermedades físicas.

Después de los 80 años la frecuencia vuelve a disminuir al 3 6 4%. En este mismo grupo de pacientes hospitalizados en el medio psiquiátrico la incidencia de depresión es de 30 y 50%. (QMS: Psicogeriatría inf. 1972).

La depresión es un fenómeno universal, o sea que en sus distintas formas ocurre en todas las sociedades y en todas las culturas en proporciones -- variables. Aparece a cualquier edad, desde los primeros años de la vida (depresión anaclínica) hasta la senilidad (depresión involuntaria).

La severidad de los episodios depresivos, en forma general, se incrementa con la edad y se estima que aproximadamente 50% de los individuos que tie -- nen un episodio depresivo mayor tendrán al menos otro episodio posteriormente. (Freedman, M. F. Kaplan, 1977).

Existen numerosas clasificaciones para conceptualizar a la Depresión.

Para este estudio se retomó la clasificación de Castilla López ya que es -- ta se basa fundamentalmente en los principios señalados por Bleuler G. -- 1967.

El término "Depresión" implica al menos tres significados .

- Puede referirse a un síntoma a un síndrome y también a una entidad noso

lógica (Lehmann, 1959); Lo elemental es que esta se caracteriza por un -- descenso del humor (timia) que termina en la tristeza.

La depresión proviene de un proceso patológico, que no puede ser descrita sólomente por las simples depresiones de las funciones biológicas o del - bloqueo fisiológico, ya que como consecuencia de esta simple transforma-- ción se encuentran añadidos a los trastornos de humor como ya se ha mencionado, otros dos fenómenos de vital importancia sobre todo para los aspectos psíquicos del individuo que la padece estas son la Inhibición y el dolor moral.

- La inhibición es una especie de frenaje o lentificación de los procesos psíquicos de la ideación que reduce el campo de la conciencia y los intereses, repliega al sujeto sobre sí mismo y le empuja a rehuir a los demás y a las relaciones con otros, o sea que el individuo experimenta una lasitud moral, dificultad para pensar y evocar (trastornos de la memoria), fatiga psíquica lentificación de la actividad motriz y algunos trastornos somáticos.

- El dolor moral se expresa en su forma más elemental por una autodepreciación que tiende a ser una autoacusación, una autopunición, y un sentimiento de culpabilidad.

La autoacusación y el dolor moral para algunos autores (E. Stanbook 1954) pertenece a una sintomatología secundaria de la depresión.

Por el contrario para otros autores psicoanalistas colocan en el centro de la conciencia del deprimido la hostilidad y la agresividad, liberada por la pérdida de las pulsiones amorosas: en la melancolía la agresividad se vuelve contra sí en una actitud propiamente de aniquilación del Yo. Esta agresividad esta ligada a un sentimiento de angustia intensa.

- Es útil mencionar que la crisis de melancolía constituye el cuadro más típico de la Depresión.

También es una constante en la conciencia melancólica, el rechazo de alimento, es su manifestación lacinante y obstinada, pues el melancólico no tan sólo busca abandonarse a la muerte, sino también inferírsela: el suicidio llega a hacerse obsesivo, imaginado deseado y buscado sin cesar; se le considera a la vez como una obligación, un castigo necesario y una solución. La posibilidad del suicidio sitúa a todo melancólico en peligro de muerte, la tentativa de esta conducta puede sobrevenir en cualquier momento del acceso, e incluso en el curso de convalecencia, aparece el raptus suicida en todo momento pues es una impulsión súbita.

Es importante mencionar los signos y síntomas de la Depresión para reconocerlos en un momento oportuno, por ello se retoma el punto de vista de Joseph Mendels que aporta la siguiente clasificación.

### **SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DEPRESTON.**

Los síntomas centrales de la depresión son la tristeza, el pesimismo el -  
descontento de sí mismo, junto con una pérdida de energía, de motivación  
y de concentración. De ahí que se puede esclarecer el siguiente cuadro:

#### **I.- ESTADO ANIMICO.**

- Tristeza, insatisfacción.
- Abatimiento.
- Llanto fácil.

#### **II.- PENSAMIENTO.**

- Pesimismo.
- Ideas de culpabilidad.
- Autoacusación.
- Pérdida de interés y motivación.
- Disminución de la eficacia y de la concentración.

#### **III.- CONDUCTA Y ASPECTO.**

- Negligencia en el aspecto personal.
- Retardo psicomotor.
- Agitación.

#### **IV.- SINTOMAS SOMATICOS.**

- Pérdida de apetito.
- Pérdida de peso.
- Estreñimiento.
- Sueño poco profundo.
- Dolores y males.
- Alteraciones de la menstruación.
- Pérdida de la Libido.

#### **V.- RASGOS DE ANSIEDAD.**

- Conducta suicida.
- Pensamientos.
- Amenazas.
- Intentos suicidas.

**CAPITULO IV.- INVESTIGACIONES REALIZADAS REFERENTES  
AL SUICIDIO.**

**4.1. INVESTIGACIONES REALIZADAS CON EL (MMPI)  
EN PACIENTES SUICIDAS.**

#### CAPITULO IV.

En el presente capítulo me referiré a las investigaciones que se han realizado por el estudio del suicidio.

Primeramente en forma general abordaré el método epidemiológico dentro de la corriente psiquiátrica, ya que nuestra investigación se desarrolla con una población en un ambiente puramente psiquiátrico.

A continuación algunas de las investigaciones que se identifican en un nivel nacional, para posteriormente mencionar algunos puntos relevantes de este concepto del suicidio como son: la magnitud, distribución, causas, así como su prevalencia y el método empleado para que se dé este fenómeno.

En esta línea continuamos con las investigaciones de autores como (Sheinidman, Farberow y Poldinger) que se relacionan de alguna manera con lo que se pretende en el presente estudio.

En las páginas siguientes, revisaré los fundamentos, la metodología y los resultados de algunas investigaciones epidemiológicas, de las corrientes psiquiátricas tradicionales.

Por ello, es oportuno examinar el desarrollo de la epidemiología psiquiátrica, ya que nuestra investigación tiene como antecedente las referencias en este campo.

Podemos definir a la epidemiología psiquiátrica como la disciplina que intenta correlacionar la distribución de los trastornos mentales con -- algunas características demoesocioeconómicas, destacando la distribución de las patologías por raza, sexo, ingreso y profesión. (Martini Claudio).

Es oportuno recordar que el método epidemiológico empleado en los casos de intentos de suicidio, es fundamentalmente inductivo, esto es, la epidemiología psiquiátrica, intenta generalizar y producir sus modelos explicativos a partir del análisis de casos particulares.

El procedimiento es el siguiente: Se detectan casos de enfermedad (en este caso pacientes con intentos de suicidio), se cuantifican y posteriormente se intenta agrupar los síntomas más frecuentes en cuadros taxonómicos que correlacionan ciertas patologías con cierto grupo de variables.

Los instrumentos metodológicos más frecuentemente utilizados son las tasas de prevalencia y las tasas de incidencia.

La primera consiste en la relación entre el total de los casos psiquiátricos y el número total de habitantes. La segunda corresponde a la relación entre el total de los casos psiquiátricos y el número total de habitantes. La segunda corresponde a la relación entre el número total de personas que en un determinado período experimentan por primera vez un trastorno psíquico y el número total de individuos sometidos a riesgo psiquiátrico.

- Martini, Claudio, "Crítica de la epidemiología psiquiátrica" en Medicina para quién/ 2a. ed. Editorial Nueva Sociología.

Estos instrumentos presentan una validez muy limitada, puesto que miden casos de enfermedad detectados mediante la codificación tradicional de las patologías y configuran dispositivos técnicos meramente descriptivos.

En efecto, estos índices sirven únicamente para cuantificar casos de enfermedad, más no pueden explicar la naturaleza del sufrimiento psíquico ni la repercusión del tratamiento institucional sobre la definición de la enfermedad mental.

A continuación mencionaré los datos más relevantes que se encuentran en las investigaciones realizadas primero a nivel Nacional y después en el campo Internacional; sin dejar de mencionar la magnitud, distribución y causas, así como su prevalencia, y el método empleado para el suicidio.

Una gran parte de las investigaciones acerca del suicidio realizadas en el campo de la psiquiatría, han estado encaminadas predominantemente - hacia los resultados prácticos; de ahí que se dé la utilización de métodos epidemiológico como un instrumento en el que se desarrollan técnicas y métodos cada vez más perfeccionados para conocer terapéutica en los casos suicidógenos.

El método epidemiológico en el estudio del suicidio tiene tres clases de aplicaciones.:

- 01.- Proporciona la magnitud y forma de distribución de las diferentes conductas suicidógenas en una comunidad.

02.- En la búsqueda y comprobación de los factores etiológicos involucrados en la amplia gama de conductas autodestructivas.

03.- En la valoración de la efectividad de las políticas preventivas y terapéuticas llevadas a cabo para disminuir la incidencia y prevalencia de casos de esta índole en la comunidad.

- En México se le ha dado mucha importancia a las primeras aplicaciones, sin embargo, no hay que olvidar la utilidad de la epidemiología para evaluar la acción preventiva y terapéutica del suicidio a diferentes niveles, ya sea en la práctica médica general, como en la práctica psiquiátrica.

En un trabajo publicado en México 1960 por Spindola de Galvis y Velasco Alzaga. se habla de una tasa de 3.5 caso de suicidio al año, por cada 100,000 habitantes (.18 consumados y 1.7 frustrados), así mismo, el Dr. Cabildo en un estudio realizado en la década de 1954 a 1963 obtuvo una tasa de 2.5 suicidios (1.6 consumado y 0.9 frustrados).

De los datos obtenidos en el Servicio Médico Forense, se encontró que en la década de 1969 a 1978 la tasa de suicidios fueron de 1.3 por cada un mil habitantes en la República Mexicana (total de 7,525 casos).

De estos estudios se desprenden los siguientes comentarios:

Que el suicidio correlaciona inversamente con los coeficientes homicidio, es decir, que a mayor desarrollo de una comunidad, hay mayor suicidio que homicidio.

La distribución de la tasa de suicidio por entidades federativas permite ver con claridad que la zona norte del país tiene un alto índice de casos, al igual que el Distrito Federal y Tabasco y aquí uno de los autores postula la hipótesis de que el desarrollo educativo y sociocultural reprime la expresión de la tendencia destructiva hacia el exterior y al no manifestarlas adecuadamente se introyectan originando la autodestrucción.

Es importante mencionar que estas cifras de prevalencia del suicidio registradas en estos años, experimentaron un ligero descenso más acentuado en los parasuicidios que en los suicidios consumados, lo que podría ser explicado en el sentido de que el mexicano esta manejando mejor su agresividad.

Por otro lado, la distribución del fenómeno por entidades Federativas nos deja ver que la tasa más elevada del suicidio, tanto en la década de 1954 a 1963 como de 1969 a 1978 se presentan en las mismas entidades con ligeras variaciones, siendo Chihuahua, Tabasco, Tamaulipas, el Distrito Federal y Sonora los lugares de mayor prevalencia y Aguascalientes, Hidalgo, Tlaxcala, Zacatecas, Oaxaca y Guerrero en donde la prevalencia es menor, lo que es interesante es que en entidades con bajo índice de suicidio, como lo son Oaxaca y Guerrero presentan un índice elevado de homicidios.

En otras fuentes de información como en la Tribuna Médico de México se obtuvieron los datos siguientes.

Los informes más recientes, redactados por la Organización Mundial de la Salud, hacen saber que el número de suicidas en todo el orbe supera la cifra de mil aprox. cada día, o sea más de medio millón anualmente. Y en esas tabulaciones se hace hincapié en que por cada suicidio consumado -- hay, por lo menos, diez frustrados, lo cual no indica que cada año cinco millones de personas atentan contra su vida, consiguiendo su propósito - el mencionado medio millón aproximadamente.

En los países desarrollados el suicidio causa mayor número de muertes que la acción combinada de la tuberculosis, la sífilis, la meningitis, la poliomiélitis, la influenza y la bronquitis, y resulta altamente sugestivo el hecho de que a medidas que las tasas de mortalidad por las principales enfermedades han venido disminuyendo, como un resultado lógico de los progresos de la ciencia, el suicidio ocupa cada día niveles más altos como causa de muerte.

En los Estados Unidos de Norteamérica, en donde, inclusive, funciona una institución especializada - en la ciudad de Los Angeles para prevenir el suicidio, cada año se reportan poco más de 20,000 suicidas, pero las autoridades opinan que para estar dentro de los límites, reales dicha cifra debe ser el doble, pues resulta muy frecuente que las familias de los que escaparon por la llamada puerta falsa oculten el hecho, bien por un sentimiento de vergüenza, o bien llevados por su interés de no perder los derechos del seguro, que sobre su vida había adquirido el suicida. Y así tenemos que en cuarenta y siete años, de 1920 a 1967, el suicidio ha es

calado puestos más altos como causa de muerte en la Unión Americana. De un modesto vigésimo sitio ahora ocupa el octavo lugar.

Basándonos en las estadísticas diremos que las tasas de mortalidad por suicidio por cada cien mil habitantes aumentan uniformemente con la edad.

De un 0.3, en niños de 5 a 14 años, llega hasta 26 en personas de 85 años o más. Los hombres se suicidan en una proporción tres a cuatro veces superior a las mujeres (aunque en algunos países la proporción se está igualando), pero éstas tratan infructuosamente de hacerlo, en una proporción cuatro veces mayor. "La máxima frecuencia de suicidios es registrada en el grupo de más de 65 años, seguido, en los países industriales, por el grupo de 15 a 24 años de edad. Entre estos últimos, los universitarios parecen especialmente predispuestos, ya que se ha demostrado que en las universidades de Oxford y Cambridge la tasa de suicidios es cinco veces mayor a la de la población general".

No dejar de ser sugerente detallar que en los Estados Unidos de Norteamérica, en donde, como ya señalamos, el suicidio ha superado doce etapas, de vigésimo a un octavo puesto, se ha visto que es más frecuente en aquellas personas de estratos socioeconómicos elevados, que entre los núcleos de población de escasos recursos o carentes de instrucción superior.

Veamos ahora las cifras oficiales proporcionadas por las autoridades americanas:

En el año de 1964 se registraron 20.583 casos de suicidio, así:

---

Armas y explosiones	9806
Intoxicaciones	5541
a) por analgésicos o soporíferos	2543
b) sustancias sólidas o líquidas	685
c) gases	2313
Asfixia mecánica (ahorcamiento)	3005
Caída desde las alturas	752
Ahogamiento	541
Instrumentos cortantes	382
Otros medios	556

---

En el número correspondiente a mayo de 1969 del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana encontramos interesante información acerca de este tema, con base a los estudios del doctor Paul H. Blachly, profesor de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Oregón. El doctor Blachly llevó a efecto investigaciones acerca de la incidencia del suicidio entre los médicos, y llegó a las siguientes conclusiones:

Mientras que entre los pediatras el suicidio está en una proporción de 10 por 100,000 (ligeramente inferior a la tasa nacional, que es de 10.9) entre los psiquiatras fue de 61 por 100,000.

La edad promedio de los suicidas fue de 48.8 años.

De los médicos que se suicidaron el 6.5% eran mujeres, mientras que con respecto a la tasa de defunciones de los médicos por todas las causas, las mujeres sólo representaban un 3.6%.

Merced a la información proporcionada al investigador por los deudos del suicida, se llegó a saber que:

El 5% tenía hijos pequeños.

La mayoría estaba bien preparada para ejercer su profesión, pero sólo el 61% se consideraba bien establecido en ella.

El 39% consideraba que su situación económica era inadecuada.

El 38% gozaba de buena salud.

El 51% sufría trastornos de poca importancia.

El 9% padecía alguna enfermedad grave.

El 2% padecía alguna enfermedad mortal.

- Ninguno de ellos parecía gozar de buena salud mental.
- Se recogieron indicaciones de que el 75% se hallaba deprimido o turbado.
- En el 36% no había antecedentes de tratamiento psiquiátrico.
- De los demás, el 38% se había sometido a tratamiento de esa clase, y un 26% se hallaba en tratamiento a su fallecimiento.

Al 39% se le atribuyó beber con exceso o ser alcohólicos. De hecho, un 19% bebía al tiempo de su muerte.

