

34
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PSICOLOGIA
Ciudad Universitaria

1. AUTODESTRUCCION - TENDENCIAS
2. - MEXICANA - REPUBLICANA -

1969.019

5

LA TENDENCIA AUTODESTRUCTIVA EN LA REPUBLICA MEXICANA
1954 - 1963

Tesis que presenta el alumno HUGO ELORRIAGA MAGUREGUI,
para obtener la Licenciatura en Psicología.

MEXICO, D. F.

1969



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

25053.08

UNDM 19

1969

Eq. 1



N. 167091

tipo. 128

I N D I C E

INTRODUCCION

I.- METODOLOGIA

II.- CONCEPTO

III.- ALGUNAS CONSIDERACIONES DE LA PSICOPATOLOGIA AUTODESTRUCTIVA

IV.- LA NORMALIDAD Y LA SALUD MENTAL

V.- EL PROBLEMA DE LA PERSONALIDAD

VI.- LA ORGANIZACION DE LA PERSONALIDAD

VII.- GENERALIDADES ACERCA DE LOS MECANISMOS DEFENSIVOS

VIII.- AGRUPAMIENTOS TEORICOS

IX.- CUADROS ESTADISTICOS

a).- Interpretación

X.- CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

En el acto suicida, la realidad motivacional de su consumación se oculta; cuando éste se frustra, el verdadero motivo se enmascara con falsas declaraciones que van a tratar de justificar la realización de la tentativa.

El que logra su propósito suicida, deja tras sí un caudal de suposiciones motivacionales que van a pretender justificar el acto; quien no logra realizarlo y queda sólo en el intento, tal vez sienta vergüenza de su falta de carácter, de su debilidad ante los problemas que le agobian, guardando reserva sobre lo que sintió como su realidad para ser impulsado a la comisión de tal acción autodestructiva.

No toda tentativa de suicidio, consumado o frustrado, se matiza del sincero deseo de autodestrucción, puesto que hay quienes con ello tratan de buscar un apoyo a su sensación de abandono, de soledad, de frustración o de inutilidad, con un sentido impropio del valor de la existencia; no pocos, en su intento, saturan de teatralidad el acto suicida.

Algunas veces falla el cálculo de los que no desean verdaderamente morir, y fallecen sin dejar ningún dato acerca de sus motivos porque en realidad no los hubo; pero sobre ello se especula en busca de una verdad que no existe.

Muchos y variados son los motivos que llevan al acto suicida; quizá tantos como diversos son los ejecutantes; aquí es donde trataré, según mi particular punto de vista, de aclarar las posibles motivaciones, que obviamente me habrán de llevar a la especulación de los supuestos.

Para el espectador común y corriente, el suicida puede ser un valiente o un cobarde, según se juzgue; pero los parientes cercanos, los amigos o aquellos que tienen estrechos vínculos con él, generalmente expresan poco o nada acerca del o de los posibles motivos que lo impulsaron a la tentativa, aunque en su fuero interno lleguen a considerarlo como una víctima de las circunstancias, como algo que mueve a la compasión o como un típico caso de tontería e imbecilidad humana.

El propósito de presentar una realidad nacional, me aparta del estudio comparativo del problema con otros países, y el enfoque psicológico que trato de exponer en mi trabajo me aleja un tanto de las valiosas investigaciones que al respecto se han realizado en el campo sociológico en nuestro medio y en el de otras naciones.

Considero como obra fundamental, la de Emilio Durkheim (1), quien tal vez ha sido el que con mayor acuciosidad hizo un estudio sobre el suicidio en el siglo pasado, y aunque su orientación es francamente hacia lo sociológico, estimo importantes sus conceptos sobre la psicopatología y la psicología de su tiempo, sobre todo por que en la actualidad pueden ser comparables através de autores de nuestra época, tales como Noyes, Anna Freud, Erich Fromm y otros.

No puede existir el divorcio entre la sociología y la psicología, pues éstas no se apartan jamás de lo que concierne al hombre, pero considero que el acto suicida no sólo representa un aspecto de la conducta sociológica de los individuos en el conglomerado social, sino que la tendencia autodestructiva es más bien producto de las individualidades de la especie humana y de sus reacciones a la totalidad de sus ambientes particulares. Con este pensamiento, es que me encauzo hacia el estudio del suicidio involucrando el aspecto psicológico en sus posibles motivaciones.

METODOLOGIA

En el presente estudio han sido aplicadas las normas señaladas por el método estadístico, es decir la recopilación, la presentación el análisis y la interpretación, eligiéndose de entre los métodos de investigación el método de casos en donde, con fundamento a los arreglos hechos por la Dirección General de Estadística de la Secretaría de Industria y Comercio, para los fines de clasificación del suicidio y sus causas, se realizó la recopilación de los datos referentes al problema, en un periodo de 10 años (1934-1963). El método de casos nos permite, a partir de una serie de datos individuales, dar un enfoque general en beneficio de mejores conceptos y comprensión del problema a tratar.

He considerado la selección del Ramo Judicial, en virtud de estimar que los datos que aporta se ajustan más a la realidad, toda vez que la investigación de las causas de suicidio, como causa de muerte, es discrepante en sus cifras. Es de esperarse que esto ocurra, ya que el Ramo Judicial hace despistaje para la adjudicación de causas, en tanto que como causa de muerte sólo se hace la titulación dentro de las causas violentas. Para aclarar la situación diré, por ejemplo, que un sujeto fallecido puede ser clasificado como suicida por sumersión, motivo suficiente para la intervención de las autoridades policiacas que se abocarán a su esclarecimiento. Ya expedido el correspondiente Certificado de Defunción, necesaria para realizar la inhumación, el resultado de la investigación hecha por tierra la hipótesis anterior al comprobarse que el sujeto falleció por accidente. De aquí que el número de fallecimientos de suicidio como causa de muerte sea mayor que la cifra arrojada en el renglón del suicidio, consumado o frustrado, según sus causas.

Es posible que los datos recopilados no sean del todo verídicos, ya que existe la probabilidad de que su información se oculte en las esferas de atención médica privada, sobre todo en los casos frustrados en donde la misma familia puede resolver la situación -- sin el conocimiento de otra persona o autoridad.

Según la clasificación de la Dirección General de Estadística, se parte de una primera división: la de los casos consumados y frustrados. Estos elementos serán la constante en otras clasificacio--nes, tales como edad, sexo, medio empleado, lugar de ocurrencia, --etc..

En este estudio se omiten los complicados procesos a que obliga el análisis y sólo se emplean principios elementales matemáticos con el propósito de exponer en forma clara y objetiva los alcances--del problema a núcleos cuyas disciplinas obviamente no se inclinan--por una Metodología Estadística rigurosa.

CONCEPTO

Según el Diccionario de la Lengua Española, suicidio es la acción de suicidarse, lo que equivale a quitarse violenta y voluntariamente la vida, siendo el suicida la persona que se quita la vida.

Podría objetarse que la acción de suicidarse no siempre es violenta, ya que su ocurrencia bien pudiera ser bajo el profundo sopor de los barbitúricos o bajo el uso inmoderado y prolongado del alcohol; sin embargo, la expresión de "violencia" quizá esté implicando la dinámica de la acción, carente de raciocinio. Quizá también podría objetarse que el suicidarse, signifique el quitarse la vida en forma voluntaria, puesto que no siempre el suicida emplea conscientemente su voluntad para autodestruirse, ya que incluso puede ser otra persona el factor influyente y determinante para llevar a cabo la autodestrucción; de este modo, es posible percibir que el acto voluntario en tal sentido, carece de la claridad que implica el ejercicio normal de lo voluntario, en el empleo equilibrado de esa facultad.

