



131
Zejeu

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ESTUDIO DE LAS CARACTERISTICAS DEL PACIENTE
CON CONDUCTAS SUICIDAS, USUARIO DEL SISTEMA
DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO (SAPTEL)**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
LOZA CANALES GEORGINA SUSANA**

DIRECTORA DE TESIS: DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO

**ASESORES: DR. JULIAN MCGREGOR Y SANCHEZ-NAVARRO
MTRA. CRISTINA HEREDIA ANCONA**

**SINODALES: LIC. SUSANA EGUIA MALO
LIC. PATRICIA DE BUEN RODRIGUEZ**

MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



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.

AGRADECIMIENTOS

**Te agradezco infinitamente
por lo más valioso; la vida,
y sobre todo por la oportunidad
de valorarla.**

**-Pues tú Señor, formaste mis entrañas,
me tejiste en el seno de mi madre.
Te doy gracias por tantas maravillas
que tú has ejecutado-. (Sal. 139)**

Papá y Mamá:

No existen las palabras para agradecerles todo lo que me han brindado, y porque de ustedes he recibido el mejor ejemplo de vida les dedico éste esfuerzo.

¡Los amo!

Susi y Rafa: Gracias por su incondicional apoyo.

Claudia: siempre a mi lado,
te agradezco tu soporte y tu colaboración
en este trabajo, porque hemos compartido todo
y sabemos lo que significa el valor de la vida,
te reitero todo mi amor.

¡Te quiero mucho!

Porque ustedes son una gran fuente
de amor y fortaleza en mi vida,
les agradezco a cada uno su interés
y cariño.

¡Mil Gracias a mi familia Canales!

Ustedes han sido un verdadero apoyo
en momentos difíciles y han hecho más
grato el recorrido en esta etapa.

¡Gracias amigos! Coco, Loren, Rebe,28, Iliana,
Gaby, Mirna, Beto, Fede, Lupita, Vero, Fabián,
Samuel y Padre Adelio.

Porque juntos vivimos días
inolvidables en el paso por la facultad,
que ha sido una agradable experiencia,
no los olvidare.

¡Gracias Alicia, Monica, Xochitl,
Mario, Sandra, Greta, Lisette,
Perla, Alma y Silvia!

En especial muchísimas gracias a usted Dra Emilia, por sus acertadas indicaciones y porque ha compartido conmigo su gran nivel profesional.

Con toda mi admiración.
¡Gracias Dra. Lucio!

Maestra Cristina Heredia:
El haber tenido la oportunidad de aprender de usted en la carrera, y ahora sus aportaciones me llena de orgullo y satisfacción.

¡Gracias por ello y por esa sonrisa que siempre comparte!

Dra. Cristina Velasco Korndörffer:
A ti que fuiste un poderoso sostén en esa apasionante labor de SAPTEL, te agradezco tu formidable apoyo y entusiasmo, porque sin ti este trabajo no estaría completo.

¡Gracias Cristi!

Dra. Ana Ma. Zellhuber:
Sabemos que fuiste el pilar de SAPTEL porque sin ti no hubiera caminado, te agradezco la oportunidad que me brindaste al ser parte del equipo, así como tu entrega y apoyo en esa labor.

¡Te reitero mi admiración!

Agradezco a los revisores por sus valiosas contribuciones en este trabajo.

Gracias Dr. McGregor, Lic Paty De Buen y Lic. Susana Eguía.

INDICE

INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	4
ANTECEDENTES	22
INTERVENCION EN CRISIS	37
INTERVENCION EN CRISIS POR TELEFONO	43
INTERVENCION TELEFONICA EN CASOS DE SUICIDIO	46
¿QUE ES SAPTEL?	58
METODO	63
RESULTADOS	70
DISCUSION	82
CONCLUSIONES LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	89
ANEXO 1	
ANEXO 2	
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCION

El suicidio es el acto de privarse de la vida de manera voluntaria, este puede ser como consecuencia de una situación a la que no se le ve salida, de un estado afectivo de angustia y desesperación, o también por una gran agresión contenida, en fin, hay diversos motivos que dan origen a esta conducta.

Dicha conducta suicida no sólo se refiere al acto consumado, sino que incluye diferentes niveles que son: la ideación, planeación e intento y por último la destrucción de sí mismo.

Desde el inicio de la humanidad ha estado presente el suicidio en todas las culturas. En la India, el suicidio se consideró como medio de llegar lo antes posible a la nada; que era el estado superior de la vida y del ser; en Grecia, si el senado quedaba convencido de que había razones de peso para que alguien se quitara la vida, se le permitía hacerlo bebiendo la cicuta; en Tebas, el cadáver se quemaba en señal de infamia, lejos de la familia y sin las oraciones religiosas; en Japón se considera acto heroico al "Harakiri"; en Centro América, un acto de honor, ya que al morir el supremo jefe, voluntariamente la viuda, servidores, amigos y asistentes se quitaban la vida y eran enterrados en el mismo sitio.

Durante el siglo XII y XIII se castigaba a los parientes del suicida además de confiscar todos sus bienes. En el discurso medieval la palabra suicidio no existía, a quienes se mataban se les llamaba "desesperados".

Actualmente la conducta suicida prevalece, siendo una de las causas más importantes de muerte en muchos países; en la República Mexicana durante el año de 1990 se registraron 1941 suicidios (INEGI), y en 1991 ascendió a 2120 sujetos. Bosques, Rosovsky. (1994).

Las estadísticas sobre suicidio son cada día más alarmantes, se sabe por ejemplo que en los E.U. hay un intento de suicidio por minuto. Si se considera que de esas tentativas tiene éxito letal entre 60 y 70 diariamente, tendríamos la dramática cifra de 20,000 muertes por año, solamente en E.U., a ellas habría que sumar otras 100,000 correspondientes a casos ocultos, o simplemente no computados por razones sociales.

Las estadísticas han conducido a variados profesionales a ocuparse del tema del suicidio, actuando en su prevención, tratamiento y conocimiento, mediante diversas aportaciones, por ejemplo: El Centro de Prevención del Suicidio en los Angeles California, que se ocupa de atender a los suicidas, brindando psicoterapia, realizando investigaciones ya sea con familiares, con las notas de despedida, etc.

Ante la inquietud que despierta este problema, nos vemos comprometidos para ocuparnos también de él, ya que compete de manera especial a todos los profesionales en salud mental indagar y aportar sobre el asunto.

En los últimos años se ha contado con el apoyo de sistemas telefónicos que intervienen en momentos de crisis, e inclusive ya existe la intervención por teléfono en varias partes del mundo: Londres, Los Angeles Calif., Búfalo. N.Y., Praga, Checoslovaquia; Francia, en donde existen más de 30 servicios telefónicos que centran su atención principalmente en la prevención del suicidio; Argentina, en Buenos Aires, el Centro de Asistencia para Suicidas trabaja las 24 horas proporcionando ayuda gratuita a suicidas desde hace aproximadamente 15 años; en México, el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL), que brinda ayuda inmediata dando apoyo al suicida y pretende evitar la culminación del acto.

Contamos de igual manera con el apoyo de hospitales generales y psiquiátricos en donde se da tratamiento a pacientes que han intentado el suicidio, existen además centros de atención psicológica en donde captan personas con dicha problemática.

Los esfuerzos para la prevención del suicidio han sido amplios, y por parte de millones de gentes en todo el mundo, sin embargo a pesar de ello, el problema sigue existiendo con una frecuencia elevada, provocando una gran conflictiva, y no solamente en el sujeto que manifiesta las conductas suicidas, sino también en todo su entorno, como en su núcleo familiar alterando la dinámica de éste, en donde las relaciones interpersonales se ven muy afectadas, ya que a todo suicida se le ataen trastornos afectivos y de soledad, y la familia se siente responsable de ello.

Los niños tanto como los adultos apelan al suicidio como medio para castigar a su familia, para llamar la atención y obtener el amor de las personas más próximas. En muchos casos, el propósito del intento suicida puede no ser la muerte, sino comunicar a través del mismo, sentimientos de dependencia, fracaso, celos, disgusto etc., que por lo regular van dirigidos a una persona significativa en su vida. El intento o amenaza de suicidio representa un síntoma grave de angustia aguda que refleja problemas largammaentes existentes en la familia.

Al mismo tiempo se presentan las repercusiones de tipo social, la mayoría de los suicidios, o de los adolescentes que lo han cometido han tenido un tipo de relación patológica con su medio ambiente, este al mismo tiempo ha provocado ese tipo de patología y debido al impacto que ejerce en su medio dicho acto, la sociedad en muchas ocasiones señala, o hasta rechaza al suicida, o a las personas vinculadas con él.

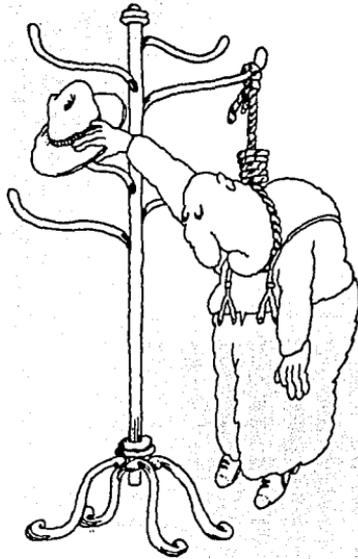
De todas las llamadas atendidas en SAPTEL, aproximadamente el 70% manifiestan algún tipo de conducta suicida, ya sea ideación, planeación y/o intento del mismo. Al observar esto, surge el interés por abordar el tema del suicidio, a través de un estudio de tipo retrospectivo.

Por lo anteriormente citado el propósito de la investigación es conocer las características del paciente con ideación, planeación y/o intento suicida que llama a SAPTEL teniendo la finalidad de proporcionar una herramienta para la detección del paciente con dichas características, que le ayudarán al terapeuta de SAPTEL a tratar el problema y así evitar que se llegue a la culminación de tan lamentable acto.

En el presente trabajo se presentara inicialmente la parte teórica del suicidio, lo que nos dicen diversos autores acerca del tema, ¿cuál es su origen?, ¿su desarrollo?, ¿cómo se define la personalidad del suicida?, ¿qué pasa con su familia?

Se hablará de algunas investigaciones realizadas sobre el tema, y sus hallazgos, también de la intervención en Crisis, que es apta para casos de suicidio, y como es particularmente la técnica realizada a través del teléfono, como debe comportarse el terapeuta y qué debe promover en el paciente, se explicarán los resultados obtenidos así como la relación de las características observadas y comparadas entre sexos, se presentará la discusión de los resultados y por último se darán las conclusiones, limitaciones, algunas sugerencias y aportaciones.

De esta forma el presente estudio exploratorio trata de aportar un poco acerca de tan devastador acto.



MARCO TEORICO

En el presente estudio el suicidio será visto bajo el enfoque psicoanalítico, ya que debido a sus diversas aportaciones sobre el tema, indica que lo observa desde sus raíces, es decir de manera profunda, y se basa en estudios empíricos de la dinámica del ser humano.

Dos de las obras de Sigmund Freud contribuyen fundamentalmente las aportaciones teóricas del suicidio; estas son: *Duelo y Melancolía* escrita en 1917 y más allá del principio del placer escrita en 1920.

En la primera explica como se lleva a cabo el proceso de DUELO que es un estado psíquico comparable con el suicidio, en el cual, el sujeto reacciona ante la pérdida de un ser amado, o de algo significativo como puede ser: la libertad, el ideal, etc.

Es un proceso lento que lleva a algunas desviaciones de la conducta normal, más no por ello es patológico; implica un estado de ánimo doloroso, falta de interés hacia el mundo externo el cual aparece desierto y empobrecido ante los ojos del sujeto. También existe la pérdida de la capacidad para elegir un nuevo objeto amoroso; esta inhibición y restricción del yo es la expresión de su entrega total al duelo que no deja nada para otros propósitos.

En *Tótem y Tabú* (1912-13) Freud continua desarrollando sus ideas acerca del proceso de duelo, mencionando que el duelo tiene una tarea psíquica precisa que desarrollar; debe quitar los recuerdos del que acaba de morir al superviviente. Ya que lo realizó, el dolor cede y junto con él, el arrepentimiento y los reproches.

En esta misma obra plantea que, después de la muerte de un ser querido existen sentimientos de amor y hostilidad hacia el mismo. La identificación con el objeto perdido que se da como parte del proceso de duelo fue señalada por Freud en esta misma obra. Velasco (1987).

El objetivo del duelo es que el sujeto abandone sus ligas libidinales con el objeto amado, puesto que la realidad indica que éste ya no existe, ante lo que surge una oposición, no puede desligarse de inmediato; es entonces que el hombre desprende esos lazos libidinales de manera paulatina, lenta y dolorosa; y es cuando el yo vuelve a un estado de tranquilidad. Se confía en que al cabo de algún tiempo desaparecerá por sí sólo e inclusive se juzga perjudicial perturbarlo.

Para Grinberg, Velasco (1987) el proceso de duelo involucra la personalidad total del individuo, abarcando de un modo consciente o inconsciente todas las funciones del yo, sus actitudes, defensas y las relaciones con los demás. El dolor se debe a la pérdida del objeto y de partes del yo proyectadas en el mismo; también se debe al combate librado por desligarse de los aspectos persecutorios del objeto perdido y asimilar los aspectos positivos.

Ahora bien en la melancolía existe la pérdida, pero solamente en el psiquismo del sujeto, no en la realidad exterior; hay un profundo estado de empobrecimiento del yo, una severa disminución de su amor propio, este delirio de empequeñecimiento se completa con insomnios y rechazo a alimentarse.

El melancólico ubica su yo como indigno de estimación, sin valía alguna y merecedor de condena, ante lo cual se insulta, se reprocha; se ha encontrado que las múltiples acusaciones del melancólico con frecuencia son poco adecuadas a la personalidad del mismo, y pueden adaptarse a la persona que ama, ha amado o debía amar.

Este individuo espera ser castigado, se humilla ante todos los demás y compadece a los suyos por hallarse ligados a una persona tan despreciable; en el melancólico observamos el deseo de comunicar a todo el mundo sus propios defectos, podría ser éste el momento preciso para que el sujeto recurriera a su propia destrucción a través del suicidio.

El amor al objeto que se ha perdido se refugia en la identificación narcisista y ante el enojo de la pérdida recae la rabia sobre éste objeto sustituto (él mismo) haciéndolo sufrir, maltratándolo y descargando en él su hostilidad, al mismo tiempo que lo disfruta, manifestándose una satisfacción sádica, que es la que le acerca al suicidio. Cuando el yo puede dirigir contra sí mismo la hostilidad que tiene hacia un objeto, es cuando puede darse muerte, el yo queda dominado por el objeto.

Rolla (1973) confirma lo anterior mencionando que el suicidio es el producto de una perturbación de la afectividad, que a su vez conduce a una perturbación en el juicio de realidad y finalmente a una perturbación del área de la sensoropercepción. De modo que es un proceso melancólico, con el correspondiente autodesprecio y denigración del objeto amado.

La pérdida dispara la ambivalencia presente en la relación, la cual se exterioriza en los autoreproches que indican la fantasía inconsciente de haber ocasionado la muerte del objeto por los deseos agresivos hacia el mismo, lo anterior acarrea sentimientos de culpa que a su vez son parte de los síntomas importantes en el suicida, por lo tanto el suicidio se encuentra íntimamente ligado a la melancolía.

En los procesos mencionados hay una ambivalencia muy clara, que es la lucha entre el amor y el odio hacia el mismo objeto, la presencia de estas dos fuerzas antagónicas nos conduce a la reflexión sobre la dualidad instintiva, es decir la presencia en todo ser humano del instinto de vida y del instinto de muerte.

Según Freud un instinto o pulsión es "un constituyente psíquico determinado genéticamente, que cuando opera, produce un estado de excitación o tensión psíquica". Matus (1990 p. 52).

En 1920 postula la existencia de una pulsión a la que llamó instinto de vida o "eros", esta incluye todos los instintos de autoconservación y desarrollo del yo, y que también es un medio de neutralizar los instintos de muerte, el cual es responsable de las tendencias destructivas, y definitivamente tiende a la muerte, es así que puede conducir al suicidio.

Se considera en ocasiones que el suicidio puede ser el acto *antinatural por excelencia* ya que el hombre posee muchos impulsos vitales y lucha por la conservación de su existencia y la prolongación de su vida. Por otra parte, la muerte constituye la angustia fundamental de los seres vivos en plena salud mental; por ello parece anormal el deseo de muerte, citado en Prado (1991).

El instinto de vida y el instinto de muerte se encuentran fusionados la mayoría de las veces, aunque en ocasiones se pueden observar de forma más clara, por ejemplo: en el suicidio el instinto de muerte se manifiesta de manera más pura. Freud (1920).

Es entonces que dicho acto constituiría el producto de instintos tanáticos no adecuadamente elaborados, no dirigidos hacia afuera o no amalgamados convenientemente con los instintos de vida Peña-Alfaro (1986).

El enfoque psicoanalítico explica las causas del suicidio en base a la depresión y la ira que el sujeto experimenta contra alguna persona que representa su objeto amoroso.

Con respecto a la agresión autodirigida Abadí (1973) comenta que el suicidio es un acto de autosadismo intenso, es decir el yo realiza una acción agresiva en contra de sí, de una fuerza tal que consigue destruirse, por eso dice que la enfermedad psíquica en que seguramente es más intenso el peligro del suicidio es en la melancolía.

El suicida "movido por el binomio amor-odio" es un homicida potencial, quien en lugar de privar de la vida a otro, vuelve su objetivo sobre sí mismo, pues de lo que se trata es de suprimir una vida ligada a ese binomio y la vida que tiene más a mano es la suya propia; la mayor parte de las conductas suicidas son interpretadas como un signo de agresión volcada hacia el "self".

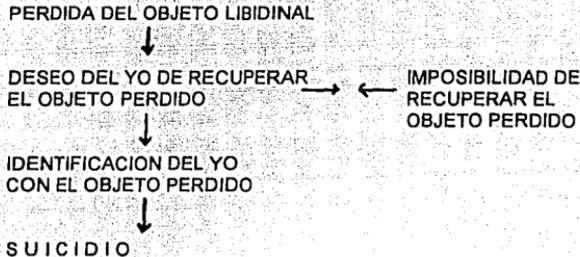
Podemos comentar al respecto la afirmación de Toolan, citado por Pinzón (1971) "el hecho de que el niño vuelque su agresión internamente en casos de pérdidas o abandonos se debe a que prefiere considerarse malo a sí mismo antes que reconocer la maldad de sus padres" (p. 16).

Abadí (1973) afirma que cuando hay pérdidas, por ejemplo: la muerte de alguno de los padres, el quebrantamiento económico, etc., el individuo las siente como pérdidas irreparables, para él la vida carece de interés, ya que se considera incapaz de satisfacer gran parte de sus deseos.

Freud dice que la primera situación de peligro en la vida individual crea la necesidad de ser amado, sino se satisface, la carencia puede llevar a la muerte física o a reacciones como melancolía y suicidios.

La pérdida de un objeto libidinal muy valioso es una de las motivaciones del suicidio; existe en cierto modo una identificación con el objeto perdido y también con la suerte acaecida a este objeto, es decir, la identificación con una persona querida que ha muerto es a veces tan intensa que puede conducir a desear la misma muerte que aquella.

Resumiendo estas consideraciones, psicoanalíticamente se puede trazar el siguiente diagrama:



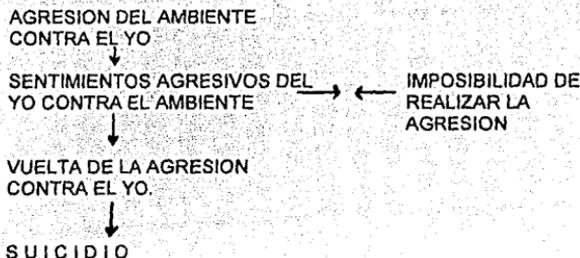
También el impulso para cometer un suicidio puede relacionarse con un impulso para matar a alguien. Matus (1990) comenta "el suicidio es un medio de matar a otra persona que ha sido psicológicamente incorporada por el individuo suicida" (p. 78). O bien diría San Agustín: "el suicidio es un homicidio", o Werthmann: "Suicidio y asesinato son gemelas", también Freud define suicidio "el suicidio es el homicidio de un intruso, de un enemigo invasor de la personalidad del que mata" Castro (1991).

Molina (1990) afirma que suicidarse no es matarse, sino asesinar al objeto dañino que lo habita; es entonces antes que a sí mismo matar a otro, y por último Steckel en Lepp (1967) confirma esta idea señalando que el individuo al sentirse frustrado desea la muerte de los que siente que son causantes de su infortunio.