Por lo que a México respecta, y basándonos en los datos oficiales que la Dirección General de Estadística ha publicado en su anuario más reciente, tenemos que para el año de 1964 están registrados 616 suicidios, de los cuales 490 fueron dados por sujetos del sexo masculino, y el resto, 126, eran mujeres. Un año después en 1965, la cifra ascendió ligeramente a 658. Repartidos por sexos en 517 y 141. Para el año más reciente que fue censado, 1966, la cifra fue de 642.

Respecto a los suicidios frustrados que, como anotamos líneas arriba, los expertos consideran que se encuentran en una proporción de 10 a 1, con relación a los consumados, los informes oficiales de México para los años 1964, 1965 y 1966 son los siguientes: 195, 176 y 195, respectivamente.

Ya enfocando nuestra atención hacia una esfera mundial diremos que el país que registra actualmente la más elevada proporción de suicidas es Hungría, con un 26.8 por cada cien mil habitantes. Las cifras correspon-

dientes a otras naciones son: Austria: 22; Alemania Occidental: 20; - Dinamarca: 19; Suecia: 18.5; Japón: 16; Gran Bretaña: 18; Estados Unidos de Norteamérica: 11.4.

La cifra más alta para el siglo que vivimos corresponde a Austria, en donde el promedio fue de 30 por ciento mil habitantes, alcanzando la máxima tasa de 44.2 en 1932 y 1938. Suiza ocupa el segundo lugar, con 29.7 en 1932.

En cuanto a la magnitud y distribución en México del suicidio (Spindola y Velasco, 1960); siendo 4 hombres los que se suicidan por cada mujer que así lo hace en tanto que los parasuicidios afectan más al grupo femenino en proporción de 2:1 respecto al sexo masculino. Los grupos de enfermedad más afectados son los de 20 a 40 años, sobre todo en personas divorciadas, esto es de importancia debido a que económicamente el suicidio es un problema de consideración, ya que afecta principalmente a personas que se encuentran en la edad productiva. Hay una variante anual que revela un acentuamiento del problema en los meses de mayo a junio.

A pesar de las diferentes cifras que hay de suicidio respecto a diferentes factores, hay datos que son bastante constantes como es el sexo; el suicidio entre hombres es más frecuente que entre las mujeres, asimismo es más frecuente entre personas de origen racial blanco, que entre grupos étnicos; se presenta mayormente en poblaciones urbanas que rurales.

Otro factor que ha sido constante es que el suicidio durante las guerras

mundiales ha disminuído.

También el número de suicidios por enfermedades físicas incapacitantes o incurables en fase terminal no dejan de ser numéricamente importantes.

En cuanto al método empleado para el suicidio, el mayor porcentaje utiliza arma de fuego, el ahorcamiento sobre todo en el caso de los hombres, siendo los venenos y raticidas los más favorecidos por el sexo femenino.

Por otro lado, es de interés mencionar que los métodos de mayor violencia se utilizan para consumar el suicidio, mientras que los de menor violencia si así se pueden considerar, son utilizados en los intentos frustrados de suicidio.

En cuanto a las causas aparentes del suicidio las más frecuentemente citadas con las relacionadas con problemas afectivos, ya sea con la familia o con la pareja, en seguida se encuentra la presencia de alguna enfermedad grave o incurable, por último se encuentran las intoxicaciones alcohólicas y los trastornos mentales.

Se ha observado que los pacientes depresivos son el grupo de mayor riesgo suicida, uno de los factores precipitantes en este tipo de pacientes es la "desesperanza" que en la mayoría de las veces se debe a distorsiones congnotivas a la realidad, derivada de premisas erróneas.

Algunos de los Factores de alto riesgo que hay que tener en cuenta en la detección de casos son los siguientes:

La soledad, o aislamiento, los problemas económicos, las dificultades para establecer relaciones interpersonales, (divorcio, separación, relaciones familiares deficientes), los intentos de suicidio previos a las amenazas de suicidio, directas o encubiertas).

Por las estadísticas se sabe que aproximadamente la mitad de los que consumen un suicidio tienen una historia de intentos anteriores y aquí en juego el Deseo de morir, si el intento se lleva a cabo cuando está presente, este deseo es poco severo, sucediendo lo contrario cuando es a la inversa.

Es importante mencionar para nuestra investigación que una historia de cualquier episodio psiquiátrico (despersonalización, confusión), el alcoholismo, el uso crónico de psicofármacos, una historia familiar de suicidios (Grollman, 1971) una historia de cualquier trastorno psiquiátrico anterior sugiere la posibilidad de una recurrencia con aumento del peligro de cometer un suicidio; esto fundamenta una parte de nuestra hipótesis en la que el sujeto por el hecho de pertenecer a la población hospitalizada en un psiquiátrico puede recurrir al suicidio, como una salida de su problemática emocional del momento.

- Una nota suicida deberá considerarse como una premeditación del acto.
- El método más violento sea éste, mayor es el riesgo.
- Intervención quirúrgica, que provoca una reacción depresiva, después de un parto, intervenciones quirúrgicas mutilantes ó sustractivas.

El alcoholismo o farmacodependencia, debilitan los autocontroles, contribuyen al impulso suicida.

- Edad avanzada, varones con sentimientos de frustración, "sentimientos de haber dejado pasar la vida" sin logros, mujeres en el período de la menopausia, pérdida de valor como mujer, época de riesgo.
- Homosexualidad, desajustes emocionales y adaptativos, depresión subyacente.
- Ninguna ganancia secundaria aparente, cuando la amenaza está dirigida a alguien para obtener ganancias secundarias, el riesgo es menor que cuando la amenaza está dirigida contra el mismo individuo.

Por otra parte cabe mencionar que gran número de investigadores han trabajado acerca del suicidio y en especial aquellos que lo estudian desde el campo de la psiquiatría.

Färberow y Scheneidman, fundadores en 1958, del Centro de Prevención del Suicidio de los Angeles, realizaron una gran cantidad de estudios encaminados a la prevención de la autodestrucción.

De igual forma Poldinger, Jefe del Depto. de Investigaciones de las Depresiones de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Basilea, Suiza, ha concentrado sus esfuerzos en la determinación de los riesgos de suicidio, considerando que este conocimiento es fundamental para tomar una decisión

acerca del tratamiento más conveniente que debe recibir un paciente depresivo (tratamiento ambulatorio o internamiento en la clínica).

El reconocimiento de Farberow y Scheneidman no consiste tan sólo en -- haber sido uno de los primeros psiquiatras interesados en el estudio del fenómeno de la autodestrucción fenómeno que durante mucho tiempo fue con- siderado tabú; sino en haber creado un primer centro dedicado a la preven- ción del suicidio.

En la actualidad existen más de cien centros semejantes en E.E.U.U., -- asimismo, han surgido numerosas organizaciones dedicadas a la prevención de la auto eliminación en Europa, Africa, Latinoamérica y el Lejano Orien- te especialmente en Japón. Para impulsar éstas actividades ha sido crea- da una Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, cuya - sede se encuentra en Viena, Austria.

Los autores plantean que el objetivo fundamental del Centro de Prevención del Suicidio (C.P.S.) es la prevención inmediata y a largo plazo del sui- cidio.

Considerando que la actividad primordial del Centro está dirigida a la - prevención de la autoeliminación, es importante tener conocimiento de las características de los sujetos que han intentado suicidarse a fin de po- der intervenir en forma oportuna.

Numerosas investigaciones han puesto de manifiesto que los suicidas mues-

tran una fase preliminar reconocible (amenazas de autodestrucción, intentos recientes de suicidio o comportamientos que indican una tendencia - autodestructiva). Los esfuerzos de prevención, entonces, se centrarán en este tipo de individuos.

Los medios que el C.P.S. utiliza para obtener datos sobre personas suicidas abarca una vasta gama de actividades que incluyen encuestas entre médicos de la comunidad, análisis de expedientes de pacientes hospitalizados con antecedentes suicidas y sistematización de la información recogida por el propio centro.

- El tratamiento que el Centro ofrece a las personas que han intentado suicidarse, incluye varias fases:

- a).- Registro de datos.
- b).- Contacto con relaciones colaterales.
- c).- Asignación de personal.
- d).- Terapias.
- e).- Observación posterior.

Además se aplica una batería de pruebas psicológicas (prueba de Apercepción temática "TAT", "Frasas Incompletas" inventario de la Personalidad de Minnesota etc, posteriormente, el Centro se coordina con otras agencias - clínicas, Departamento de Trabajo Social, médicos particulares, hospitales psiquiátricos.

De una manera concreta podemos decir, que Farberow y Scheneidman, llevan a cabo trabajos epidemiológicos, desde una perspectiva psiquiátrica convencional, elaborando perfiles del suicida tanto en la comunidad como en el medio hospitalario. Sus esfuerzos están encaminados a la prevención del suicidio mediante el reconocimiento de las características ligadas a este fenómeno, de igual forma abordaremos esta investigación; Ya que es importante para nuestro estudio observar que de acuerdo a ciertas características de personalidad que son constantes en el suicida, estos puedan detectarse oportunamente.

Por otro lado el enfoque de Pöldinger presenta algunas semejanzas con los autores antes revisados. Sin embargo sus estudios están enfocados al análisis de la distribución del suicidio en el medio hospitalario y la clasificación nosográfica de los suicidas potenciales que ingresan al hospital.

Pöldinger correlaciona los suicidios acaecidos en los hospitales psiquiátricos con las categorías nosográficas propias de la psiquiatría tradicional. Realiza, con este fin, un estudio epidemiológico para poner en evidencia que tipo de enfermos mentales intentan el suicidio con mayor frecuencia. (Pöldinger 1969).

De acuerdo a sus resultados, el diagnóstico más frecuentemente asociado con tendencias suicidas es el de Depresión Reactiva, que conforma el - 23% de los suicidos frustrados: Los pacientes psicopáticos conforman - el 18% de la muestra total de 440 pacientes - Los pacientes alcohólicos constituyen el 9% y los tóxicos el 7%.

Al mismo tiempo, el autor aplicó a un grupo de suicidas potenciales el test psicológico, el Beck-Pihot Inventory, para determinar los rasgos - psicológicos asociados con la tendencia al suicidio y puso de manifiesto que dicha tendencia está relacionada con la depresión profunda, con el aislamiento y con la angustia.

Por ultimo, cabe mencionar que el autor elaboró una lista de riesgo para valorar la suicidalidad. Para ello, reunió en una tabla de correlaciones los rasgos especialmente estudiados por su grupo de investigación. Además, consideró ciertos rasgos estudiados por varios autores-especialmente Kielholz y Ringel, que de acuerdo a su experiencia clínica, son especialmente significativos desde el punto de vista del riesgo suicida: Entre ellos se encuentran la inhibición de las agresiones y las fantasías de muerte.

La ventaja de esta lista frente a otras análogas consiste en que, al utilizar como lista de riesgo la tabla de correlaciones, no se tienen exclusivamente en cuenta los riesgos aislados, sino la coincidencia entre rasgos distintos.

A través de las investigaciones de 1,157 pacientes realizadas en la clí-

nica de la Universidad de Basilea en Suiza, Pöldinger dedujo una tabla de riesgos en donde se encuentran agrupados los diferentes factores que pueden estar presentes en el intento suicida y se enlistan en orden jerárquico de importancia, dicha lista considera la posibilidad de que cualquier profesional pueda evaluar los riesgos suicidas de cualquier paciente.

Factores que pueden estar presentes en el intento suicida:

**Riesgos que pueden estar presentes para que se de el suicidio de acuerdo a Pöldinger.**

- 1.- Edad menor a 45 años.
- 2.- Edad mayor a 45 años
- 3.- Soltero
- 4.- Casado
- 5.- Viudo
- 6.- Divorciado o separado
7. Sin ninguna liga religiosa
- 8.- Dificultades familiares
- 9.- Problemas amorosos
- 10.- Dificultades profesionales
- 11.- Dificultades Financieras.
- 12.- Enfermedad o delirios de enfermedad; dolor crónico.
- 13.- Crisis biológicas (pubertad, climaterio, preñez, etc.)
- 14.- Soledad (dolor moral).
- 15.- Aislamiento (reclusión carcelaria).
- 16.- Intentos muy tempranos de suicidio
- 17.- Amenazas de suicidio; pensamientos en él.
- 18.- Fantasías de sueños de muerte o de verse muriendo, funerales.
- 19.- Suicidio en la familia o en los familiares
- 20.- Ansiedad
- 21.- Inhabilidad para expresar la agresión
- 22.- Insomnio pertinaz
- 23.- Abuso del alcohol.

- 24.- Abuso de drogas
- 25.- Depresión reactiva (psicogénica)
- 26.- Depresión no reactiva (endógena)
- 27.- Personalidad psicopática.
- 28.- Disturbio neurótico del carácter
- 29.- Alcoholismo crónico
- 30.- Adicción a las drogas
- 31.- Esquizofrenia

Pöldinger pensó que era posible calcular el riesgo suicida de los pacientes cuando los valores antes señalados sumados dan una cantidad mayor de 100 puntos, el riesgo suicida se considera alto y la hospitalización es necesaria. Si los valores fluctúan entre 50 y 100 puntos el riesgo suicida puede considerarse mínimo.

Los resultados que han arrojado la aplicación de la lista de riesgos de suicidalidad, son los siguientes:

No se observa diferencia significativa entre los suicidios y los intentos de suicidio; sin embargo, la diferencia es altamente significativa entre pacientes que no cometieron actos suicidas y aquellos otros que se suicidaron ( $p < 0.001$ ), y también con los que realizaron tentativas de suicidio ( $p < 0.001$ ).

Es importante dejar asentado que la lista de riesgo de suicidalidad no puede emplearse de modo irracional sino se realiza en conexión con un re-

conocimiento general del caso.

No debe ser empleada en forma única para decidir si un paciente ha de ser internado o puede tratarse de forma ambulatoria ya que, para resolver este problema, se deben considerar los rasgos de la personalidad y los hechos actuales.

A continuación menciono algunas de las investigaciones en las que la utilización del Inventario Multifásico de la personalidad (M.M.P.I.), - se aplicó a pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Estos datos se obtuvieron del SECOBI en 1987.

Existen algunas investigaciones, que mencionan el uso de Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI, en relación al Suicidio de Pacientes Psiquiátricos, a continuación mencionaré algunas de ellas.

Waters B. G. (1982) realizó un estudio sobre: "El Uso del MMPI, para la Diferenciación de Depresivos Suicidas y No-Suicidas" comparó los perfiles del MMPI de 40 pacientes depresivos suicidas con los de 40 pacientes depresivos no-suicidas, de diferentes edades. Las diferencias significativas se encontraron entre la escala y los puntajes del MMPI, los cuales mostraron algún carácter específico sexual entre los depresivos suicidas y no-suicidas.

Estos resultados ratifican algunos de los descubrimientos anteriores, pues ninguna escala o número individual derivó funciones discriminatorias ni actuariales de los perfiles del MMPI de análisis derivados de cada grupo, y se podían discriminar completamente entre pacientes internados depresivos suicidas y no-suicidas de uno y otro sexo.

Las implicaciones para la comprobación del riesgo al suicidio son muy discutidas.

Schmitt L. (1984) señaló que "Las manifestaciones Psicóticas" durante la Miastenia Grave.

Presenta un caso de una mujer de 48 años de edad hospitalizada como resultado de un intento de suicidio, que había desarrollado la Miastenia Grave hacía varios años.

y el Rorschach, revelaron la Paranoía y la autoacusación, y su diagnós tico fue establecido como una Psicosis Depresiva con delirio. La psicosis de la paciente no parecía ser el resultado de una reacción tóxica - al tratamiento con corticosteroides por su miastenia. Se sugiere que la evaluación de signos psicológicos en las formas severas de miastenia podría presentar un modelo psicopatológico del rol de los cambios colinérgicos en disturbios del carácter y en manifestaciones psicóticas.

Stancak A. Frankel E. Jassova Z. realizaron un estudio llamado (1983) - "Impedimento del suicidio de acuerdo al MMPI".

Este estudio se presentó en el 2o. Congreso Internacional de Psicología en Leipsig en 1920, determinó los tipos de perfiles del MMPI de las personas suicidas y su identidad con un criterio de clasificación empírica. 50 hombres y 50 mujeres (edad promedio de 21.5 años), pacientes con comoportamiento suicidas, se les administró el MMPI. A los pacientes se les examinó de 1 a 3 después del intento de suicidio.