A pesar de lo expuesto, la ley judicial cataloga el suicidio, como causa de muerte violenta.

Emilio Durkheim (1), después de considerar que entre las diferentes formas de muerte las hay como obra singular del que se victim a sí mismo y que éstas "resultan de un acto en el cual agente y paciente son una misma y sólo persona", expresa una definición del suicidio diciendo que es "toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto, positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima", dando a entender como lo positivo a "cierto despliegue de fuerza muscular", y como lo negativo a algo semejante "como el dejar de comer". Pues "lo mismo se mata uno rehusando alimentarse que destruyéndose por el hierro o por el fuego".

Entonces para Durkheim, "se llama suicidio todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado", y considera que el común denominador de todas las formas posibles de renunciamento a la vida sería que "el acto que lo consagra es cumplido con conocimiento de causa, sea cual fuere la razón que llevara a conducirse así" además de que la víctima, en el momento de obrar, sabe cual va a ser el resultado de su conducta".

En la terminología actual el suicidio se consuma, cuando el propósito de autodestrucción cumple su fin, ya que la tentativa, según Durkheim, sería "ese mismo acto, pero interrumpido antes de que sobrevenga la muerte", que es lo que nosotros entendemos como la frustración del acto suicida.

ALGUNAS CONSIDERACIONES DE LA PSICOPATOLOGIA AUTODESTRUCTIVA.

Durkheim (1), atinadamente expresó la siguiente idea que, en mi concepto, aún tiene operancia: "Hay dos tipos de causas extrasociales a las que cabe atribuir a priori una influencia sobre la tasa de los suicidios: las disposiciones orgánico-psíquicas y la naturaleza del medio físico".

A mi entender el término "disposiciones" está dicho en función de aptitudes, y que "la naturaleza del medio físico" debe comprenderse como expresión de medio ambiente, muy en uso actualmente; y qué otros significados si no éstos, debo atribuirles cuando en el vocabulario común de la psicología se dá a entender que la aptitud es una facultad implícita en el sujeto, sin estimar su variedad; además, sobreentendiendo que el medio ambiente necesariamente involucra a lo físico. De esta manera creo que encuadran aquellos conceptos, actualmente.

Entre otros, según Durkheim (1), Esquirol y Bourdin sostienen que "el suicidio presenta todos los caracteres de las alienaciones, como un padecimiento de demencia especial o como una forma de sus variedades, sin hacerlo de una especie diferente. ¿Existe una forma de locura suicida?", respondiendo de modo general, dice "como la tendencia es, por naturaleza, especial y definida, en caso de que constituya una forma de demencia ésta no puede ser sino parcial limitada a un solo acto".

Parece que el término de "demencia" fué utilizado con excesiva libertad en otras épocas, ya que con él se designaba genéricamente a diversos trastornos mentales que hoy en día son clasificados con mayor precisión.

A.P. Noyes (2), refiriéndose a la esquizofrenia, expresa que "antes se hablaba de esta reacción maligna aplicándole el término demencia en forma incorrecta, ya que el cambio de la personalidad o la desorganización del ego que pueden presentarse en la esquizofrenia, determina sus signos de deterioro dinámicamente y pueden ser reversibles, no así la demencia, que es un proceso impersonal, una alteración permanente de la función intelectual debida a la degeneración o destrucción de las neuronas, lo cual no debe ser confundido con las oligofrenias en donde no existe tal deterioro ya que son producto de una detención en el desarrollo de las estructuras cerebrales." Las pruebas psicométricas aportan datos suficientes para poder hacer acertadas distinciones. En relación al término deterioro, Noyes (2), en su capítulo relativo a las reacciones esquizofrénicas, manifiesta que "tal vez fuera mejor describir el estado maligno, en el que terminan muchos casos con una desintegración de la organización de la personalidad, como un deterioro de los hábitos y no como un deterioro mental".

Volviendo a Durkheim (1), para aclarar la cuestión de si atribuye el suicidio a la demencia o difiere de esta opinión generalizada en su tiempo, dice: "Cualquier conclusión sería precipitada por que si entre los actos de los alienados hay algunos que les son propios y que pueden servir para caracterizar a la locura, otros por el contrario son comunes a ellos y a los hombres sanos, aunque en los dementes revistan una forma especial". Creo que con lo expresado, no es partidario de atribuir únicamente a la demencia la tendencia al suicidio sino que considera otras diversas posibilidades de trastornos mentales que la desencadenan, por lo que aborda el problema de la clasificación del suicidio, señalando que las especies más importantes están comprendidas en 4 tipos que, según Jousset y Morou de la Tours, incluyen los rasgos más esenciales.

- 1o. SUICIDIO MANIACO
- 2o. SUICIDIO MELANCOLICO
- 3o. SUICIDIO OBSESIVO
- 4o. SUICIDIO IMPULSIVO O AUTOMATICO

SUICIDIO MANIACO.- "Se debe a alucinaciones o a concepciones delirantes. El enfermo se mata por escapar a un peligro o a una vergüenza imaginaria, o bien obedeciendo a una orden misteriosa que ha recibido desde arriba, etc.. Pero no los motivos de este suicidio y su modo de evolucionar reflejan los caracteres generales de la que deriva la manía. Lo que distingue a esta afección es su extrema movilidad. Las ideas, los sentimientos más diversos y hasta más contradictorios se suceden con extraordinaria celeridad en el espíritu de los maníacos. Es un perpetuo torbellino. Apenas nace un estado de conciencia, y ya es reemplazado por otro. Lo mismo ocurre en los móviles que determinan el suicidio maníaco: nacen, desaparecen o se transforman con asombrosa rapidez. La alucinación o el delirio que deciden al sujeto a destruirse se presentan repentinamente; de ello resulta la tentativa de suicidio; un instante después la escena cambia, y si el intento aborta no se repetirá, al menos por el momento. Si más tarde llegará a reproducirse será por otro motivo".

SUICIDIO MELANCOLICO.- "Está vinculado a un estado general de extrema depresión, de tristeza exagerada, que hace que el enfermo no aprecie más juiciosamente las relaciones que con él tienen las personas y cosas que le rodean. Los placeres no tienen ningún atractivo sobre él; todo lo vé negro, la vida le parece aburrida y dolorosa. Como tales disposiciones son constantes, también lo son las ideas del suicidio; están dotadas de una gran perseverancia, y los motivos generales que las determinan son siempre sensiblemente los mismos. Con frecuencia se sobreponen a esta disposición general, alucinaciones e ideas delirantes que conducen directamente al suicidio. Sólo que no son inestables, como las que señalábamos hace un momento en los maníacos; por el contrario, son fijas así como es fijo el estado general del cual provienen.

Los temores que agobian al sujeto, los reproches que se hace, los pesares que lo acongojan nunca varían. De manera que si este tipo de suicidio es determinado por razones imaginarias, lo mismo que el precedente, se distingue sin embargo de aquél, por su carácter crónico".

SUICIDIO OBSESIVO.- "En este caso, el suicidio no es causado por ningún motivo real o imaginario, sino solamente por la idea fija de la muerte que, sin razón aparente, se ha adueñado de la mente del enfermo. Este se halla obsesionado por el deseo de matarse, por más que sepa perfectamente que no tiene una razón valedera para hacerlo. Se trata de una necesidad instintiva contra la que nada pueden la reflexión ni el razonamiento análoga a la necesidad de matar o de robar, o de incendiar, en las que también se ha querido ver otras tantas monomanías. Como el individuo se dá cuenta del carácter absurdo de su obsesión, en un principio intenta luchar. Mas durante todo el tiempo que se prolonga su resistencia permanece triste y oprimido, y siente en la cavidad epigástrica una ansiedad que aumenta día a día. Por tal motivo se ha dado a esta clase de suicidio el nombre de suicidio Ansioso. Pero desde el momento en que el enfermo renuncia a seguir luchando, desde que resuelve matarse, la ansiedad cesa y vuelve la calma. Si la tentativa aborta a veces puede bastar, aunque fallida, para apaciguar por algún tiempo ese deseo enfermizo. Se dirá que el sujeto ha satisfecho su deseo".