"El suicidio encubre y disimula en este caso un homicidio, ya por venganza, ya por envidia, ya como ataque defensivo, frente a un perseguidor". Peña-Alfaro (1986 p. 80)

De acuerdo a Sullivan el suicidio domina cuando existe un carácter destructivo, tendiente a manifestar hostilidad y odio hacia los otros. Molina (1990)

Abadí (1973) opina que el origen de las ideas de suicidio puede encontrarse también en la agresión que el ambiente dirige hacia el objeto; y lo explica en el siguiente diagrama:



En ocasiones la agresión que no se puede dirigir hacia el exterior, conduce al suicidio, se han encontrado ejemplos claros, como el siguiente citado por Angel Garma (1973): "El rey Carlos VIII de Francia era físicamente horrible y además, su aliento oía espantosamente mal. Cuando entro en Napoles, mando traer un grupo de jóvenes pescadoras de Santa Lucia y, eligiendo entre ellas a la mas guapa, una preciosa muchacha de dieciséis años, paso toda la noche en su compañía, entregado a las delicias del amor. Al día siguiente, la muchacha, asqueada por la horrible noche, se subió a una roca y se suicido tirandose al mar". (p. 74)

El suicidio de esta muchacha se debe a sus deseos de matar al rey, que no pudo realizar y que se volvieron en contra de ella misma.

El suicida quiere vengarse del ambiente que ha originado su resolución desesperada, sabe que con su muerte paraliza la agresión del ambiente hacia el y que además, ésta es un continuo reproche al exterior.

Freud ha demostrado el valor psicológico del chiste ya que, por medio de técnicas diversas, hace conscientes los procesos inconscientes, y no podían faltar los chistes acerca del suicidio demostrando lo anterior, Garma (1973) cita dos ejemplos, en el primero se describe un diálogo: (p. 77)

- Cuatro amigos míos de la infancia se han suicidado.
- Uno de ellos el pobre Enrique, porque se le murió la mujer,
- ¿Y los otros tres?
- Justamente por todo lo contrario.

El mecanismo de este chiste es el siguiente: Los tres amigos estaban casados con unas mujeres tan insoportables que tuvieron deseos de matarlas. Como el realizar tales deseos de muerte les era imposible, tuvieron que volver la agresión en contra de sí mismos, suicidándose.

El siguiente dibujo representa otro chiste acerca del suicidio:



Algo parecido ocurre en el presente chiste gráfico. La agresión al exterior, al principio reprimida y vuelta contra el yo, se dirige en el último cuadro, rápida y violentamente, a la representación del objeto que la origina.

Si la agresividad al exterior cambia de aspecto por cualquier motivo, las ideas de suicidio se modifican, esto se observa en el caso siguiente citado por Garma retomándolo de Ferri (1973) referente al suicidio de una pareja: "*Amadeo sacó el revolver que había comprado un día antes. Rosina permanece absorta en la contemplación del fin próximo; después como reavivada por una súbita idea de gozar antes de morir, dice: Hagámonos el amor antes de darnos la muerte. Después Rosina incita a Amadeo, que había llegado a vacilar, a que la mate, él lo hace, pero entonces no tiene el valor de suicidarse. Quizá el placer recientemente gozado había despertado en el amor a la vida...*" (p. 75)

Freud señala repetidamente que son instintos eróticos los que neutralizan los deseos agresivos, procedentes del instinto de muerte.

Respecto a los motivos para el suicidio Beck, en Prado (1991), establece tres grandes grupos de razones para explicar los impulsos suicidas: *huida, chantaje y llamada de socorro*

En el primer grupo se sitúan las personas que no ven solución a sus problemas y están cansadas de vivir y de luchar, que se dan por vencidas y escapan de la vida, de las dificultades vitales y de la hostilidad del medio, pues tanto malestar mental o emocional les resulta insoportable.

La persona que realiza el chantaje, nombre que hace referencia al intento de culpar a la persona que el suicida considera como causante de su frustración, como responsable de su posible muerte, lanza la amenaza de que está dispuesto a repetir el intento, pero la próxima vez en serio. La conducta suicida tiene también un componente agresivo dirigido hacia afuera, en la medida en que se agrede a una persona culpándola y atribuyéndole responsabilidad en el acto.

Los chantajes procuran que el desenlace no sea fatal, pretenden obtener algo que no se disfrutaría si el resultado fuera la muerte; por ello suelen ser intentos de suicidio, con la intención de conseguir que otra persona, generalmente un allegado, cambie de actitud respecto al suicida.

Stengel (1965) dice: **"todos los que tratan de explicar el suicidio ponen el acento en la importancia de la falta de amor en la causalidad del mismo"**. (p. 58)

El suicidio puede tener un significado de llamada de atención, ansiosa y angustiada, se juega con la muerte con el objeto de producir un cambio interpersonal, y se les reprocha no haber prestado suficiente atención.

E. Fromm (1975) también refiere la existencia de un carácter destructivo: **"la NECROFILIA (amor por lo muerto) es la atracción apasionada por todo lo muerto"**; el deseo de destrozarse las estructuras vivas, su meta es transformar todo cuanto vive en materia inerte, quiere destruir todo y a todos, con frecuencia incluso a sí mismo, es bajo estas circunstancias en donde podemos reconocer al suicida en estos individuos. (p. 330)

Las tendencias necrófilas se manifiestan cuando la gente daña algo bello, por ejemplo un edificio, un mueble, un cuadro de museo o se hiere a sí mismo, estas personas reaccionan a los problemas de la vida por la destrucción, motivadas por este impulso devastador no ven muchas veces otras opciones que no requieren de la destrucción.

Otra manifestación necrófila es el interés marcado por la muerte y las enfermedades. De esta manera Fromm señala la motivación del acto suicida en los seres humanos.

El mismo autor menciona: " *en los suicidios intervienen de forma decisiva reacciones manacas y la finalidad implícita de todo acto manaco es la autodestrucción.*"

Y hablando de agresión, tema revisado por Fromm, del cual explica su origen, y menciona como causa importante el **hacinamiento**, que se manifiesta cuando hay una reducción considerable de espacio, a la vez que una descomposición en la estructura social.

Cita a los indios Zuñi quienes viven de la agricultura y el pastoreo de ovejas en el sureste de Estados Unidos. El sistema Zuñi sólo puede entenderse por el hecho de que las cosas materiales son relativamente poco apreciadas, el principal interés en su vida es de índole religioso, lo que más importa es la vida y vivirla, no las cosas ni su propia posesión. Consideran tipos aberrantes a los agresivos, competitivos y no cooperantes.

En ésta comunidad el suicida está fuera de ley, es un sistema caracterizado por la paz, no hay agresividad; esto indica la importancia del factor agresión en la dinámica del suicidio.

En la dinámica del suicidio hay una íntima relación causal con las vivencias persecutorias y ansiedades paranoides; todo paciente con tendencias suicidas es un individuo atemorizado, presa de pánico y poseído por un verdadero delirio de persecución, es así que el suicidio se considera también como una actuación defensiva, basada en la fantasía inconsciente de escapar mágicamente del perseguidor; es un mecanismo de defensa del yo frente a las angustias paranoides. Abadí (1973).

León Grinberg citado por Velasco (1987) apoya esta idea diciendo "el núcleo central del suicidio es la culpa persecutoria, la cual se manifiesta precozmente incrementándose de manera automática ante cualquier frustración o fracaso". Es esta culpa la que conduce a introyectar al objeto perdido para controlarlo.

Por lo tanto todo suicidio puede interpretarse como la resultante final de un mecanismo defensivo del yo, el cual trata de huir mágicamente de la persecución de la que se siente objeto, y agobiado por ansiedades paranoides, trata de defenderse de la persecución por diferentes medios.

Dice O. Fenichel, "el suicidio es la única salida que una persona encuentra para liberarse de ese tirano que le hace sentir culpable, carente de valor y no merecedor de una vida feliz". Campillo (1975 p. 5).

Launay lo reafirma: "el suicidio revela, a veces simultáneamente, una tentativa de huida y una fuerte carga agresiva". Castro (1991).

La sociedad es importante en relación al individuo y la muerte, depende en medida de ese núcleo social que el sujeto se sienta feliz o desdichado.

Cuando la sociedad esta fuertemente integrada tiene a los individuos bajo su dependencia, considera que están a su servicio y no les permite disponer de sí mismos a su antojo; se opone a que eludan por la muerte los deberes que con ella tienen, pero si rehusan aceptar esta subordinación, no tiene ya la autoridad necesaria para retenerlo.

En cuanto son solidarios todos los miembros de un grupo, ponen más obstinación en vivir, el lazo que les liga a la causa común, les une a la vida; por lo tanto el individualismo excesivo tiene por resultado favorecer la acción de las causas suicidógenas, crea por completo la inclinación a matarse y de ahí nace el **suicidio egoísta**. Durkheim (1987). El estado de egoísmo se encuentra en contradicción con la naturaleza humana, y es demasiado precario para tener probabilidades de existir.

No cabe duda de que una persona que vive aislada y con carencias afectivas tiene un peor pronóstico o un mayor riesgo, de cometer suicidio; se dice que la vida no es tolerable, sino cuando se vislumbra en ella alguna razón de ser, y cuando no tenemos más objetivo que nosotros mismos, no podemos escapar a la idea de que nuestros esfuerzos se pierdan en la nada.

El egoísta presenta un sentimiento de cansancio incurable y una pereza por la acción, estos hombres no perciben ya la razón de estar en la vida, es por eso que olvidan las funciones públicas, los negocios, el trabajo, los deberes domésticos, sólo inspiran al sujeto la indiferencia y el alejamiento, le repugna salir de sí mismo.

Al desviarse de lo que le rodea, la conciencia se repliega sobre sí misma, se toma como su propio y único objeto y se da por actividad principal observarse y analizarse de manera atenta, es de esta forma como profundiza en el obstáculo que le separa del resto del universo, vive en aislamiento y no encuentra razones de ligarse a ninguna otra cosa más que a él mismo.

Se queja de la vida, no le interesa, pero tampoco le inflige sentimientos positivos. Al hacer este vacío a su alrededor, no resta más que reflexionar en su miseria y la tristeza que es su consecuencia, por lo que se abandona a ello y llega a consumarse la acción autodestructiva; se acompaña de un sentimiento atractivo y la muerte se asemeja a un voluptuoso desvanecimiento en el infinito. Durkheim (1987).

Stengel (1965) comenta al respecto **"la influencia más alta sobre el suicidio en las comunidades urbanas ha sido atribuida al riesgo del aislamiento social y al anonimato de la vida en las grandes ciudades"** (p.52).

Bernard mencionado en Prado (1991) considera que la sociedad vive este acto negativamente, porque siente que el suicida quiere manifestar un rechazo definitivo a los otros con su decisión de no querer volver a vivir con ellos.

Otro factor de gran influencia son los medios de comunicación, se ha constatado que si el tema es tratado en los medios de comunicación social, especialmente en la televisión, también se produce un incremento en el acto, lo mismo acontece si en

alguna serie de moda comete suicidio alguno de sus protagonistas. Un trabajo realizado en Detroit en 1968, señala que durante la huelga de periódicos de una duración de 265 días, disminuyó en un 40% la mortalidad por suicidio, es así que los modelos y oportunidades de observación pueden favorecer la ejecución del acto suicida Prado (1991).

Dentro de la gran sociedad se encuentra el núcleo básico, es decir la familia, y depende principalmente de éste la formación de nuestro propio concepto de muerte.

Forcén (1994) "la muerte, ya sea entendida como un hecho con o sin finalidad; o como un proceso que se inicia con la vida misma y cuya consumación permite el tránsito hacia otra vida fuera del espacio tiempo, o la desaparición absoluta de la persona humana es un misterio, un enigma, pero siempre conlleva repercusiones en los sobrevivientes."

En el caso de la muerte de un familiar, vamos a encontrarnos ante la muerte del "yo", es decir ante la muerte del "otro", que tiene fuertes repercusiones para los demás integrantes del grupo familiar.

Por un lado encontramos cambios cuantitativos, al contar la familia con uno o varios miembros menos, y por otro, cambios cualitativos que pueden reflejarse en la modificación de sus pautas relacionales, en la sustitución o transformación de los roles desempeñados, en el descenso o ascenso del status familiar o problemas emocionales entre otros.

Reyes Zubiria (1994) dice: **"cuando se enfrenta una muerte, el individuo vive diferentes etapas para llegar a la aceptación de esa pérdida y son las siguientes: angustia, negación, frustración, culpa, depresión y aceptación; si añadimos a esto que el familiar decidió darse muerte por mano propia, posiblemente estas etapas se intensifiquen o se vivan mucho más confusas de lo previsto, ya que un suicida en el núcleo familiar altera particularmente la dinámica y reacciones de cada uno de los integrantes de dicho núcleo."**

El significado psicológico de morir varía de una persona a otra y se relaciona con otras experiencias a las que está simbólicamente asociado, es por ello que el significado de la muerte es determinante en las conductas suicidas, ya que si consideramos la muerte como el "*descanso eterno*" seguramente nos mostrara una alternativa ante cualquier desafío.

C.W.WAHL nombrado por Plinzón (1971) menciona en su escrito "El suicidio como acto mágico" que éste es una solución mágica y simbólica ante las exigencias de un conflicto para lograr bienestar. Es inconsciente en la mayoría de los casos.

Aunque parezca paradójico todo suicida es un individuo que busca no la muerte, sino su supervivencia y resurrección; y el modo de lograrlo es aplicar con sus propias manos, algo así como una muerte mágica, que no lo mata en verdad sino que le permite cierta invisible forma de supervivencia.

Existen fantasías mágicas comúnmente asociadas al suicidio:

- 1) La idea de omnipotencia en el suicida que dispone (al igual que Dios) de su vida y de la hora de su muerte.
- 2) La idea de una salida desesperada estando en un callejón
- 3) La huida de la realidad perseguidora o frustrante.
- 4) Una venganza contra el mundo.
- 5) Una promesa de renacimiento.
- 6) El fenómeno de identificación cósmica infantil, en donde se piensa: "matarme es matar a todas las demás personas".
- 7) Representa el retorno al vientre materno, sobre todo en personas que mueren ahogadas.
- 8) La muerte como fantasía de liberación de la cárcel del cuerpo, la salida de la vida terrenal.
- 9) Muerte como fantasía de encierro o reencierro en la madre tierra.

Hay razones para creer que la muerte es un acto por medio del cual se obtiene poder, cualidades y ventajas que no se tuvieron durante la vida. La presencia de esta creencia, tanto en las culturas primitivas, como en el niño pequeño, da fe de su omnipresencia y se traduce así: *"cuando muera regresaré y te perseguiré"*. De ésta manera en el hombre moderno, la aceptación inconsciente de dicha posibilidad puede servir para motivar un acto de autodestrucción.

Dado lo mágico y regresivo del suicidio es que se le considera como una actuación psicótica.

La actuación psicótica queda de manifiesto al considerar que:

- a) se trata de ansiedades psicóticas.
- b) el yo apela a los más regresivos mecanismos de defensa basados en la omnipotencia infantil, en la negación maníaca de la verdadera muerte y en la disociación entre una parte del yo identificada con el perseguidor y otra, la suicida. Peña-Alfaro (1986).

Mucho se ha cuestionado en los estudios sobre suicidio, acerca de la existencia de alguna psicopatología en el suicida, y tras de algunos suicidios se puede encontrar una desestructuración de la personalidad, un marcado deterioro del estado de ánimo, ideas obsesivas de muerte e incluso delirios imperativos de muerte, es decir una patología que se pueda considerar como la causante directa del desenlace final, pero en otros casos, se debe admitir que tanto en los antecedentes del suicidio como en el desarrollo del mismo no se encuentra nada anormal que no sea el propio acto en sí.

El suicida no siempre es considerado como una persona enferma mentalmente, han ocurrido suicidios consumados en donde el individuo se manifestó, a consideración de sus familiares y gentes más cercanas, bastante sano antes del hecho, y debido a que son diferentes factores los que determinan el suicidio, se trataría de una

simplificación excesiva considerar que todo gesto suicida esta directamente condicionado por elementos patológicos, si bien es cierto que en algunos casos es así.

Existen diferentes trastornos psíquicos que pueden conducir al suicidio debido a su dinámica por ejemplo:

Depresión endógena o melancolía: En las crisis de melancolía, el deseo y la búsqueda de la muerte son constantes hasta el punto de ser obsesivos, el suicidio en este tipo de depresiones es seis veces más numerosa que en todas las demás juntas.

Esquizofrenia: Los delirios llevan al sujeto a realizar el suicidio de forma repentina, puede ser una impulsión irresistible e inconsciente, como es el caso de la automutilación mediante sistemas drásticos, violentos y brutales, tan dolorosos y lentos que sólo personas con un alto nivel de deterioro intelectual y personal son capaces de llevarlos a término. Algunas conductas suicidas en los psicóticos obedecen a *ordenes delirantes* pero también puede darse como reacción de defensa en los delirios de persecución.

Alcoholismo y toxicomanía: El suicidio es solidario de una consciencia en plena experiencia delirante, sumida en estados confusos, por lo tanto se da en los drogadictos y alcohólicos un riesgo más alto de suicidio consumado. Prado (1991).

Diversos estudios han demostrado que el riesgo de suicidio aumenta considerablemente cuando el alcohólico debe enfrentarse con la ruptura de una relación personal muy íntima, la separación y el divorcio, o el fallecimiento de un ser querido. En estos casos, el período de dos a tres meses que sigue al suceso corresponde al riesgo máximo. Murphy (1975).

Sánchez (1994) lo confirma: "El consumo de bebidas alcohólicas es un factor de riesgo muy importante al incrementar hasta 90 veces más la probabilidad de intentar suicidarse; en un estudio se ubico al 55% como los que habían tenido algún vínculo con la ingestión de bebidas alcohólicas, de éstos, el 43% resultaron ser alcohólicos, teniendo el 68% quienes se encontraban ebrios en el momento del suicidio, otro hallazgo importante es que el alcohol va aislando a la persona, perdiendo relaciones interpersonales que pueden ser la predicción de un riesgo suicida elevado".

Al suicidio también se le ha identificado como una forma de masoquismo, he aquí una idea que lo refleja, el suicidio como acto de masoquismo extremo, se analizaría como la vuelta del sadismo en contra de sí mismo, como un proceso resultante de mecanismos defensivos del yo.

El masoquismo no es otra cosa que una cara más del multiforme núcleo psicótico, más o menos oculto dentro de cualquier ser humano.

Abadi (1973) se pregunta ¿Qué lleva al individuo a suicidarse?, a lo cual responde: "a mi entender, la búsqueda en el suicidio, de algo bueno o de algo menos malo" y menciona: "en el suicidio subyace una intensa condición masoquista".

Ya que citamos el masoquismo, Durkheim (1987) nos habla del suicidio altruista, ambos pueden estar relacionados; en éste tipo de suicidio el hombre se mata porque cree que es su deber, en ocasiones si falta a esa obligación se le castiga con el deshonor y también, con penas religiosas.

Para que la sociedad pueda constreñir a ciertos miembros suyos a matarse, es preciso que la personalidad individual se cuente por poca cosa, y para que ocupe un lugar reducido en la vida colectiva, es necesario que esté casi totalmente absorto en el grupo y que éste se halle muy fuertemente integrado, todo el mundo vive ahí la misma vida, todo es común a todos, ideas, sentimientos, ocupaciones. Faltan al individuo los medios para crearse una fisonomía propia, su persona tiene poco precio, no hay valor por sí mismo y la sociedad por el menor motivo, no duda en pedirle que ponga fin a una vida que ella estima tan poco.

En el suicidio altruista el yo no se pertenece, se confunde con otra cosa que no es él; al mismo tiempo se confiere una prima social al suicida que se ve alentado por la aparente obligatoriedad del acto.

Durkheim nos da un ejemplo de este tipo de suicidio: los Bhils, quienes se precipitaban desde lo alto de una roca para consagrarse a SIVA; también los sectarios de Amida se hacen encerrar en las cavernas donde apenas tienen lugar para permanecer sentados, y donde no pueden respirar más que por un orificio, ahí se dejan morir de hambre para pasar a la vida verdadera (p. 189).

En estos casos el individuo aspira a despojarse de su ser, ya que se considera falto de existencia propia, para abismarse en otra cosa que considera como su ciencia verdadera. El altruista está desligado de la vida porque tiene un fin, pero fuera de ella.

El suicidio altruista tiene por origen un sentimiento violento, el sujeto se mata porque su conciencia se lo ordena, se somete a un imperativo, su acto da un sentimiento del deber cumplido, cuando el altruismo se encuentra en estado agudo, es un impulso de fe y de entusiasmo el que precipita al hombre a la muerte Durkheim (1987).

Dado que el ser humano es un complejo de emociones e ideas, como las mencionadas anteriormente, no es raro que las estadísticas acerca del suicidio aumenten día a día. En una investigación realizada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, se manifestó que en la República Mexicana en 1991 se registraron 2120 defunciones por suicidio. Borges (1994).

La mujer intenta en proporción cuatro veces más que el hombre el suicidio, aunque el varón lo consuma en la mayoría de los casos. Matus (1990). Durkheim

asegura que si la mujer se mata mucho menos que el hombre, es porque participa de manera mínima en la vida colectiva y siente menos fuertemente su influencia.

También se menciona que el número de suicidios es mayor entre los célibes que entre los casados; dentro de estos últimos es mayor la incidencia suicida en aquellos que no tenían hijos.