El puntaje T. calculó una elevación importante; en el análisis discriminatorio del factor tipo Q, para el análisis de grupo. Los resultados - muestran que los síntomas comunes en los grupos suicidas de los hombres y las mujeres eran en la depresión y en las sub-escala de desviación -- psicopática. (7) pt. La escala de esquizofrenia (8) Es fue lo dominante para los hombres, mientras que la escala de Paranoía (6) Pa fue la dominante en las mujeres.

Los resultados se compararon con los estudios previos, y se presenta una mejor diferenciación de los perfiles de riesgo suicida.

Watson, Charles G., Klett William G., Walters, Carol (1987) realizaron un estudio sobre "Identificación de Episodios Suicidas con el MMPI".

Señalaron que ninguna investigación hasta el momento ha identificado las escalas del MMPI, los patrones o modelos y juegos de especificaciones - capaces de separar a los suicidios eventuales, (frustrados) de los no--suicidas de corto tiempo, los autores actuales compararon los resultados de 25 pacientes ha habían presentado un Episodio suicida en grupo, con edad promedio de 36.8 años estos habían llevado a cabo el acto suicida poco después de haberse aplicado el MMPI, en la comparación con otro -- grupo de pacientes 71, denominado (grupo suicida remoto) con una edad - promedio de 36.2) quienes se mataron 6 años más tarde.

El grupo de Episodio suicida mostró un número promedio significativamente más alto que la muestra del suicidio remoto en la escala de Paranoí (6) Pa y se puede apreciar una diferencia significativa en casi todas - las otras escalas.

Los resultados sugieren que es posible identificar un estado suicida - con el MMPI, pero una investigación anterior debería preceder una aplicación clínica de estos descubrimientos.

Osborne, David (1985) realizó un estudio sobre "La práctica Psiquiátrica con el MMPI" señala los usos de Inventario de la Personalidad, en la Práctica Psiquiátrica para ayudar a la descripción de la personalidad, y para evaluar el potencial para que se dé el suicidio y la violencia, también para identificar a los pacientes que químicamente son dependientes. Así como para estudiar los resultados del tratamiento, también es útil para estudiar las influencias de las características paternas y los efectos de la psicopatología infantil en los padres.

Se discute que el MMPI, se usa mejor en el contexto de otra información, y debería verse como el que proporciona al médico clínico las hipótesis que pueden verificarse por otras disciplinas.

También se observa que el problema mayor del MMPI, es que las normas de este se desarrollaron originalmente durante los años 1930 basándose en una muestra de Minnesota.

Watson Charles G., Klett-William G., Walters Massar Patricia. (1984)  
"El Suicidio y el MMPI; Una validación sobre lo confirmado de los predictores elaboraron una investigación en donde compararon los perfiles de 84 pacientes psiquiátricos masculinos (37 años de edad promedio) quienes habían presentado el intento de suicidio y un grupo de pacientes psiquiátricos que no intentaron el suicidio. Esta comparación se realizó basándose en las 13 escalas tradicionales del MMPI; se encontraron 8 patrones de perfiles descritos anteriormente como indicativos de las tendencias

suicidas; y 3 agrupaciones particulares desarrolladas. Los resultados reportan que no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

GIA CALOLNE T. analizó un estudio en 1980, sobre 100 sujetos tratados en el Hospital Cochin de Quemaduras como consecuencias de un intento -- suicida.

Como parte de una averiguación multidisciplinaria dentro de la naturaleza de las quemaduras, el artículo resume un estudio de 59 hombres y 41 mujeres quienes fueron tratados en el hospital durante un período de 10 años. A los pacientes se les administró una batería de pruebas que incluían la prueba de vocabulario Binois-Pichot, MMPI, Rorschach, y la TAT. Los datos indican que el 27% de las mujeres y el 29% de los hombres eran psicóticos; 17% de las mujeres y 24% de los hombres eran neuróticos; y el 10% de los hombres eran psicópatas. Las razones que se dieron para seleccionar la muerte por medio del fuego incluían su acción rápida y segura, la carbonización hace difícil la identificación, el efecto espectacular, el efecto purificador y su fácil disponibilidad. Los motivos -- incluían al suicidio en lugar de matar a alguien, como un acto de autocastigo, como una reacción de defensa hacia una dificultad, y como un deseo de "jugar" a la muerte. Después de una reclusión, muchos pacientes sufrieron un período de depresión después del cual, no obstante de quedarles una cicatrices desfiguradoras, recobraron vitalidad y fuerza.

Analizando estas investigaciones podemos observar que el uso del inventa

rio Multifásico de la Personalidad (MMPI), en el campo de la psiquiatría es muy discutido, pues se llega a utilizar para detectar diferentes variables como son por ejemplo:

Para ayudar a la descripción de ciertos rasgos de la personalidad; Para identificar las diferencias en la depresión de pacientes suicidas y no-suicidas; También es utilizado como apoyo en el Diagnóstico, es decir que este instrumento aunado a una serie de técnicas o batería puede llegar a ser determinante, para ofrecer un Diagnóstico.

Se utiliza también como un predictor, o como evaluador del potencial para que se de el suicidio etc.

Cabe hacer notar que no sólo en el aspecto clínico es conocido, sino que en algunas investigaciones de tipo interdisciplinario es de utilidad.

Por todo ello, podemos concluir que la aplicación del MMPI, en este campo (psiquiátrico) es bastante aceptado, ya que es un instrumento que en combinación con otros y otras técnicas, como por ejemplo: El TAT, El Rorschach; etc., suelen ofrecer resultados prácticos y confiables, en un corto lapso de tiempo, pues su administración es bastante sencilla, y tiene un costo muy económico para ser utilizado en varias instituciones.

A continuación se presentan las listas que se obtuvieron de acuerdo al número de casos de ingresos por suicidio durante 1983-1984. Los datos fueron recopilados por el departamento de Estadística del Servicio Médico Forense (SEMEFO).

Estas se encuentran clasificadas de la siguiente manera:

- Ingresos por causa y por mes.
- Defunciones por suicidio según diagnósticos de Autopsia.
- Mecanismo empleado en Suicidio.

CUADRO I  
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS DEFUNCIONES POR  
SUICIDIO SEGUN DIAGNOSTICO DE AUTOPSIA  
DISTRITO FEDERAL, MEXICO  
1983 - 1984.

DIAGNOSTICO DE AUTOPSIA	1975	1976	1977	1978	1979	TOTAL	%
Herida por proyectil de arma de fuego penetrante de cráneo	98	96	89	94	83	460	28.21
Herida por proyectil de arma de fuego penetrante de tórax	12	11	22	13	30	88	5.40
Herida por proyectil de arma de fuego penetrante de abdomen	0	0	4	6	3	13	0.80
Herida por proyectil de arma de fuego penetrante de tórax y a.	5	2	2	0	0	9	0.55
Asfixia por ahorcamiento	75	96	116	84	125	496	30.42
Congestión visceral generalizada por ingestión de medicamentos	24	46	47	50	53	220	13.49
Traumatismo cráneo-tóraco-abdominal	6	7	7	9	4	33	2.03
Traumatismo cráneo-tóraco-abdomino-pélvico	0	5	11	5	5	26	1.59
Traumatismo cráneo-torácico	0	0	1	3	0	4	0.24
Herida por instrumento punzo-cortante en cuello	0	2	4	2	2	10	0.61
Herida por instrumento punzo-cortante Penetrante de tórax	2	2	0	3	0	7	0.42
Herida por instrumento punzo cortante penetrante de tórax y abdomen	2	1	0	0	1	4	0.24
Herida por instrumento punzo cortante penetrante de abdomen.	0	2	0	0	1	3	0.18
Herida por instrumento punzo cortante en miembro torácico	0	1	1	0	0	2	0.12
Herida por instrumento punzo cortante en miembro pélvico	0	0	1	0	0	1	0.06
Dispensa de autopsia	20	30	22	12	22	106	6.50
Otros	32	20	27	26	18	123	7.55
						1631	100.00

Fuente: Departamento de Estadística del Servicio Médico Forense.

NUMERO DE INGRESOS POR CAUSA Y POR MES

1983 - 1984.

	C A U S A S												Total
	Tránsito	Hogar	Trabajo	Vía Pública	Recrea.	Baños-P	Escuela	Homic.	Suicidios	Enferm.	Se ignora	Otra	
Diciembre	261	40	18	1	3	0	0	128	25	92	0	0	568
Enero	152	51	15	5	1	2	0	98	26	97	47	4	498
Febrero	178	48	22	1	5	0	0	99	27	76	26	0	482
Marzo	178	53	15	0	1	1	0	94	40	79	0	0	461
Abril	136	49	10	18	4	2	1	110	31	99	9	1	469
Mayo	171	73	21	12	3	0	1	100	32	84	0	3	500
Junio	140	46	26	6	4	1	0	100	33	72	23	12	463
Julio	142	41	11	7	7	4	0	90	21	86	2	1	422
Agosto	130	48	28	13	1	4	0	108	29	103	20	6	490
Septiembre	140	59	29	8	4	4	0	101	31	77	0	0	453
Octubre	158	46	17	7	1	1	0	114	35	97	4	2	482
	1933	622	234	80	38	21	2	1249	356	1053	164	29	5783

## MECANISMO EMPLEADO EN SUICIDIOS

1983 - 1984

II SUICIDIOS	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N
Arma de Fuego:												
P.C.	14	8	8	12	12	15	12	7	12	3	7	2
P.T.A.	0	0	1	2	1	0	0	1	1	0	0	2
P.T.	0	1	1	0	0	2	1	1	0	0	2	1
P.A.	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0
Arma Blanca P.T.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0
Traumatismos	0	0	0	2	1	4	0	0	1	3	7	0
Intoxicación	3	9	4	13	10	4	7	4	2	8	7	7
Ahorcamiento	8	8	13	10	6	7	12	7	12	15	12	7
<b>Total:</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>40</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>21</b>	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>35</b>	<b>26</b>

MECANISMO EMPLEADO EN SUICIDIOS

1983 - 1984

II. SUICIDIOS	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N
Arma de Fuego:												
P.C.	14	8	8	12	12	15	12	7	12	3	7	2
P.T.A.	0	0	1	2	1	0	0	1	1	0	0	2
P.T.	0	1	1	0	0	0	2	1	1	0	2	1
P.A.	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0
Arma blanca P.T.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0
Traumatismos	0	0	0	2	1	4	0	0	1	1	7	0
Intoxicación	3	9	4	13	10	4	7	4	2	8	7	7
Ahorcamiento	8	8	13	10	6	7	12	7	12	15	12	7
P.C.T.A.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Total:	25	26	27	40	31	32	33	21	29	31	35	26

## CAPITULO V.- METODOLOGIA .

## Planteamiento del Problema:

Existen serias repercusiones ante el fenómeno del suicidio ya que es un problema complejo en el que interactúan algunas causas físicas sociales y psicológicas.

Sin embargo estas últimas han sido poco estudiadas, ya que únicamente se le ha dado importancia a los factores de tipo económico o estadístico de jano al márgén los elementos psicológicos que se encuentran presente en cada individuo que intenta esta conducta suicida.

Uno de los factores que ocupan un lugar elevado para que se de el suicidio es el de los trastornos mentales y específicamente lo encontramos en los pacientes psiquiátricos hospitalizados pues cada día adquieren mayor importancia, debido a que existen elementos conductuales que son desencadenantes para llevar al móvil del suicidio, y desafortunadamente no es posible detectarlo a tiempo.

En cualquier episodio psiquiátrico, como por ejemplo la despersonalización, la confusión, el alcoholismo, el uso crónico de psicofármacos, una historia familiar de suicidios, o incluso una historia de cualquier trastorno psiquiátrico anterior, sugiere la probabilidad de recurrencia con el peligro de cometer el intento o varios intentos de suicidio, (Grollman 1971).

El número de situaciones precipitantes y aspectos casuales, varían de individuo a individuo, por ello deben considerarse también, todo evento biográfico de la persona.

Debido a que cada individuo es único, la descripción de la personalidad es la pauta para describir cuales son los elementos de tipo psicológico que intervienen en el paciente psiquiátrico que ha intentado el suicidio.

Para lograr esta descripción de la personalidad en este tipo de pacientes, es necesario encontrar de algún modo la comprensión tanto de los rasgos permanentes de la conducta de una persona según se desarrollan, como los fines y problemas de la vida real con que se enfrenta, de allí que uno de los puntos relevantes de este estudio sea descubrir o describir en el grado que nos sea posible algunos de los rasgos de la estructura de la personalidad. Pues sabemos, que la estructura de la personalidad se refiere a los rasgos únicos persistentes que le dan coherencia y que surgen a través de los papeles que la cultura le asigna y de las experiencias individuales; podemos distinguir entre dos clases: las experiencias comunes en las que participan la mayoría de los individuos y que crecen en una cultura dada, y las experiencias únicas o individuales, no predictibles a partir de la cultura.

Por otra parte la sintomatología depresiva se presenta en diversos desórdenes psiquiátricos, generalmente esta mezclada con otro tipo de patologías, y en el caso de los pacientes con intentos de suicidio esta es frecuente, ya que existe una estrecha relación entre la depresión y la melancolía con el suicidio (Poldinger W. 1969).

Se ha observado en la práctica clínica que los pacientes depresivos son el grupo de mayor riesgos suicida, uno de los principales elementos que

presentan los pacientes con riesgo suicida, es la desesperanza, y la mayoría de las veces se debe a distorsiones cognitivas a la realidad circunstancial, que generalmente se derivan de premisas erróneas.

En general se puede considerar que un porcentaje elevado de la población presenta los intentos de suicidio, para nuestro estudio hemos observado que este porcentaje aumenta en la población psiquiátrica (Farberow N. - Scheneidman 1969).

Tomando en cuenta que existen factores de tipo psicológico como son los rasgos de personalidad y la depresión, que puedan ser los contribuyentes para que se presente la conducta suicida, se plantea el problema de estudio de ¿Cómo detectar algunos de los rasgos de la personalidad y la depresión que se desencadenan en los pacientes psiquiátricos con intentos de suicidio?

Es importante mencionar que la expresión de la personalidad es tan diversa que hay muchas formas de caracterizar a un individuo, debido a que existen varias clases de unidades de apreciación de estas (disposiciones motivacionales, rasgos estilísticos y expresivos, tendencias patológicas, etc.). Por ello se han diseñado algunos instrumentos que nos permitan medir la personalidad.

El **objetivo** principal de este estudio fue determinar si existen diferencias entre el intento de suicidio de los pacientes psiquiátricos - y los rasgos de personalidad, de acuerdo con el inventario Multifásico de la Personalidad así como si existen diferencias entre el intento de suicidio de estos pacientes, y la Depresión de acuerdo con la -- escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung. Además la relevancia de esta investigación radica en que mediante este estudio se intenta - conocer si existen elementos para determinar un perfil en este tipo de pacientes, de Acuerdo con el Inventario Multifísico (MMPI).

Otro aspecto, que también es importante para este estudio es que a través de los resultados de la Escala de Autoevaluación de la Depresión de ZUNG, se de a conocer el Grado de depresión en el que se encuentran los pacientes hospitalizados que han intentado el suicidio.

La detección de estos factores como la (depresión y los rasgos de personalidad) funcionan como elementos de riesgo.

Este estudio se realizó también para proponer, que se tomen en cuenta, no sólo analizando los casos aislados de pacientes con intentos de suicidio, sino que se consideren como uno de los puntos importantes a los rasgos de personalidad de cada uno de los pacientes que presenta esta conducta.

Entre los más importantes para medir ésta se encuentra el cuestionario - multifásico de la Personalidad MMPI, es un ejemplo de instrumento autome didor que se encarga de la autodescripción de la personalidad y nos reve la las tendencias psicopatológicas de un individuo; Considerando estos as pectos el MMPI, es el instrumento más útil para el estudio que nos ocupa.

A continuación se citan las formulaciones de la Hipótesis para nuestro estudio.

#### HIPOTESIS CONCEPTUAL.

SI HAY RELACION EN LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS ENTRE INTENTOS DE SUICIDIO Y RASGOS DE LA PERSONALIDAD.

SI HAY RELACION EN LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS ENTRE INTENTOS DE SUICIDIO Y DEPRESION.

## **FORMULACION DE HIPOTESIS.**

### **Hipótesis de Trabajo:**

#### Hipótesis Alterna.-

Hi.- Existen diferencias significativas en los rasgos de Personalidad de pacientes con intentos de suicidio, en comparación con otro grupo de pacientes que no han presentado intentos de suicidio.