SUICIDIO IMPULSIVO O AUTOMATICO.- "No es más motivado que el anterior; no tiene razón de ser ni en la realidad ni en la imaginación del enfermo. Sólo que, en lugar de ser determinado por una idea fija que persigue a la mente durante un tiempo más o menos largo, y que solo progresivamente se apodera de la voluntad, resulta de un impulso brusco e irresistible en el momento. Si bien con menos frecuencia, suele ocurrir que los enfermos sientan nacer el impulso y consigan escapar a la fascinación que ejerce sobre ellos el instrumento de la muerte, huyéndolo inmediatamente".

En resumen, Durkheim (1) considera que "todos los suicidios - vesánicos o están exentos de motivos, o son determinados por motivos puramente imaginarios, aunque existe un gran número de muertes voluntarias que no encajan en ninguna de las dos categorías; la mayor parte de ellas tiene motivos y estos no carecen de fundamento en realidad. Por tanto no podemos, a menos de abusar de los términos, ver un loco en cada suicida".

LA NORMALIDAD Y LA SALUD MENTAL

Entre los conceptos modernos de la psicopatología, me atrevo a elegir lo vertido por A.P. Noyes (2), en virtud de que su clasificación me parece más lógica y con un claro enfoque hacia las aparentes esferas y causas de los disturbios mentales; pero antes de exponer sus opiniones al respecto, me parece de interés proponer, en un primer término, algunos breves conceptos sobre "normalidad" y "salud mental".

Según W. Wolff (3), el concepto de "normalidad" parece ser un simple artificio o un tipo de conducta a la cual la sociedad está acorde en llamar así, según su civilización, la edad, el sexo, los grados de desarrollo, etc., haciendo posible su consideración subjetiva conforme al modo de percibir de una mayoría de sujetos, o bien desde el punto de vista estadístico, de acuerdo a la norma de una tendencia que agrupe típicamente a los individuos. Al respecto, A.P. Noyes (2), dice que "cada etapa de desarrollo está determinada por la cooperación de las fuerzas hereditarias y ambientales".

Erich Fromm (4), define a la "normalidad", como dos maneras o "perspectivas", en una de las cuales la sociedad determina la normalidad del individuo, según su capacidad para desempeñar el papel que le corresponde en el seno de una sociedad dada; la otra modalidad se haría patente en el "grado óptimo de expansión y felicidad individuales".

De cualquier manera que se diga, no ha dejado ni dejará de ser la sociedad de cualquier parte del mundo, la que dicte las bases para calificar la "normalidad", en contraposición a lo "anormal"; estadísticamente, el agrupamiento de los individuos dentro de las escalas de valores numéricos y de atributos, dará la media de normalidad.

En cuanto a la "salud mental", A.P. Noyes (2), manifiesta que, - "para que haya salud mental es esencial un equilibrio de las fuerzas, tanto orgánicas como psíquicas, que intervienen en la organización de la personalidad". Erich From (4), dá a entender que esta situación - existe en el hombre, cuando éste es capaz de amar y producir, no pudiendo ser de este modo si no se tiene una medida conveniente del respeto que se debe tener de sí mismo y hacia los demás.

H.A. Carroll (5) dice que, "uno de los requisitos básicos de la salud mental, es que la persona se quiera a sí misma".

En resumen, no puede concebirse la existencia de la "salud mental", si no se tiene la capacidad de aceptar las propias limitaciones, como las que deben tener necesariamente los demás seres que nos rodean, lo cual debe fundamentarse en la propia estima de sí mismo y en la estimación hacia los demás, pues de otro modo no es posible - ejercer el respeto, la tolerancia y la consideración recíprocas. La ruptura de este equilibrio, puede ser motivo del planteamiento de conflictos y problemas de solución diversa, que no siempre habrá de ser la adecuada.

EL PROBLEMA DE LA PERSONALIDAD.

Si es la personalidad la apariencia exterior del sujeto, dotada de un complejo interior compuesto de carácter, temperamento, emoción, anhelos y afectos, es ella la que se distorsiona o se deteriora ante el conflicto de luchar por sobrevivir o de dejar de hacerlo para morir. Ante esta situación es de suponerse la presencia de disturbios o de enfermedad mental, que de antemano se excluyen en el concepto de normalidad.

Es problema complejo el tratar de definir el término de "personalidad", aún con los señalamientos de diversos autores, pues a pesar de que algunos la presentan como un todo indivisible, no dejan de considerar como parte de ella los componentes de temperamento y carácter, en tanto que otros parecen confundirla e identificarla como cualquiera de estos de conceptos o como la suma de ambos.

Según A. P. Noyes (2), la personalidad puede ser definida como "un conjunto de tendencias y modelos más o menos permanentes (temperamento, carácter, inteligencia, deseos)". J.C. Filloex (6) la expone como "la configuración única que toma, en el transcurso de la historia de un individuo, el conjunto de los sistemas responsables de su conducta".

Wolff (4), señalando primeramente la dificultad en la definición, atribuye el término de "personalidad" como una derivación del vocablo latino "persona" (máscara), con el que se designaba a los personajes representados por los actores de la antigüedad, que hablaban a través de una máscara. En este sentido se refiere a "una sistematización de los tipos psicológicos", fundándose en el hecho de que cada máscara, según su expresión, daría el símbolo de cierto carácter.

Sousa (6) enfoca el concepto de "personalidad" desde un punto de vista subjetivo, considerándola como "la individualidad consciente", es decir, según la conciencia que se tenga de sí mismo en su totalidad como persona.

Dufrenne (7) describe la opinión dada por un psicólogo llamado Kardiner, quien considera la personalidad básica como "una configuración particular, propia de los miembros de una sociedad dada, con un conjunto de rasgos que componen esa configuración. No obstante, esos rasgos (agresividad, creencias, etc.) no forman la personalidad individual sino que éstos serán la base de la personalidad de un grupo social; es decir, que esos rasgos dan el carácter básico a la personalidad de un pueblo o de una nación".

Considero que G.W. Allport (8) concreta con sus conceptos los diversos esfuerzos por explicar el término problema: personalidad es así como se remonta al "prosopón" o máscara utilizada por los griegos para representar a los personajes en el teatro de la antigua Grecia. Del prosopón parecen derivar las expresiones de "peri soma" (alrededor del cuerpo), "per seum" (cabeza o rostro), "per se una" (una completa por sí misma), "per sonare" (sonar a través de), que explica la emisión de Cicerón (106-43 ac) por lo menos cuatro significados diferentes de persona:

- 1.- UNA FALSA APARIENCIA (aparentar ante los demás lo que no es).
- 2.- UNA APARIENCIA REAL (mostrar el verdadero papel que desempeña la persona en la vida).
- 3.- LAS CUALIDADES PSIQUICAS INTERNAS (que capacitan al hombre para realizar su trabajo).
- 4.- LA IMPORTANCIA Y EL PRESTIGIO (como un carácter de distinción y dignidad en la persona).

Con toda esa armazón y una larga serie de consideraciones, Allport estructura su concepto de la personalidad, expresando que "es la organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente", en cuanto a que psicológicamente la mente se organiza (asocia), se desarrolla, cambia, es motivacional y se autorregula; es decir, que la personalidad es dinámica dentro del individuo, con hábitos y actitudes específicas y generales, con sentimientos y disposiciones de otros órdenes para constituir sus sistemas psicofísicos (mente y cuerpo, como una unidad indivisible), determinando, (siendo algo y haciendo algo) en forma única (individual) y ajustándose a su ambiente (adaptándose).