Los factores que tienen una correlación positiva en relación al suicidio son: *sexo masculino, soltería, carencia de hijos, (ya mencionados), separación, divorcio, viudez, edad avanzada, falta de arraigo y alta densidad de población, otros factores predisponentes son los siguientes: dificultades profesionales, dificultades académicas, enfermedades corporales graves, problemas económicos, emigración, amor contrariado y pérdida de un ser querido* Rojas (1978).

El afecto señalado con mayor frecuencia respecto al suicidio es la depresión. A menudo la soledad, desesperanza, culpa, pesar, coraje y un sentimiento de ser desdichadamente diferente de la raza humana, también embargan al suicida.

Ahora bien, el suicidio se presenta con mayor frecuencia cuando el paciente comienza a deprimirse, o cuando se está recuperando de una depresión, pero no en las depresiones profundas. De éste modo, en la depresión la fase de agitación hace más probable el suicidio, mientras que la fase de retardo psicomotor lo disminuye. Pinzón (1971).

Siempre que hay un cambio, ya sea en el organismo, en la psique, o en la estructura social, el hombre se enfrenta a un reto, vive una crisis esto se comprueba en algunas investigaciones llevadas a cabo en Chicago y en Londres donde las tasas de suicidio eran altísimas sobre todo en aquellas zonas en que la población estaba cambiando, por ejemplo en los distritos con muchos hoteles y casas de pensión, en donde la gente estaba de paso. Stengel (1973).

Se ha comprobado que las crisis industriales, financieras, sociales, aumentan los suicidios, ya que son perturbaciones de orden colectivo, y toda fractura de equilibrio, aun cuando de ella resulte un bienestar más grande y un alza de la vitalidad general, empuja a la muerte voluntaria.

Emile Durkheim (1987) califica de **ANOMIA** el quebrantamiento de todos los vínculos sociales tradicionales y al hecho de que toda vida social genuina ha quedado aniquilada.

La anomia es en nuestras sociedades modernas, un factor regular y específico de suicidios.

En el suicidio anómico, al que alude Durkheim, la sociedad no está lo bastante presente ante los individuos.

El sujeto tiene necesidades físicas, que encuentran su satisfacción con los límites del cuerpo, y de una manera más sencilla que las necesidades psicológicas, las cuales deben tener una fuerza exterior que las regule, lo mismo que el organismo para el cuerpo. La sociedad desempeña este papel, ella es un poder moral superior al individuo, y marca los límites ante una acción. Cuando la sociedad está perturbada, es decir viviendo crisis ya sean dolorosas o de bienestar, por transformaciones súbitas, no puede poner esos límites, es de donde vienen estas bruscas ascensiones en la curva de los suicidios.

En el suicidio anómico las pasiones, deseos propiamente individuales, se quedan sin norma que las regule, ya no se sabe lo que es posible y lo que no lo es, lo que es justo y lo que es injusto, es de esta forma que el sujeto se encuentra en un descontrol total y una manera de salir de él es huyendo del mundo a través del suicidio. Durkheim (1987).

Respecto a las crisis, Pinzón Bonilla (1971) en su investigación comenta: "los niños pequeños, así como los adolescentes, algunas veces tienen que sufrir rápidos cambios durante el curso de su desarrollo, y el disturbio resultante en la homeostásis puede combinarse con otros factores para inducir a la conducta suicida". (p. 14).

El suicidio altera en la mayoría de las ocasiones, el contexto en el que se efectúa, una función primaria del intento suicida consiste en atraer al medio ambiente humano que rodea al sujeto, por lo tanto cuando una persona se quita la vida, no sólo está afectando su propia vida, sino que se está realizando un rompimiento de toda una red psicosocial, en donde se involucra la familia, los amigos, los compañeros de estudio o de trabajo y en forma más amplia los grupos sociales que ven en la conducta autodestructiva un "germen" el cual los puede infectar.

Mendizabal en Pinzón-Bonilla (1971) nos habla de la observación de fuertes sentimientos ambivalentes presentes en los familiares del suicida, tales como deseos de que no lo lleve a cabo, dolor y tristeza porque logró suicidarse, deseo de protección, estimación, respeto y amor pero cuando es intento solamente, hay disgusto porque falló en su intento de matarse, conducta provocativa para que repita su acto, y una serie de sentimientos de odio y rechazo.

Cada sociedad está colectivamente afectada por la tendencia al suicidio, ya que se transmite cierto temperamento general que puede predisponer a los sujetos a tomar esa determinación. Es la constitución moral de la sociedad la que fija en cada instante el contingente de las muertes voluntarias, existe para cada pueblo una fuerza colectiva que impulsa a los hombres a matarse, su tristeza le viene de fuera, del grupo que forma parte.

Yampey (1970) realizó un estudio en Argentina, y algunos de los factores a los que atribuyó la elevada tasa de suicidios son:

1. Inadecuación entre aspiraciones y formas de lograrlas.
2. Cambio de valores y pautas de comportamiento.

3. Pérdida de identidad grupal y personal. Peña-Alfaro (1986).

La mayoría de los suicidas han tenido un tipo de relación patológica con su medio ambiente y este al mismo tiempo ha provocado ese tipo de patología.

Al suicidio no se le puede observar solamente desde el interior del individuo, existen diversos enfoques que debemos tomar en cuenta, ya que si no lo hacemos corremos el riesgo de mutilarlo, de observarlo incompleto, por lo tanto afirmo que Durkheim con su teoría sociológica, Freud y el psicoanálisis, Fromm, la necrofilia y la sociedad moderna tienen razón, no se contradicen, se complementan; los casos de suicidio pueden entenderse mejor como acontecimientos que no son exclusivos de la psique ni de la sociedad sino una mezcla de ambas, es decir que son un fenómeno sociopsicológico.

Erwin Stengel (1973) comenta que Durkheim y Freud parecen dos mundos aparte, pero también las dos teorías tienen un aspecto importante en común: ambas contemplan las acciones del individuo como el resultado de fuerzas poderosas sobre las cuales tiene sólo un control limitado. Durkheim localizó dichas fuerzas en la sociedad; Freud, en el inconsciente. La "conciencia colectiva" de Durkheim, pensada como exterior a la persona, tiene su contraparte, dentro de la teoría psicoanalítica, en los impulsos innatos y en el superyó, es decir, la representación mental de las exigencias morales. Los impulsos son modificados y el superyó es modelado por la sociedad.

En consecuencia, ambos autores no son tan incompatibles como parecería, comparten un punto de vista determinista acerca de la conducta humana, sujeta y subordinada a fuerzas poderosas de las que la persona no es totalmente consciente.

Ahora bien, la conducta suicida se manifiesta de diversas formas. El concepto suicidio lo utilizó por primera vez el abate Desfontaines en 1737 citado por el Maestro Sánchez B. (1994), la palabra suicidio procede del latín, y se compone de dos términos: *sui* de sí mismo, y *caedere* que significa matar. Es decir, matarse a sí mismo, atentar contra la propia vida.

En el suicidio hay un deseo de muerte, de autodestrucción y autoaniquilamiento definitivo; para ello se eligen los métodos más peligrosos y "seguros", en el sentido de que sean efectivos rápidos y activos, para conseguir el propósito.

El intento de suicidio se refiere al deseo de buscar la muerte pero que no se consigue, existen intentos en los que la muerte no se ha consumado por verdadera casualidad, mientras que en otros intentos la muerte es como un espejismo, como algo que ni se buscaba, ni se pretendía remotamente.

En el suicidio el sujeto busca la muerte, mientras que en el intento manipula con ella. Sánchez (1994) *"el intento de suicidio hace referencia al hecho de vivir una conducta autodestructiva y no morir"*, Stengel, en Einsenberg (1978) dice *"un intento suicida es*

cualquier acto de autoperjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque esa intención sea vaga o ambigua."

Stengel y Cook, en Eisenberg (1978) ven al intento suicida como un suceso significativo en la vida de las personas que incurrieron en el, y llegaron a las siguientes conclusiones:

- a) El intento suicida es un fenómeno diferente al del suicidio consumando.
- b) Una función primaria del intento suicida consiste en atraer al medio ambiente humano que rodea al pseudosuicida.
- c) El intento tiene varios efectos, en especial en las relaciones interpersonales que pueden determinar el resultado eventual del intento.
- d) El intento suicida en la minoría de los casos se trata de una necesidad de castigo y de un juicio por el acto, en la mayoría se trata de una súplica de ayuda.

Existe el problema de considerar estas dos conductas como puntos de un continuo o bien como dos comportamientos claramente diferenciados, debido a que existen diferencias entre los suicidios consumados y los no consumados, con una cifra muy superior de las conductas que quedan en intentos. Coleman (1980) asegura que el 66% de los suicidas realmente no desean morir, sino comunicar un mensaje dramático respecto a su malestar, sus intentos tienen que ver con ingestión mínima de drogas, o un corte leve, normalmente arreglan las cosas para que se pueda intervenir a tiempo, aunque algunas veces se sale de control.

En el 25% de los suicidios consumados el sujeto no tenía la real intención de morir, sin embargo, se dice que *"ha sido una tentativa que le ha llevado a la muerte por error"* Prado (1991).

Pinzón (1971) encontró que en la mayoría de los casos, el intento o amenaza de suicidio representa un síntoma grave de angustia aguda que refleja problemas largamente existentes en la familia.

Lo cierto es que los suicidios que se consuman, se realizan utilizando métodos contundentes y normalmente mortales, mientras que los intentos son para obtener algún tipo de "ventaja" y con una remota posibilidad de morir se realizan mediante métodos de dudosa contundencia, a sabiendas de la imposibilidad de que tal acción implique un peligro vital real.

En el comportamiento suicida pueden distinguirse distintos tipos de conducta pueden ser, como ya se mencionó el intento, la planeación en donde se elabora toda la estrategia sin llevarlo a cabo, o bien, las ideas suicidas que no tienen una auténtica intención autodestructiva y que no pasan de ser un simple pensamiento. Prado (1991).

El suicidio es un fenómeno complejo y multicausal, el suicida mismo se manifiesta diverso, ya que quizá lleve a cabo su destrucción por adaptarse, por querer *"morir"*, por enojo hacia alguien o hacia el mismo, por un inadecuado manejo de su

agresión, por locura, por presiones sociales, por no darle valor a la vida; o tal vez aún hoy en día no sepamos la verdadera razón de su conducta. Todas estas interrogantes lo hacen todavía más misterioso y enmarañado, doloroso y devastador para algunos, a la vez que fascinante para otros respecto a su investigación.

ANTECEDENTES

El suicidio ha causado controversia en muchos ámbitos, no sólo en el de la salud mental sino también en el social, el cultural y otros, ya que el buscar la propia muerte resulta "anormal", en especial si consideramos que poseemos un instinto básico de conservación hacia la vida; ante esto, diversos profesionales han realizado numerosos estudios, con la finalidad de comprender la dinámica del acto suicida y poder realizar aportaciones que resulten valiosas para su comprensión.

+NIÑOS Y ADOLESCENTES

Uno de los aspectos que más ha llamado la atención es el hecho de que cierta parte de la población suicida sean niños, en especial, dada su condición de vulnerabilidad, dependencia y proceso de desarrollo.

En abril de 1867 Ackerly publicó los resultados de un estudio efectuado con 31 niños (menores de 12 años) que presentaban amenazas o intentos de muerte; y comenta: "cuando un niño en la edad de la lactancia amenaza con matarse o desea morir, está expresando un complejo de múltiples fuerzas psíquicas" y argumenta que dichas fuerzas nacen de:

1. Impulsos agresivos
2. Tendencias narcisistas
3. Superyó arcaico
4. Separación libidinal de los objetos
5. Alteración del Yo por identificación
6. Frustración de su Yo ideal
7. Pérdida de bienestar
8. Lucha interna con conceptos de muerte tempranos
9. Intentos por superar la desesperación
10. Fantasías de renacer o de reunirse con la "madre buena"

Para Ackerly en Pinzón (1971), las características que distinguen a los niños que hacen un intento serio por destruirse son la profunda regresión en el funcionamiento del yo y una ruptura en la integridad del mismo. "los niños que amenazan suicidarse en la edad de la latencia están expresando, cuando menos tres deseos básicos: matar, estar muertos y ser matados".

Peña Alfaro (1986) hace referencia a otro estudio en el Centro Psiquiátrico de South Hills de Pittsburgh, en donde 15 de 500 niños es decir el 4% del total, han amenazado o intentado suicidarse; mientras que en el Instituto Juvenil de Chicago, 48 de 499, 5%, también lo intentaron.

En 1971 los doctores Foncerrada, Parada y Montiel, psiquiatras del Departamento de Higiene Mental del Hospital de Pediatría del IMSS estudiaron 50 casos, 39 del sexo femenino, cuyas edades fluctuaron entre los 8 y 16 años, notándose un marcado aumento entre los 15 y 16, observaron variaciones importantes en los

diferentes meses de acuerdo con el número de casos registrados, por ejemplo, durante diciembre no se registró ningún caso, mientras que en enero se observó un número importante que se sostuvo durante marzo, abril y mayo (fenómeno también observado en otros estudios). En los meses de junio y julio se registró un ligero aumento, y finalmente una declinación durante el período de agosto y septiembre Pinzón (1971).

Haremos aquí un apartado para hablar de la temporada de mayor incidencia en actos suicidas, acerca de lo cual hay pocos estudios. Se ha registrado un número mayor de suicidios en algunas épocas específicas del año, algunas investigaciones coinciden en que la conducta suicida se incrementa en primavera.

Erwin Stengel (1965) comenta al respecto: **"La proporción de suicidios exhibe fluctuaciones estacionales regulares, las estaciones de máximo suicidio son en primavera y comienzos del verano, cuando la naturaleza está en su apogeo y la vida parece más valiosa"** (p. 42).

Y ya que la frecuencia de los suicidios varía según las estaciones del año, en Suecia el menor número de casos se produce durante junio y julio, y el mayor en noviembre.

Tuckman y Common mencionados por Pinzón (1971) llevaron a cabo una investigación que muestra la preferencia por el período comprendido de la medianoche a las 3:00 a.m. en los adolescentes suicidándose en su propia casa, en contraste con los adultos quienes prefieren las primeras horas de la mañana.

Continuando con los niños y adolescentes Ulf Otto y colaboradores investigaron la existencia de un síndrome presuicida entre ellos, y examinaron el período de los tres meses anteriores al hecho, reportan que en el 38.3% de los casos se manifestó depresión, en el 30.1% un conjunto de cambios en la conducta, que incluye síntomas neuróticos como perturbaciones del sueño, síntomas psicósomáticos, estados de ansiedad, comerse las uñas etc., en el 16.2% de los casos los síntomas son: una mayor irritabilidad, agresividad e hipersensibilidad. En un 12% hubo alteración de la conducta social, dificultades en la escuela o en el trabajo, descuido de la higiene, ausentismo y alcoholismo.

Matus (1990) afirma que los niños pequeños observan: ansiedad, perturbaciones del sueño, dolores de estómago y de cabeza, vómitos, tartamudeo y enuresis nocturna. Llegar al suicidio es lo más dramático en la adaptación de la etapa escolar, debido a que él niño apenas está descubriendo el mundo y ya ha renunciado a él.

Otro factor que la autora encontró como desencadenante para realizar una acción suicida fue entre las jóvenes embarazadas, de estas el 11.8% lo intentaron, al haberles negado el aborto; a saber, los meses que resultan más peligrosos son el segundo y tercero del embarazo, período en el que casi siempre descubren su estado. En la misma muestra el 59% de los varones que se encontraban realizando el servicio militar, lo mencionaron como motivo para el intento suicida.

Durante el año de 1954, Tuckman y colaboradores junto con Henry Short, realizaron un extensivo análisis del contenido emocional de 165 cartas de suicidio de adolescentes, utilizando su modelo frustración-agresión, y encontraron que solamente el 1% tenía hostilidad dirigida hacia sí mismo.

Otro estudio referente a las conductas suicidas fue el realizado en New Jersey entre 1960 y 1963, por James Jan Tausch, lo llevo a cabo en escuelas públicas, recopiló cerca de 41 historias de niños suicidas y determinó los siguientes resultados:

- * El niño presuicida se mostró agresivo y violento de manera temporal hacia una persona muy cercana a él, como solicitando ayuda; su actitud represiva le provocó fuertes sentimientos de culpa por guardar sus verdaderos sentimientos y cuando ésta hostilidad llegó a su máximo nivel, desembocó en suicidio.

- * En las relaciones interpersonales, el niño se mostró poco amigable, es decir no tenía amigos íntimos o confidentes con quien platicar sus sentimientos, ideas o deseos. Citado por Matus (1990)

En 1979 Shaffer realizó un estudio sobre el suicidio consumado en adolescentes con edades entre los 10 y los 14 años; y menciona haber encontrado un incremento de suicidas después de los 12 años, con un rápido incremento entre los 13 y los 14.

El estudio se efectuó durante 6 años, en los cuales se investigaron 31 casos de niños suicidas, de estos sólo 4 no reportaron sintomatología psicológica, ya que en la mayoría de ellos se presentó una combinación de síntomas afectivo-emocionales y antisociales y otros tantos presentaron depresión moderada y aislamiento. Cuando se entrevistaron a sus familiares, mencionaron haber subestimado síntomas psicológicos y percibido la depresión en el pequeño.

En la investigación mencionada se estudió la relación entre la depresión y la conducta suicida, se logró a través del examen de los siguientes indicadores:

1. La premisa psicológica de que el niño que contempla la posibilidad de suicidarse está deprimido.
2. Los niños que actualmente intentan suicidarse están más deprimidos que aquéllos que simplemente piensan en ello.
3. ¿Cuál es el diagnóstico más frecuentemente asociado con la conducta suicida?
4. Los sentimientos de desesperanza, los problemas crónicos e historia familiar de depresión, están íntimamente relacionados con la idea o intento de suicidio.
5. Las edades de los niños que intentaron el suicidio en comparación con los que lo consumaron difieren por algunas variables externas.

Shaffer menciona que los resultados indican que los sentimientos de desesperanza no se descubren en la mayoría de los niños suicidas, ni en los

adolescentes, aún cuando es común que el adolescente lo experimente dada la etapa de desarrollo, pero esto no incrementa el intento de suicidio en ellos.

Matus (1990) agrega que en relación con los suicidios juveniles, Prusia, Francia y Dinamarca encabezan el número de suicidios, mientras que Inglaterra, Suiza e Italia presentaron las cifras más bajas.

El Centro de Prevención del Suicidio en los Angeles, hace mención de que un 0.5% a 3% de los suicidas registrados son menores de 20 años.

Otto, comenta que el número de intentos aumenta con la edad y que existe una rápida aceleración en la pubertad.

De 1926 a 1929, en Estados Unidos las cifras anuales registraron entre 30 y 55 suicidios en sujetos de entre los 10 y 14 años, de éstos 106 fueron niños y 56 niñas, sólo 9 de raza negra y los métodos más usados fueron quemarse las manos, estrangulamiento, e ingestión de sustancias tóxicas.

Jacques Moreau de Tours realizó un estudio en Francia durante los años de 1861 a 1875, en el que muestra los datos estadísticos de 482 niños suicidas, y la edad en la que cometieron suicidio, a continuación se presentan. Ponce (1977).

Suicidas	Edad (años)
39	12
75	13
117	14
203	15

La Doctora Ortiz León menciona: *"posiblemente el suicidio en el niño tiene relación con que ellos no piensan en la irreversibilidad de la muerte"*.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan Navarro se realizó un estudio sobre los intentos suicidas que atendieron de octubre/92 a mayo/93, se contaron 11 casos, el rango de edad fue de 13 a 18 años con una media de 15. El intento se llevó a cabo en el domicilio del adolescente por la tarde, en todos los casos.

El 74% de los pacientes eran primogénitos, 9 de ellos contaban con padres y hermanos y 2 solamente con padres.

El motivo de 10 de ellos se debió a problemas mediatos, y 1 manifestó: *"no encuentro sentido a la vida"*. Así mismo se detectó en 3 de ellos la fantasía de castigo a los papás.

El método que utilizaron 9 de los pacientes fue la ingestión de pastillas (dosis bajas), 1 se cortó las venas y el otro combinó medicamentos con raticida.

En cuanto al diagnóstico asignado fue en el siguiente orden: depresión crónica, pacientes "border-line" y gran impulsividad.

El medio socioeconómico se registró así: 7 de los pacientes pertenecían al estrato bajo, 3 al medio y 1 al alto. Ortiz (1993).

Ya que el suicidio es un acontecimiento impactante, se mantiene en constante interés en el campo de la investigación, en seguida se menciona uno de los estudios más recientes acerca del acto autodestructivo.

El estudio: "La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias", se realizó en 1992 por el Instituto Mexicano de Psiquiatría con la participación de María Elena Medina-Mora, Jorge Villatoro y colaboradores, en él se analizó la ideación suicida en los jóvenes que recurren a las drogas, se describe la relación que hay entre el estado mental y el tipo de sustancia que usan. Los datos corresponden a estudiantes de enseñanza media y media superior (3,459 estudiantes).