#### Hipótesis Nula.-

Ho.- No existen diferencias significativas en los rasgos de Personalidad de pacientes con intentos de suicidio, en comparación con otro grupo de pacientes que no han presentado intentos de suicidio.

#### Hipótesis Alterna.-

Hi.- Existen diferencias significativas en el Índice de Depresión de pacientes con intentos de suicidio, de acuerdo a la escala de autoevaluación de Zung, en comparación con otro grupo de pacientes que no han presentado intentos de suicidio.

Ho.- No existen diferencias significativas en el Índice de Depresión de pacientes con intentos de suicidio, de acuerdo a la escala de autoevaluación de Zung, en comparación con otro grupo de pacientes que no han presentado intentos de suicidio.

A continuación se plantean cada una de las Hipótesis de Trabajo para cada una de las escalas del (MMPI) Inventario Multifásico de la Personalidad.

Hi.- Existen diferencias significativas en la escala "L" (Puntaje de Mentira) del MMPI, en pacientes que tienen intentos de suicidio, en comparación de otro grupo con pacientes que no tienen antecedentes de intentos de suicidio.

Ho.- No existen diferencias significativas en la escala "L" del MMPI, en pacientes que tienen intentos de suicidio, en comparación con otro de pacientes que no tienen antecedentes de intentos de suicidio.

Hi.- Existen diferencias significativas en la escala "F" (Puntaje de Validez) del MMPI, en pacientes que tienen intentos de suicidio, en comparación con otro grupo de pacientes que no tienen antecedentes de intentos de suicidio.

Ho.- No existen diferencias significativas en la escala "F" del MMPI, en pacientes que tienen intentos de suicidio, en comparación con otro grupo de pacientes que no tienen antecedentes de intento de suicidio.

Hi.- Existen diferencias significativas en la escla "K" (Puntaje de corrección) del MMPI, en pacientes que tienen intentos de suicidio, en comparación con otro grupo de pacientes que no tienen antecedentes de intentos de suicidio.

## FORMULACION DE HIPOTESIS.

### Hipótesis de Trabajo:

#### Hipótesis Alterna.-

Hi.- Existen diferencias significativas en los rasgos de Personalidad de pacientes con intentos de suicidio, en comparación con otro grupo de pacientes que no han presentado intentos de suicidio.

#### Hipótesis Nula.-

Ho.- No existen diferencias significativas en los rasgos de Personalidad de pacientes con intentos de suicidio, en comparación con otro grupo de pacientes que no han presentado intentos de suicidio.

#### Hipótesis Alterna.-

Hi.- Existen diferencias significativas en el Índice de Depresión de pacientes con intentos de suicidio, de acuerdo a la escala de autoevaluación de Zung, en comparación con otro grupo de pacientes que no han presentado intentos de suicidio.

Ho.- No existen diferencias significativas en el Índice de Depresión de pacientes con intentos de suicidio, de acuerdo a la escala de autoevaluación de Zung, en comparación con otro grupo de pacientes que no han presentado intentos de suicidio.

- Ho.- No existen diferencias significativas en la escala "K" del MMPI, en pacientes que tienen intentos de suicidio en comparación con otro grupo de pacientes que no tienen antecedentes de intentos de suicidio.
- Hi.- Existen diferencias significativas en la escala 1 (Hs) Hipocondriasis, del MMPI, en pacientes que tienen intentos de suicidio en comparación con otro grupo de pacientes que no tienen antecedentes de intentos de suicidio.
- Ho.- No existen diferencias significativas en la escala 1 (Hs) Hipocondriasis, del MMPI en pacientes que tienen intentos de suicidio en comparación con otro grupo de pacientes que no tienen antecedentes de intentos de suicidio.
- Hi.- Existen diferencias significativas en la escala 2(D) Depresión, del MMPI, en pacientes que tienen intentos de suicidio en comparación con otro grupo de pacientes que no tienen antecedentes de intentos de suicidio.
- Ho.- No existen diferencias significativas en la escala 2(D) Depresión del MMPI, en pacientes que tienen intentos de suicidio en comparación con otro grupo de pacientes que no tienen antecedentes de intentos de suicidio.
- Hi.- Existen diferencias significativas en la escala 3(Hi) Histeria del MMPI, en pacientes que tienen intentos de suicidio en comparación

con otro grupo de pacientes que no tiene antecedentes de intentos de suicidio.

Ho.- No existen diferencias significativas en la escala 3(Hi) Histeria del MMPI, en pacientes que tienen intentos de suicidio en comparación de pacientes que no tienen antecedentes de intentos de suicidio.

Hi.- Existen diferencias significativas en la escala 4(Dp) Desviación Psicopática, del MMPI, en pacientes que tienen intentos de suicidio en comparación con otro grupo de pacientes que no tienen antecedentes de intentos de suicidio.

Ho.- No existen diferencias significativas en la escala 4(Dp) Desviación Psicopática, del MMPI, en pacientes que tienen intentos de suicidio en comparación con otro grupo de pacientes que no tienen antecedentes de intentos de suicidio.

Hi.- Existen diferencias significativas en la escala 5(Mf) Masculinidad-Femenidad, del MMPI en pacientes que tienen intentos de suicidio en comparación con otros grupos de pacientes que no tienen antecedentes de intentos de suicidio.

Ho.- No existen diferencias significativas en la escala 5(Mf) Masculinidad-Femenidad, del MMPI en pacientes que tienen intentos de suicidio en comparación con otro grupo de pacientes que no tienen antecedentes de intentos de suicidio.

- Hi.- Existen diferencias significativas en la escala 6(Pa) Paranoífa, - del MMPI en pacientes que tienen intentos de suicidio en comparación con otro grupo de pacientes que no tienen antecedentes de in tentos de suicidio.
- Ho.- No existen diferencias significativas en la escala 6 (Pa) Paranoífa, del MMPI en pacientes que tienen intentos de suicidio.
- Hi.- Existen diferencias significativas en la escala 7(pt) Psicastenífa, del MMPI en pacientes que tienen intentos de suicidio en comparación con otro grupo de pacientes que no tiene antecedentes de in tentos de suicidio.
- Ho.- No existen diferencias significativas en la escala 7(Pt) Psicaste- nífa, del MMPI en pacientes que tienen intentos de suicidio en com paración con otro grupo de pacientes que no tienen antecedentes de intentos de suicidio.
- Hi.- Existen diferencias significativas en la escala 8 (Es) Esquizofre nía del MMPI, en pacientes que tienen intentos de suicidio en com paración con otro grupo de pacientes que no tienen antecedentes de in tentos de suicidio.
- Ho.- No existen diferencias significativas en la escala 8(Es) Esquizo- frenífa del MMPI, en pacientes que tienen intentos de suicidio en comparación con otro grupo de pacientes que no tienen antecedentes de in tentos de suicidio.

- Hi.- Existen diferencias significativas en la escala 9(Ma) Hipomanía del MMPI, en pacientes que tienen intentos de suicidio en comparación con otro grupo de pacientes que no tienen antecedentes de intentos de suicidio.
- Ho.- No existen diferencias significativas en la escala 9 (Ma) Hipomanía del MMPI en pacientes que tienen intentos de suicidio en comparación con otro grupo de pacientes que no tienen antecedentes de intentos de suicidio.
- Hi.- Existen diferencias significativas, en la escala 0 (Si) Introversión-Extroversión del MMPI en pacientes que tienen intentos de suicidio en comparación con otro grupo de pacientes que no tienen antecedentes de intentos de suicidio.
- Ho.- No existen diferencias significativas en la escala 0 (Si) Introversión del MMPI, en pacientes que tienen intentos de suicidio en comparación con otro grupo de pacientes que no tienen antecedentes de intentos de suicidio.

## DEFINICION DE VARIABLES.

### Variable Independiente.-

El reporte de Intento de suicidio de cada paciente hospitalizado.

El grupo de pacientes psiquiátricos con intentos de suicidio, estará dado por los expedientes en el que se reporta dicha tentativa, de acuerdo con la historia clínica.

### Variable Dependiente

Para este estudio utilizamos dos variables dependientes como sigue:

- Las características de personalidad de acuerdo con las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI)
- El índice de Depresión de la escala de Autoevaluación de ZUNG.

### **Selección de la Muestra:**

Se seleccionaron con base en expediente del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" de la S.S. a los pacientes que tuvieran como antecedente mínimo un intento de suicidio, y a otro grupo de pacientes del mismo hospital, que no presentaran intentos de suicidio.

A estos grupos por separado se les aplicaron las pruebas del MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad) y La escala de Depresión ZUNG, luego de una breve entrevista, para confirmar la información.

Cada grupo constó de 30 pacientes psiquiátricos, de los cuales 15 son del sexo femenino y 15 masculinos.

Los requisitos para la selección también fueron:

- a).- Escolaridad mínima de Secundaria.
- b).- Que no presentaran deficiencias intelectuales, ni en los estados de conciencia.
- c).- Comprensión de las instrucciones así como del material a utilizar en la aplicación.

El Escenario donde se desarrollo la aplicación fue un cubículo del Hospital.

### **MATERIAL:**

- a).- Hoja de respuesta del MMPI
- b).- Protocolo de MMPI
- c).- Hojas de respuesta del ZUNG,
- d).- Lápices.

## PROCEDIMIENTO.

Se realizó la selección de pacientes de acuerdo a los datos de su expediente, tomando en cuenta los criterios de selección anteriormente planteados; (mínimo un intento de suicidio) para formar el primer grupo que constaba de 30, 15 hombres y 15 mujeres, constituyendo el grupo experimental.

Después para el segundo grupo que también estuvo formado por 30, 15 hombres y 15 mujeres, pero con la diferencia de no tener hasta el momento según los expedientes ningún intento de suicidio, a este grupo lo denominamos grupo control.

Para ambos grupos se aplicaron:

Entrevista semiestructurada, para la obtención de datos como causas y circunstancias en las que se dieron los intentos de suicidio esto para el grupo experimental solamente; ya que para el grupo control, la entrevista se llevó a cabo para obtener el motivo de su internamiento y para verificar que efectivamente no hubiera antecedentes de intentos de suicidio.

Una vez realizada la entrevista en forma individual, se procedió a la aplicación de los instrumentos como sigue:

- a).- El inventario Multifásico de la Personalidad MMPI .
- b).- La Escala de autoevaluación de ZUNG.

Los instrumentos de medición que se utilizaron en este estudio son: El - Inventario Multifásico de la Personalidad (M.M.P.I) para detectar los rasgos de Personalidad; y la Escala de Autoevaluación de Zung, para determinar el índice de Depresión.

A continuación se describe el MMPI no sin antes mencionar que este instrumento es útil para nuestro estudio debido a que su objetivo fundamental es definir las áreas clínicas más importantes de la personalidad, considerando tanto los síntomas como la estructura de la personalidad.

Como también es un instrumento que explora simultáneamente diferentes rasgos de personalidad, e incluso precisando el grado de adaptación por sector (familiar, social, etc.;

Estos elementos del MMPI, son de valiosa colaboración para esta investigación, ya que tienen como tarea principal, definir cuales son los rasgos de personalidad de cada uno de los pacientes de nuestra muestra, y si existen diferencias entre un grupo de pacientes que han intentado el suicidio en comparación con otro grupo que no tienen esta premisa.

#### **DESCRIPCION DEL M.M.P.I.**

Desde su aparición el MMPI ha llegado a ser uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de la personalidad, no sólo en el campo de la Psicología Clínica sino en otras áreas. La razón de esto puede ser que por una parte permite reconocer el grado de validez de cada una de las escalas desarrolladas y por otra constituye un documento mediante el cual a través de sus reactivos un individuo define sus propias características

y la imagen que tiene de sí mismo.

También es un instrumento psicométrico diseñado para preveer, en una sola prueba puntajes de las frases más importantes de la personalidad; Se utiliza también para lograr una separación objetiva entre personas que poseen rasgos de personalidad alterados y no alterados.

Los estudios sobre el Inventario Multifásico de la Personalidad comenzaron a realizarse desde hace más de 35 años, y fue publicado por primera vez en 1940, ha sido modificado varias veces hasta llegar a constituirse en una de las mejores técnicas de Inventario en la evaluación de la Personalidad, manejándose inclusive en forma automatizada;

- A continuación se presentan algunas de las combinaciones de las escalas del MMPI que describen las principales características de personalidad por grupo. Estas se observaron en Pacientes psiquiátricos, que presentan conductas de autodestrucción con tendencias suicidas.

## Características de algunas Combinaciones Especiales en Perfiles del MMPI

Las combinaciones del MMPI siguientes pueden ser consideradas como relevantes si su nivel de elevación es notoria en sus puntajes y ha sido administrado en Hospitales Psiquiátricos. (Rivera, J.O. 1987).

### Combinación 462/642.

Las principales características de este perfil son los componentes depresivos y se manifiesta a través de actitudes de negativismo, abatimiento o intentos y amenazas de suicidio. Es frecuente que se manifiesten problemas en el control de impulsos, dando lugar a acciones que revelan fallas de juicio crítico.

### Combinación 846/468.

Los rasgos caracterológicos de este perfil tienden hacia la posibilidad de conductas autodestructivas, en pacientes con elementos de tipo psicótico. Las características implícitas en las tres escalas se refieren a -descargas impulsivas caóticas, con un pobre contacto con la realidad. En estos casos los elementos de agresividad de la escala 6, parecen desorganizarse y volverse contra el paciente, destruyéndose así mismo.

### Combinación 24789/ y sus posibles combinaciones.

Los componentes de este tipo de perfiles, indican la presencia de un alto riesgo de conductas autodestructivas, en pacientes con características neuróticas y elementos marcadamente depresivos en la personalidad. En estos casos los niveles de las escalas 4 y 9, son decisivos para evaluar

el riesgo de que el paciente lleve a la acción sus ideas o fantasías - suicidas.

Combinación 278/872.

La elevación en la escala 2 (D) es característico en las personas que - presentan un perfil en donde los elementos depresivos son los más importantes, los sentimientos de pesimismo y abatimiento se expresan a través de manifestaciones de desesperanza y cerca del 65% de este tipo de casos verbalizan ideas suicidas (Marcks, Seeman, 1974) también estos pacientes presentan síntomas somáticos de fatiga y debilidad, lo cual es común en esta patología. Además existe otra forma de sintomatología que se observa en el curso del pensamiento, revelando que este puede estar bastante alterado. Por lo que generalmente se cataloga a estas personas como esquizofrenoides o esquizofrénicas, ya que parecen ser incapaces de expresar sus emociones en forma moderada y adaptativa, presentando también - dificultades en la concentración.

Generalmente estos pacientes han manifestado una prolongada historia de aislamiento, describiendo como rechazante la actitud de sus padres hacia ellos.

Por lo común tienden a vivir importantes sentimientos de culpa, a preocuparse fácilmente, aún ante situaciones cotidianas y a mostrarse frágiles y amenazados ante la menor expresión de rechazo u hostilidad del ambiente

hacia ellos.

Inclusive pueden llegar a presentar respuestas de emergencia cuando no hay una causa objetiva para ello. (Rivera J. O. 1987).

Otro de los instrumentos que también se utilizaron para llevar a cabo este estudio fue La Escala de Autoevaluación de Zung.

Es un excelente instrumento para determinar o pronosticar La Depresión, en forma rápida y graduada, así también su reproducción es bastante sencilla, ya que en breve lapso se resuelve. Tomando en cuenta que la redacción de sus reactivos está elaborada de manera concreta y simple.

No obstante su validación y fidelidad nos ofrece una buena calidad del instrumento, pudiendo compararse esta con la de algunos Tests.

Es por ello, que este instrumento se seleccionó para establecer el Índice de Depresión de nuestra población, Es una de las Patologías que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con intentos de suicidio, como ya se ha planteado anteriormente.

De esta forma el instrumento arrojará el grado de Depresión de cada uno de los pacientes, de la muestra.

#### a). DESCRIPCION.

Esta escala esta planteada de tal manera que índice bajo indica poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significancia clínica. (Tabla 2) (Diagnóstico).

Las declaraciones de la escala están redactadas en el lenguaje común y de uso diario de los pacientes. En ocasiones los enfermos tendrán dudas sobre ciertas delcaraciones. Algún paciente se le ocurrirá preguntar como contestar el tema No. 5 siendo que está a dieta y en consecuencia no come igual que antes; en este caso se le pide al enfermo que conteste - como si no estuviera a dieta.