Del modo expuesto, se advierte que no puede desligarse la personalidad de la persona y que ambas son una sola sin estar compuestas de dos partes. De la misma manera surge el problema de personalidad, puesto que en ella se incluyen otros componentes que no pueden considerarse separados del todo que constituye a la persona.

LA ORGANIZACION DE LA PERSONALIDAD.

Estimo, que no podría comprenderse la actitud del que intenta la acción suicida, si no se tiene una idea pormenorizada de la forma en que se organiza la personalidad, puesto que es hacia ella la convergencia de las diversas acciones autodestructivas, ya que no creo que el sujeto, presa de la idea suicida, piense en que va a destruir su cuerpo sino más bien considero que la tentativa es en contra de su persona, es decir, de su personalidad.

Calvin S. Hall (9) satisface, a mi entender, el propósito general del concepto sobre la organización de la personalidad; de este modo y fundado en sus ideas, expongo a continuación lo que al respecto expresa:

Según Freud, la personalidad total está integrada por 3 sistemas: id, ego y superego, que en los sujetos considerados como mentalmente sanos constituyen una organización unificada y armónica, cuyo funcionamiento conjunto permite al individuo relacionarse satisfactoria y eficientemente con su ambiente; si no existe equilibrio entre estos tres sistemas, ocurre la inadaptación e insatisfacción de la persona, consigo misma y con el mundo, con la resultante de disminuir la esfera de su eficacia.

EL ID.- Su función es descargar la excitación (entendida como energía o tensión), la que se libera bajo estímulos internos o externos. Tal función, cumple con el principio que Freud denominó como el primordial o inicial de la vida: el principio del placer, cuyo fin es lograr que el sujeto descargue o cuando menos alivie su tensión, tratando de mantener lo más constante posible su principio de placer. La tensión, puede interpretarse como dolor, y su alivio como placer o satisfacción; me parece que es en esta forma como opera el principio del dolor-placer establecido por Freud.

En el desarrollo psicológico, las frustraciones y el malestar estimulan el desarrollo del id. El id, por efecto de la frustración, desarrolla el llamado proceso primario, que procura descargar la tensión para establecer lo que Freud llamó "una identidad de percepción", para significar que el id va a considerar a la imagen mnémica, idéntica a la percepción misma. Para mejor comprensión, debe entenderse que la percepción es la representación mental de un objeto, en tanto que la imagen mnémica es la representación mental de una percepción. Al mirar algo, se forma una percepción; recordar lo ya visto una vez, origina la imagen mnémica. Identificar ambas cosas como una sola, impide que el id pueda distinguir un recuerdo subjetivo de una percepción objetiva del objeto. Como el proceso primario por sí solo no reduce con efectividad las tensiones, se da lugar al desarrollo de un proceso secundario, que ya pertenece a la esfera del ego.

Según Freud, el id es la fuente primaria de la energía psíquica y la sede de los instintos. No está gobernado por las leyes de la razón o de la lógica, y no posee valores, ética o moralidad; solamente obedece al impulso de obtención de satisfacciones instintivas, de conformidad con el principio del placer. De esta manera solo pueden ocurrir dos cosas: o se realiza la descarga de la tensión por la acción o la satisfacción de los deseos o se cae bajo la influencia del ego, con el que se liga la energía en lugar de descargarse de inmediato.

EL EGO.- El ego es gobernado por el principio de la realidad, no por el del placer; es el ejecutivo de la personalidad que domina y gobierna al id y al superego, transando con el mundo exterior en interés de la personalidad total y de sus extensas necesidades.

Si el ego cumple con sus funciones ejecutivas, hay armonía y adaptación; si abdica o entrega mucho de su poder al id, al superego o al mundo externo, existirán desarmonías e inadaptaciones.

La realidad es lo que existe, y por medio de este principio se demora la descarga de la energía o tensión hasta encontrar el objeto real que satisfará una necesidad determinada.

EL SUPEREGO.- Este es la rama moral o judicial de la personalidad; representa lo ideal más que lo real y pugna por la perfección antes que por el placer o la realidad. Se desarrolla desde el ego como consecuencia de la asimilación de las normas paternas, respecto de lo que es bueno y virtuoso, así como de lo que es malo y pecaminoso.

El superego se compone de 2 sistemas: el ideal del yo y la conciencia moral. El primero corresponde a los conceptos acerca de lo que los padres consideran moralmente bueno; el segundo, el concepto que se tiene acerca de lo que los padres consideran moralmente malo. Ambos darán las experiencias de recompensa y castigo, respectivamente.

GENERALIDADES ACERCA DE LOS MECANISMOS DEFENSIVOS.

No está de más hacer una breve alusión general a los mecanismos defensivos, toda vez que por medio de ellos se trata de conservar la integridad de la personalidad, ante las situaciones de conflicto psíquico; además, si se piensa que la falla de algunos mecanismos defensivos puede llevar al sujeto a la tentativa suicida, excluida la posibilidad de organicidad y adjudicando al problema un fondo puramente psicogénico, las emociones, afectos y sentimientos exagerados probablemente nulifiquen la acción atenuadora de tales mecanismos, haciendo presa al sujeto de la idea suicida, como único recurso de solución. No creo que todos los mecanismos defensivos tengan relación estrecha en el propósito suicida, pero sí estimo que el más importante de ellos en este aspecto, puede ser la represión, seguida de --- otros mecanismos de defensa cuya relación considero aparente y no determinante en el desencadenamiento de la acción que tiende al suicidio, todo ello en un campo que no escapa a la especulación.

Durante el desarrollo de la personalidad, van apareciendo situaciones diversas entre las que surge el problema de tratar de guardar el equilibrio entre dos fuerzas opuestas: el impulso y los patrones habituales creados en el ambiente familiar, en la escuela y en la sociedad. Pudiera decirse, que es la lucha por eliminar o resistir a todos aquellos impulsos que no darían un resultado satisfactorio al yo, sino que por el contrario le fueran dolorosos. Este desarrollo de la personalidad exige que los obstáculos sean vencidos, pero a veces son de gran dificultad, real o aparente; así el sujeto, ante la situación de conflicto, va a generar en forma inconsciente mecanismos de defensa mediadores para aliviar sus tensiones internas. Según Hoyer (2), "la personalidad desarrolla defensas específicas para enfrentarse a la angustia, a los impulsos agresivos, hostilidades, resentimientos y frustraciones".

El empleo de los mecanismos de defensa no implica que exista - necesariamente patología, ya que tanto normales como anormales se - valen de ellos para conservar su personalidad. De este modo, es po - sible que el grado de salud mental vaya en relación con la calidad - de los propios recursos de defensa.

El conflicto genera la angustia y ésta, a su vez, conduce al - empleo de los mecanismos de defensa, que, como ya se dijo, van a - atenuar la tensión interna que la situación de conflicto ha provoca - do. Según Noyes (2), "se conoce como conflicto psíquico, al dilema en el cual el individuo es impulsado por fuerzas mutuamente incompatibles e irreconciliables, y por impulsos y necesidades de la personalidad que compiten entre sí. Actualmente la angustia se considera, en general, como un estado de tensión que revela la potencialidad de un desastre inminente. Para decirlo de otra manera, ante - impulsos coercitivos sexuales o agresivos que empiezan a emerger, - ante la tensión de la soledad o de la tristeza o ante la revelación del amor o de la ternura, que pueden exponer al individuo al sufrimiento de afectos como culpa o vergüenza, lo primero que se experimenta es angustia en el contexto de la situación conflictiva". Calvin S. Hall (9), respecto a los mecanismos de defensa dice: "Una de las tareas más importantes del yo es enfrentar las amenazas de peligro que acechan a la persona y suscitan angustia. El yo puede tratar de dominar el peligro adoptando métodos realistas para resolver el problema o puede tratar de aliviar la angustia utilizando métodos que nieguen, falsifiquen o deformen la realidad y le impiden desarrollar su personalidad. Estos últimos métodos son llamados mecanismos de defensa del yo".