La ideación suicida es un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel de conflicto interno, se asocia con la desesperanza, la falta de autoestima, la depresión y el abuso de sustancias tóxicas. Se evaluó por medio de una escala que forma parte de la versión de la Cédula de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, en su versión para adolescentes, probada previamente en estudiantes mexicanos con resultados satisfactorios.

Una proporción importante del mismo estudio, 47% de estudiantes presentó por lo menos un síntoma de ideación suicida el año anterior al estudio, 17% reportó haber pensado en quitarse la vida y un 10% respondió afirmativamente a los reactivos que detectan depresión.

Este síntoma, la depresión, se presenta en una proporción ligeramente mayor de mujeres, con pocas variaciones en grupos cuyas edades fluctúan entre los 13 y los 19 años. No hay diferencias entre los estudiantes de tiempo completo y aquéllos que no lo han sido, y los que han trabajado.

A menudo el síntoma de tendencia suicida se incrementa de acuerdo con la ingesta de alcohol, y constituye un factor de riesgo importante para consumir drogas, pero el riesgo no aumenta con la frecuencia con que las usan ni a medida que se incrementa el número de drogas utilizadas.

Se presenta con más frecuencia entre los estudiantes que toman drogas de uso médico sin importar si se trata de estimulantes o de depresores. No hay diferencia entre los usuarios de drogas que incluyen marihuana o inhalantes entre las drogas que consumen, y es más frecuente entre los usuarios de alucinógenos y menos entre los que consumen cocaína.

Los estudiantes que no consumen ninguna sustancia son los que presentan menor ideación suicida. Hay diferencias significativas entre los que consumen sólo

alcohol, los que consumen sólo drogas y los que combinan las drogas con el alcohol, los dos últimos grupos tienden más a presentar ideas suicidas Medina-Mora (1994).

En las últimas décadas diversos estudios señalan un incremento notable en los desajustes psicológicos, en particular síntomas depresivos, en poblaciones de jóvenes menores de 20 años. La incidencia de cuadros depresivos se ha visto asociada con problemas de alcoholismo, drogadicción, enfermedades psicosomáticas, delincuencia, fracaso escolar e intentos de suicidio.

El Doctor Sánchez (1993) investigó en poblaciones sanas de adolescentes escolares a partir de dos líneas, una sobre la identificación de factores de riesgo acerca de desajustes psicológicos y otra, sobre el análisis de componentes específicos en sus hábitos de estudio relacionados con el desempeño académico; este trabajo analiza aquellos signos depresivos que refieren los estudiantes y que parecen estar asociados con factores medibles de los hábitos de estudio.

Se aplicó un instrumento para la evaluación de actividades de estudio a una población de cerca de diez mil adolescentes de bachillerato y se estimó la incidencia de signos depresivos mencionados por los estudiantes a través de una escala adicional.

Los resultados muestran asociaciones inversas entre puntajes relativamente altos de signos depresivos (sentimientos frecuentes de tristeza, minusvalía, desesperanza, preocupaciones, cansancio excesivo e insomnio) y aspectos relevantes de los hábitos de estudio, tales como: motivación e interés, concentración, comprensión de las clases y de los materiales de lectura, preparación y presentación de exámenes.

Estos hallazgos sugieren la importancia de identificar oportunamente el tipo de tendencias depresivas y alteraciones consecuentes en los adolescentes, a fin de promover medidas preventivas desde los ciclos escolares anteriores, en el ámbito familiar y en general, a través de los medios de comunicación social.

En el año de 1977 Tsung-yi Lin, de la OMS, estudió las estadísticas epidemiológicas, para investigar los cambios en las tasas de suicidio entre los jóvenes japoneses, comparándolas con las correspondientes a otros países y a otros grupos de edad.

Lin menciona que los jóvenes japoneses mostraron una tasa de suicidio alta, en los años posteriores a la segunda guerra mundial, en comparación con grupos de edad similares de otros países y con las personas mayores de su mismo país. Esas tasas se elevaron hasta 1958 y luego declinaron, aunque todavía en 1963 eran comparativamente altas.

El investigador sugiere que este ascenso y posterior disminución en las tasas de suicidio, puede ser explicado dada la reacción ante cambios en el aspecto sociocultural y socioeconómico del país; ya que la economía del país sufrió un cambio importante,

pasó de la depresión de la postguerra a una economía en gradual progreso, que ofreció oportunidades de trabajo y expectativas de una vida más segura.

Las tasas de suicidio en 1958 alcanzaron la cifra de 25.7 por 100.000, especialmente entre personas de 15 a 29 años, declinando en 1963 de 31.4 a 11.0.

Tsung-Yi Lin, manifiesta que existe una escasa diferencia entre las poblaciones rurales y urbanas de Japón, por ejemplo: 19.7 por 100.000 contra 17.9 por 100.000, se observa este fenómeno en todos los grupos de edad; tampoco se registran diferencias entre varones y mujeres de ambas poblaciones, hecho que ocurre generalmente en países occidentales.

Los datos antes mencionados indican que la juventud de Japón tiene una tasa de suicidio alta, no sólo en comparación con los jóvenes de otros países, sino también con los grupos de edad mediana de su propio país; no se explica este hecho por la práctica del tradicional "*harakiri*", ya que la juventud actual se encuentra menos influenciada por el mencionado hecho cultural, aunque quizás puede ser propensa a resolver sus problemas mediante el suicidio.

El autor hace referencia a la relación entre las tasas altas de suicidio y el período crítico que viven los adolescentes. Todos los sujetos tenían entre 15 y 29 años, eso quiere decir que pasaron por la guerra entre los 7 y los 17 años, lo que puede ser indicador de la vulnerabilidad de los niños y los jóvenes a las circunstancias bélicas Matus (1990).

Y ya que se hace mención de los aspectos sociales en los estudios referentes al suicidio, Jerry Jacobs en 1971, citado por Matus, tomó como base para su estudio hecho en adolescentes, la teoría Sociológica-Metodológica de Durkheim, en la que sostiene que la aproximación al acto suicida es el resultado de un abandono progresivo y pérdida de interés en las relaciones familiares y sociales más cercanas al individuo, esto significa que son muy importantes las condiciones sociales que rodean al individuo, las relaciones y conflictos con sus allegados, así como el concepto que tiene de su medio ambiente.

Jacobs plantea que el suicida pasó por las siguientes situaciones antes de tomar la determinación de quitarse la vida:

- 1) Una larga y dura historia de problemas desde su infancia
- 2) Una serie de problemas desde la entrada a la adolescencia relacionados con esta.
- 3) Fracaso en la adaptación y manejo de problemas, incapacidad para afrontarlos y pérdida de interés en sus relaciones sociales.
- 4) Una reacción en cadena de ir disolviendo lo poco que queda de sus relaciones sociales significativas en los días y semanas precedentes al intento suicida.

- 5) Un proceso interno de justificación de su suicidio para sí mismo y por lo tanto el manejo y apertura de un canal entre el pensamiento y la acción. Matus (1990).

+ADULTOS

El suicidio es en ocasiones más frecuente de lo que pensamos, cifras recientes proporcionadas por el Servicio Médico Forense de Guadalajara, muestran que en 1989 se registraron en la Zona Metropolitana de Guadalajara 134 suicidios, en 1990 hubo 141, en 1991 se presentaron 164, para 1992 se obtuvieron 166, en 1993 se dieron 170 suicidios y hasta enero de 1994 se habían dado 23 suicidios. Estos números nos marcan como en los últimos 5 años el suicidio se ha incrementado de manera importante. Sánchez (1994).

Ulf Otto de Suecia, realizó una investigación con el registro de datos de 1727 pacientes de hospitales y clínicas en su país, que intentaron suicidarse durante el período 1955-1959. Este mismo autor menciona que las causas más comunes para intentar suicidarse son:

Conflictos de pareja	39.2 %
Problemas familiares	32.1 %
Enfermedad mental	17.5 %
Dificultades escolares	6.2 %
Embarazo no deseado	3.4 %
Servicio militar	1.7 %

Métodos utilizados con mayor frecuencia :

	varones	mujeres	N
Drogas narcóticas	269	1232	1501
Ahorcamiento y estrangulación	24	17	41
Arma de fuego	4	1	5
Envenenamiento con gas	14	18	32
Salto desde la altura	8	10	18
Arrojarse a un vehículo	1	6	7
Ahogarse	5	13	18
Arma punzo-cortante	15	51	66
Ingestión de objetos agudos	6	1	7
Otros	5	27	32

De todos los métodos anteriores, la ingestión de píldoras es la más común.

Respecto a los métodos que se utilizan para suicidarse, se mencionó en 1982 en una investigación realizada en Nueva York, que tiene mucha influencia el lugar que

habita el suicida, se observó que en el puente del río Hudson han ocurrido la mayoría de los suicidios del área, además de ser el sitio de mayor incidencia para las tentativas de autodestrucción. Glatt (1986)

Ulf Otto en Matus (1990) señala que aunque las mujeres intentaron suicidarse cuatro veces más que los varones, estos últimos que lograron su propósito fueron dos veces más numerosos que las mujeres. Al parecer, la razón es la utilización más frecuentemente de métodos activos y agresivos, tales como colgarse, saltar desde las alturas y dispararse, mientras que las mujeres usan más a menudo métodos pasivos y menos peligrosos tal como la ingestión de píldoras .

Continuando con lo que respecta al sexo, los varones que intentan suicidarse padecen trastornos mentales más serios, mientras que las mujeres a menudo obran impulsivamente, por ejemplo, cuando sufren una frustración amorosa, aunque no buscando realmente la muerte.

Mucha gente acude al suicidio como medio para castigar a su familia, para tener atención y/o afecto de la gente cercana, y parece que a veces el darse muerte por sí mismos es la única manera de obtenerlo.

Cuando un país sufre cambios también se manifiesta en sus habitantes, en Argentina se llevó a cabo un estudio, por el psicoanalista, médico y psiquiatra Nasim Yampey, representante en la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio. El ha estudiado la correlación existente entre las transformaciones económicas, socioculturales y el suicidio.

Yampey para realizar su estudio analizó las modificaciones que sufrió su país desde el siglo pasado.

El caudaloso flujo de inmigrantes europeos (italianos y españoles) que desde 1875 arribaron a la Argentina, así como la inmigración de vecinos de Paraguay, Bolivia y Chile a partir de 1930, ambos fueron elementos determinantes en el vertiginoso cambio de la estructura social en dicho país, el cual fue transformado de una sociedad hispano colonial tradicional a una estructura urbano-industrial.

Estos cambios en la estructura económica y social produjeron modificaciones en los patrones culturales, que generaron una situación de crisis.

La familia modificó su estructura, de ser una *familia tradicional* caracterizada por la interacción de tres generaciones, alto índice demográfico y relaciones autoritarias centradas en el padre, pasó después de un período de inestabilidad, a constituir un nuevo tipo de familia, la *familia urbana moderna*. En ésta se presentan relaciones democráticas igualitarias, en los roles de autoridad participan la mujer y los hijos y ahora la natalidad es planeada.

La situación de crisis, producto de las aceleradas transformaciones, se manifestó en el índice de suicidios, este tuvo una alta incidencia a finales de siglo, disminuyendo después de forma paulatina.

Yampey atribuye la elevada tasa de suicidios de la Argentina a los siguientes factores:

- a) inadecuación entre aspiraciones y formas de lograrlas
- b) cambio de valores y pautas de comportamiento
- c) pérdida de identidad grupal y personal
- d) fracaso en el manejo socializado de la agresión.

Aquellos que deciden establecerse en un nuevo país, sufren un período de duelo, debido a la pérdida de sus costumbres, sitios de reunión, de trabajo, gentes etc. La crisis por la que atraviezan obedece a la necesidad de desprenderse de valores profundamente internalizados y a la adquisición de otros nuevos.

A nivel interno, el proceso de transculturación se vive como separación de la madre tierra, el mismo que puede concluir en dos vertientes, con la superación creativa, que permite una expansión de la personalidad y la consecución de logros o bien, con el fracaso paralizante que a veces desemboca en el suicidio.

El investigador señala que el mayor número de suicidas pertenecían al grupo de la población menos productiva: amas de casa, jubilados y estudiantes. Observa que los intentos de suicidio son más frecuentes entre personas jóvenes, de 18 a 30 años; ya que después de los 50 prevalecen en forma categórica los suicidios consumados. Rosen (1985)

El medio social en el que se vive es determinante, al respecto la investigación realizada por Stengel (1965) demuestra discrepancias entre las tasas de suicidio de dos ciudades industriales en Inglaterra.

Paradójicamente, la más pequeña, con sólo un quinto de la población de la otra, tuvo una tasa de suicidio que excedía el promedio nacional y varias veces mayor que la de la ciudad con más habitantes.

Y ya que la ciudad de México es una de las más grandes del mundo, también sufre el incremento en la tasa de suicidio, la siguiente investigación, fue titulada "Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991" se realizó en el Instituto Mexicano de Psiquiatría por Guilherme Borges, Haydeé Rosovsky y colaboradores. (1994).

Presenta información sobre la evolución del suicidio para la población mexicana durante el período de 1970 a 1991, utilizando los certificados de defunción, así como los datos censales.

En 1970 en la República Mexicana hubo 554 defunciones causadas por suicidio, en sujetos de ambos sexos, cifra que ascendió en 1991 a 2120 lo que representa un aumento de 282%. Durante el mismo período, 1970, la tasa de suicidios pasó de 1.13 por cien mil habitantes, a 2.55 en el año de 1991, indicando un aumento de 125%.

En cuanto a la proporción de la mortalidad, el suicidio pasó del 0.11% al 0.52% en todas las defunciones del país. Sin embargo este aumento es más notable en la población masculina, ya que se registra el incremento de la tasa en un 170%, contra 70% en la población femenina.

Entre la población suicida, las tasas más elevadas se encuentran por regla general, en la gente mayor de 65 años de edad, aunque hay incrementos constantes en las tasas de población más joven.

Existen divergencias significativas entre las tasas registradas de los distintos estados de la República. En 1990, el estado de Aguascalientes y el de Baja California Sur registraron las tasas más bajas, mientras que la más alta se reporta en Tabasco, con 9.31 por cien mil habitantes. Ahora bien, tomando en cuenta el sexo, la tasa más baja se ubica en Aguascalientes y en Baja California Sur, mientras que Tabasco registró la tasa más altas de suicidio tanto en hombres como en mujeres, 16.39 y 2.24 respectivamente. El sureste del país es el más afectado por este problema, y la zona noroeste, la de menor incidencia Borges (1994).

Ahora bien, Eisenberg (1978) llevó a cabo otro importante estudio en el Distrito Federal, se investigaron los intentos de suicidio de 40 mujeres, realizados individualmente, todas ellas pacientes de 3 hospitales psiquiátricos del gobierno (Lavista, San Rafael y Floresta), el rango de edad fluctuó entre los 15 y 35 años, éste fue el primer grupo.

Se tomó en cuenta cualquier tipo de conducta que demostrara la presencia del intento de suicidio, a efecto de contrastarlo con otro grupo de mujeres de la misma edad que nunca intentaron suicidarse, este fue el grupo control y constó de 20 personas.

Se utilizó el MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad) en sus dos modalidades, la forma más larga con 566 reactivos y la versión corta que contiene 366, se administró de manera individual.

Los resultados demuestran a grandes rasgos el siguiente perfil de personalidad: las personas del primer grupo no saben reconocer sus problemas y tienen gran necesidad de ayuda, se trata de sujetos sin buena capacidad de logros, con incapacidades muy grandes para el compromiso afectivo profundo, es decir no inclinadas a comprometerse con nadie ni a posponer la satisfacción de una necesidad, lo cual los conduce a cometer actos antisociales que van incluso en contra de su propia vida, ya que existen en ellas cargas muy fuertes de impulsividad y agresión.

Las pacientes poseen mucha agresividad al sentirse limitadas, y al percibir el ambiente como amenazante exageran su conducta y agrandan los problemas que las rodean. Son personas provistas de una marcada tendencia a la fantasía e inclinadas a confundir los límites existentes entre lo real y lo irreal, también son personas maniacas, poseedoras de gran energía para llevar a cabo sus actos.

Se obtuvieron lo siguientes datos:

EDAD: el 52.5% de las pacientes intentaron privarse de la vida teniendo menos de 24 años.

EDO CIVIL: El mayor índice de intentos de suicidio corresponde a las casadas es del 52.5%, y las solteras tuvieron un porcentaje de 37.5.

OCUPACION: Poco menos de la mitad, el 40% de las mujeres seudosuicidas, estaban dedicadas al hogar. El 35% tenía empleo (secretarías, cultoras de belleza, estudiantes, enfermeras y otros), el 25% no tenían ocupación alguna.

ESCOLARIDAD: El 30% tenían la primaria, el 17.5% la prepa y el 10% estudiaban nivel superior. Se explica que el nivel educativo, mientras más bajo sea, influye más en la realización del intento suicida.

MOTIVOS: 3/4 partes apelaron al suicidio por conflictos entre familiares, el 37.5% problemas conyugales y otro 37.5% problemas con otro familiar, el 15% por decepción amorosa, el 5% por la pérdida de un ser querido y el 5% restante debido a problemas laborales.

TIEMPO: En los meses de junio, julio, agosto y septiembre se registraron el 62.5% de los intentos suicidas.

REINCIDENCIA: De todas las seudosuicidas examinadas más de la mitad reincidieron en su propósito es decir el 57.5%, la reincidencia se explica también por pertenecer a hogares desintegrados.

MEDIOS EMPLEADOS: Recurrieron a la intoxicación el 77.5% y un 17.5% seccionaron las venas de sus muñecas. Se puede observar que el 95% de todas las pacientes acudieron a medios que brindaban la posibilidad de un auxilio oportuno y salvador.

LUGAR: El sitio en donde se cometieron el 92.3% de los intentos fue el domicilio de las pacientes, o sea allí a donde había presumiblemente el mayor número de probabilidades de que acudieran en su auxilio. Eisenberg (1978).

En ambos grupos hay indicadores de que los sujetos son frágiles, sumisos, tolerantes y abnegados, no hubo diferencia en esos aspectos.

Y ya que hablamos de la relación existente entre enfermedad mental y suicidio Robinsen (1959), realizó un estudio en donde se entrevistaron a los amigos íntimos, parientes y otros allegados de 134 suicidas en San Luis Missouri, y se llegó a la conclusión de que el 94% de los suicidas habían estado mentalmente enfermos y dado claras pruebas reconocibles de trastornos psiquiátricos.

Las entrevistas fueron sistemáticas y extensas, duraron alrededor de dos horas y trataron de una amplia variedad de informes respecto a los síntomas presentes y pasados, los antecedentes sociales y las circunstancias que rodearon al suceso.

En 1974 se realizó una investigación en la que entrevistaron a informantes clave de 100 suicidios consecutivos, revelados por las averiguaciones de los médicos forenses sobre los habitantes del condado de West Sussex y Portsmouth, en Inglaterra.

Se logró la unificación de los datos a través de entrevistas sistemáticas y de notas de los hospitales, y se corroboró que el 93% fueron diagnosticados en retrospectiva como mentalmente enfermos respecto a la fecha en que murieron.

Referente a lo anterior, Temoche, Pugh y Mac Mohan (1964) registraron en Massachusetts, que los habitantes que habían estado en hospitales mentales tenían una tasa de suicidio 36 veces mayor que la del resto de la población. Morgan (1983).

La reincidencia del intento suicida es un problema serio por lo que se realizó un estudio control durante cinco años Rosen (1985), en una serie de 886 individuos que habían intentado suicidarse; el estudio se llevó a cabo para verificar la validez de la hipótesis de que "las personas que llevan a cabo un intento serio de suicidio, constituyen un grupo muy expuesto a realizar nuevos intentos" (p.24).

Los pacientes ingresaron en el Regional Poisoning Treatment Center de Escocia; este centro recibe más del 95% de los adultos que presentan un cuadro agudo de auto-envenenamiento, además de un alto número de auto-agresiones.

Se observó que 3.84% de los pacientes se suicidaron durante el período de investigación. Los pacientes que fueron considerados como con intento serio tenían una tasa de suicidios más elevada.

La edad promedio en el grupo de pacientes que se suicidaron fue de 40.2 años, más de la mitad eran varones; de entre ellos el 58% presentaban historias de alteraciones afectivas (depresión) y 29% eran alcohólicos.

Para concluir diremos que el suicidio es un hecho que implica múltiples factores y a través de los estudios realizados acerca de éste, lo podemos constatar.

La mayoría de los suicidas viven una gran desesperanza, ya sean niños, jóvenes o adultos, tienen una fuerte carga de agresión que de alguna manera no manejan adecuadamente, y es depositada en el mismo individuo, llegando así a matarse; a esto

precede una gran depresión en la mayoría de los suicidas, sin distinción de edad, sexo, raza etc., todos ellos viven una mezcla de emociones intensas.

Otro factor común en la dinámica suicida son los cambios, ya sean familiares, internos, de residencia, o sociales como lo mencionan Yampey y Lin en sus respectivos estudios. Los cambios siempre acarrearán un desajuste en el sujeto aunque aparentemente sean externos, tienen repercusiones en el mundo interno del mismo, lo que puede conducirlos, si es que no cuenta con la suficiente capacidad de adaptación, a una salida aparente realizando un acto de autodestrucción.