Se han incorporado ciertas medidas de protección, comunes a todas las - pruebas psicológicas, en las delcaraciones y en los encabezados de las columnas de calificación. Pero el paciente no podrá discernir alguna tendencia en sus respuestas porque la mitad de sus declaraciones estan redactadas de manera positiva y la otra mitad como sintomáticamente negativas.

Por ejemplo el primer tema, "Me siento abatido y melancólico", es positivo. El segundo "En la mañana me siento mejor", es una declaración negativa que refleja lo contrario del estado de ánimo de la mayoría de -- los pacientes deprimidos, que se sienten peor por la mañana.

Los temas redactados negativamente se identifican mediante los asteriscos de la cubierta transparente y las palabras clave de las declaraciones negativas aparecen con letras mayúsculas en la tabla 3 (Relación de los sin tomas de Depresión con los temas de la Escla AMD)...

**b).- ADMINISTRACION DEL ZUNG.**

Se da al paciente la lista de declaraciones y se le pide que ponga una - marca en el recuadro más aplicable a su caso en el momento de hacer la - prueba. Para obtener la medición de la depresión del paciente, la escala terminada se coloca bajo la cubierta transparente para hacer la calificación y se escribe en el margen el valor indicado para cada declaración y luego se suma; esta calificación básica se convierte entoncés a un índice basado en 100 de la tabla 1 (Índice AMD)

**c).- Como usar la escala AMD.**

La escala para medir la depresión comprende una lista de 20 declaraciones. Cada declaración se refiere a una característica específica y común de la depresión. Los 20 temas esbozan de manera comprensiva, los síntomas ampliamente reconocidos como desórdenes de la depresión. A un lado de las declaraciones aparecen 4 columnas cuyos encabezados dicen: MUY POCAS VECES, LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y CONTINUAMENTE.

## PROCESO ESTADISTICO.

En este estudio utilizamos el Análisis de Varianza Factorial, con la Prueba "F" para establecer las diferencias entre dos grupos, con una variable, de tal manera que logremos obtener los siguientes puntos:

1o.- Los grados de Libertad, Entre y Dentro de los grupos.

2o. La Suma de Cuadrados.

3o.- Cuadrados Medios.

4o.- Nivel de Significación (F).

## NIVEL DE SIGNIFICACION.

Para este caso utilizamos dos niveles de significación .

- 01, 01 y 0,05 .

En la práctica de acuerdo a la muestra se acostumbra a utilizar los niveles de significación de 0,05 y 0,01 aunque igualmente pueden emplearse otros valores.

Para ejemplificar estos niveles tenemos que:

Si tomamos el nivel de significación del 0.05 ó 5% al diseñar nuestras Hipótesis, encontramos que hay aproximadamente 5 ocasiones en 100 en que se rechazarán las hipótesis cuando deba ser aceptada, es decir, se está con un 95% de confianza de que se toma la decisión adecuada. En tal caso se dice que la hipótesis ha sido rechazada al nivel de significación

del 0,05 lo que significa que se puede cometer error con una probabilidad de 0,05.

Por otra parte, para aquellas escalas que resultaron significativas se aplicó la "Diferencia Mínima Significativa" cuya fórmula es:

$$DMS = \frac{(1 + 1) SC_{ME} F(1, gl E)}{n_1 n_2}$$

Para graficar el perfil del MMPI se tomarón solamente los puntajes "T" - de acuerdo a la siguiente formula:

$$T = 10 \frac{(X - \bar{X})}{S} + 50$$

## CAPITULO VI.- RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

A continuación se mencionan los resultados que se obtuvieron a través del tratamiento estadístico para este estudio.

En este caso se utilizó el Análisis de Varianza Factorial con la prueba "F", y para ejemplificar estos resultados se elaboraron los cuadros que a continuación se presentan, en grupos de cada una de las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad, y a la Escala de Autoevaluación de ZUNG.

M M P I

ESCALA L  
 SUICIDAS                      NO SUICIDAS

Femeninos 58.46	Femeninos 56.20
Masculinos 56.27	Masculinos 55.00

"F" = 0.25 N.S.

ESCALA F  
 SUICIDAS                      NO SUICIDAS

Femeninos 96.62	Femeninos 92.60
Masculinos 74.93	Masculinos 66.60

"F" = 1.439198 N.S.

\* = 0.05 "F" - 4.2

\*\* = 0.01 "F" - 7.12

ESCALA K

SUICIDAS	NO SUICIDAS
Femeninos 48.62	Femeninos 47.47
Masculinos 49.73	Masculinos 50.07

"F" = 0.32 N.S.

ESCALA 1 HIPOCONDRIASIS (Hs)

SUICIDAS	NO-SUICIDAS
Femeninos 63.46	Femeninos 64.60
Masculinos 64.53	Masculinos 68.07

"F" = 0.49 N.S.

ESCALA 2 DEPRESION (D)

SUICIDAS	NO-SUICIDAS
Femeninos 68.77	Femeninos 67.13
Masculinos 79.73	Masculinos 73.73

"F" = 2.13 N.S

\* 0.05

\*\* 0.01

ESCALA 3 HISTERIA (Hi)

SUICIDAS	NO-SUICIDAS
Femeninos 62.46	Femeninos 61.20
Masculinos 64.40	Masculinos 64.47

"F" = 0.56 N.S.

ESCALA 4 DESVIACION PSICOPATICA (Dp)

SUICIDAS	NO-SUICIDAS
Femeninos 77.85	Femeninos 67.40
Masculinos 68.93	Masculinos 69.27

"F" = 2.10 N.S.

ESCALA 5 MASCULINO FEMENINO (Mf)

SUICIDAS	NO-SUICIDAS
Femeninos 43.00	Femeninos 39.67
Masculinos 67.53	Masculinos 65.13

"F" = 1.662443 N.S.

ESCALA 6 PARANOIA (Pa)

SUICIDAS	NO-SUICIDAS
Femeninos 83.23	Femeninos 77.40
Masculinos 66.80	Masculinos 65.40

"F" = .768766 N.S.

ESCALA 7 PSICASTENIA (Pt)

SUICIDAS	NO-SUICIDAS
Femeninos 70.69	Femeninos 67.53
Masculinos 76.60	Masculinos 62.87

"F" = 5.892363 \*

ESCALA 8 ESQUIZOFRENIA (Es)

SUICIDAS	NO-SUICIDAS
Femeninos 89.92	Femeninos 82.67
Masculinos 87.73	Masculinos 73.00

"F" = 2.26 N.S.

ESCALA 9 HIPOMANIA (Ma)

SUICIDAS	NO-SUICIDAS
Femeninos 76.15	Femeninos 74.13
Masculinos 68.87	Masculinos 62.87

"F" = 1.685 286 N.S.

ESCALA 0 INTROVERSION - EXT.

SUICIDAS	NO-SUICIDAS
Femeninos 59.31	Femeninos 59.33
Masculinos 58.73	Masculinos 58.73

"F" = .01 N.S.

ESCALA DE AUTOEVALUACION DE ZUNG

SUICIDAS	NO-SUICIDAS
Femeninos 52.00	Femeninos 42.07
Masculinos 48.20	Masculinos 44.67

"F" = 9.80777 \*\*

\* 0.05  
\*\* 0.01

Como información complementaria se observó que gracias al proceso estadístico utilizado en este estudio se encontraron diferencias significativas en las escalas del MMPI y ZUNG, en cuanto a la variable por sexo; cabe aclarar que esta variable por sexo no se había contemplado para esta investigación.

ESCALA F

SUICIDAS	NO-SUICIDAS
Femeninos 96.62	Femeninos 92.60
Masculinos 74.93	Masculinos 66.60

"F" = 21.05326 \*\*

ESCALA 5 MASCULINO FEMENINOS (Mf)

SUICIDAS	NO-SUICIDAS
Femeninos 43.00	Femeninos 39.67
Masculinos 67.53	Masculinos 65.13

"F" = 128.1522 \*\*

ESCALA 6 PARA01A (Pa)

SUICIDAS	NO-SUICIDAS
Femeninos 83.23	Femeninos 77.40
Masculinos 66.80	Masculinos 65.40

"F" = 12.3005

0.05 = \* "F" - 4.02

0.01 = \*\* "F" - 7.12

ESCALA 9 HIPOMANIA (Ma)

SUICIDAS	NO-SUICIDAS
Femeninos 76.15	Femeninos 74.13
Masculinos 68.67	Masculinos 62.87

"F" = 9.493764 \*\*

ESCALA DE AUTOEVALUACION DE ZUNG

SUICIDAS	NO-SUICIDAS
Femeninos 52.00	Femeninos 42.07
Masculinos 48.20	Masculinos 44.67

"F" = 5.189076 \*

0.05 \* "F" - 4.02

0.01 \*\* "F" - 7.12

## GRUPO MASCULINO.

## TABLA ESTADISTICA COMPARATIVA:

ESCALA	SUICIDAS	NO-SUICIDAS	NIVEL	SIGNIFICAN	PRUEBA	VARIABLES.
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	.05	.01	"F"	SEXO -SUICIDIO.
L	56.27	55.00			0.27	N.S.
F	74.93	66.60		.01	1,439199	** N.S.
K	49.73	50.07			0.32	N.S.
1 HIPOCONDRIASIS	64.53	68.07			0.49	N.S.
2 DEPRESION	79.73	73.73			2.13	N.S.
3 HISTERIA	64.40	64.47			0.56	N.S.
4 DEPRESION PSICOPATICA	68.93	69.27			2.10	N.S.
5 MASC. - FEM.	67.53	65.13		.01	1,662443	** N.S.
6 PARANOIA	66.80	65.40		.01	.768776	** N.S.
7 PSICASTENIA	76.60	62.87	.05		5.892363	NS. *
8 ESQUIZOFRENIA	83.73	73.00			2.26	N.S.
9 HIPOMANIA	68.67	62.87		.01	1,685286	** N.S.
0 INTROVERSION EXTRFOVERSION	58.73	58.73		.01	.01	N.S.
AUTOEVALUACION DE						
ZUNG.	48.20	44.67	.05	.01	9.80777	* **
= .05	F= 4.02	*				
= .01	F= 7.12	**				

## GRUPO FEMENINO.

TABLA ESTADISTICA COMPARATIVA.

ESCALA	SUICIDAS X	NO-SUICIDAS X	NIVEL .05	SIGNIFICAN .01	PRUEBA "F"	VARIABLES. SEXO - SUICIDIO.
L	58.46	56.20			0.25	N.S.
F	96.62	92.60		.01	1.439198**	N.S.
K	48.62	47.47			0.32	N.S.
1 HIPOCONDRIAS	63.46	64.60			0.49	N.S.
2 DEPRESION	68.77	67.13			2.13	N.S.
3. HISTERIA	62.46	61.20			0.56	N.S.
4. DESVIACION PSICOPATICA	77.85	67.40			2.10	N.S.
5. FEMENINO MASCULINO	43.00	39.67		.01	1.662443**	N.S.
6. PARANOIA	83.23	77.40		.01	.768776**	N.S.
7. PSICASTENIA	70.69	67.53	.05		5.892363 N.S.	*
8. ESQUIZOFRENIA	87.92	82.67			2.26	N.S.
9. HIPOMANIA	76.15	74.13		.01	1.685286**	N.S.
0 INTROVERSION EXTROVERSION	59.31	59.33			.01	N.S.
AUTOEVALUACION DE ZUNG.	52.00	42.07	.05	.01	9.80777	**

= .05 F = 4.02 \*

= .01 F = 7.12 \*\*

De acuerdo a los resultados que se obtuvieron a través de la aplicación del Análisis de Varianza Factorial con la prueba "F" se encontraron los siguientes datos para el MMPI y la escala de Autoevaluación de ZUNG se hace notar que en aquellas escalas donde se encontró que había diferencias se aplicó también la prueba de las Diferencias Mínimas Significativas (DMS) con la cual se observaron algunos de las diferencias de acuerdo a la variable por sexo.

#### RESULTADOS DEL ANALISIS DE VARIANZA CON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS DE LOS PACIENTES SUICIDAS Y NO-SUICIDAS.

##### En relación a la Primera Hipótesis Planteada:

"Si hay diferencias en los pacientes psiquiátricos entre intentos de suicidio y rasgos de Personalidad".

Se obtuvo "L" (puntaje de mentira).

Se obtuvo en esta escala "L" un nivel  $F=0.25$  por lo tanto dicho resultado no es significativo al .01 y .05 por lo que se acepta la Hipótesis Nula ( $H_0$ ): "no existen diferencias significativas en la escala "L" (puntaje de mentira) de los pacientes suicidas, en comparación de los pacientes NO-SUICIDAS"; y se rechaza la Hipótesis Alternativa ( $H_1$ ).

ESCALA "F" (puntaje de validez).

En esta escala se obtuvo un nivel de  $F=1.439198$  por lo cual dicho resultado no es significativo al .01 y .05 y por tanto se acepta la Hipótesis Nula ( $H_0$ ):

"No existen diferencias significativas en la escala "F" (puntaje de validez) de los pacientes suicidas, en comparación de los pacientes No-Suicidas"; y se rechaza la Hipótesis Alternativa (H<sub>1</sub>).

#### **ESCALA K .**

Se obtuvo en esta escala "K" (Corrección) un nivel  $F=0.32$ , no siendo significativo dicho resultado al .01 y .05 por lo cual se acepta la hipótesis Nula (H<sub>0</sub>): "No existen diferencias significativas en la escala K (Corrección) de los pacientes suicidas en comparación de los pacientes No-Suicidas" y se rechaza la Hipótesis Alternativa (H<sub>1</sub>).

#### **ESCALA 1 (Hs) HIPOCONDRIASIS.**

En esta escala se obtuvo un nivel de  $F=0.49$ , no siendo significativo este resultado al .01 y .05 por lo que se acepta la Hipótesis Nula (H<sub>0</sub>): "No existen diferencias significativas en la escala 1 (Hipocondriasis) de los pacientes suicidas en comparación de los pacientes No-Suicidas", y se rechaza la hipótesis Alternativa (H<sub>1</sub>).

#### **ESCALA 2 (D) DEPRESION.**

Se obtuvo en esta escala un nivel de  $F=2.13$ , no siendo significativo dicho resultado al .01 y .05 por lo que se acepta la Hipótesis Nula (H<sub>0</sub>): "No existen diferencias significativas en la escala 2 Depresión

de los pacientes suicidas en comparativas en la escala 2 Depresión de los pacientes suicidas en comparación de los pacientes No-Suicidas", y se rechaza la Hipótesis Alternativa (H<sub>1</sub>).

### **ESCALA 3 (H<sub>1</sub>) HISTERIA.**

En esta escala se obtuvo un nivel  $F=0.56$  no siendo significativo este resultado al  $.01$  y  $.05$  por lo que se acepta la Hipótesis Nula (H<sub>0</sub>): "No existen diferencias significativas en la escala 3 Histeria de los pacientes suicidas, en comparación de los pacientes No-Suicidas" y se rechaza la Hipótesis Alternativa (H<sub>1</sub>).

### **ESCALA 4 (D<sub>p</sub>) DESVIACION PSICOPATICA.**

En esta escala se obtuvo un nivel de  $F=2.10$  por lo tanto no es significativo este resultado al  $.01$  y  $.05$  y se acepta la Hipótesis Nula (H<sub>0</sub>): "No existen diferencias significativas en la escala 4 Desviación Psicopática en los pacientes suicidas en comparación de los pacientes No-Suicidas", y se rechaza la Hipótesis Alternativa (H<sub>1</sub>).

### **ESCALA 5 (M<sub>F</sub>) MASCULINO FEMENINO.**

En esta escala se obtuvo un nivel de  $F=1.662443$  dicho resultado no es significativo al  $.01$  y  $.05$  por lo cual se acepta la Hipótesis Nula (H<sub>0</sub>): "No existen diferencias significativas en la escala 5 Masculino-Femenino de los pacientes suicidas en comparación de los pacientes No-Suicidas", y se rechaza la Hipótesis Alternativa (H<sub>1</sub>).

#### **ESCALA 6 (Pa) PARANOIA.**

En esta escala se obtuvo un nivel de  $F=7.7687766$  dicho resultado no es significativo al .01 y .05 por lo cual se acepta la Hipótesis Nula (Ho): "No existen diferencias significativas en la escala 6 Paranoia de los pacientes suicidas en comparación de los pacientes No-Suicidas" y se rechaza la hipótesis Alternativa (Hi).