En cuanto a la represión, Calvin S. Hall (9) expresa: "Se llama represión a la anulación o restricción de una catexia (fuerza impulsora) por una contracatexia (fuerza de resistencia). Según A.P. Noyes (2), por medio de la represión "se excluyen del campo de la percepción consciente los deseos, impulsos, pensamientos y anhelos que serían perturbadores o incompatibles con los autorrequerimientos y las motivaciones de la conciencia, que son desplazados hacia el inconsciente. Ahí, por medio de una inhibición psicológica del recuerdo, permanecen inaccesibles para no ser reconocidos y no originar una angustia que sería insoportable".

Quizá los complejos tengan participación en la tendencia al suicidio; por lo tanto, me permito incluir los conceptos de Noyes (2) al respecto: "Se conoce como complejo a un grupo de ideas asociadas y unidas a elementos afectivos comunes que, por ser de naturaleza inquietante, han sido reprimidos. Este centro de perturbación emocional puede ejercer una poderosa influencia inconsciente; en consecuencia, la tensión latente, por su contenido afectivo, puede estallar a causa de alguna experiencia o comentario aparentemente sin importancia, en forma desproporcionada".

No me atrevo a afirmar que la falla de tal o cual mecanismo defensivo juegue un papel de importancia decisiva en la tentativa suicida, pues la no operancia de unos y otros es probable que ejerzan, en un momento dado, influencia en su determinación; además, creo que el empleo de los mecanismos defensivos no obedezca a causas discriminadas, sino que ellos actúan como una totalidad en respuesta a las situaciones de conflicto que han originado angustia.

AGRUPAMIENTOS TEORICOS

Especulando con la probabilidad, no matemática, para la adjudicación de la causa-efecto, a partir de la nomenclatura empleada por la Dirección General de Estadística, de la Secretaría de Industria y Comercio, se presentan 3 agrupamientos diferentes, relacionados entre sí, con el objeto de tratar de encontrar una posible explicación de los factores que quizá sean los determinantes del acto suicida:

CAUSAS ESTADÍSTICAS	MOTIVACION APARENTE	ENTIDAD PSICOPATOLOGICA
	Pérdida del objeto amoroso	Trastornos en la esfera afectiva.
económicas	Depresión	Trastornos en la esfera afectiva.
familia	Frustración	Trastornos en la esfera afectiva.
tos	Sentimientos de culpa	Trastornos en la esfera afectiva.
mental	-----	Trastornos orgánicos.
orgánicas	-----	Trastornos orgánicos.
por alcohol	Fuga de la problemática	Alcoholismo.
por drogas	Desviación de los hábitos	Droga-adicción.

Para comprender las alteraciones en la esfera afectiva, debe entenderse como afectividad a los sentimientos de "la vida emocional o tono afectivo-emocional de una persona" (2); los afectos son "variaciones, modulaciones y expresiones, intensas y temporales, de dichos sentimientos" (2). La emoción, que en sí no es el afecto, señalaría

"Los fenómenos fisiológicos que acompañan o expresan un afecto"(2).-- Así, el estado de ánimo, factor fundamental en la determinación del suicida, sería "un estado afectivo, sostenido, constante, de bastante duración. Por lo tanto, la afectividad contiene un componente dinámico inherente que sirva para influir en el contenido del pensamiento y en la actividad conativa o anhelo o urgencia de la persona por expresarse" (A.P. Noyes 2).

Los factores psicodinámicos, como la pérdida del objeto amoro-- so, la depresión, la frustración y los sentimientos de culpa, parecen entremezclarse en las causas amorosas en las dificultades económicas en los disgustos de familia y en los remordimientos, cuyo denominador común puede estar representado en los trastornos de la afectividad. Cada uno no puede observarse como una entidad separada que lo va a distinguir como motivador del suicidio, aunque así se ordenen para los efectos de una clasificación, pues tanto el que pierde el objeto amado, el que no logra superar sus problemas económicos, -- el que ve en la actitud de la familia la causa de su contrariedad, -- como el que se siente culpable o sufre de remordimientos por sucesos en los cuales ha sido participe o pretende haber participado, experimentan en diversos grados la sensación de soledad, la frustración y los sentimientos de culpa que van a desencadenar la angustia y la depresión. Tales situaciones van a favorecer el estado de confusión, -- restringiendo el horizonte de las posibles soluciones del problema -- para acentuarse la actividad conativa que exigirá con premura, como solución última, el desaparecer de la existencia.

Las alteraciones orgánicas, presentan cierta dificultad para -- clasificarlas psicodinámicamente, pues es la enfermedad la causante de tales trastornos, aunque los brotes psicóticos primarios parezcan inducir hacia el concepto psicogénico. A.P. Noyes (2), considera al deterioro mental como factor desencadenante, carente de un contenido psicológico real, aunque éste sea orientado por el progreso mismo -- del padecimiento orgánico seguido de alteraciones fisiológicas, en -- tanto que el trastorno de origen psicogénico no logra producir el deterioro orgánico.

La fuga de la problemática parece ser la constante en la psicodinámica del alcohólico, en el que no hay un deseo definido de enfrentarse a ella, de querer solucionar el conflicto. La oscilación entre la sobrevaloración y el desprecio de sí mismo, por los actos cometidos durante el estado de embriaguez o por la debilidad manifiesta en la falta de fuerza por evitarla, desencadena una serie interminable de actos de embriaguez repetitivos, cuya suma logra a la larga un sensible deterioro orgánico; dichos actos, es posible que desde su principio vayan cargados de un sincero deseo de autodestrucción a largo plazo, lento, carente de dolor, excepto el moral, hasta que este desaparece y la voluntad desciende a un punto comparable al cero. El uso inmoderado del alcohol, sin freno en la dosis, saturado dé un impulso incoercible de beber hasta la inconciencia, puede ser causa de muerte por intoxicación alcohólica, atributo de causa del suicidio.

La droga-adicción, podría considerarse como una afición a la ficción proporcionada por ciertas drogas; es como una tendencia a crearse un mundo placentero por medios ilícitos, un mundo en el cual sólo se está en actitud contemplativa de la fantasía y de la alucinación. En tal situación, nada productivo puede esperarse del sujeto, el que quizá en cierto tiempo requerirá de una sobredosis que finalmente le lleve a la muerte. De este modo, la droga-adicción puede ser el atributo en la clasificación de la causa del suicidio.

CUADROS ESTADÍSTICOS.

CUADRO I

SUICIDIOS, CONSUMADOS Y FRUSTRADOS, EN LA REPUBLICA MEXICANA
1954 - 1963

AÑO	POBLACION (+)	TOTAL DE CASOS	Coef. por 100000 Habts.	CASOS CONSUMADOS	Coef. por 100000 Habts.	CASOS FRUSTRADOS	Coef. por 100000 Habts.
1954	28,853,428	936	3.2	452	1.5	484	1.7
1955	29,679,415	949	3.2	517	1.7	432	1.5
1956	30,538,050	877	2.9	517	1.7	360	1.2
1957	31,426,190	816	2.6	484	1.5	332	1.1
1958	32,347,698	751	2.3	492	1.5	259	0.8
1959	33,304,253	805	2.4	570	1.7	235	0.7
1960	34,923,129	731	2.1	540	1.5	191	0.6
1961	36,091,006	778	2.2	579	1.6	199	0.6
1962	37,233,227	789	2.1	611	1.6	178	0.5
1963	38,416,043	807	2.1	610	1.6	297	0.5
	T O T A L	8,239	25.1	5,372	15.9	2,867	9.2

(+) Direc. Gral. de Estadística (S.I.C.)