Para realizar el suicidio se han empleado diferentes métodos, varios autores coinciden, al encontrar en sus investigaciones, el uso de pastillas como método más frecuentemente utilizado, inclusive en lo que respecta específicamente al intento, las pastillas son las más socorridas ¿será porqué puede existir la posibilidad de que no muera aún después de intentarlo y "desearlo"?

El criminalista Gross observó que los suicidas nunca se matan disparándose un tiro en el ojo, a pesar de que este sitio es el más fácil de acertar y, además, el que con más seguridad conduciría a la muerte, por algo no se utilizan frecuentemente métodos tan agresivos; Abadí (1973).

Es multifactorial la causa del suicidio, se ha coincidido en diversos estudios en señalar como factor precipitante el alcoholismo, acompañado aunque en menor frecuencia, de la drogadicción; el primero ha pasado a ser factor correlativo de los suicidas, además sabemos que detrás de alguna adicción se encuentra la soledad, determinada también en muchas ocasiones por relaciones interpersonales pobres, o superficiales que no cubren las necesidades del individuo, aspecto que como ya vimos también es determinante en la conducta suicida; por ello, el registro en diferentes investigaciones de los problemas familiares como uno de los motivos principales del suicidio, el individuo al no sentirse amado y valorado para otros, le resta sentido a su vida encontrando así en el suicidio una alternativa de solución a su estado de incomodidad.

A pesar de que se han llevado a cabo diversas investigaciones acerca del suicidio, hacen falta estudios epidemiológicos actuales, y sobre todo en este país, pareciera que muchos otros se ocupan del fenómeno, Estados Unidos, Suecia, Francia, Japón, como si en México no ocurriera. Al parecer le restamos importancia, y carecemos de datos suficientes para conocer certeramente el por qué, de su propagación, ya que podemos documentarnos sobre el tema, pero si lo hacemos basándonos en datos obtenidos en otro país, con diferente cultura, diferentes valores, en fin con todo lo que implica el pertenecer a distintas regiones geográficas, podemos estar casi seguros de que encontraremos diferencias importantes entre una y otra población, por lo tanto me parece de suma importancia el realizar estudios pero en nuestro país, con nuestra gente y entendiéndolo a través de nuestra propia cultura.

Se han realizado diversas investigaciones acerca del complejo tema de la auto-aniquilación desde sus motivaciones psíquicas, sociales, culturales, pasando por los

afectos, como son: la depresión, la desesperanza, la agresión, por la sociedad, la ocupación, los cambios, la cultura, por el aspecto interpersonal, las relaciones de familia, filiales, de pareja, las consecuencias y demás rubros, lo cual representa un gran esfuerzo para comprender la dinámica de tan devastador acto, y sin duda alguna se ha avanzado, sin embargo aún existen puntos oscuros para comprenderlo en su totalidad. Por ejemplo hay poca información sistemática sobre el tema, es decir no contamos con la suficiente información metodológica, por lo tanto debemos continuar entregándonos y con nuestra dedicación en el estudio del suicidio, por que nos corresponde hacer lo que podamos, ya sea como investigadores, como terapeutas, o como planificadores de la salud mental.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Cada día se hace más conciencia de la importancia para preservar la salud mental, lo cual demanda la existencia de servicios que proporcionen la ayuda necesaria y oportuna en ésta área.

Según Bellak y Small (1969) la **psicoterapia de emergencia** desempeña un considerable papel, ya que su importancia proviene de la escasez de personal competente para responder a las necesidades de la misma, capaz de otorgar una psicoterapia rápida que de beneficios a los que tienen problemas urgentes y que pueden conducirlos al peligro.

También Bellak y Siegel (1988) la refieren como una respuesta pragmática a los recursos limitados, ofrecidos a los veteranos de la Segunda Guerra Mundial, siendo en esencia un enfoque particular y un intento más amplio por abordar todos y cada uno de los problemas tratados en la clínica o consultorio.

Caplan (1961) afirma que la meta de la psicoterapia breve debe ser la de llegar a cubrir todos los problemas más allá del 1 ó 2 % que es generalmente lo que se logra hacer con las clínicas disponibles, las agencias de servicios sociales y los terapeutas particulares.

Se debe utilizar la psicoterapia breve por la inmutable ley de la oferta y la demanda: la poca oferta de psicoterapeutas y la enorme demanda de la gente que necesita psicoterapia, además puede ser de utilidad en casi todos los tipos de perturbaciones emocionales.

Por otra parte esta forma de psicoterapia breve también puede ser útil como medida preventiva: en diversos casos un tratamiento inmediato, aunque corto, impide que el mal evolucione hacia una desadaptación grave, mismo que puede llegar a ser una enfermedad seria y crónica; es así que el desarrollo y la utilización de procedimientos terapéuticos rápidos contribuiría de manera eficaz a aliviar los enormes problemas de la higiene mental.

Bellak y Siegel (1988) apoyan el hecho de que la psicoterapia breve puede ser útil para la **prevención primaria** en diversas circunstancias. Por ejemplo cuando la gente se encuentra en riesgo psicológico, la psicoterapia breve puede usarse para trabajar con los problemas por adelantado, es decir de manera preventiva. La **prevención secundaria** trata con las condiciones agudas ya existentes, las cuales pueden detenerse antes de que se desarrollen condiciones más graves o crónicas y la **prevención terciaria**, explica Bellak, tiene que ver con la curación de las condiciones crónicas.

La práctica de la psicoterapia breve y de emergencia exige que el terapeuta opere partiendo de un conjunto de hechos firmemente asentados y de hipótesis bien

fundamentadas. La brevedad misma del tratamiento exige el máximo orden en cuanto a la precisión del pensamiento y la mayor economía en la intervención.

La psicoterapia breve deberá cumplir sus fines en el corto plazo de una a seis sesiones, aunque para algunos consta de 10 a 25 sesiones Castelnuevo-Tedesco (1975), mientras que para otros puede incluir 40 a 50 sesiones. Malan (1976), De Shazer (1986).

En el centro de Terapia Breve del Instituto de Investigación Mental, el trabajo se realiza dentro de un límite de 10 sesiones Steve De Shazer (1986), en algunas universidades se establece una terapia de período corto, es decir, menos de veinte visitas, cada una de 45 ó 50 minutos, al respecto Bellak dice: **"cinco o seis sesiones pueden ser más prácticas porque la mayor parte de los pacientes externos no desean regresar por más que eso, basados probablemente en sus experiencias con tratamiento médico"**.

Este tipo de psicoterapia no es fácil ya que el terapeuta tiene que permanecer alerta para percibir cada rasgo de comunicación significativa, mientras con rapidez formula los comunes denominadores, llena los huecos en las partes que considera omitidas desde su ventajosa posición de sentido común, y casi simultáneamente tiene que decidir cuál es la intervención más fructífera, que tiene que cotejar con su avalúo de las fuerzas, circunstancias de la vida real y condiciones del yo del paciente; además no puede dejar de lado, según Leopold Bellak (1988) intentar establecer un enfoque a través del entendimiento preciso del ¿Por qué el paciente vino a verme particularmente el día que lo hizo?.

Steve De Shazer (1986) menciona que la clave de la terapia breve es utilizar lo que el paciente trae consigo para satisfacer sus necesidades, de modo tal que pueda lograr una vida satisfactoria por sí mismo. Para que una intervención se adecúe o ajuste adecuadamente, es necesario que cualquier conducta cambie.

El que la conducta sea realmente diferente puede bastar para impulsar la solución y proporcionar al cliente la satisfacción que busca en la terapia. Todo lo que se necesita es que la persona envuelta en una situación perturbadora haga algo diferente, sólo es necesaria una meta pequeña y razonable. **"He descubierto, dice De Shazer, que la idea de que sólo se necesita un cambio pequeño, facilita el desarrollo de una relación cooperativa entre terapeuta y cliente"** (p.34).

Tanto la experiencia clínica como la investigación parecen confirmar que un pequeño cambio puede conducir a otros cambios y, por lo tanto, a una mejoría adicional.

En la psicoterapia breve el terapeuta tiene que crear el insight al igual que estimular la elaboración, debido a que no tiene tiempo para esperar a que se desarrollen. Esta psicoterapia es una aplicación esforzada de la psicoterapia tradicional.

Los procedimientos fundamentales de la psicoterapia breve se derivan de la comprensión del comportamiento humano normal y anormal contenidos en la psicología psicoanalítica ortodoxa, siendo la que ofrece las hipótesis más sistemáticas.

La Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia (PBIU) se basa en la teoría psicoanalítica de la personalidad, de psicopatología y de tratamiento, se ha considerado como la más útil en términos de entendimiento, predicción y control de la conducta, entendiendo al paciente tan completamente como sea posible y después introduciendo las variables que lograrán la adaptación más eficaz, Bellak y Siegel (1988).

La comprensión de los síntomas y los padecimientos y la elección de la intervención en la psicoterapia breve está basada sobre los conceptos fundamentales de la estructura teórica de Freud, es decir cimentada en un **determinismo psíquico** *(cada efecto o acto del comportamiento es el resultado de una causa específica o conjunto de causas y a su vez, es la causa de otros efectos)*, a su vez el terapeuta no debe perder de vista el principio del **sobredeterminismo** *(acto causado por más de un factor)*, ya que si el tratamiento de una causa no modifica el efecto, debe continuar investigando hasta encontrar otras causas adicionales.

Es importante ligar el concepto de continuidad de la personalidad con el de inconsciente, ya que permite determinar las causas pasadas en función de efectos contemporáneos, y ya que la psicoterapia breve busca restablecer la homeostásis psíquica, es necesario identificar equilibrios entre los aspectos estructurales de la personalidad, el ello, el yo y el superyó.

La psicoterapia de emergencia es un método de tratamiento para síntomas o desadaptaciones que exigen alivio lo más rápido posible. Con gran frecuencia, dicha exigencia debe resolverse en la primera sesión terapéutica por la necesidad de neutralizar su naturaleza destructora y/o peligrosa, por tanto su meta se limita a eliminar o reducir un síntoma determinado. Sin proponer la reconstrucción de la personalidad, intenta mejorar la situación psicodinámica individual lo suficiente como para permitir a la persona que continúe funcionando. Bellak (1988) dice que los síntomas son considerados como intentos de resolver el problema y están conformados por ansiedad, conflicto y déficit en el desenvolvimiento del sujeto.

Por lo anteriormente expuesto, se concluye que la intervención en crisis y la psicoterapia breve tratan de restablecer al sujeto del estado precrisis, sin ningún intento por lograr un nivel superior de resolución y funcionamiento, que el presentado antes de la crisis.

Para los autores resulta claro que en este proceso los pacientes con frecuencia, aún en la terapia más corta, alcanzan por lo general, un nivel superior en la resolución de problemas y tienen la ventaja de adquirir cierta fuerza por haber sobrevivido a una situación particular o por lo menos aprenden a enfrentar y adaptarse a la nueva situación, ya que ven a la psicoterapia como una forma de aprendizaje, desaprendizaje

y reaprendizaje, se enfocan en lo que se ha aprendido en forma deficiente y que necesita ser desaprendido y reaprendido de manera más eficaz Bellak y Siegel (1988).

Entonces el **objetivo** de la terapia no consiste en la *eliminación del síntoma* sino en **"ayudar al cliente a establecer algunas condiciones que permitan el logro espontáneo de la meta enunciada o implícita"** De Shazer (1986 p. 31).

Esta intervención se enfoca a los aspectos desorganizantes de un evento o al evento mismo y sus consecuencias, pero no va al fondo, al origen de éstos, y no sólo individuales también sociales; es sólo un paliativo, una "aspirina" personal a un malestar general que no sólo es momentáneo, más bien tiene sus raíces históricamente originadas y que ha sido un suceso o evento el que detona y precipita la crisis Richard (1993).

El lograr la homeostásis, aún por un período corto, cuando el equilibrio ha estado perturbado le proporciona al individuo el conocimiento de que la mejoría es posible para él y además la motivación para buscar los medios y luchar para obtenerla.

En la psicoterapia rápida, nos interesamos en grados de mejoría, con la limitada meta de conseguir por lo menos algún mejoramiento en el funcionamiento, y aumentar la fuerza hasta el punto en el que el individuo se proporcione un tratamiento. Para mucha gente una psicoterapia relativamente limitada puede ser suficiente para ayudarlos a que lleguen a un punto desde el cual pueden continuar una mejoría autónoma.

En la psicoterapia breve y de emergencia el paciente se sienta cara a cara al psicoterapeuta, este procedimiento es así tanto por las metas y los métodos empleados cuanto por la limitación del tiempo; la interpretación es el medio principal del analista para facilitar el insight, pero se modifica considerablemente en la práctica por las exigencias apremiantes de la situación. En la P.B.I.U. se actúa orientando y seleccionando los síntomas principales más perturbadores y sus causas, y posteriormente proporciona la conceptualización más clara de las intervenciones psicoterapéuticas necesarias.

También la *transferencia positiva* se procura y se mantiene desde el principio hasta el final, se presenta al terapeuta como una persona benigna, interesada, servicial y participante.

La psicoterapia de emergencia se indica para situaciones de dolor emocional agudo y desgarrado, para circunstancias seriamente destructivas, y en los casos de situaciones que activamente ponen en peligro la vida del paciente o de otras personas, también se indica a individuos que no requieren intervención psicoanalítica, o bien porque es todo lo que necesita.

Bellak (1988) sugiere que la terapia breve se considere como el primer método a elegir, y sólo cuando falle o haya una razón para desear cambios más extensos, puede emplearse la psicoterapia a largo plazo o el psicoanálisis.

En todas las psicoterapias dinámicas orientadas psicoanalíticamente, y propiamente en la psicoterapia breve hay tres procedimientos básicos: la comunicación, el insight y la elaboración.

LA COMUNICACION: DEL PACIENTE AL TERAPEUTA

El paciente informa al terapeuta de sus problemas, de su historia y de su vida actual, la palabra es el medio básico de su comunicación en psicoterapia. La elección de palabras del paciente, el ritmo de su discurso, el estilo, el método de expresarse, el énfasis o la carencia de él, todo puede comunicar al terapeuta información importante.

EL INSIGHT DEL TERAPEUTA

Mientras el paciente comunica, el terapeuta está alerta para reconocer los comunes denominadores en su patrón de conducta, (tanto contemporáneos como pasados) al igual que los pensamientos, los sentimientos y las experiencias, en especial cuando se relacionan con sus síntomas.

Es también importante el estudio permanente del comportamiento en relación al psicoterapeuta, la labor del psicoterapeuta consiste en encontrar el común denominador en sus patrones generales de comportamiento, ya que contienen la explicación del modo presente del comportamiento del paciente.

LA COMUNICACION: DEL TERAPEUTA AL PACIENTE

El terapeuta debe comunicar mediante la *interpretación* su insight al paciente, destacando así los comunes denominadores en diferentes patrones de conducta y sentimientos. Será determinante la forma de expresarse, la elección de las palabras que emplee, el ritmo al decir las, sus modulaciones e inflexiones de voz, lo que acentúe o aquello a lo que de énfasis, su calor, su sarcasmo, hasta la censura en el tono, será tan claramente comprendido por el paciente como el contenido literal mismo del discurso.

EL INSIGHT DEL PACIENTE

Definimos *insight*, como la percepción del paciente del patrón o configuración que siguen sus experiencias, sus sentimientos, su conducta y su pensar. La manera en que el paciente manifiesta el insight puede ser de muchas formas, desde el *vivir* en el cual hay un súbito "cerramiento" de entendimiento, puede manifestarse también con llanto, con ira, con risa, cosa que los analistas llaman el síntoma de la risa, señal de que algo dio en el clavo, también puede aparecer precedido por manifestaciones de ansiedad.

El máximo grado de insight se logra cuando hay una comprensión intelectual y emocional de los comunes denominadores en el patrón de conducta pasado, y se relacionan con patrones tal y como existen en la vida actual.

LA ELABORACION

Cuando el paciente ha entendido o aprendido a percibir algunos comunes denominadores en su comportamiento, suponemos que aplicará ese conocimiento a su vida práctica.

Posiblemente hay un paso anterior a la elaboración y es aquel en el que el paciente extiende su insight para ver que se conduce de la manera explicada no sólo en la situación "X" sino también en la "Y" y procede a establecer una causa común, es así que la *elaboración* es un proceso en el que el paciente aplica un recién adquirido insight a una serie de situaciones para las cuales son válidos los mismos patrones. Esencialmente eso es un proceso de aprendizaje, a través del cual se cambia la conducta del paciente Bellak y Small (1969).

INTERVENCION EN CRISIS POR TELEFONO

Existe una creciente brecha entre la necesidad de servicios de salud mental y el déficit existente para responder a ésta.

Mackinnon y Michels en Bustos (1989), han manifestado que el teléfono ha desempeñado en la práctica psiquiátrica contemporánea un papel importante, se ha utilizado en aquellos casos en que el paciente se ve obligado a trasladarse de alguna parte en donde no hay psicoterapia disponible.

El teléfono ha sido utilizado como parte significativa dentro de tratamientos cortos; tiene un rol vital ante el suicidio y puede ser utilizado dentro de una terapia regular o fuera de ella. El teléfono permite superar la incapacidad de comunicación .

El uso de la psicoterapia a través de él es de gran utilidad para poblaciones sin acceso a tratamiento privado, también para un mejor empleo de los recursos terapéuticos a un nivel social, a la vez que ayuda a cubrir las necesidades de servicios en salud mental Bustos (1989).

Miller, en Bustos (1989), encontró que los psiquiatras lo usan cotidianamente de acuerdo a los siguientes porcentajes: 97% para manejar las crisis, 45% como medio adjunto a la terapia y el 19% como modo primario de tratamiento. Actualmente los profesionistas de la salud mental están incrementando el uso del teléfono ya que en éste campo es posible establecer un diagnóstico y tratamiento sin la presencia física de la persona, ya que como se mencionó anteriormente se basa en gran parte en el discurso del paciente.

El origen de los servicios llamados "hot-line" o "counseling por telefono" se encuentra en intentos repetitivos y empíricos para responder a una necesidad social no abordada. Slatkeu (1988).

La moderna intervención en crisis por teléfono que empezó en los años 50's, se convirtió en columna vertebral del movimiento de prevención suicida, y creció rápidamente en el contexto de la actividad social en 1960, Bustos (1989).

El desarrollo de las primeras técnicas y como usar el teléfono en las intervenciones para salvar vidas, se atribuye a "Los Angeles Suicide Prevention Center" en E.U., quienes usaron personal voluntario, con horarios completos (cada día), e institutos de entrenamiento para consejeros sobre como atender a los usuarios angustiados por vía telefónica.

Los años de 1970 vieron el desarrollo de nuevos programas, así como de la rápida propagación de bibliografía sobre consejería telefónica.

En 1980 se observó un incremento constante en el número de los servicios de atención telefónica.

La consejería telefónica tiene características muy particulares:

- 1 La ayuda que se ofrece a una persona en crisis, depende exclusivamente de lo hablado entre el consejero y el usuario y como lo expresan.
- 2 El paciente inicia la interacción terapéutica cada vez que lo desea y también tiene libertad de terminarla en cualquier momento.
- 3 Cada individuo puede mantenerse en el anonimato, lo cual facilita la autorrevelación y disposición por parte de muchos usuarios.
- 4 Los consejeros también son anónimos, hecho que facilita la transferencia positiva.
- 5 El consejero telefónico reduce la dependencia del usuario del consejero individual y lo transfiere a la clínica.
- 6 La consejería telefónica es única por su accesibilidad, la mayoría de la gente tiene teléfono, o fácil acceso a uno, y el costo por uso es bajo. La accesibilidad es un factor importantísimo para los pacientes en crisis, en especial para los suicidas u homicidas, y quienes no son capaces de abandonar sus hogares, por ejemplo: ancianos o incapacitados físicamente.
- 7 Se puede disponer del servicio en cualquier momento, día o noche.

Para que el trabajo de consejería telefónica funcione adecuadamente, Slaikeu (1988) recomienda poner en práctica los siguientes pasos: (p. 214-215)

- a) Uso de personal de consejería voluntario, no profesional para trabajar en los teléfonos.
- b) Grabar las llamadas para ayudar en la supervisión e investigación.
- c) Registro exacto que permita tener en cuenta la contabilidad de la institución (número y tipo de llamadas durante cada mes)
- d) Crear redes en otras instituciones, para facilitar la referencia o canalización.
- e) Seguimiento de los usuarios algunos días después de su llamada al centro de servicios.

En lo que respecta al manejo de las llamadas, Slaikeu y Leff-Simon (1988 p.216-218) también mencionan cinco componentes básicos que se emplean en la primera ayuda psicológica, son los siguientes:

1* HACER EL CONTACTO PSICOLOGICO. Para lograr su objetivo el tono de voz del consejero debe ser calmado y alentador, esto promueve que el

paciente en crisis se sienta comprendido y aceptado; se debe prestar atención al diferente papel que juega el silencio en el consejero telefónico. Se puede ayudar a los usuarios reacios a hablar con expresiones breves y reflexivas, por ejemplo: *"Debe ser difícil expresar en palabras algunas sentimientos"* o bien *"Tómese su tiempo y hable cuando este listo"* que sean empáticas por parte del consejero, que demuestren el cuidado y deseo de entender la situación, estar muy atentos a los sucesos y sentimientos y hacer uso de exposiciones, empáticas que permitan saber al usuario que la persona al otro lado de la línea escucha, comprende y acepta lo que le está diciendo.