#### **ESCALA 7 (Pt) PSICASTENIA.**

En esta escala se obtuvo un nivel de  $F=5.892363$  siendo este resultado significativo al .01 y .05 por lo cual se acepta la Hipótesis Alternativa (Hi): "Existen diferencias significativas en la escala 7 Psicastenia de los pacientes suicidas en comparación de los pacientes No-Suicidas" y se rechaza la Hipótesis Nula (Ho).

#### **ESCALA 8 (Es) ESQUIZOFRENIA.**

Se obtuvo en esta escala un nivel de  $F=2.26$  dicho resultado no es significativo al .01 y .05 por lo cual se acepta la Hipótesis Nula (Ho): "No existen diferencias significativas en la escala 8 Esquizofrenia de los pacientes suicidas en comparación de los pacientes No-Suicidas" y se rechaza la Hipótesis alternativa (Hi).

#### **ESCALA 9 (Ma) HIPOMANIA.**

En esta escala se obtuvo un nivel de  $F=1.685286$  dicho resultado no es significativo al .01 y .05 por lo cual se acepta la Hipótesis Nula (Ho): "no existen diferencias significativas en la escala 9 Hipomanía de los pacientes suicidas en comparación de los pacientes No-Suicidas" y se rechaza la Hipótesis Alternativa (Hi).

#### **ESCALA 0 (Is) INTROVERSION EXTROVERSION.**

Se obtuvo en esta escala un nivel de  $F=.01$  y se acepta la Hipótesis Nula (Ho): "No existen diferencias significativas en la escala 0 Introversión Extroversión de los pacientes suicidas en comparación de los pacientes No-Suicidas" y se rechaza la Hipótesis Alternativa (Hi).

#### En relación a la segunda Hipótesis Planteada:

"Si hay diferencias en los pacientes psiquiátricos entre intentos de suicidio y la Depresión.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Escala de Autoevaluación de la Depresión ZUNG.

Para esta escala se obtuvo un nivel de significación de  $F=9.80777$  siendo dicho resultado significativo al .01 y .05 por lo que se acepta la Hipótesis Alternativa (Hi): "Existen diferencias significativas en la escala de autoevaluación de la Depresión de ZUNG, de los pacientes suicidas, en comparación de los pacientes No-Suicidas", y se rechaza la Hipótesis Nula (Ho).

Resumiendo los resultados obtenidos de acuerdo al proceso estadístico - utilizado (Análisis de Varianza Factorial) con la prueba "F" se concluye lo siguiente:

Primeramente y de acuerdo a nuestra Hipótesis planteada se observó - que para el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) sólo se en- contraron diferencias significativas entre los grupos en la escala 7 -- (Pt) Psicastenia, ya que obtuvo un nivel de significancia de  $F=5.892363$  siendo este significativo al .05, por lo cual se rechaza la Hipótesis - Nula ( $H_0$ ) antes citada y se acepta la Hipótesis Alternativa ( $H_1$ ): "Existen - diferencias significativas en la escala 7 (Pt) Psicastenia de los pa- cientes suicidas en comparación de los pacientes No-suicidas".

Tomando en cuenta que solamente se encontraron diferencias significati- vas en la escala 7 (Pt) psicastenia se concluye que con las diferencias en una sola escala del MMPI, no son suficientes para determinar que a - través de este instrumento de Personalidad sea posible conceptualizar - que hay relación de los pacientes psiquiátricos entre suicidio y los - rasgos de personalidad.

Por lo que respecta a la Escala autoevaluación de la depresión de Zung, se observó que de acuerdo con la prueba "F" se obtuvo un puntaje de 9.- 80777 por lo tanto se rechaza la Hipótesis Nula antes citada y se acepta la Hipótesis Alternativa ( $H_1$ ): "Existen diferencias significativas en la esca- la escala de autoevaluación de ZUNG, de los pacientes suicidas en compa- ración de los pacientes No-suicidas." y se observa que el mayor puntaje esta dado por los grupos (femeninos-masculinos) suicidas; por lo tanto se concluye que existen índices de depresión en este tipo de pacientes.

MMPI  
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chernley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Nombre PEREIRA FEMENINO PAZ SUICIDAS  
Y NO-SUICIDAS (lista de mañá)

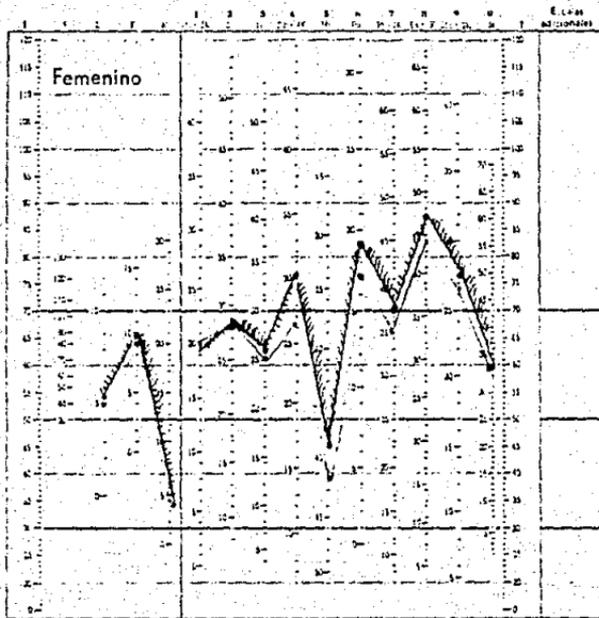
F  
Femenino

Dirección \_\_\_\_\_

Organización \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Refrendo por \_\_\_\_\_



1	2	3	4	5
20	15	12	8	8
25	15	12	8	8
28	14	11	8	8
27	14	11	8	8
25	17	11	8	8
24	12	12	8	8
26	12	10	8	8
23	12	9	8	8
22	11	9	8	8
21	11	8	8	8
15	10	8	8	8
18	10	8	8	8
18	8	7	8	8
17	5	7	8	8
16	8	8	8	8
15	8	8	8	8
14	7	8	8	8
13	7	8	8	8
12	6	8	8	8
11	6	8	8	8
10	5	8	8	8
9	5	4	8	8
8	4	2	8	8
7	3	2	8	8
6	3	2	8	8
5	3	1	8	8
4	2	1	8	8
3	2	1	8	8
2	1	1	8	8
1	1	1	8	8
0	0	0	8	8

NOTAS

86<sup>1</sup> 947-2130:5

----- SUICIDAS  
----- NO-SUICIDAS

Puntuación: 56 56 73 47 64 1 3 6 67 69 11 11 82 74 54  
 CI 56 56 73 47 64 1 3 6 67 69 11 11 82 74 54  
 Puntuación corregida \_\_\_\_\_

SI \_\_\_\_\_  
 CI \_\_\_\_\_



Fecha \_\_\_\_\_

MMPI  
2-4INVENTARIO MULTIFASICO DE LA  
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starko R. Hathaway y J. Chanley McKinley

## PERFIL Y SUMARIO

Nombre PERFIL MASCULINO PAC SUICIDASFecha de nacimiento YAC-52-6-10-45

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

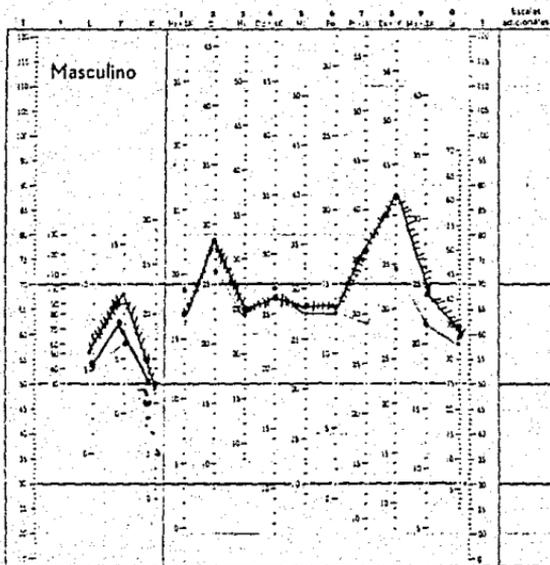
Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Relación por \_\_\_\_\_



Escala adicional

## NOTAS

8" 27-9456310

~~NO~~ SUICIDAS  
NO-SUICIDAS

Puntuación

1	25	66	36	67	73	64	67	63	63	62	73	62	34	51	---
2	56	71	74	64	74	67	67	67	64	76	71	63	23	51	---

Puntuación corregida

D.R. © sobre esta versión por la  
EDITORIAL  
EL MANUAL MODERNO, S.A.Printed by El Manual Moderno, S. A.  
under license of The Psychological Corporation  
© 1944, Copyright 1943, by  
the Univ. of Minn.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

En los grupos femeninos se encuentran más puntuaciones por encima de T 70 en la mayoría de las escalas; observando que ninguno de los grupos se encuentran dentro de la zona de "Normalidad Estadística" (T 55 a T - 45) (Rivera, Ampudia 1976).

Es importante señalar que los psicogramas de la muestra en general se correlacionan claramente con las características de las combinaciones (2,7,8) y (8,6,4) del MMPI; dichas combinaciones especiales han sido citadas por algunas investigaciones (Rivera, Esquivel Luicio, 1987) y que corresponden a los perfiles que ofrecen los pacientes psiquiátricos o bien resultan también en sujetos que acuden a los servicios de Salud. Mental.

De allí que la muestra de este estudio resulto ofrecer para los perfiles masculinos la combinación (2,7,8); y para los perfiles femeninos la combinación (8,6,4); las cuales tienen como características principales los:

Componentes Depresivos, la verbalización suicida, amenazas de suicidio y sobre todo las conductas autodestructivas, todos estos factores se observan en este tipo de pacientes psiquiátricos, a los que también les ha aplicado la escala de autoevaluación de Zung; y reportan un nivel elevado de Depresión.

Por lo que se refiere a las escalas de validez se aprecia que en este caso las configuraciones de dichas escalas son muy similares y que solo existe una pequeña diferencia de dos grados aproximadamente en la escala "F" de los perfiles femeninos en comparación con los perfiles masculinos. En relación a los perfiles que corresponden al sexo masculino se observan los siguientes puntos:

- Las puntuaciones más elevadas de las escalas son observadas por los -  
pacientes psiquiátricos que han presentado el intento de suicidio.

- Se observa también que existen puntuaciones muy similares en lo que -  
corresponde a la denominada tríada Neurotica.

escalas (1,2,3) aunque exista una moderada elevación en la escala (2)  
de los pacientes que presentan intentos de suicidio; esta no es signi-  
ficativa.

- En lo que se refiere a las escalas (4,5,6) se observa que para ambos  
grupos (suicidas y No-suicidas) éstas son muy similares e inclusive -  
casi llegan a cruzarse en algunas escalas .

- Para las escalas (7,8,9,y 0) encontramos realmente lo que serían las  
diferencias entre los grupos masculinos suicidas y No-suicidas, ya que  
existe una puntuación mayormente elevadas para los pacientes que han pre-  
sentado intentos de suicidio, en comparación de los que no han intentado  
suicidarse.

-Para las escalas de Validez se observa que no existen diferencias ya que  
las puntuaciones de ambos grupos suicidas y No-suicidas son muy simi-  
lares, en su configuración.

Para los Perfiles correspondientes al sexo femenino se observó lo siguien-  
te:

- El perfil Femenino tiende a ser un Perfil elevado en su configuración  
general, en el que predominan las escalas que comprenden la denominada  
Tetrada Psicótica (6,7,8,9) ó (6,8,9).

- Las puntuaciones más elevadas de las escalas se observan en los pacien-  
tes psiquiátricos con intentos de suicidio.

- La escala 5 (mf) esta notablemente en discrepancia con el resto de las demás escalas, puesto que de acuerdo al psicograma la puntuación de esta escala es la que tiene una puntuación por debajo de T-45.
- Por ello, de acuerdo a estas observaciones se puede llegar a concluir que si se aprecian diferencias muy marcadas en la configuración general de los perfiles femeninos suicidas y No-suicidas, en comparación de los perfiles masculinos.
- En las escalas de Validez de estos perfiles se observa que son muy similares en su configuración.

En relación a las características que se observaron en los pacientes de este estudio y de acuerdo con las clasificaciones de Marks, P. Seeman W. (1974) se pueden hacer las siguientes inferencias tomando en cuenta los psicogramas que presentaron estos.

Para la combinación de las escalas del MMPI (2,7,8) que corresponde al psicograma de los pacientes masculinos se observa lo siguiente:

Las características de estos pacientes se presentan con tendencias a la depresión principalmente, como también presentan conductas de pesimismo y dependencia, cerca del 65% de estos pacientes llegan a verbalizar ideas suicidas, Es típico de este perfil, la facilidad con que llegan a fatigarse, generalmente presentan dificultades en la concentración, llegan a adoptar conductas de emergencia, cuando no existe una causa clara de lo que les sucede.

Otra característica de estos pacientes es el grado de tensión y nerviosismo en que viven; En sus relaciones interpersonales se muestran exigentes y hasta perfeccionistas tanto con ellos mismos como con los demás por lo cual mantienen dificultades en sus relaciones. Muchos componentes de la conducta asociada a la elevación de la escala 7 (Pt) Psicastenia se observan con una marcada tendencia a la compulsión de algunas conduc

tas, ya que se muestran indecisos ante la ejecución de las acciones aunque estas sean de índole común, dando origen a preocupaciones obsesivas por ideas aparentemente sin mucha importancia.

Los pacientes con este perfil presentan una larga historia de aislamiento (y describen las relaciones de sus padres como rechazantes y hostiles).

Para la combinación de las escalas del MMPI (8,6,4) que corresponde al psicograma de los pacientes femeninos se observa lo siguiente: combinación (6-4 4-6).

Las características de este perfil puede describirse como que los pacientes son irritables, agresivos, egocéntricos, y poco tolerantes consigo mismos. Se perciben como con pocas cualidades por lo que clínicamente se ha observado que son evasivas, con argumentos de resentimiento hacia los demás. Estos pacientes, presentan conductas de rebeldía y tienen tendencias a devaluar a las figuras de autoridad; No les gusta admitir o aceptar su propia realidad presentan poca responsabilidad para resolver sus dificultades, se observan como defensivos, y llegan a crearse dificultades de tipo emocional, tiende a aparecer como razonables ante sus propias dificultades para demostrar que son justificables. Alternativamente y concurrentemente se proyectan ante la realidad como reprobando o censurando las perturbaciones de los otros.

Están resentidos y se muestran especialmente sensitivos por lo que al mismo tiempo les gusta aparecerse como simpáticos ante los demás.

Los pacientes que presentan este perfil (4,6) en general son inmaduros - inseguros, indecisos y pasivamente manipuladores. Se exhiben como juiciosos son suspicaces y tienen exageradas necesidades de afecto y atención.

Estos pacientes no responden a los tratamientos en psicoterapia el pronóstico en estos casos es considerado como pobre en un porcentaje elevado de ellos.

Para la combinación (8-6) se presentan las siguientes características en la población Femenina:

Su pensamiento esta caracterizado por la rumiación suicida, frecuentemente presentan ideas de grandiosidad, excesivos temores asi com algunas fobias hacia las cosas de orden común.

Clinicamente estos pacientes impresionan por gastar un tiempo importante en fantasías personales y en soñaciones. se muestrna ansiosas para cualquier cosa que construyan; También se caracterizan por ser erráticos, - tienden a ser rígidos negativistas, taciturnos, emocionalmente inapropiados. Son de pobre criterio y generalmente poco cooperativas, pues se -- muestran apáticos, llegando inclusive a verse como alejados de la realidad no se sienten aceptados por los demás.

Los pacientes de este perfil se sienten que fueron rechazados del núcleo familiar cuando eran niños, y es posible que durante su educación escolar hayan presentado problemas de conducta.

## CONCLUSIONES.

Esta investigación proporcionó un marco conceptual del suicidio, realtío ndándolo principalmente con algunas de las Teorías de la Personalidad y la Depresión; También con este motivo se expusieron otros conceptos que son relevantes para estudiar este fenómeno de la conducta humana.

Por ello se citaron algunas de las fuentes de información de mayor relevancia para conceptualizar la ocmprensión del suicidio, subrayando una tendencia de los aspectos psicoanalíticos, por lo que se dan lugar a referencias de algunos autores que se adhieren a la corriente freudiana, y formular la psicodinámia del suicido (Garma, Abadi).