CUADRO I

INTERPRETACION:

El incremento de población no indica que el número de tentativas de suicidio aumentan; por el contrario, la tendencia general del fenómeno decrece, lo que señala que las tentativas de suicidio, hasta el momento, disminuyen en relación con el aumento general de la población.

Por otra parte y según los componentes del suicidio - los casos consumados y frustrados muestran disminución a medida que la población general aumenta.

CUADRO II

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE SUICIDIOS, CONSUMADOS Y FRUSTRADOS,
SEGUN MES DE OCURRENCIA EN LA REPUBLICA MEXICANA.
1954 - 1963

MES DE OCURRENCIA	TOTAL DE CASOS	%	PORCENTAJES	
			CONSUM.	FRUST.
Enero	620	7.5	5.0	2.5
Febrero	622	7.6	4.8	2.8
Marzo	700	8.5	5.4	3.1
Abril	732	8.9	5.6	3.3
Mayo	796	9.6	6.5	3.1
Junio	793	9.6	6.2	3.4
Julio	727	8.8	5.3	3.5
Agosto	737	9.0	6.0	3.0
Septiembre	695	8.4	5.3	3.1
Octubre	581	7.1	4.8	2.3
Noviembre	649	7.9	5.2	2.7
Diciembre	649	7.9	5.2	2.7
T O T A L :	8,239	100.00	65.0	34.8

Fuente: Direc. Gral. de Estadística (S.I.C.)

CUADRO II.

INTERPRETACION:

El mayor número de tentativas de suicidio se observa que ocurren durante los meses de Abril y Mayo, es decir, a la mitad y al término del ciclo estacional de la primavera, no estimándose que las estaciones primavera-verano determinen los incrementos de casos consumados y frustrados, como lo señala el cuadro.

Es de creerse que el factor climatérico de la primavera influya en cierta forma como elemento desencadenante de la tentativa de suicidio.

CUADRO III

SUICIDIOS CONSUMADOS Y FRUSTRADOS, SEGUN GRUPOS DE EDAD, PORCENTAJES, PROMEDIOS ANUALES
Y COEFICIENTES EN LA REPUBLICA MEXICANA.
1954 - 1963

GRUPOS DE EDAD (+)	TOTAL DE CASOS	PORCENTAJE		TOTAL	PROMEDIO ANUAL		COEF. X 100000 HABITANTES
		CONSUMADOS	FRUSTRADOS		DE LA POBLACION	DE CASOS	
Hasta 14 años	245	1.8	1.4	3.2	14,720,216	25	0.1
15 - 19	1,317	7.8	9.4	17.2	3,361,384	132	3.9
20 - 24	1,533	11.1	8.9	20.0	2,795,606	153	5.5
25 - 29	1,045	8.3	5.4	13.7	2,396,234	105	4.3
30 - 34	766	6.4	3.5	9.9	1,963,580	76	3.9
35 - 39	669	6.4	2.3	8.7	1,830,456	67	3.6
40 - 49	799	8.3	2.1	10.4	2,462,796	80	3.2
50 - 59	647	7.1	1.3	8.4	1,763,894	65	3.6
60 y +	659	7.8	0.7	8.5	1,930,299	66	3.4
T O T A L :	7,680	65.0	35.0	100.0		85	3.5

Fuente: Direc. Gral. de Estadística (S.I.C.)

(+) Se eliminan 559 casos cuyos GRUPOS DE EDAD se ignora.

CUADRO III

INTERPRETACION:

Según los grupos de edad, el mayor número de tentativas de suicidio se presentan entre los adolescentes de 15 a 19 años de edad; entre los jóvenes de 20 a 24 años de edad, entre los adultos jóvenes de 25 a 39 años de edad y entre los sujetos maduros de 40 a 49 años de edad. Las tentativas de suicidio entre sujetos viejos y ancianos, siguen más o menos el mismo comportamiento. ¿Qué motivo en el niño y en el púber la tentativa suicida? Quizá en el primero, éste acto se matice con el juego y la fantasía, en donde la ensoñación de morir le da ocasión de imaginarse cadáver ante los seres queridos, sufriendo, perdonando y gozando por las lágrimas que derraman los que le ven muerto; son aquellos los culpables de lo ocurrido, por que no quisieron o no supieron comprenderlo, negándole todos sus requerimientos inmediatos. Tal vez el niño fantasea con que solo estaría como un muerto y que despertaría oportunamente para poder perdonar a todos aquellos que lo frustraron, viéndose entonces premiados y satisfechos todos sus deseos.

En el adolescente, que vive la edad peligrosa, la época del despertar y de las inquietudes, estimo que la tentativa suicida se motiva en un sentimiento exagerado de incomprensión. Su mundo no está ajustado al modo de pensar y de actuar de sus mayores, y no adaptándose a esta situación exige que aquellos se ajusten a su creencia particular de ser y existir; como ésto no habrá de ocurrir, se frustrará y generará agresividad la que, imposibilidad de poder ejercer sobre los otros, la volcará sobre sí en forma autodestructiva.

Del joven, imagino que de su propio dinamismo e inquietud surge la predisposición a la frustración, en cuanto experimenta que sus metas e intereses no son tan fáciles de obtener y que por el contrario sus esfuerzos debieron ser mayores. Puede ocurrir que a mayor dificultad la frustración sea mayor, la que si no es superada puede conducir al acto suicida. Creo que esta edad es la que el sujeto considera como la mejor de su vida y en ella se habrá de experimentar para llegar a ser un buen conquistador de todas las situaciones; tendrá gran empuje, gran decisión, poco juicio y mayor impulsividad, elementos que al conjugarse pueden propiciar las frustraciones y las depresiones peligrosas.

En el adulto, que generalmente tiene otros afanes y se ha hecho de responsabilidades mayores y serias, el sentimiento de fracaso y aún el de incomprensión, pueden deprimirle tan profundamente que pueden llegar a pensar que la única solución de su conflictiva es el acto suicida.

En el viejo y en el anciano tal vez el denominador común de la tentativa suicida lo sea la enfermedad, como también puede serlo el sentimiento de fracaso de su vida.

En todo lo expuesto anteriormente, predomina lo especulativo, ya que considero que no puede hacerse una apreciación certera bajo situaciones experimentales de observación y comprobación de los hechos que habrán de determinar el acto suicida.

CUADRO IV

COEFICIENTES DE SUICIDIOS CONSUMADOS Y FRUSTRADOS, SEGUN SEXO, EN LA
REPUBLICA MEXICANA.
1954 - 1963

AÑO	COEFICIENTES POR 100,000 HABITANTES			
	CONSUMADOS		FRUSTRADOS	
	Hombres.	Mujeres	Hombres.	Mujeres
1954	1.2	0.4	0.6	1.0
1955	1.3	0.4	0.5	1.0
1956	1.3	0.4	0.5	0.7
1957	1.2	0.4	0.4	0.6
1958	1.2	0.3	0.3	0.5
1959	1.3	0.3	0.3	0.5
1960	1.2	0.3	0.2	0.4
1961	1.2	0.4	0.2	0.4
1962	1.3	0.3	0.2	0.3
1963	1.3	0.3	0.2	0.3
TOTAL:	12.5	3.5	3.4	5.7

Fuente: Direc. Gral. de Estadística (S.I.C.).