2° EXAMINAR LAS DIMENSIONES DEL PROBLEMA. Se debe confiar en la descripción narrativa del problema que hace el usuario, registrando cada parte. Una táctica útil es formular preguntas abiertas-finales como: *"¿Que sucedió recientemente que le hace las cosas difíciles ahora?"* preguntas como: quién, qué, dónde, porqué, cuándo y cómo pueden formularse sin que parezcan amenaza y tener el potencial para obtener información sobre las dimensiones del problema del usuario; una de las ventajas de los consejeros en esta situación es que pueden tomar notas del proceso de la conversación.

3° EXPLORAR POSIBLES SOLUCIONES. Los usuarios con frecuencia, agotaron sus recursos personales y sociales, entonces es una excelente oportunidad del consejero para preguntar sobre algunas vías que ha tratado el usuario y explorar los obstáculos que encontró; hay que conseguir que el individuo reconsidere una solución que haya sido probada sólo a la ligera y rechazada inmediatamente. El objetivo es generar tantas direcciones potenciales como sea posible a fin de actuar sobre las necesidades inmediatas identificadas al principio.

4° AYUDAR A TOMAR UNA ACCION CONCRETA. Hay que distinguir entre las intervenciones *facilitadoras y directivas*: si la mortalidad en el caso del sujeto es baja y si se presenta a sí mismo como capaz de hablar sobre el convenio de las etapas para restablecer el enfrentamiento, entonces el consejero consagra la energía hacia la ayuda para que el usuario tome la acción, su papel es de facilitador. Cuando el usuario es incapaz de actuar en su propio beneficio, el consejero debe ser directivo y puede llamar a un miembro de la familia o enviar una unidad de rescate si las consecuencias son intento suicida.

5° SEGUIMIENTO. Sirve para beneficio del usuario y también puede ser una ayuda moral y motivante para los consejeros, en forma de retroalimentación sobre como se ha recibido la ayuda que proporcionan.

INTERVENCION TELEFONICA EN CASOS DE SUICIDIO

En 1953 en Londres aparecen "*Los Samaritanos del Telefono*" fundada por el reverendo Chad Varah, esta organizaci3n religiosa utiliza el tel3fono como herramienta fundamental para prevenir el suicidio; ellos son los primeros que utilizan esta modalidad y establecen sucursales en todo el mundo incluyendo M3xico. En E.U. en 1958 Farberow y Shneiman fundan el primer servicio en Los Angeles, con un funcionamiento similar.

Durante 1964 participaron profesionales en el *Centro para la Prevenci3n del Suicidio en los Angeles*; este centro es el primero que desarrolla t3cnicas sobre c3mo usar el tel3fono para desempe1ar intervenciones salvando vidas.

Inicialmente los servicios telef3nicos atendían s3lo suicidios y envenenamientos, posteriormente se diversificaron los servicios.

En Buffalo, N.Y. en 1968 surge el *Servicio para Crisis y Prevenci3n del Suicidio*, 3sta organizaci3n fue establecida para enfrentarse a una necesidad de apoyo en caso de crisis, funcionando las 24 horas.

Stein afirma que el servicio telef3nico para Intervenci3n en Crisis ha demostrado su utilidad sobre todo en casos de intento suicida, reduciendo la posibilidad del mismo y funcionando a nivel preventivo. Bustos (1989).

En Praga, Checoslovaquia el indice de crisis suicidas aumenta sobre todo en la capital, este dato fue obtenido de un reporte de los servicios telef3nicos y de la poblaci3n consultante.

Anualmente de cada 100 000 habitantes de 500 a 600 personas de m3s de 15 a1os hablan a estos servicios, en los cuales m3s del 50% de los casos presentan un peligro real de suicidio. En el mismo pa3s 8 de cada 100 000 habitantes presentan intentos suicidas. Bustos (1989).

Levi en Bustos (1989), informa que el *Centro de Asistencia para Suicidas*, en Buenos Aires Argentina, funciona las 24 hrs proporcionando ayuda gratuita a suicidas desde hace aproximadamente 15 a1os.

Los voluntarios no profesionales escuchan tratando de entender los motivos que llevan al individuo a querer suicidarse. En el discurso del suicida buscan aquellos elementos de los cuales se puedan valer para encaminarlo a la vida y no a la muerte.

En M3xico tambi3n se han creado sistemas de intervenci3n por tel3fono, el primero que se ha registrado es en los a1os 60's cuando surge la ayuda telef3nica a trav3s de *La Asociaci3n Mexicana de Auxilio al Desesperado*.

En el Hospital de Emergencias de Coyoac3n, se brindaba ayuda m3dica y psicol3gica a trav3s del tel3fono en el Centro de Prevenci3n al Suicidio, 3sto se llev3 a

cabo de junio de 1967 a enero de 1972. *"La Asociación Mexicana para la prevención del Suicidio"*, tiene como función desarrollar un trabajo integral para la atención al suicida incluyendo la atención telefónica.

Otro servicio que proporcionaba apoyo telefónico era el de los *Sacerdotes del Espíritu Santo*, en los casos de intento suicida hablaban con la persona tratando de acercarla a Dios y en especial a la vida cristiana, dando apoyo, esperanza y confianza.

En este servicio la mayor parte de los individuos tratados a través del teléfono y luego con visitas domiciliarias, fueron mujeres de 30 a 35 años con intentos suicidas por medio de barbitúricos, los principales motivos de estos suicidas fueron los conflictos con la pareja, la desintegración familiar, farmacodependencia y enfermedades terminales. Bustos (1989).

Para hablar acerca de la intervención terapéutica en la conducta suicida hay que tomar en cuenta algunos aspectos circundantes, como pueden ser los síntomas, lo que nos permite contar con herramientas suficientes para un adecuado manejo.

En las depresiones fuertes el paciente dirá que siente que la vida no vale la pena, que no tiene ganas de seguir viviendo (ideación suicida), que nada le proporciona placer, que es una mala persona y que no merece vivir, o *generalizará (que difícil es la vida)*.

Bellak y Small (1969) aseguran que en la constelación depresiva, el paciente experimenta un gran montaje de hostilidad pero no puede expresarlo en la dirección del objeto o de la situación que la ha provocado y por lo tanto la dirige contra sí mismo, por lo anterior tiende a desembocar en muchos de los casos en un acto suicida, es así que los procedimientos terapéuticos para tratar la depresión, son también recomendables para el tratamiento del suicidio. Dichos procedimientos son:

- 1) El primer paso en la psicoterapia de la depresión suele dirigirse a la *disminuida autoestima del paciente*, además el hecho de asistir a tratamiento puede representar un golpe más a ésta.
- 2) La confianza que se le puede dar realmente al paciente partiendo de sus *capacidades y de las fuerzas de su yo* es un procedimiento estrechamente aliado al incremento de la autoestima.
- 3) La clave de la maniobra en la psicoterapia de la depresión sea la reversión de la intra-agresión, se utiliza la técnica de la *catarsis mediata*, con ésta no se espera que el paciente mismo exprese sus sentimientos, sino más bien el terapeuta los expresa por él.
- 4) En cuanto sea posible la comprensión de los rasgos dinámicos debe *asociarse a una figura contemporánea* de la vida del paciente.

- 5) Las manifestaciones de *transferencia* deben tratarse de inmediato y con claridad, especialmente las manifestaciones negativas.
- 6) El terapeuta debe asegurar al paciente que está a su *disposicion* en cualquier momento, esto es muy importante debido a los riesgos de suicidio, en los pacientes deprimidos fuertemente.
- 7) Si el paciente está en una clara situación que continúa rebajando su autoestima, donde experimenta continuos desengaños, y que le genera hostilidad, es posible que sea necesario ser *directivo*, ya sea quitar al paciente de ese marco o cambiarlo si es posible. Para ayudarlo a canalizar la hostilidad se le puede recomendar que haga ejercicios físicos violentos (pegarle a un saco de arena, jugar boliche, etc.).
- 8) La *terapia de drogas* desempeña un papel principal en el manejo de la depresión.
- 9) La *terapia electroconvulsiva* todavía tiene un papel definitivo en el tratamiento de las depresiones agudas.

En el tratamiento de casos en los cuales hay riesgo de suicidio los procedimientos terapéuticos que se emplean son los mismos que para el tratamiento de las depresiones, sin embargo, como el riesgo de suicidio ofrece una especial urgencia, se deben rehacer ciertos puntos.

- *1 Generalmente los intentos de suicidio se aceptan como equivalentes a una solicitud de ayuda, teniendo esto presente, el terapeuta tiene necesariamente que estar dispuesto a ver al paciente a cualquier hora. Esa disponibilidad desempeña una función importante en la disminución del peligro de suicidio.
- *2 Es de importancia especial realizar una labor de insight con el problema de la agresión. Es importante desenterrar cualquier fantasía de suicidio existente para saber a quién va dirigida. Si son concientes deben ser analizadas, y si no lo son el terapeuta debe descubrir hacia quién va la agresión y esos sentimientos tienen que sacarse a la luz. El concepto de "auto-daño para dañar a otro" se debe ilustrar al paciente de una manera dramática.
- *3 El suicidio puede verse como una forma especial de acting-out, y como en todo acting-out el ganar tiempo es decisivo. Al paciente se le puede decir que siempre hay tiempo para matarse y que por el momento la intención del terapeuta es posponer esa actitud, esto dará oportunidad para un mayor insight de parte del analista.

- *4 La hospitalización breve puede ser pertinente ante el riesgo del suicidio, proporcionando el cuidado de las enfermeras mientras uno hace una psicoterapia vigorosa y/o espera los efectos de los energéticos.
- *5 El empleo de la terapia electroconvulsiva puede ser de especial importancia en el tratamiento del paciente suicida. Bellak y Small (1969).

Bellak y Siegel (1986) propusieron la psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.) del suicidio, en diez pasos precisos para el tratamiento, enseguida se mencionan (p.62-65).

1 Situaciones o factores precipitantes

La mayor parte de las veces el suicidio se relaciona con la depresión, sin embargo algunos de los intentos de suicidio también se dan en situaciones de pánico, en especial pánicos psicóticos.

El entender las dinámicas específicas del impulso suicida, se vuelve importante, podemos mencionar : el deseo de expiar un crimen real o imaginario, el deseo de venganza, el deseo de reencuentro con un amante fallecido, el deseo de forzar el amor de otros. Así, las motivaciones que pueden resultar en un acto suicida no siempre siguen el mismo patrón, sin embargo, el elemento de depresión es común a la mayoría de ellas.

2 Contenido, especificidad y primitividad de los planes y fantasías.

Si existe alguna razón para sospechar intentos suicidas o fantasías, es esencial que el terapeuta insista al paciente que lo exteriorice, lo más detalladamente posible. Las afirmaciones explícitas de todas las tendencias suicidas pueden tener un efecto catártico y facilitar la prueba de la realidad del paciente y del terapeuta. Cualquier noción irreal sobre la muerte tiene que aclararse, por ejemplo, la fantasía de que se sobrevivirá al suicidio y se despertará de él como si fuera un sueño.

El terapeuta debe descubrir hacia quién se encuentra dirigida inconscientemente la agresión; es esencial entender cuál es la intención de la agresión introyectada, a qué introyección temprana se encuentra relacionada la figura contemporánea que provee la desilusión o decepción.

En tanto más primitivas sean las fantasías, más grande es el riesgo de suicidio, debido a los problemas de control de impulsos.

3 Intentos y planes previos.

Shneidman y Farberow en Bellak (1986), señalaron que la mayor parte de las víctimas de suicidios consumados, han intentado suicidarse con anterioridad. En tanto más concretamente la persona planea el suicidio, por ejemplo, dejando instrucciones

detalladas de lo que hará, teniendo un escenario específico, tiempo, hora lugar, etc., será más grande el riesgo.

4 Antecedentes familiares de suicidios, depresión o ambos

Un antecedente familiar de suicidio o uno de *"acting out"* violento en otras formas, en especial en la niñez, es inquietante. Las personas que asesinaron mascotas o hirieron a compañeros de juego siendo niños, son los candidatos principales. Esto tiene una razón dinámica, ya que la intra-agresión y agresión contra otros, con frecuencia parecen estar correlacionadas siendo el común denominador un alto nivel de agresión y un control de impulsos pobre.

5 Si es agudamente suicida, abandone la neutralidad terapéutica

Es necesario servir de apoyo, hacer sentir seguro al paciente, hacerlo darse cuenta de que hay otros caminos disponibles además de la autodestrucción y asegurarle que uno estará disponible en cualquier momento. Con el permiso del paciente, si es posible, los miembros de la familia deberán ser informados de la situación. El terapeuta debe informar al paciente la disponibilidad de las líneas y servicios de urgencia en la comunidad, sólo para el caso en que el primero no éste accesible.

6 Trabaje con la visión en túnel

Los pacientes suicidas padecen de *"vision en tunnel"* es decir ven sólo una solución particular. Por lo cual es importante mostrarles que existen otras opciones, conducirlos por el descubrimiento de alternativas.

7 Trato para un aplazamiento y uso de otras variables involucradas en el "acting out."

Al traducir los conflictos o los impulsos en conducta directa más que en síntomas, se está realizando un acting-out, en éste puede haber problemas especiales para aceptar y para entender la realidad presente; algunos aspectos dinámicos del mismo son: la baja tolerancia a la frustración, pobre control de impulsos, deficiencia en la prueba de la realidad y otros.

8 Trabaje con factores pertenecientes a la depresión o pánico.

9 Consiga personas significativas para el paciente dentro de la situación: recursos comunitarios

Si existe una inquietud seria sobre la posibilidad de un suicidio, el terapeuta puede, con el consentimiento del paciente, o sin él, llamar a un pariente al consultorio, y arreglar que lo acompañe a casa. Puede inclusive ser necesario abandonar en forma temporal la neutralidad terapéutica y llevar al paciente a casa o al hospital uno mismo.

Shneidman sugiere que el terapeuta considere trabajar con una persona significativa en la vida del paciente, ya sean padres, o cónyuge, no se sugiere que esa persona significativa sea vista con tanta frecuencia como el paciente.

Los recursos comunitarios también pueden utilizarse, en especial las líneas telefónicas de urgencia y otros centros.

10 Fármacos, hospitalización

Es muy útil para el terapeuta establecer una relación de trabajo estrecha con un hospital para que en caso de que se presente una urgencia, se pueda hospitalizar al paciente a la brevedad.

La farmacoterapia y en algunos casos muy raros la terapia electroconvulsiva, pueden indicarse.

Gómez del Campo (1992) también plantea principios básicos para la prevención del suicidio. Por lo general el trabajo con personas que presentan tendencias suicidas tiene cinco etapas que no necesariamente se presentan en orden (p. 39-42).

- 1) Establecimiento de la relación, mantenimiento del contacto y obtención de información;** el hecho de haber establecido el contacto, nos indica que el cliente desea recibir ayuda, la meta es obtener información para poder evaluar el peligro potencial.
- 2) Identificación y clarificación del problema central.** La persona suicida por lo común exhibe aparente confusión, caos y desorganización. No tiene claro cual es su problema principal. El terapeuta ayudará a clarificar y jerarquizar los problemas de la persona. En algunos casos la persona puede tener claro el problema, pero indica que no parece encontrar solución. El terapeuta lo acompañará entonces en la búsqueda de posibles soluciones.
- 3) Evaluación del potencial suicida.** Se refiere al grado de probabilidad en que la persona se comporte de modo autodestructivo en el futuro inmediato o relativamente cercano. Se han desarrollado algunos criterios para evaluarlo:
 - **Sexo y edad.** Debido a que la tasa de suicidios consumados aumenta con la edad y a que sabemos que los hombres se suicidan más que las mujeres, la edad y el sexo proporcionan un marco general para evaluar el potencial suicida, aunque cada caso requiere una apreciación individual y aplicación de los demás criterios.
 - **Estrategia o plan de suicidio.** Deben considerarse tres elementos principales al evaluar el plan:
 - a) que tan letal es el método propuesto

- b) disponibilidad de los medios
- c) especificidad de los detalles

Un método que implica el uso de un revólver, el saltar al vacío o ahorcarse, es más letal que aquellos en los que se piensa ingerir píldoras o cortarse las venas de las muñecas.

--*Gravedad del evento precipitante.* La información al respecto se obtiene por lo general cuando preguntamos "¿Por qué llamas, o vienes, en esta ocasión?". Puede ser un evento tanto intrapersonal como interpersonal: muerte repentina de un ser querido, divorcio o separación, pérdida del trabajo, bancarrota económica. La intensidad del evento debe evaluarse según los criterios de la persona y no según criterios generales.

--*Síntomas.* La sintomatología suicida puede estar presente en varias alteraciones psicológicas. Dentro de las de mayor frecuencia se encuentran la depresión, la psicosis, el aislamiento y la agitación. Algunos síntomas asociados con depresión son las alteraciones del sueño, anorexia, pérdida de peso, alejamiento, apatía, pérdida de interés, desesperanza, desamparo y sentimientos extremos de cansancio emocional y físico. Los estados psicóticos se caracterizan por la presencia de delirios, alucinaciones, estallidos de rabia, hostilidad, deseos de venganza y pérdida de contacto con el entorno inmediato. Las personas agitadas se sienten incapaces de tolerar las presiones, temores y ansiedades, y buscan en la acción una liberación de sus sentimientos. Los alcohólicos, los homosexuales y los farmacodependientes son personas de alto riesgo suicida.

--*Recursos.* Los recursos del entorno de la persona juegan un papel crítico para definir si la persona vivirá o no. Se deben tratar de detectar personas a las que pueda recurrir durante las crisis suicidas. Pueden ser familiares, parientes, amigos cercanos, médicos o religiosos. Otro recurso puede ser el trabajo de la persona, importante fuente de autoestima y seguridad personal.

Algunas personas tratan de mantener la situación en secreto, este intento de "secretismo" debe ser combatido y se debe tratar la situación suicida de modo directo abierto y franco.

Es mejor tanto para la persona como para el terapeuta, que la información y la responsabilidad sean compartidas con otros. Esto puede darle a la persona algo que le hace mucha falta, el sentimiento de que otros se interesan y se preocupan por ella y que desean ayudarla. La situación es grave cuando no existen recursos aparentes, en este caso se puede recurrir a la creación de nuevos apoyos situacionales, como podrían ser los grupos de autoayuda.

--*Estilo de vida.* Se refiere a la estabilidad de su existencia, y permite evaluar si el comportamiento suicida es de naturaleza aguda o crónica. La persona estable tendrá una trayectoria positiva y consistente en su trabajo, una estabilidad matrimonial y familiar y ausencia de ideas suicidas previas, si ya hubo intentos anteriores la situación actual debe considerarse como más seria. El comportamiento suicida agudo puede

encontrarse tanto en personas estables como inestables; el comportamiento suicida crónico sólo se encuentra en personas inestables.

--*Aspectos de comunicación.* el aspecto más importante es si la persona mantiene todavía la comunicación con otros. La señal más alarmante es que la comunicación se encuentre totalmente dañada, esto indica al terapeuta que la persona ha agotado sus recursos, lo que disminuye la posibilidad del rescate.

La comunicación puede ser verbal y no verbal, directa e indirecta. Los indicadores más serios serían los comportamientos no verbales e indirectos. Esto indica que los lazos interpersonales se han debilitado o han desaparecido y la posibilidad de consumir el suicidio aumenta.

--*Reacciones hacia personas significativas.* Estas personas pueden ser vistas por el practicante como cooperadoras o como no cooperadoras y hasta agresivas. Los no cooperadores, rechazan a la persona o niegan el peligro suicida; y por tanto, suspenden la comunicación tanto física como psicológica. En otros casos el comportamiento de las personas significativas puede ser de impotencia, desesperanza y derrota. El derrotismo refuerza en la persona suicida, el sentimiento de desesperanza e incrementa el riesgo suicida.

--*Situación médica.* Esto puede aportar información adicional importante para evaluar el potencial suicida. La persona puede estar padeciendo alguna enfermedad crónica, que halla modificado considerablemente su apariencia y su autoconcepto, o puede encontrarse también experimentando temores ocultos de una enfermedad grave, sida o cáncer, sin querer confirmar el diagnóstico.

- 4) **Evaluación de los recursos de la persona.** Es importante evaluar las fuerzas y los recursos de la persona, el primer indicio puede provenir de su actitud ante el terapeuta; si la relación se establece y la persona es capaz de responder a la intervención, es muy probable que la situación sea resuelta, sin necesidad de recurrir a otros medios.
- 5) **Movilización de recursos, y tratamiento de la situación suicida.** Los casos de mayor potencial suicida requerirán más trabajo por parte del terapeuta. Cuando la situación se encuentra fuera de control, tal vez sea necesario hospitalizar a la persona; la experiencia demuestra que sólo un 10 % requiere esta medida. La mayoría de los casos se resuelve por medio de los procedimientos ordinarios del servicio de crisis, o por la canalización hacia la fuente indicada.