También se señalaron algunas de las Teorías de la Personalidad que se describen por las teorías del Rasgo de (Allport, Catell) y las teorías factorialistas conceptualizadas por (Eyesenck); No existen fuentes de información que estructuren una relación entre el suicida y los rasgos de personalidad pues las investigaones en este campo son muy concretas, como sabemos la naturaleza humana es bien compleja y puede conceptualizarse en forma diferentes para su estudio dentro de la psicología.

Otro de los aspectos que tuvo relevancia en este estudio y que en ocasiones da origen a que se manifieste la conducta suicida es, la psicopatología Depresiva, ésta ha desempeñado un papel vital en numerosas investigaciones y para este estudio en particular.

De acuerdo con el proceso estadístico se observó en los resultados lo siguiente:

Para el inventario multifásico de la personalidad (MMPI) se encontraron diferencias significativas en la escala 7 (Pt) Psicastenia únicamente por lo tanto, se concluye que estas diferencias no son lo bastante convincentes como para determinar que hay diferencias en los pacientes que tienen intentos de suicidio y sus rasgos de personalidad, pues este instrumento está estructurado por trece escalas y no sería válido aceptar que existen diferencias con solamente una de ellas.

No obstante en lo que respecta a la Escala de Autoevaluación de ZUNG, que fue otro de los instrumentos aplicados, si se encontraron diferencias entre todos los grupos suicidas, por lo cual se concluye que este instrumento es válido para detectar los índices de depresión en este tipo de pacientes.

Como información complementaria, de acuerdo a los resultados también se observó que existen diferencias por sexo entre los grupos; y que generalmente la población femenina tiende a dar puntuaciones mayormente elevadas con respecto a los grupos masculino, como se detecta en el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMP1) en las escalas siguientes:

En las Escalas Clínicas:

5 (mf) Masculino-femenino, lo cual hace concluir que las causas por las que ellas intenta el suicidio, no son netamente por la relación entre el suicidio y sus rasgos de personalidad, sino que esto obedece a otro tipo de características propias de su sexo, es decir que ellas se auto-describen como frágiles, y se manifiestan de manera más espontánea.

Se observó también que en la escala 6 (Pa) Paranoia se encontraron puntuaciones más elevadas que la población masculina, por lo cual sus manifestaciones de agresividad e impulsividad son evidentes.

En la escala 9 (Ma) Hipomanía se encontraron diferencias también en cuanto al sexo, en esta escala las mujeres se autodescriben con mucha energía pero con fallas en la organización de esta, ya que en un momento dado son capaces de realizar diferentes actividades, sin embargo son pocos sus logros.

En la escala de validez F (puntaje de validez) también se observaron diferencias significativas en cuanto al sexo, esto nos indica que las mujeres tratan de alguna manera de evidenciar que tienen mayor necesidad de ayuda en relación a las respuestas que ofrecieron los grupos de la población masculina.

Así mismo se encontraron diferencias por sexo en la Escala de Autoevaluación de ZUNG, esto revela que se puede corroborar una vez más que los índices de depresión de acuerdo con este instrumento se manifiestan tanto en la población femenina como en la masculina sin que exista de por

medio la variable suicidio.

En cuanto a las características principales de los grupos que integraron la muestra de este estudio se pueden hacer ciertas inferencias, por medio de las combinaciones observadas por los psicogramas, y de acuerdo al punto de vista de (Marcks, Seeman 1974). Se observa para la Población Masculina la combinación de las escalas del MMPI (2,7,8).

Las características en este tipo de perfil nos indica que un número importante de estos pacientes llegan a verbalizar ideas de suicidio; es típico de ellos que se fatigan con gran facilidad son pesimistas, nerviosos y se mantienen alejados de los demás ya que en sus relaciones interpersonales son exigentes y perfeccionistas, lo cual se hace que se mantengan al margen socialmente, la mayor parte del tiempo se encuentran tensionados, al parecer son incapaces de expresar sus emociones en forma adaptativa etc.

En la Población Femenina se observa la combinación de las escalas del -- MMPI (8,6,4) como lo mencionan algunas investigaciones Rivera Ampudia -- (1976).

Estos pacientes se caracterizan por presentar dificultades en el pensamiento y en la concentración, frecuentemente presentan la rumiación suicida, tienden a las ideas de grandiosidad; padecen de ilusiones, también presentan excesivos temores y miedos así como algunas fobias hacia las cosas de orden común.

Clinicamente estos pacientes impresionan por gastar un tiempo importante

en fantasías personales y emociones. En sus relaciones interpersonales se mantienen a distancia pues generalmente son desconfiadas, celosas y viven bajo sentimientos de inferioridad, por lo cual se sienten inaceptadas, llegando incluso a mostrarse como alejadas de la realidad, adoptando conductas aislamiento.

Tomando en consideración los resultados de este estudio se concluye que no existen diferencias entre los rasgos de Personalidad y la tentativa de suicidio al menos con el Inventario Multifásico de la Personalidad que fue uno de los instrumentos utilizados en la investigación.

No obstante cabe aclarar que este estudio hace notar que no se ha dado la suficiente atención a los pacientes psiquiátricos que intentan el suicidio, ya que este fenómeno tiene que ver con aspectos de tipo psicológico que de alguna manera intervienen para que se origine dicha conducta autodestructiva, ya que durante mucho tiempo se ha considerado a los intentos de suicidio como simulacros carentes de interés: En la actualidad por el contrario, se sabe, que las tentativas de suicidio expresan en forma velada y no siempre consiente peticiones de ayuda que en caso de no ser atendidas, pueden sumir al individuo en graves conflictos aumentando, las probabilidades de que su comportamiento autogresivo tenga un desenlace irremediable.

Otro aspecto que también es relevante en esta investigación fue la Psicopatología de la Depresión pues a través de numerosas investigacio-

nes se ha observado, una estrecha relación entre el suicidio y ésta; La expiación se ha considerado un aspecto importante en la psicología de la Depresión, al igual que la estructura de la personalidad de muchos pacientes deprimidos. Y de acuerdo con los resultados de este estudio - los índices de depresión se encuentran presentes en aquéllos que han -- intentado el suicidio.

Bajo estas condiciones es necesario tomar en cuenta que el paciente con intentos de suicidio puede presentar ciertas características o rasgos - caracterológicos, ya que no todos los pacientes psiquiátricos llegan a presentar estas tentativas de autodestrucción, pues se sabe que los rasgos de personalidad son los componentes característicos que definen a - una persona, que estos son duraderos y fundamentales de la conducta y - que de alguna manera intervienen para que se de este fenómeno del sui- cidio.

Sin embargo hasta el momento no existen estudios que relacionen a la per- sonalidad de los sujetos que intentan el suicidio, sino más bien se con- templan las causas de orden social y se minimiza a los aspectos psicoló- gicos, pero es de vital importancia referirse a la personalidad en estos individuos, ya que esta se establece de acuerdo a la naturaleza psicoló- gica individual, y con el desarrollo de esta se fortalece el estableci- miento de una identidad personal, lo que es típico en uno, y lo que es único en cada persona, que se puede expresar a través de los papeles que ocupa (Dicaprio N. 1985).

Por otra parte autores como (Stengel E. 195) ha teorizado sobre las - respuestas que han tenido los sobrevivientes de los intentos suicidas, y que se hacen en el sentido de cambiar las expectativas de su vida y de alcanzar ciertos y diferentes estandartes nuevos.

También se sabe que el atentado suicida se puede definir como las accio nes que intenta un sujeto en cotnra de su propia vida; Es un hecho con cido que el intento de suicidio como por ejemplo cortarse las venas, in gerir sustancias tóxicas por tiempo prolongado, lanzarse al vacío etc.; son los métodos más comunes utilizados por algunos de los pacientes para cambiar su vida, o por lo menos para cambiar el significado de los otros con respecto a uno y no tanto para terminar con la vida (Scheneidman 1980).

Respecto a los suicidios frustrados o intentos de suicidio como se mencio na en otras líneas, los expertos consideran que se encuentra en una proporción de 10 a 1, con relación a los consumados, los informes oficiales de México para los años 1964, 1965, y 1966 son los siguientes: 195,176,y 195 respectivamente. También basados en datos oficiales de la Dirección General de Estadística ha publicado en uno de sus anuarios para el año de 1964 registraron 616 suicidios, de los cuales 490 fueron dados por - sujetos de sexo masculino, y el resto 126 eran mujeres; Estos datos con firman una vez más que los intentos de suicidio son más frecuentes en el sexo femenino, como se ha mencionado anteriormente, el suicidio en hom- bres es más frecuente entre personas de origen racial blanco, (Spindola 1960) que étnicos, se presenta mayormente en poblaciones urbanas que ru

rales. los grupos de edad más afectados son los de 20 a 40 años, estos -  
es de importancia debido a que el suicidio es un problema de considera-  
ción ya que afecta principalmente a personas que se encuentran en la edad  
productiva. En cuanto a las causas aparentes del suicidio, las frecuente  
mente citadas son las relacionadas con problemas afectivos, ya sea con  
la familia o con la pareja, enseguida se encuentra la presencia de algu  
na enfermedad grave o incurable, las intoxicaciones alcohólicas y los --  
trastornos mentales.

Por las estadísticas se sabe que aproximadamente la mitad de los que con  
suman el suicidio tienen una historia de intentos anteriores y aquí en-  
tra en juego el Deseo de morir, si el intento se lleva a cabo cuando --  
está presente alguien y la posibilidad de rescate esta presente, este -  
deseo es poco severo, sucediendo lo contrario cuando es a la inversa.

Por último es importante hacer notar que esta investigación quedaría in  
completa sino se manifiestan por lo menos algunas de las medidas preven  
tivas que pueden adoptarse para encarar el problema del suicido.

Es importante primeramente conocer el grado de peligrosidad de la conduc  
ta suicida, dado que dependiendo de este factor se puede adoptar una u -  
otra medida terapéutica; Ahora bien, la terapéutica del paciente suici-  
da puede efectuarse en tres momentos (Gazzano, A. ).

- Previamente al acto suicida mediante la detección y asistencia de quie  
nes presentan un alto riesgo de auto eliminarse.

- Tratamiento al paciente que ha cometido tentativas de suicidio.
- Después de intento suicida mediante investigaciones llevadas a cabo - en el medio del paciente que permitan configurar un perfil del suicida, lo que serviría para detectar con mayor precisión las características de los individuos expuestos a mayores riesgos de autodestruirse.

Estos estudios, por un lado, harían posible el reconocimiento de estados de tensión grupales premórbidos permitiendo así una intervención oportuna.

Es preciso considerar que en ocasiones y por diversos motivos el paciente no está en disposición de recibir un tratamiento psicoterapéutico completo. En estos casos, el terapeuta tendrá que desplegar toda su experiencia y conocimientos para lograr grave situación.

En general se puede concluir que no se encontró relación de los pacientes psiquiátricos hospitalizados entre las tentativas de suicidio y sus rasgos de personalidad; Sin embargo no se puede descartar del todo que no se encuentren elementos de tipo psicológico que sean los causales de la conducta suicida y que estas no se detecten a través del Inventario Multifásico de la Personalidad, por lo que se puede concluir que aunado a este instrumento se utilicen también otras técnicas de evaluación psicológica, como puede ser el Test de Apercepción temática, que es utilizado para explorar la forma en que se refleja la dinámica de la personalidad del sujeto en su experiencia subjetiva y cuáles son las ideas y -- conflictos que maneja con los medios que le ofrece su inteligencia y su

estructura de personalidad.

Es conveniente también la utilización a la par con el MMPI y el TAT, -- porque el uso de este reposa en el conocimiento claro de la premisa de que no existe una percepción pura sino que toda percepción es una apercepción es decir una distorsión de la realidad determinadas por las experiencias previas del sujeto.

En lo que se refiere al tratamiento psicoterapéutico del suicidio cabe -  
mencionar que algunos puntos que se desprenden de las conceptualizacio-  
nes teóricas antes revisadas:

- Es primordial que el terapeuta establezca una actitud empática hacia su paciente, lo que no implica contraidentificarse con los aspectos -  
saboteadores de la enfermedad de éste.
- Develar al sujeto la dinámica que se esconde detrás de sus ideas de -  
muerte, esto es, sus deseos de destruir a un objeto internalizado que  
se ha vuelto altamente persecuidor. No es, por tanto, su propia muerte  
lo que el sujeto busca con su suicidio sino la venganza del objeto frus-  
trante y punitivo.
- Poner de manifiesto que uno de los elementos fundamentales del suici-  
dio es el miedo, la angustia ligada con vivencias persecutorias.
- Trabajar con especial atención la dinámica de la culpabilidad y la --  
agresión teniendo presente que los sentimientos de culpa ejercen un -  
efecto inhibitorio sobre la expresión de tendencias hostiles. Asimismo,  
analizar las fantasías inconscientes de agresividad dirigidas hacia el  
exterior que subyacen a su deseo de muerte.
- Es esencial que el terapeuta establezca un vínculo con su paciente -  
que le permita a éste reconstruir su mundo interno, vivido en peligro  
de destrucción y desastre así como recuperar aspectos de su Yo que han  
sido excluidos por la utilización excesiva de mecanismos de defensa.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- Analizar las fantasmas inconscientes del sujeto relacionadas con su muerte: fantasma de agresión, auto castigo, de retorno al seno materno, de renacimiento. (Abadi, M.)
- Finalmente, es importante tener en cuenta que el marcolerapéutico - debe ser flexible y ajustarse a las condiciones peculiares de cada individuo.

## SUGERENCIAS

La presente investigación sólo explora los aspectos psicológicos que rodean al fenómeno del suicidio, dado que existen pocas investigaciones referidas a la búsqueda de los elementos psicológicos que tienen una repercusión con el suicidio, sobre todo con pacientes psiquiátricos. Por lo que se sugiere ahondar en éstos aspectos en muchas otras investigaciones.

Sería interesante investigar que sucede con otra muestra mayor de pacientes y de ésta manera ampliar éste tipo de investigaciones sólo con pacientes psiquiátricos.

Utilizar una muestra donde la población esté formada por grupos homogéneos, al menos podría ser en cuanto a la patología, para detectar de manera precisa los rasgos de personalidad en éstos.

Realizar otra investigación mediante la cual puedan detectarse claramente las diferencias por sexo, de acuerdo con los instrumentos utilizados en este estudio.

Aplicar otras técnicas psicológicas como por ejemplo el test de percepción temática (TAT) o el Rorschach, como técnicas complementarias ya que éstas son tan objetivas y válidas para obtener información sobre la personalidad, como las utilizadas en este estudio.

Es indispensable que se instrumenten métodos y técnicas para la detección oportuna de sujetos que pueden llegar al intento del suicidio o inclusive realizarlo, y que éste fenómeno tiene serias repercusiones en la actualidad, pues no solamente deben considerarse --

las causas físicas económicas o sociales de tal conducta, sino también es preciso establecer cuales son los factores de tipo psicológico que intervienen en este acto.

Al ingresar un paciente a la hospitalización es difícil establecer cuáles son las condiciones en que se encuentra, debido a esto las posibilidades de detección de un riesgo suicida es poco preciso.

Existen algunas variables que están fuera de control como en aquellos casos en que el paciente ha ingerido un número determinado de medicamentos y/o fármacos, los cuales a veces hacen imposible la aplicación de los instrumentos pues generalmente los pacientes hospitalizados son sometidos a tratamientos farmacológicos, elementos que intervienen de alguna manera en la exploración psicológica.

## A P E N D I C E

Aplicación del tratamiento estadístico (Análisis de Varianza) con el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) y la Escala de Autoevaluación ZUNG. Los datos son extraídos de las puntuaciones naturales de los instrumentos antes mencionados, con ellos se obtuvo la Media (X) y la Desviación (S).

### PARA EL MMPI:

#### ESCALA L

<u>DATOS:</u>	X	S
F-No-Suicidas - 53 57 49 57 57 64 49 57 57 45 45 79 57 72 45	56.20	9.40
M-No-Suicidas - 39 60 53 39 39 60 53 60 53 57 78 50 53 60 71	55.00	10.64
F-Suicidas - 64 49 76 53 57 49 72 57 45 49 57 64 68	58.46	9.32
M-Suicidas - 46 60 50 67 57 64 74 36 64 67 53 50 46 71 39	56.27	11.27

"F" = 0.25 N.S.