CUADRO IV

INTERPRETACION:

Según el sexo, hombres y mujeres consumen el suicidio en una forma más o menos estable, es decir que el acto suicida no sufre incremento en ninguno de los dos sexos durante el período. Sin embargo la proporción de casos consumados es de tres hombres - por una mujer aproximadamente, en tanto que la proporción de casos frustrados es de dos mujeres por un hombre, más o menos.

Parece ser que hay mayor decisión de propósito suicida en el hombre y que aunque la problemática se comparte por igual en los dos sexos, el manejo que la mujer hace de ella parece inducirle más definitivamente a la frustración del acto.

CUADRO V

SUICIDIOS CONSUMADOS Y FRUSTRADOS, SEGUN ESTADO CIVIL
(PROMEDIOS ANUALES Y COEFICIENTES), EN LA REPUBLICA
MEXICANA.

1954 - 1963

ESTADO CIVIL	PROMEDIO	ANUAL	COEF. X 100,000 HABITANTES
	DE POBLACION GENERAL	DE CASOS	
Solteros	8,274,032	356	4.3
Casados	9,837,776	312	3.2
Viudos	1,322,979	26	2.0
Divorciados	119,045	15	12.6
Unión Libre	1,852,184	52	2.8
TOTAL +		152	4.9

Fuente: Dirección General de Estadística (S.I.C.)

+Se eliminan 63 casos-promedio que incluyen 25 casos-promedio de menos de 14 años y 39 casos promedio cuyo estado civil se ignora.

CUADRO V

INTERPRETACION:

Corresponde a los divorciados el mayor número de tentativas de suicidio, seguida de los solteros en la proporción de 1- por cada 3 divorciados, aproximadamente. El tercer lugar lo ocupan los casados con una proporción de 1 por cada 4 divorciados, los viudos y los que viven en unión libre, ocupan los últimos lugares, con poca diferencia entre los dos.

Especulativamente, quizá el sentimiento de fracaso, de frustración, de culpa sea el principal factor en la determinación de la tentativa suicida en los divorciados, y es más, cabe suponer la existencia de alguna acción precipitada en la decisión personal por el acto matrimonial, situación que en el transcurrir del tiempo sin duda que llevará al desencanto, a la desilusión y al arrepentimiento tardío.

En la soltería caben numerosas suposiciones, pues es a ella a quien corresponde el sentimiento de la no sujeción, de la más libre expresión del ser como tal, sin compromiso y sin el reconocimiento sincero de la descendencia; más también es válido pensar que en algunos quepa la sinceridad en la búsqueda de la compañía en cuyo cambio se ofrece todo el ser mismo. Tales situaciones, por emotivas, pueden ser frustrantes y conducir al intento suicida.

Tal vez en los viudos el sentimiento de soledad sea el principal ingrediente en la tentativa suicida; al referirse a la unión libre, quizá la falta de comprensión, la frustración y la desadaptación sean los determinantes.

CUADRO VI

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE SUICIDIOS CONSUMADOS Y FRUSTRADOS, SEGUN
MEDIO EMPLEADO Y SEXO EN LA REPUBLICA MEXICANA.
1962 - 1963

MEDIO EMPLEADO	TOTAL DE CASOS	PORCENTAJE	PORCENTAJES					
			CONSUMADOS		PORCENTAJE TOTAL	FRUSTRADOS		PORCENTAJE TOTAL
			HOMBRES	MUJERES		HOMBRES	MUJERES	
Armas de fuego	526	33.0	26.8	3.7	30.5	2.2	0.3	2.5
Estrangulación	341	21.2	19.1	1.7	20.8	0.5	0.1	0.6
Veneno tomado	311	19.5	5.8	6.2	12.0	1.7	5.8	7.5
Arma blanca	103	6.5	1.4	0.4	1.8	3.4	1.3	4.7
Precipitación	41	2.6	1.6	0.4	2.0	0.4	0.2	0.6
Sumersión	29	1.8	1.5	0.3	1.8	0.0	0.0	0.0
Quemaduras	14	0.8	0.5	0.3	0.8	0.0	0.0	0.0
Machacamiento	12	0.8	0.6	0.0	0.6	0.1	0.0	0.1
Gas venenoso	9	0.6	0.2	0.2	0.4	0.0	0.1	0.1
Otro medio	89	5.6	1.9	0.9	2.8	0.8	2.0	2.8
Se ignora	121	7.6	1.8	1.2	3.0	1.1	3.5	4.6
T O T A L :	1596	100.0	61.2	15.3	76.5	10.2	13.3	23.5

Fuente: Dirección General de Estadística (S.I.C.)

NOTA: A partir de 1962 comenzaron a registrarse estos datos.

CUADRO VI

INTERPRETACION:

Los tres principales medios empleados en la tentativa de suicidio son: armas de fuego, estrangulación (ahorcamiento) y veneno tomado (que incluye el uso de drogas y enervantes), respectivamente.

En el primero, la proporción es de 7 hombres por una mujer, tanto en los que consuman el suicidio como en los que frustran el intento; en el segundo, la proporción es de 11 hombres por una mujer, en los casos consumados, y de 5 hombres por una mujer, en los casos frustrados.

En la tentativa suicida por veneno tomado la proporción de consumados es a la par, aproximadamente, pero en los casos frustrados es de 1 hombre por 3 mujeres.

Parece ser indiscutible que en el hecho de emplear armas de fuego queda implícito un verdadero deseo de morir, tanto en hombres como en mujeres, inclinándome a creer que los disparos realizados sobre áreas vitales del cráneo, definen el propósito; no así los que se frustran, pues en ellos cabe la posibilidad de elegir otras áreas del cuerpo en donde la muerte no ocurra de inmediato, dando oportunidad a los recursos médicos de lograr sus afanes.

La elección por el estrangulamiento, como medio de realización de la tentativa suicida, disminuye tanto en hombres como en mujeres, pero en este hecho es quizá donde más se revele una situación de grave depresión y frustración, que requiere de una expresión dolorosa afectivo-emocional.

Entre los tres principales medios empleados para intentar el suicidio, el veneno tomado tal vez sea el que mejor oportunidad brinda a los recursos médicos para salvar la vida, si el presunto suicida es descubierto oportunamente; es posible que el deseo de morir no sea tan verdadero solo que, la caída en el sopor de los barbitúricos en un sitio solitario impide a los presuntos solicitar auxilio si han llegado al arrepentimiento de su acción.

CUADRO VII

TENDENCIA SUICIDA, CASOS CONSUMADOS Y FRUSTRADOS
EN LA REPUBLICA MEXICANA, SEGUN CAUSA.
1954 - 1963



A.-

C A U S A S	TOTAL DE CASOS	PORCENTAJE
Disgustos de familia	1566	19.0
Enfermedades orgánicas	1098	13.3
Amorosas	991	12.0
Dificultades económicas	601	7.3
Intoxicación alcohólica	552	6.7
Enajenación mental	392	4.8
Remordimientos	149	1.8
Intoxicación por enervantes	100	1.2
Otras causas	1225	14.9
Se ignore	1565	19.0
T O T A L :	8239	100.0

Fuente: Dirección General de Estadística (S.I.C.)