Slaikeu (1988) también sugiere medidas de acción en un caso de conductas suicidas, y menciona que si la mortalidad es baja, entonces el enfoque del ayudante es el de asistir para platicar sobre el problema, ofreciendo apoyo emocional y sugerir ayuda externa adicional.

El enfoque es extraer los sentimientos ambivalentes de la persona en crisis y explorar alternativas para necesidades inmediatas y posteriores. Es importante establecer un convenio para especificar que la persona contactará con el terapeuta, ya que puede haber un cambio en la situación, como que aumente la depresión y la desesperanza y conduzcan a pensamientos suicidas más específicos.

Puede convenirse que el paciente no cometa el suicidio en los próximos días, que se libre de los medios mortales por el momento (pastillas, armas), no permanecer sólo, y/o la promesa de llamar al terapeuta si las cosas empeoran. El propósito es ganar tiempo, posponer decisiones irrevocables y finales y tomar cualquier paso que sea necesario para dispersar las crisis de los pacientes que atentan contra la vida humana.

El acuerdo puede facilitarse al ocasionar los sentimientos de ambivalencia, por ejemplo: *"quiero morir, pero amo a mis hijos y no quiero herirlos"*, en este caso el terapeuta debe apoyarse en firme sobre el amor a los hijos y el deseo de no herirlos. El objetivo es el asegurarse de la cooperación del paciente de no cometer suicidio en el tiempo convenido.

Si la persona no puede o no hará estas promesas, entonces es necesario informarle a la familia, lo peligroso de la situación, en la mayor parte de los casos, esto puede hacerse con el permiso del individuo; si no es posible la observación protectora en el medio natural, se puede necesitar la hospitalización voluntaria. Mucha gente suicida esta dispuesta a aceptar con calma *"un momento lejos de todo esto"* para descansar, recuperarse y no tener que enfrentar todo.

En casos extremos, cuando el riesgo de suicidio es muy elevado, es necesaria la hospitalización, aunque sea realizada de manera involuntaria.

El siguiente autor Sullivan Everstine (1992) recomienda que cuando una persona informe espontáneamente de pensamientos o fantasías suicidas, es correcto tomarla en serio. Una amenaza o intento de suicidio durante la terapia es parte vital del proceso terapéutico y la terapia rara vez podrá avanzar en tanto no se confronte y resuelva esta parte (p. 271-274).

Cuando una fantasía parece en un contexto terapéutico, su efecto en la relación terapeuta-cliente es de incalculable importancia, es importante que el clínico no se convierta en sustituto de la original víctima prospecto del suicida, recomienda:

Intente no ser lanzado a la posición de víctima prospecto, aquel a quien se elige castigar con la muerte suicida; esto implicará hacer preguntas, mostrar interés y tomar en serio las fantasías; también requerirá cierta distancia y separación, así como aceptación, sin mostrarse acusador ni enjuiciador.

Es vital identificar cuál de las relaciones del cliente ocupa el centro de la fantasía suicida, y la tarea del terapeuta es encontrar a la persona determinada.

Es necesario hacer hablar a la persona hasta que revele lo suficiente de la fantasía suicida, recomienda:

Busque entre las relaciones del cliente, pasadas y presentes, hasta tener claro a quién se ha elegido para compartir la responsabilidad de muerte de quien amenaza.

Cuando se haya identificado a la posible víctima, el siguiente curso de acción será concentrar toda atención de la terapia en esta relación patológica e intentar desvanecer la ira, puede hacerse en el contexto de terapia individual, o puede ser útil implicar en la terapia a la más probable víctima-prospecto.

La siguiente recomendación es :

Trate la relación patológica, que puede ser una existente o una que se haya dejado sin resolver en el pasado, implique a la posible víctima tan directamente como sea posible en la intervención.

Dos procesos patológicos que deben resolverse al trabajar con el cliente suicida son:

- 1 El odio sin forma y sin nombre dirigido hacia otra persona y sin deseos de desviarlo ni diluirlo.
- 2 La falta de medios de expresión siquiera de una pizca de la ira hacia ese objeto.

Cuidese de un esfuerzo por parte de quien ha amenazado con suicidarse, por retractarse de esta amenaza o por negar haberla hecho, especialmente después de que la terapia ha empezado a sondear sus implicaciones.

La persona que ha cometido un serio intento de suicidio está en un riesgo considerable de hacer otro potencialmente más "exitoso" en el futuro.

A través de estos enfoques podemos pensar en el tratamiento adecuado de las conductas suicidas, posiblemente hacer una combinación, o una adaptación al individuo dependiendo las manifestaciones de su personalidad y del conflicto específico.

Definitivamente la Psicoterapia Breve llevada a cabo a través del teléfono tiene algunas diferencias a la desarrollada persona a persona. En la primera al no tener la presencia física del individuo, el terapeuta pierde parte de la información, ya que no puede observar su apariencia, como camina, sus expresiones faciales, en pocas palabras su lenguaje corporal, que en ocasiones dice más que las mismas palabras, por lo que tiene que ser extremadamente cuidadoso en otros aspectos como son: el tono de voz, el remarcar algunas expresiones, los silencios, el volumen que utiliza, por ejemplo la mayoría de los usuarios de SIPTEL que llaman por depresión, hablan con un

volumen de voz muy bajo, tanto que en ocasiones se les tiene que pedir que lo suban para poder entender correctamente lo que dicen.

Ahora, para aplicar la psicoterapia breve a través del teléfono en una situación de suicidio, son indispensables varios requisitos: el tener toda la atención en la llamada y poner una barrera con el exterior, el estar concentrado en ese momento; ya que para la persona que está al otro lado de la línea, es un episodio muy doloroso, lleno de emociones intensas y determinante para decidir su permanencia o no en la tierra. El terapeuta debe pensar rápidamente, tanto para conducir la entrevista, como para hacer las interpretaciones adecuadas en el momento preciso.

En cuanto se detecte que el paciente muestra conductas suicidas, es importante que no se corte la comunicación, **mantenerlo en la línea**, preguntándole, promoviendo la descarga de sus emociones, así como investigando si han existido intentos previos, que tipo de métodos ha utilizado, o si lo realizó antes de llamar; en caso de que ya halla consumido algo, pastillas, veneno, etc., hay que conseguir la dirección y pedir el apoyo de una ambulancia que se dirija inmediatamente al domicilio del individuo, también indagar si hay familiares, o alguien que se pueda hacer responsable, mientras tanto se tiene que permanecer atendiéndolo, dejar que verbalice la agresión para propiciar una descarga parcial, el terapeuta debe fungir como **contenedor** de toda la rabia, debe ser el objeto agredido, ya que ese sentimiento, principalmente, es el que está orillando al individuo al suicidio, se debe hacer hincapié en la salida de la agresión que es uno de los impulsos esenciales del momento, también el psicoterapeuta debe estar muy pendiente en darle **juicio de realidad**, ya que todo acto suicida carece de éste, y es una forma de ubicar al paciente, se deben **buscar opciones** de solución a su conflicto y hablar de la idea de que **existe un mañana**, que el sujeto lo sepa y lo trate de pensar en ese instante, hay que tener una actitud muy humanista; ya que ha descargado una buena parte de sus emociones, hablar del potencial que como ser humano posee, **de su parte que desea vivir** y que es por eso que ha llamado, el terapeuta debe adherirse a esa parte de vida, a la parte que tiene ganas de luchar y de superar la crisis.

Es por eso muy importante que el terapeuta mantenga una postura positiva, que hable abiertamente del suicidio y que enfrente la idea de muerte, ya que al no hacerlo sólo transmitirá su propio miedo al usuario incrementando las fantasías del mismo.

La psicoterapia breve aplicada a través del teléfono es de gran utilidad, ya menciona Gaitán (1993) **"se sabe, por experiencia en la labor terapéutica privada, que es posible realizar una sesión de psicoterapia por teléfono con el mismo éxito que en persona cuando se trata de un tratamiento estándar"** (p. 32).

Desafortunadamente hay poco escrito acerca de la intervención en suicidio a través del teléfono, y sobre todo en nuestro país; el autor que más aporta es Bellak, pero me parece que hace falta mayor conocimiento acerca del tema debido a que es, valga la expresión, de "vital importancia" ya que si la gente sigue muriendo de éste modo, a pesar de las investigaciones, estudios realizados y aportaciones que estas

hagan, algo indica que aún queda mucho por descubrir, posiblemente nos encontremos apenas en la punta del gran iceberg.

Algunos autores, han propuesto intervenciones paso a paso para el manejo del suicidio a través del teléfono, ya que se ha comprobado su eficacia a lo largo de algunas décadas con los diversos sistemas de ayuda telefónica para el suicida; pero cabe mencionar que en el momento preciso de la atención al suicida, no todo es como en la teoría, en ocasiones no se puede manejar el caso paso por paso, es decir la cuestión práctica tiene sus variaciones y a veces es necesario que el terapeuta no se limite al esquema de trabajo en riesgo suicida, que sea flexible y que utilice todas las herramientas que están a su mano aunque se salga de dicho esquema, teniendo como único objetivo el ayudar al paciente a que predomine su parte de vida y permanezca vivo.

El trabajo realizado en SAPTEL ha permitido apreciar la dinámica de los sujetos con tendencias suicidas y definitivamente deja ver de manera muy clara la fusión de sentimientos y emociones que desencadena la deseada muerte del sí mismo, apoyando ésto rotomo las palabras del poeta mexicano Elías Nandino, citado por Pérez (1990 p.152) que nos dice en una de sus décimas a la muerte:

**"Quiera o no, debo pensarte,
muerte, mi muerte que avanzas
unida a mis esperanzas
de no querer encontrarte".**

¿QUE ES SAPTEL?

Variados han sido los sistemas de consejería telefónica en diversas partes del mundo, pero en lo que corresponde a México se cuentan pocos; SAPTEL es uno de los antecedentes significativos al respecto.

El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, anteriormente llamado SAPT, surge a raíz de los sismos de 1985, Bustos (1989), es propuesto ante la emergencia de la situación que se vivió en la Ciudad de México.

Los desastres son en muchos casos detonadores de conflictos, es decir lo inesperado de la situación puede desencadenar alteraciones físicas, psicológicas, psicosomáticas, sociales, etc.; por lo tanto es necesario implementar un servicio de apoyo psicológico que sea de fácil acceso a la población, gratuito, y que se encuentre disponible a cualquier hora, es así como surge SAPT.

El SAPT inició el día 23 de Septiembre dentro de la facultad de Psicología de la UNAM, de manera previa se reclutaron voluntarios para realizar dos tipos de funciones unos como recepcionistas, quienes recibían las llamadas y las canalizaban a profesionales de la salud mental con experiencia clínica, y otros como terapeutas los cuales atendían las llamadas, estos fueron 34, se contaba con 5 teléfonos directos, que fueron difundidos a los habitantes de la ciudad, a través de televisión, radio y prensa, dichas líneas funcionaron las 24 horas del día, y fueron disminuyendo en dependencia a la demanda. Las llamadas se canalizaban durante el día a consultorios, hospitales y clínicas, y durante la noche a teléfonos particulares de los terapeutas.

El SAPT se suspende en el mes de Diciembre del mismo año debido a la falta de recursos económicos, pero se mantiene la idea de reestructurar el servicio para brindar una ayuda más completa.

Posteriormente el 1° de Julio de 1987 se reinstala el sistema; de forma previa se lleva a cabo la capacitación de 23 terapeutas, y la elaboración de una Cédula de Registro para facilitar la obtención de los datos necesarios en cada llamada; en esta segunda fase el SAPT cuenta con un horario fijo, con un curso de capacitación continua, y supervisión de casos, pero se suspende en 1989.

La tercera fase del sistema, ahora llamado SAPTEL, inicia el 12 de Octubre de 1992, esta planeado para funcionar de manera permanente, es decir 24 horas al día, los 365 días del año, para ello se capacitan desde Agosto 42 terapeutas. Actualmente se encuentra operando la 5a generación de terapeutas, cada 3 ó 4 meses se reinicia la capacitación para un nuevo grupo de estos, que son invitados a participar al sistema a través de una convocatoria abierta a diferentes universidades del área metropolitana, los cuales deben tener mínimamente el grado de pasantes en la carrera de psicología.

El proyecto corre a cargo de la Federación Mundial de la Salud Mental y de Cruz Roja Mexicana, brindando esta última las instalaciones; se cuenta con tres cubículos

de línea abierta al público y una línea interna, las cuales son dadas a conocer a los habitantes de la zona metropolitana a través de programas de radio y televisión y entrevistas en prensa. (Ver Anexo 1)

La atención terapéutica se basa en la utilización de la Intervención en Crisis y la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencias, entre otras; se cuenta con la capacitación continua y con supervisión de casos para cada terapeuta, apoyándose en 20 supervisores de diversas corrientes, al igual que la formación de los terapeutas, para darle diversidad a la atención que se brinda a los usuarios. Estas supervisiones se realizan en pequeños grupos, (de cuatro a ocho alumnos máximo) y se llevan a cabo en los consultorios particulares de los supervisores.

Debido a que el servicio reiniciaba, era necesario determinar los objetivos de SAPTEL: ¿a donde queremos llegar?, por lo que se realizó entre todo el grupo de terapeutas la redacción de la "misión Saptel" quedando de la siguiente manera: Richard (1993)

"Es una organización no lucrativa que brinda un servicio alternativo de apoyo, orientación y canalización psicológico, vía telefónica a toda persona que lo solicite, siendo atendido por un equipo profesional de psicólogos que laboran las 24 horas del día los 365 días del año, con el fin de restablecer el equilibrio emocional y favorecer la integración del individuo a su entorno. SAPTEL es un esfuerzo de la Cruz Roja Mexicana y de la Federación Mundial de la Salud Mental a fin de mejorar la calidad de vida en nuestro país."

La atención que SAPTEL brinda es solamente vía telefónica, excepto en dos casos especiales, uno en situaciones de intento suicida y en el cual se solicita la presencia de un terapeuta en el lugar de los hechos, o bien cuando hay un paciente con crisis o emergencia psicológica dentro de la sala de Urgencias del mismo hospital de Cruz Roja, en donde la intervención de SAPTEL es solicitada por un médico de dicha unidad. En estas situaciones excepcionales se proporciona el apoyo bajo la autorización de alguno de los directivos de SAPTEL.

El sistema necesitó organizarse de manera interna, para lo cual se formaron comités con los terapeutas voluntarios de la 1a y 2a generación para que se encargaran de apoyar en la parte operativa del sistema.

A través de éste mecanismo se relegan responsabilidades que en un primer momento estaban a cargo del equipo directivo, sobre todo de la dirección operativa, dirigiéndola acertadamente por la Doctora Ana María Zellhuber.

Al ver que SAPTEL crecía, tanto en cantidad de terapeutas como en trabajo, por ejemplo: la organización de seminarios, de la capacitación, de pláticas, de entrevistas a los interesados en participar del sistema, difusión y otras funciones, fue necesario desplazar los asuntos particulares a cada área específica, es así que surgen diversas

coordinaciones, algunas de ellas con ayuda de comités, pequeños grupos de apoyo para la misma coordinación.

La coordinación de relaciones externas, encargada de contactar con instituciones que apoyen el trabajo de SAPTEL, tanto para canalizar pacientes como para impartir seminarios, o algún otro apoyo al sistema.

La coordinación de relaciones internas, que se encarga de estar al pendiente de las relaciones con la Federación de la Salud Mental y con Cruz Roja, ya que SAPTEL es parte de ambos.

La coordinación de difusión, encargada de dar a conocer el servicio a diversas poblaciones, ya sea en medios de comunicación, en reclusorios, o bien, en universidades para la captación de terapeutas, apoyada por el *comité de difusión*.

La coordinación operativa, quienes se ocupan del manejo de la asistencia y puntualidad, supervisan que todo el horario esté cubierto, cada día esta organizado en 5 turnos el 01 comienza a las 7:00 a.m. para concluir a las 11:00 a.m., y así cada uno de cuatro horas, a excepción del 05 que se trabaja en 8 horas de las 23:00 a las 7:00 horas.

También coordinan a los terapeutas que realizan su servicio social y lo que respecta a los trámites correspondientes; así como las constancias de terminación del voluntariado, que debe cubrirse con un período *mínimo de seis meses*; tienen a su cargo otros comités como son el de *asistencia, estadística, papelería y directorio*.

La coordinación académica, ésta se encarga de la planeación de los seminarios de capacitación de cada viernes, que se lleva a cabo de las 16:00 a las 20:00 horas en el hospital de Cruz Roja, dicho seminario se divide en dos partes, la primera es una capacitación continua a los terapeutas y en la segunda parte se realiza la supervisión de casos con la participación de un terapeuta y un supervisor de SAPTEL; tiene a su cargo el *comité de maestros y de auditorio*.

La coordinación científica se ocupa de todo lo relacionado con investigación respecto al sistema.

Una última **coordinación, la de calidad**, supervisa las labores desempeñadas por todas las coordinaciones, y a los terapeutas de forma particular. Cada coordinación cuenta con el apoyo de un directivo de SAPTEL.

Cabe señalar también la participación de otros comités, aunque sin pertenecer a ninguna coordinación, con un trabajo importante, ellos son: *comité de archivo, comité de periódico mural y comité de limpieza*.

Se ha nombrado también a un coordinador por cada guardia, ocupado de hacer un reporte de la misma, en cuanto al número de llamadas y manejo de estas, dentro de sus funciones también se cuentan: la repartición del trabajo equitativamente entre

todos los terapeutas, la atención de casos especiales, o salidas, si se presentan, observar la puntualidad del resto de los terapeutas de la guardia, apoyar a los terapeutas de nuevo ingreso e informarles en cuanto al desarrollo del sistema, entre otras cosas.

Cuando se recibe una llamada es atendida por uno de los terapeutas del turno, regularmente hay entre 4 y 6; y tiene que determinar de que tipo es la llamada; hay tres tipos de llamadas:
Gaitán (1993).

a) Información

Si el usuario formula una pregunta específica y deja claro el motivo de su necesidad, se da respuesta a la pregunta. Por ejemplo:

"Buenas tardes, señorita ¿me proporciona por favor el teléfono de una clínica psiquiátrica infantil?, mi doctor me dijo que eso era lo adecuado y que en Cruz Roja me informarían"

b) Canalización

Cuando el usuario requiere datos con respecto a alguna institución a la cual acudir por ayuda psicológica, pero sin tener una noción concreta de lo que busca. En este caso se deben investigar tanto la razón del deseo de iniciar consulta como el tipo de aproximación deseado o imaginado por el usuario (en caso de haber alguno). A partir de este punto el terapeuta realiza una evaluación rápida de la situación y decide el lugar que recomienda para que el sujeto reciba la atención que busca y precisa.

c) Consulta

Es necesario verificar si el usuario cuenta con psicoterapia externa, o si ya había llamado antes a SAPTEL, en el primer caso se debe desalentar la consulta ya que SAPTEL está programado para ser un servicio de apoyo psicológico principalmente dirigido a aquellas personas que no tengan acceso a servicios similares, y en el segundo, al no ser la primera vez que llama, se trata de una llamada consecutiva, se le pregunta el nombre o apelativo que dio la primera vez y se localiza su expediente, se le informan los horarios del terapeuta de primer contacto, en caso de que no lo sepa y se recomienda que lo busque.

En caso de que responda con una negativa a las dos preguntas iniciales, se inicia la primer llamada de consulta, pidiéndole que diga el por qué de su llamada. Para concluir la llamada, si el terapeuta decide que requiere seguimiento, da al usuario su horario de guardias y su nombre, para establecer así un lazo e internarse en la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencias.

En ésta ciudad que crece en forma desmedida, se observan a diario indicadores de la necesidad de servicios psicológicos, como son el stress con el que vivimos, la

rutina, la anomia, la inseguridad social, la desintegración familiar, en fin una serie de factores que promueven el desequilibrio en el hombre, y causan desajustes psíquicos, para ello es necesario que toda la gente tenga acceso a servicios de apoyo, y en este caso SAPTEL es oportuno, ya que es gratuito, funciona todo el día, y con sólo hacer una llamada se logra la atención, es así que demuestra sus beneficios.

En México el estilo moderno de vida urbana, se caracteriza por constante stress y frustración, originando en la población estados emocionales disfuncionales. El Distrito Federal, por sus características sociales, económicas, demográficas, ecológicas, etc., parece ser un candidato ideal para provocar la aparición y desarrollo de padecimientos de tipo emocional. Si estos son atendidos en forma adecuada y con prontitud, se previenen o evitan problemas mayores.

El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, ha brindado ayuda inmediata, como lo indica la Psicoterapia Breve a través del teléfono, al dar apoyo, al reducir en variados casos la posibilidad de suicidio, al vincular al paciente con la ayuda pertinente, y también resolviendo la crisis y/o emergencia a través de la implementación de diversas técnicas psicoterapéuticas; cabe mencionar que se atienden diferentes problemáticas de carácter psicológico, gracias a la capacitación que el sistema ha ofrecido a cada terapeuta, lo cual también es benéfico para las gentes que solicitan la atención ya que sus demandas son diversas.