\* = 0,05

\*\* = 0,01

ESCALA F

DATOS:	X	S
F-No-Suicidas - 112 106 96 122 116 112 125 61 84 84 87 68 106 55 55	92.60	23.37
M-No-Suicidas - 39 60 53 39 60 53 39 60 53 57 78 50 53 60 70	66.60	12.87
F-Suicidas - 64 49 76 53 57 49 72 57 45 49 57 64 68	96.62	22.56
M-Suicidas - 46 60.50 67 57 64 74 36 64 67 53 50 46 71 39	74.93	16.18

"F" = 1.439198 N.S.

ESCALA K

DATOS:	X	S
F-No-Suicidas - 44 40 44 54 44 44 42 50 50 40 48 58 42 60 52	47.47	6.13
M-No-Suicidas - 60 49 47 47 40 53 42 47 56 44 62 46 49 49 60	50.07	6.51
F-Suicidas - 56 46 70 34 40 42 52 54 44 42 42 64 46	48.62	9.78
M-Suicidas - 37 47 37 58 55 63 56 40 65 49 55 46 47 51 40	49.73	8.63

"F" = 0.32 N.S.

\* = 0.05

\*\* = 0.01

ESCALA 1(Hs) HIPOCONDRIASIS

<u>DATOS:</u>	X	S
F-No-Suicidas - 64 66 52 70 83 78 70 60 58 54 80 60 60 62 52	64.60	9.52
M-No-Suicidas - 65 72 52 70 65 57 72 95 67 52 88 59 75 75 57	68.07	11.88
F-Suicidas - 70 56 83 72 76 62 54 52 68 70 50 52	63.46	10.08
M-Suicidas - 54 52 44 67 72 80 72 70 54 65 62 72 80 67 57	64.53	10.17

"F" "F" = 0.49 N.S.

ESCALA 2(D) DEPRESSION

<u>DATOS:</u>	X	S
F-No-Suicidas - 67 73 55 77 69 63 94 92 49 57 77 51 78 59 46	67.13	14.28
M-No-Suicidas - 94 60 70 72 77 72 75 96 82 80 84 63 53 65 65	73.73	11.67
F-Suicidas - 61 44 86 67 75 77 53 67 96 94 77 51 46	68.77	16.67
M-Suicidas - 75 70 94 104 94 60 68 75 56 104 65 80 82 94 75	79.73	14.75

"F" = 2.13 N.S.

\* = 0.05

\*\* = 0.01

ESCALA 3(HI) HISTERIA

<u>DATOS:</u>	X	S
F-No-Suicidas - 61 61 57 68 63 66 72 73 59 49 64 49 59 61 56	61.20	6.77
M-No-Suicidas - 73 67 64 62 67 65 62 73 65 49 75 51 69 66 60	64.47	7.04
F-Suicidas - 68 56 82 66 66 59 49 63 70 72 57 50 54	62.46	9.10
M-Suicidas - 60 51 56 80 69 65 65 75 55 64 58 75 76 62 55	64.40	8.63

"F" = 0.56 N.S.

ESCALA 4(DP) DESVIACION PSICOP.

<u>DATOS:</u>	X	S
F-No-Suicidas - 63 70 60 83 79 56 85 76 51 76 83 51 67 60 51	67.40	11.98
M-No-Suicidas - 86 61 71 81 78 64 88 74 66 52 71 61 83 59 44	69.27	12.33
F-Suicidas - 92 74 90 74 76 76 65 74 90 85 72 65 79	77.85	8.61
M-Suicidas - 95 59 52 66 61 64 57 88 66 59 71 81 88 61 66	68.93	12.54

"F" = 2.10 N.S.

\* = 0.05

\*\* = 0.01

ESCALA S(Mf) MASCULINO-FEMENINO

<u>DATOS:</u>	X	S
F-No-Suicidas - 47 37 43 32 41 49 47 55 39 45 37 26 37 30 30	39.67	7.85
M-No-Suicidas - 71 51 67 74 63 57 55 57 71 73 57 67 78 67 69	65.13	7.77
F-Suicidas - 45 45 43 30 41 47 49 28 47 47 39 41 57	43.00	7.37
M-Suicidas - 82 65 80 61 76 65 57 78 67 67 61 76 76 55 57	67.53	9.23

"F" = 1.662443 N.S.

ESCALA 6(Pa) PARANOIA

<u>DATOS:</u>	X	S
F-No-Suicidas - 77 83 74 113 95 74 107 77 74 80 59 50 86 50 62	77.40	17.66
M-No-Suicidas - 87 61 69 69 84 55 84 75 50 53 69 41 72 58 55	65.40	13.08
F-Suicidas - 98 83 74 104 95 68 62 89 89 107 74 65 74	83.23	14.39
M-Suicidas - 95 67 50 53 55 61 53 84 47 81 78 72 75 64 67	66.80	13.54

"F" = .768766 N.S.

\* = 0.05

\*\* = 0.01

ESCALA 7(Pt) PSICASTENIA

DATOS:

	X	S
F-No-Suicidas - 65 69 65 78 73 55 93 89 50 63 74 53 79 51 56	67.53	13.01
M-No-Suicidas - 89 48 52 60 95 66 66 69 60 48 66 64 60 50 50	62.87	13.42
F-Suicidas - 79 73 73 83 81 61 50 48 83 93 74 53 68	70.69	13.46
M-Suicidas - 87 83 64 75 91 60 52 85 75 66 69 99 89 75 79	76.60	12.40

"F" = 5.892363 \*\*

ESCALA 8(Es) ESQUIZOFRENIA

DATOS:

	X	S
F-No-Suicidas - 87 80 81 103 89 74 117 84 66 72 91 63 101 69 63	82.67	15.27
M-No-Suicidas - 99 51 67 80 109 59 97 94 67 44 76 65 67 63 57	73.00	18.43
F-Suicidas - 106 104 81 103 95 74 55 69 97 117 98 58 86	87.92	18.55
M-Suicidas - 119 88 90 59 97 67 71 99 82 90 80 115 109 74 76	87.73	17.03

"F" = 2.26 N.S.

\* = 0.05

\*\* = 0.01

ESCALA 9 (Ma) HIPOMANIA

DATOS:		X	S
F-No-Suicidas	- 74 69 76 84 62 79 79 52 72 79 74 81 74 76 81	74.13	7.91
M-No-Suicidas	- 78 55 55 55 84 66 71 63 60 47 42 78 63 58 68	62.87	11.29
F-Suicidas	- 81 101 62 81 64 74 81 74 74 79 81 52 86	76.15	11.64
M-Suicidas	- 99 60 53 55 55 71 71 94 63 55 76 71 73 58 76	68.67	13.49

"F" = 1.685286 N.S.

ESCALA 0 (Is) INTROVERSION-EXT.

DATOS:		X	S
F-No-Suicidas	- 55 60 57 57 73 48 88 66 54 54 56 52 81 44 45	59.33	12.33
M-No-Suicidas	- 65 54 52 55 66 55 68 67 57 58 63 57 61 57 46	58.73	5.98
F-Suicidas	- 57 55 58 71 71 73 39 41 55 88 69 45 49	59.31	13.81
M-Suicidas	- 63 48 82 56 5 47 49 49 53 65 49 74 61 60 60	58.73	9.86

"F" = .01 N.S.

\* = 0,05

\*\* = 0,01

ESCALA DE AUTOEVALUACION ZUNG

DATOS:

X

F-No-Suicidas -	47 39 48 43 40 38 55 55 26 38 34 44 39 30 55	42.07
M-No-Suicidas -	43 51 38 43 42 49 44 44 45 47 44 50 40 40 40	44.67
F-Suicidas -	63 45 54 55 49 54 49 52 54 30 59 58 54	52.00
M-Suicidas -	49 49 56 55 40 44 55 49 48 32 38 64 54 32 58	48.20

"F" = 9.80777 \*\*

	S
F-No-Suicidas	8.53
M-No-Suicidas	4.92
F-Suicidas	7.76
M-Suicidas	9.12

\* = 0.05

\*\* = 0.01

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

- 1.- Abadi Mauricio., "NOTAS PARA UNA REELABORACION DE ALGUNAS DE MIS CONSTRUCCIONES DE LA MUERTE Y DEL SUICIDIO", -----  
Editorial Paidós Buenos Aires, 1973.
- 2.- Arnau Grass J., "DISEÑOS EXPERIMENTALES EN PSICOLOGIA Y EDUCACION".  
Vol. 1 Editorial Trillas, México, 1978.
- 3.- Basaglia Francisco., "LA INSTITUCION NEGADA"., Barral Editores, -  
Barcelona, 1979.
- 4.- Bleurler Eugene., "TRATADO DE PSIQUIATRIA: DEPRESION EN LA PRACTICA  
MEDICA", Ed. Esparsa Calpe, 1967.
- 5.- Cabildo Arellano H., "EL SUICIDIO COMO PROBLEMA DE SALUD MENTAL":  
Ed. Salud Pública de México, Epoca V Vol. 13 México 1981.
- 7.- Cohen Józef., "EVALUACION DE LA PERSONALIDAD", Temas de psicología  
No. 10 Editorial Trillas México 1974.
- 8.-Cooper David., "PSIQUIATRIA Y ANTIPSIQUIATRIA", Editorial Paidós Bue  
nos Aires, 1974.
- 9.- Dicaprio N. S. "TEORIAS DE LA PERSONALIDAD: NATURALEZA Y USOS DE LAS  
TEORIAS DE LA PERSONALIDAD", Editorial Interamericana, 2a. Edición  
México, 1985.
- 10.-Dicaprio N. S. " TEORIAS DE LA PERSONALIDAD: MODELO PSICODINAMICO".  
Editorial Interamericana, México 1985.

- 11.- Durkheim Emile., "EL SUICIDIO": Introducción Editorial Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1974.
- 12.- Farverow N. L. y Scheidman "NECESITO AYUDA", estudio sobre el suicidio y su prevención Ed. La Prensa médica Mexicana, 1969.
- Fisher R. A., "STATISTICAL METHODS FOR FOR RESEARCH WORKERS", York Hafner 1958.
- 13.- Foucault Michel., "HISTORIA DE LA LOCURA EN EL PERIODO CLASICO". Editorial, F.C.E. México, 1967.
- 14.- Freud Sigmund "CONTRIBUCIONES AL SIMPOSIO SOBRE EL SUICIDIO: Obras Completas" Vol. II, Biblioteca Nueva, Madrid, 1973.
- 15.- Freud Sigmund., "Duelo y Melancolía"; Obras completas, Biblioteca Nueva, Madrid 1973.
- 16.- Freud Sigmund., "EL YO Y EL ELLO"; Obras completas, Vol. III, Ed. Nueva Madrid, 1973.
- 17.- Freud Sigmund, "MAS ALLA DEL PRINCIPIO DEL PLACER": OB. COM. Ed. Nueva Madrid, 1973.
- 18.- Fromm Erick., "GRANDEZA Y LIMITACIONES DEL PENSAMIENTO", ED. Siglo XXI, México 1979.
- 19.- Galvis M. L., Velasco J.M. "EPIDEMIOLOGIA DEL SUICIDIO EN LA REPUBLICA MEXICANA", Anales del INAI/SEP. Vol. 12, México, 1960.

- 20.- García Pelayo y Grosso R., **"PEQUEÑO LAROUSSE ILUSTRADO"**, Editorial Larousse, México 1985.
- 21.- Garma Angel., **"LOS SUICIDIOS": ET. A.**, Abadi Garma, Editorial Paidós Buenos Aires, 1973.
- 22.- Garma A., Garma. E., **"RELACIONES MANIACAS": ALEGRÍA MASOQUISTA DEL YO POR EL TRIUNFO MEDIANTE ENGAÑOS DEL SUPER YO.**, Editorial Buenos Aires 1973.
- 23.- Grinberg León., **"CULPA Y DEPRESION"**., Editorial Alianza, Madrid 1983.
- 24.- Grollman F. **"SUICIDIE"** Beacon Press, USA 1971.
- 25.- Henri Ey, P. Bernad-Brisset., **"TRATADO DE PSIQUIATRÍA": Estado Depresivos y la Crisis de Melancolía**, Toray- Masson, 7a . Ed. 1975.
- 26.- Honey Karen., **"EL NUEVO PSICOANALISIS"**, Editorial F. C. E. México 1974.
- 27.- Instituto Mexicano de Psiquiatría **"TALLER EL PACIENTE PARASUICIDA"** Departamento de Enseñanza, 1984.
- 28.- Jasper Karl., **"PSICOPATOLOGÍA GENERAL: Depresión en la Práctica -- Médica"**, Editorial Beta, México 1970.
- 29.- Jiménez N. R., Rico M. F. **"EL SUICIDIO EN MÉXICO": ENFOQUE EPIDEMIOLOGICO**, Salud Pública de México, 1978.

- 30.- Jiménez Olivares E. " LA DEPRESION EN LA HISTORIA": DEPRESION EN LA PRACTICA MEDICA", Cuaderno NO. 1, Ed. Cyanomid 1985.
- 31.- Jung Carl., "LA PSICOLOGIA ANALITICA: TEORIAS DE LA PERSONALIDAD". OP. CIT. Editorial Interamericana, México 1985.
- 32.- Kleine Melanie, Riviere Joan, "DESARROLLO EN PSICOANALISIS: LA POSICION DEPRESIVA INFANTIL", Armida Aberastrury, Editorial Castellana 1973.
- 33.- Kraepelin Emile., "DEMENTIA PRECOX AND PARAPHENIA: citado Martini Claudio, Editorial Nueva Sociología 2a. Ed.
- 34.- Laplanche Jean, Bertand Pontalis., "DICCIONARIO DE PSICOANALISIS", Editorial Labor.
- 35.- Lasham L., "PSYCHOLOGICAL STATES AS FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF MALIGNANT DISEASE A., CRITICAL REVUE", J. Not. inst. 22-1 1959
- 36.- Marcks. P.A. And Seeman W., "THE ACTUARIAL USE OF THE MMPI WITH ADOLESCENTS Y ADULTS W. WILKINS BALTIMORE, 1974.
- 37.- Martini Claudio, "CRITICA DE LA EPIDEMIOLOGIA PSIQUIATRICA EN MEDICINA", Editorial Nueva Sociología 2a. Edición.
- 38.- Mendels Joseph, "LA DEPRESION", Biblioteca de Psicología Barcelona Ed. Herder, 1977.
- Morales Ma. Luisa, "TEORIAS FACTORIALISTAS Y FENOMENOLOGICAS DE LA PERSONALIDAD", Ed. Trilla , México 1970:

- 39.- Ostow Mortiner., "DEPRESION PSICOLOGICA DE LA MELANCOLIA, Editorial Madrid Alianza, México 1973.
- 40.- Otto Fenichel "TEORIA PSICOANALITICA DE LAS NEUROSIS": DEPRESION Y MANIA, Ed. Paidós Buenos Aires 1966.
- 41.- OMS (WHO) "PREVENCION DEL SUICIDIO ( SUICIDIE PREVENTION), Cuaderno de Salud Pública No. 30 Ginebra 1969.
- 42.- Pavese César "LOS SUICIDIOS": Barcelona Jorge: "EL POETA Y LA MUERTE" editoriales Mexicanos Unidos México, 1982.
- 43.- Poldingüer W. "LA TENDENCIA AL SUICIDIO", Editorial Morata, Madrid 1969,
- 44.- Rivera Jiménez O., "INTERPRETACION CLINICA Y PSICODINAMICA DEL MMPI" Ed. Diana México 1983.
- 45.- Rolla Edgardo H., "UNA TEORIA SOBRE EL SUICIDIO"en Abadi Op. Cit. Ed. Paidós Buenos Aires 1973.
- 46.- Rojas Enrique "ESTUDIOS SOBRE EL SUICIDIO" Salvat Editores, Barcelona 1978.
- 47.- Seligman Martín., "DEPRESION MENTAL": LA DEPRESION EL DESARROLLO Y LA MENTE". Editorial Debate, México 1971.
- 48.- Sheneidman E. S., "ON THE NATURE OF SUICIDIE", Ed. Jassej Bass, San Francisco 1969.

49.- Stengel Erwin "PSICOLOGIA DEL SUICIDIO Y LOS INTENTOS DE SUICIDIO",  
Ediciones Horme-Paidós Buenos Aires, 1965.

50.- Szass Thomas, "EL PSICOANALISIS COMO METODO Y TEORIA": Ciencia y  
Teoría en Psicoanálisis, Ed. Argentina, 1965.