SUICIDIOS CONSUMADOS, SEGUN CAUSA EN LA
REPUBLICA MEXICANA.
1954 - 1963

C A U S A S	TOTAL DE CASOS	PORCENTAJE
Enfermedades orgánicas	846	10.2
Disgustos de familia	574	7.0
Amorosas	507	6.2
Intoxicación alcohólica	417	5.0
Dificultades económicas	350	4.1
Enajenación mental	322	4.0
Remordimientos	85	1.0
Intoxicación por enervantes	48	0.5
Otras causas	989	12.0
Se ignore	1234	15.0
T O T A L :	5372	65.0

SUICIDIOS FRUSTRADOS, SEGUN CAUSA, EN LA
REPUBLICA MEXICANA.
1954 - 1963

C

C A U S A S	TOTAL DE CASOS	PORCENTAJES
Disgustos familiares	992	12.0
Amorosas	484	5.8
Enfermedades orgánicas	252	3.1
Dificultades económicas	251	3.2
Intoxicación alcohólica	135	1.7
Enajenación mental	70	0.8
Remordimientos	64	0.8
Intoxicación por enervantes	52	0.7
Otras causas	236	2.9
Se ignore	331	4.0
T O T A L :	2867	35.0

CUADRO VII

INTERPRETACION:

Las tres principales causas de la tendencia suicida son: -- los disgustos de familia, las enfermedades orgánicas y las clasificadas como causas amorosas. Las tres se agrupan en los llamados trastornos -- de la afectividad o de la esfera afectiva, cuyo total arroja el 44.3% -- del total de las tentativas suicidas, consumando el suicidio el 23.4% y frustrandose en la tentativa el 20.9%; es decir que más o menos la mitad logra el propósito, en tanto que la otra mitad se frustra.

Por disgustos familiares realizan la tentativa suicida el 19.0% y solo el 7.0% lo consuman, frustrandose el 12.0%; es decir que -- de 3 tentativas una se consuma y 2 se frustran, aproximadamente.

Por enfermedades orgánicas atentan contra su vida, consumando el suicidio el 10.2% y frustrandose el 3.1% o sea que de 5 tentativas de suicidio 3 lo consuman y 2 se frustran.

Por dificultades amorosas el 12.0% atenta contra su vida, consumando el suicidio el 6.2% y frustrandose el 5.8% o sea que de cada 2 tentativas una se consuma y una se frustra.

Con las deducciones anteriores se infiere que los que definitivamente poseen un mayor deseo de morir son aquellos que padecen alguna enfermedad orgánica; este deseo no parece ser muy patente en los -- que sufren disgustos familiares y quizá un mal cálculo en sus posibilidades de vida les acarrea la muerte.

Las causas amorosas parecen denotar un firme deseo de auto destrucción con la probabilidad de que exista el deseo de realizarlo -- frente al objeto amoroso, lo que le resta las posibilidades de la consumación.

CONCLUSIONES

La tendencia al suicidio, excepción hecha de las enfermedades orgánicas como causa predisponente, abarca un gran número de casos cuya causa provoca alteraciones en la esfera afectiva -- con motivaciones que involucran la depresión, la frustración y los sentimientos de culpa; más es posible que en la fuga de la problemática y en la desviación de los hábitos también existan aquellos matices de alteración.

Exceptuando, como ya dije, las enfermedades orgánicas, en todas las otras causas de tendencia suicida es casi seguro que exista un fuerte sentimiento de incompreensión hacia sí, sentimiento que puede quizá ser exagerado ante la sensibilización afectiva provocada por la acción sostenida de la problemática.

Ahora bien, este sentimiento de incompreensión, exagerado o no, es probable que posea un gran porcentaje de realidad -- puesto que, quien no se encuentra ante tal exigencia de necesidad primordial no siempre es persona dispuesta a tratar de comprender -- la situación del que vive con la obsesión de su problema, y no digamos solo ésto, sino que llega el caso en que ni siquiera se hace un mínimo esfuerzo por escuchar al que tiene necesidad de ser oído. Y así las cosas, ¿Cómo puede encontrar aliento y esperanza el sujeto que sólo pide ser escuchado y comprendido?.

Todo el mundo confronta de continuo problemas que -- exigen solución, unos en más y otros en menos; algunos los resuelven con acierto y seguridad, otros cuando menos generan mecanismos defensivos que los protegen de las agresiones ambientales; más -- ¿Cuántos de aquellos que atienden a sus propios problemas están dispuestos a dar un poco más de sí para dar atención a otros cuya problemática requiere de cierta ayuda?. Aún cuando la tendencia general de las personas es la de dar consejo a quien tiene problemas, -- generalmente se aconseja a la luz propia de como cada quien ha resuelto las diversas situaciones de su vida. Esto, cuando se enfoca

hacia otro sujeto, no siempre se satura de un sincero deseo de ayudar y se expresan los métodos y sistemas con los cuales ha salido -
avante el consejero. Por lo tanto, quien así aconseja de antemano -
supone que, como le ha sido tan efectivo, debe por lo tanto ser de -
igual efectividad en otro, sin tomar en cuenta que cada sujeto es -
bastante diferente en su forma de ser y de pensar.

Hablar de la psiquiatría o de la psicología ante per-
sonas con fuerte problemática o desajustes de la personalidad, in-
clinan a éstas a expresar apresuradamente "el no estar locos" para -
acudir ante los que ejercen tales profesiones. En otras circunstan-
cias, en la generalidad de las personas existe la creencia de que -
tales ramas del saber están envueltas en el sutil velo de lo mági-
co. Se cree que psiquiatras o psicólogos con solo ver a una perso-
na quedan compenetradas de su total forma de ser. ¿Qué implica es-
to?. Creo que la más profunda ignorancia de las disciplinas de ta-
les ciencias y de su empleo conveniente.

De este modo, cabe pensar en que los conceptos de en-
fermedad y de trastorno mental deben ser ampliamente definidos para
que sean mejor entendidos sus términos y se aclare la posición de -
ayudar, ayuda que en todo caso debe referirse a las fuentes que le-
son propias, es decir, a la psiquiatría o a la psicología.

Psicólogos y psiquiatras deben ser complementos reci-
procos y aunque cada uno tiene su esfera propia, sus acciones se in-
brican y confunden, ya que no es posible delimitar con precisión lo
que a cada quien corresponde. En términos generales estimo que al
psiquiatra se le debe la parte enferma y de trastorno profundo, así
como todas las acciones preventivas o curativas, y al psicólogo, la
psicometría y ciertas terapias a sujetos que no han caído en la -
quiebra psicótica, sea orgánica o funcional, participando en coope-
ración con el psiquiatra o por sí, en actividades de prevención y -
vigilancia.

¿Cuál es el monto de la pérdida que significa un suicida para la nación?. En comparación con esta pérdida, ¿cuánto cuesta el sostenimiento de centros gubernamentales para tratar a personas que sufran desajustes o enfermedad mental?. Creo, que las pérdidas superan en muchos miles de pesos a la inversión, tomando en cuenta a todos aquellos que se vuelven, por enfermedad o trastorno mental, factores negativos en la producción considerándose como cargas económicas en la familia y en el Estado. De cualquier manera, de seguro que la pérdida de vidas por suicidio, es importante en los órdenes del sostén familiar y de la producción.

El presunto suicida o el que confundido por su problemática piensa realizar el acto suicida debe contar con la eficaz ayuda oportuna, para retardar la realización del acto hasta en tanto logra poner en orden las ideas que le habrán de permitir encontrar la solución adecuada.

Estado, iniciativa privada y público, deben ser educados en la comprensión del problema suicidio, para que todos y cada uno provean lo necesario para evitar esta dolorosa situación.

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

- 1.- EL SUICIDIO.- Emilio Durkheim.
- 2.- PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA.- A. P. Noyes & Kolb.
- 3.- INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA.- Wener Wolff.
- 4.- ETICA Y PSICOANALISIS.- Erick Fromm.
- 5.- HIGIENE MENTAL.- H. A. Carroll.
- 6.- LA PERSONALIDAD.- J. C. Filloux.
- 7.- LA PERSONALIDAD BASICA.- Dufrenne.
- 8.- PSICOLOGIA DE LA PERSONALIDAD.- G. N. Allport.
- 9.- COMPENDIO DE PSICOLOGIA FREUDIANA.- Calvin S. Hall.