En SAPTEL he tenido una gran oportunidad, la de dar algo de mí, de ser escucha para quién necesita ser oído, de "estar" en momentos de gran soledad para el otro; han sido enojos, risa, llanto, alegría, miedo, bendiciones, confusión, en fin toda una revolución de emociones que me ha permitido crecer en diferentes direcciones, pero lo que siempre agradeceré es haber sido parte de SAPTEL y a pesar de las ideas encontradas, de la divergencia de opiniones hay gente que sigue esforzándose por promover la calidad humana, finalmente lo que más importa en ésta vida es el mismo hombre.

METODO

La muerte es difícil de comprender y de aceptar para quién la vive de acerca, cuando se pierde un padre, un hijo, inesperadamente la vida cambia, pero cuando se vive la muerte de alguien que así lo determinó y se quitó la vida con su propia mano es doblemente penoso.

Aproximadamente el 70% de las llamadas atendidas en SAPTEL demuestran que el usuario tiene conductas suicidas, ya sea solamente la ideación, la planeación del acto, o bien, la realización del intento. Y ya que las estadísticas de muerte por suicidio en el país aumentan día con día, surge la idea de realizar éste estudio para explorar algunas características del paciente suicida usuario de SAPTEL, debido a que se considera de primordial importancia el introducirse en ese terreno para conocer más acerca del suicidio y realizar alguna aportación.

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes que piden ayuda psicológica por teléfono?

¿Cuáles son los síntomas de los pacientes?

¿Cuáles son los sucesos de vida recientes de estas personas?

¿A qué conducta recurren más los suicidas (ideación, planeación y/o intento)?

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio exploratorio, debido a que no hay precedentes en la población, *expost-facto*, de un sólo grupo y descriptivo.

DEFINICION DE TERMINOS

Para una mejor comprensión del estudio, se definirán los términos explorados.

Ya que se tomó en cuenta el motivo de consulta del usuario, al realizar la llamada a SAPTEL, se presentan a continuación las posibilidades para el registro de cada uno de los motivos. Gaitán (1993):

CLAVE	MOTIVO DE CONSULTA
1	Relaciones interpersonales

- 1.1 Problemas resultado de la interacción con familiares
 - 1.2 Problemas resultado de la relación de pareja
 - 1.3 Problemas relacionados con separación y divorcio
 - 1.4 Problemas por enfermedad física y/o mental grave de algún familiar
 - 1.5 Deficiencia en el repertorio de interacción social
 - 1.6 Otro. Especificar
- 2 Problemas relacionados con el control y manejo de la sexualidad y/o de la agresión**
- 2.1 Problemas asociados con la fertilidad, incluyendo aborto
 - 2.2 Miedo al contagio y/o presencia de enfermedades sexualmente transmisibles, incluyendo sida
 - 2.3 Disfunciones psicosexuales (impotencia, vaginismo, etc.)
 - 2.4 Neosexualidades (fetichismo, bisexualidad, paidofilia, etc.)
 - 2.5 Problemas asociados con el incesto, incluyendo intentos de violación intrafamiliar
 - 2.6 Violación o intentos de violación por extraños
- 3 Sintomatología frecuentemente asociada a la depresión**
- 3.1 Problemas asociados con el ciclo del dormir
 - 3.2 Trastornos en la alimentación
 - 3.3 Sentimientos de soledad
 - 3.4 Sentimiento de abandono
 - 3.5 Otro(s). Especificar
- 4 Adicciones**
- 4.1 Problemas asociados al consumo de alcohol
 - 4.2 Problemas asociados al consumo de tabaco
 - 4.3 Problemas asociados al consumo de medicamentos
 - 4.4 Problemas asociados a otras adicciones. Especificar
- 5 Problemas fuertemente relacionados con la ansiedad**
- 5.1 Temores específicos, incluyendo fobias y cuasi-fobias
 - 5.2 Problemas asociados a pensamientos y/o acciones de tipo obsesivo-compulsivo
 - 5.3 Problemas relacionados con el funcionamiento del organismo y/o con enfermedades físicas
 - 5.4 Otro. Especificar
- 6 Suicidio**
- 6.1 Suicidio en proceso
 - 6.2 Amenaza suicida
 - 6.3 Planeación suicida
 - 6.4 Intención suicida
 - 6.5 Ideación suicida
- 7 Problemas económicos, laborales y/o legales**
- 8 Problemas escolares**
- 9 Síntomas y/o sospechas de psicosis**
- 10 Otro. Especificar**

En seguida una breve descripción, en base al Manual de Procedimientos de SAPTEL, de los síntomas mencionados por los pacientes que manifestaron algún tipo de conducta suicida. Gaitán (1993).

***DEPRESION** Falta de ánimo o de alegría. Se valorarán estados de tristeza, considerando su existencia si el paciente muestra tono afectivo disminuido que puede ir desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia, hasta la desesperación extrema. Se acompaña de pesimismo, infelicidad, desprecio de sí mismo, falta de ánimo y desesperanza. Puede incluir sentimientos de culpa y vergüenza. También puede haber sentimientos de desamparo.

***ANSIEDAD** Sensación de peligro cuya fuente es totalmente indeterminada. Estado de alerta que invade al sujeto, suele estar acompañada de una serie de trastornos neurovegetativos. Incluye el cortejo físico de la ansiedad y la ansiedad psicológica.

***IRRITABILIDAD** Se toma en cuenta la explosividad y la impaciencia, se incluye la hipersensibilidad, o sea, cuando siente coraje o resentimiento pero es capaz de controlarlos.

***ALTERACIONES EN EL DORMIR** Se valorarán las horas de sueño perdido, independientemente de que se hayan tomado o no hipnóticos o de que el insomnio sea de tipo temprano, tardío o intermitente. También se valorarán exceso de sueño, cansancio al despertar, pesadillas atemorizantes y dormir inquieto.

***FATIGA** Incluye cansancio, fatiga, abulia y falta de energía física o mental, no debidas por completo a causa orgánica. También se refiere a la sensación subjetiva y objetiva de disminución del rendimiento.

***DISMINUCION EN LA CONCENTRACION** Falta o disminución de la concentración en las actividades cotidianas, el trabajo, la lectura y/o en conversaciones.

***AMBIVALENCIA** Estados emocionales contradictorios hacia un mismo objeto.

***BAJA AUTOESTIMA** Cuando los sentimientos de valor respecto a sí mismo, son devaluados. Whittaker (1985).

***SOLEDAZ** Falta de compañía, sea real o no, pesar, melancolía que se siente por la ausencia o pérdida de alguna persona u cosa.

***PANICO** Estado de ansiedad intensa que produce una desorganización de las funciones del yo. Confusión, sentimiento de impotencia y sensación de desorganización así como aniquilamiento aún cuando no exista peligro real externo o antes de que éste se presente.

***IMPULSIVIDAD** Cuando el control sobre los impulsos es pobre, caracteriza a la acción inmediata, sin reflexión.

***AISLAMIENTO AFECTIVO** El sujeto es capaz de reconocer intelectualmente que existe en él determinado sentimiento, sin embargo es incapaz de sentirlo realmente, ya que lo que reprime es la capacidad de sentir los afectos.

***FOBIA** Denota miedos infundados, excesivos y persistentes hacia objetos y situaciones en particular.

***ANOREXIA** Asco hacia la comida o falta de apetito, existe un impulso de lograr delgadez, a menudo asociado a una aversión hacia la gordura. Noyes (1977).

***SENTIMIENTO DE CULPA** Darse cuenta de que se han violado principios éticos, morales o religiosos, junto con un sentimiento de pesar por la disminución de méritos por esa causa. English (1977).

En el presente estudio se contemplaron como conductas suicidas la **ideación**, es decir solamente el deseo de morir, la **planeación**, en la cual el sujeto no sólo desea morir sino también crea una estrategia para hacerlo, puede determinar cuándo, dónde y por medio de qué método lo logrará, y finalmente el **intento suicida** que consiste, como su nombre lo dice, en intentar, es decir llevar a cabo la planeación de la autodestrucción pero sin consumir el hecho.

SUJETOS

La investigación, de tipo retrospectivo, se realizó con la población de los pacientes usuarios de SAPTEL que presentaron alguna conducta suicida como son específicamente: ideación, planeación y/o intento suicida, que llamaron dentro del período del 01 de agosto de 1993 al 01 de febrero de 1994, los pacientes registrados fueron 120.

ESCENARIO

El estudio se llevó a cabo en las instalaciones de SAPTEL, ubicadas en la planta baja del edificio de las oficinas de Cruz Roja Mexicana, que se encuentra en la calle de Juan Luis Vives # 200, colonia Polanco. Estas instalaciones son otorgadas por la misma Cruz Roja, y debido a que fueron levantadas en menos de una semana sólo se cuenta con cuatro cubículos, y tres líneas de atención al público. Cada extensión esta aislada de las otras, es decir cada cubículo esta dividido por un cancel con un vidrio en la parte superior y a todo lo ancho del mismo cubículo, permitiendo un poco de privacidad, condición necesaria para atender el telefonema; aparte se cuenta con una línea interna del SAPTEL en ella se pueden hacer las llamadas para contactar de forma rápida a los supervisores o a los directivos en caso de una emergencia.

INSTRUMENTOS

Se utilizó la Cédula de Registro, realizada específicamente para el control de datos del usuario de SAPTEL, elaborada por el Psicoanalista Andrés Galtán en 1993. (ver Anexo 2)

La Cédula revisa, a través de una serie de reactivos y opciones a estos, los aspectos que clasifican las características psíquicas del sujeto en cuestión; el usuario; es un instrumento precodificado para organizar, analizar y seleccionar, dependiendo de las necesidades del dispositivo de investigación de los interesados, el material generado por la diada terapeuta - paciente.

La Cédula contiene los siguientes rubros:

- 1 Datos del Usuario*
- 2 Ficha de Identificación*
- 3 Motivo de Consulta*
- 4 Examen Mental*
- 5 Sintomatología Específica*
- 6 Diagnóstico*
- 7 Datos del Terapeuta*
- 8 Comentarios*

Se tomaron datos de la ficha de identificación, parte del examen mental y de la sintomatología específica (sólo aquellas áreas que podían arrojar datos acerca de la dinámica suicida, por ejemplo contenido afectivo, alteraciones en el dormir, ánimo depresivo y otras), también se utilizó el reporte del caso obtenido de la entrevista realizada por el terapeuta al paciente, a través del teléfono, es una entrevista abierta, en la cual su conducción está determinada por el motivo de consulta específico y los rasgos personales del paciente.

A cada usuario de SAPTEL, se le realiza dicha entrevista, en la que se habla de su problemática, se anota el motivo de consulta expresado por el sujeto, información general de la conflictiva, posible origen; en ocasiones, evolución y consecuencias de la misma, un poco de historia familiar, situación actual y dinámica de la personalidad. Se registra el momento en el que fue atendido el paciente, fecha, duración de la llamada, y terapeuta que intervino.

PROCEDIMIENTO

Se revisaron todos los expedientes comprendidos entre el período del 01 de agosto de 1993 al 01 de febrero de 1994; de éstos se seleccionaron a todos aquellos pacientes que presentaban alguna conducta suicida, ya sea ideación, planeación y/o intento, ya que se realizó esta selección se exploraron diversos aspectos, datos obviamente contenidos en el expediente, conformado por una cédula de registro y una entrevista abierta.

Ya obtenidos los datos, se registraron sus frecuencias y porcentajes, se dividió por sexo y de las variables más frecuentes se obtuvo la Xi-cuadrada y el coeficiente de contingencia.

INDICADORES

Las características que se exploraron son las siguientes:

1) SOCIODEMOGRAFICAS

- | | |
|-----------------|----------------|
| a) sexo | d) escolaridad |
| b) estado civil | e) ocupación |
| c) edad | |

2) MOTIVO DE CONSULTA

Es el motivo de consulta manifiesto, que se refiere al porqué el paciente solicita el servicio.

3) SINTOMAS

Se sabe que en la conducta suicida existen síntomas, unos comunes y otros no tanto, para identificar los más frecuentes en los usuarios de SAPTEL se utilizó una parte de la Cédula, la cual cuenta con diversos apartados en donde se examinan partes específicas del paciente, en seguida se enumeran esos apartados:

- 1) Contenido afectivo (tristeza, ansiedad, ambivalencia y otros)
- 2) Atención y concentración
- 3) Alteraciones en el dormir
- 4) Irritabilidad
- 5) Animo depresivo
- 6) Ansiedad

4) SUCESOS DE VIDA RECIENTES

Se retomaron a través de la entrevista abierta realizada al usuario, se identificaron los sucesos relacionados con la dinámica del suicidio, como pueden ser las pérdidas, los fracasos, y otros.

5) CONDUCTAS SUICIDAS

Se tomaron en cuenta todos aquellos sujetos que manifestaban algún tipo de conducta suicida, como son: ideación, planeación, y/o intento,

6) METODO

Se contabilizó el método planeado o utilizado por cada sujeto, ya que es característica importante dentro de las conductas suicidas.

ANALISIS DE DATOS

Se obtuvieron la frecuencia y el porcentaje de las características mencionadas en cada caso atendido, y haciendo uso de los métodos estadísticos no paramétricos χ^2 cuadrada y Coeficiente de Contingencia, se obtuvieron las diferencias entre sexos y la relación entre las variables más frecuentes.

Por lo tanto se realizó primero un análisis descriptivo y posteriormente un análisis inferencial.

RESULTADOS

ANALISIS DESCRIPTIVO

En el presente estudio, se revisó una población de 120 sujetos usuarios de SAPTEL como se menciona anteriormente; se considera necesario utilizar los siguientes criterios de inclusión para dicho grupo:

* Llamada registrada entre el período del 01 de agosto de 1993 y el 01 de febrero de 1994.

* Paciente con manifestación de algún tipo de conducta suicida, ya sea en su etapa de ideación, planeación y/o intento.

De cada sujeto se consideraron diez características, a saber: sexo, estado civil, edad, escolaridad, ocupación, motivo de consulta, métodos utilizados o planeados, síntomas, sucesos recientes y conducta suicida específica que reportó el usuario (Ideación, planeación y/o intento). A continuación se describen y los resultados obtenidos en cada característica de forma específica.

SEXO

Al diferenciar a los hombres de las mujeres, se concluye que estas últimas representan la mayoría de la población con 77 registradas, 64% del total a diferencia de los varones con un 36 %, es decir 43 sujetos.

ESTADO CIVIL

Respecto al estado civil, se realizó un conteo dentro de seis categorías, de las cuales se obtuvo su frecuencia y porcentaje ordenándose de la siguiente manera:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTEROS	56	46.6 %
CASADOS	43	35.8 %
SEPARADOS	7	5.8 %
VIUDOS	6	5.0 %
DIVORCIADOS	5	4.1 %
UNION LIBRE	1	0.8 %
NO CLASIFICADOS	2	1.6 %

EDAD

Las edades de los individuos fluctuaron entre los 15 años el menor y 70 el mayor, lo cual arroja un promedio de 33 años.

Respecto al dato de mayor frecuencia en las edades, se pueden mencionar los 25 y 32 años con una frecuencia de 8 veces y con 7 los que tenían 22 y 30 años.

Enseguida se presenta la tabla de frecuencias en las edades de los sujetos:

tabla 2

AÑOS	FRECUENCIA	AÑOS	FRECUENCIA
15	1	38	2
16	1	40	3
17	2	41	2
18	2	42	4
19	3	43	4
20	5	45	2
21	2	46	3
22	7	47	1
23	4	48	1
24	3	49	2
25	8	50	2
26	1	51	1
27	6	56	1
28	3	57	2
29	5	58	1
30	7	59	1
31	2	62	1
32	8	63	1
33	4	66	2
34	3	70	1
35	3		
36	1		
37	2		

ESCOLARIDAD

El 17.5% de los sujetos de la muestra tienen un nivel de escolaridad de preparatoria terminada, equivalente a 21 sujetos de la población, otros 17 individuos, o sea el 14.1%, se encuentran estudiando alguna licenciatura, es decir a nivel profesional aunque sin concluir y el 10% ya han terminado sus estudios profesionales.

Referente al grado de escolaridad se obtuvieron los siguientes porcentajes:

tabla 3

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
analfabeta:	1	0.8%
primaria incompleta:	3	2.5%
primaria completa	6	5.0%
secundaria incompleta:	2	1.6%
secundaria completa:	4	3.3%
preparatoria incompleta:	5	4.1%
preparatoria completa:	21	17.5%
licenciatura incompleta:	17	14.1%
licenciatura completa:	12	10.0%
estudios de posgrado incomp.:	1	0.8%
estudios de posgrado completos:	4	3.3%
no clasificados:	44	36.6%

OCUPACION

En este rubro se registró la actividad laboral o principal, a la que se dedica el usuario de SAPTEL incluido en la población del estudio.

Las amas de casa (28) dedicadas solamente al hogar obtuvieron el 23.3% del registro, fueron las más frecuentes en presentar alguna conducta de tipo suicida.

Los individuos que laboran como burócratas o empleados de empresas privadas alcanzaron el 11.6% de la población, perteneciente a 14 sujetos, porcentaje que también fue detectado para los que trabajan como profesionistas.

La población obtuvo estos porcentajes respecto a su actividad:

tabla 4

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
amas de casa	28	23.3 %
burócratas o empleados	14	11.6 %
profesionistas	14	11.6 %
estudiante:	11	9.1 %
desempleado:	9	7.5 %
oficio:	8	6.6 %
comerciante:	7	5.8 %
vendedor o empleo independiente:	4	3.3 %
otro:	4	3.3 %
subempleado:	3	2.5 %
técnico especialista:	3	2.5 %
asistente de oficio:	2	1.6 %
empresario:	2	1.6 %
no clasificados:	11	9.1 %

MOTIVO DE CONSULTA

En el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono se investiga y clasifica el motivo de consulta manifiesto, que se refiere al porqué el paciente solicita dicho servicio, siempre debe quedar registrado el o los motivos que verbaliza el solicitante tal como él lo (s) mencione, sin cambiar nada.

La mayoría de la gente que llama a SAPTEL lo hace por problemas en la relación de pareja y en este caso la población que presentó conductas suicidas no fue la excepción, mencionando el 31.6% de los sujetos dicho problema como motivo de consulta, éstos fueron 38.

25 de los individuos de la población, es decir el 20.8% de los sujetos manifestaron tener problemas en sus relaciones familiares.

El siguiente motivo de consulta de mayor frecuencia, contando con 23 sujetos, fue el tener sentimientos de soledad con un 19.1%.

Los porcentajes referentes al motivo de consulta quedaron de la siguiente manera:

tabla 5

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
problemas de pareja:	38	31.6%
problemas de familia:	25	20.8%
sentimientos de soledad:	23	19.1%
pensamiento y/o acciones obs-comp:	6	5.0%
deseos suicidas:	6	5.0%
disfunciones sexuales:	5	4.1%
problemas con el ciclo del dormir:	3	2.5%
problemas con el funcionamiento del organ:	3	2.5%
deficiencia en repertorio de interac. soc:	2	1.6%
temores especificos (incluyendo fobias):	2	1.6%
problemas económicos:	2	1.6%
problemas escolares:	2	1.6%
violación:	1	0.8%
miedo a contagio de enfermedades sexuales:	1	0.8%
sospecha de psicosis:	1	0.8%

MÉTODOS

En este estudio como en muchos otros se encontró que el método más socorrido para lograr el suicidio fueron las pastillas, con un registro de 20%, del cual corresponde el 11.6% a las mujeres y el 8.3 % a los varones. Probablemente sea alto el porcentaje debido a que es un método que ofrece una *"oportuna salvación"* y ya que contemplamos conductas suicidas no consumadas éste sea el que más se adecúe.

El siguiente método con base en la frecuencia, fue el cortarse las venas que corresponde al 10% de la población, de estos 7.5% fueron mujeres y el 2.5% restante hombres.

Se considera importante observar las diferencias entre sexos, ya que existen divergencias marcadas sobre los métodos que usan los hombres y cuales las mujeres, ya que éstas últimas tienden más a utilizar aquellos que pueden proporcionar una "salvación", como son las pastillas, sin embargo los hombres prefieren los métodos más tajantes, por ejemplo; el ahorcarse o darse un tiro. Debido a lo anterior se incluye la diferencia de porcentaje respecto a los métodos utilizados por ambos grupos.

A continuación se presenta la tabla de los métodos empleados o planeados por los sujetos suicidas

tabla 6

	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
pastillas	11.6%	8.3%	20.0%
cortarse las venas	7.5%	2.5%	10.0%
arrojarse (ave., metro)	5.8%	1.6%	7.5%
darse un tiro	3.3%	2.5%	5.8%
cuchillo o tijeras	3.3%	0.8%	4.1%
veneno	3.3%	---	3.3%
golpearse	---	1.6%	1.6%
quemarse	0.8%	---	0.8%
colgarse	---	0.8%	0.8%
no comer	0.8%		0.8%

S I N T O M A S

Debido a que cada sujeto manifiesta diversos síntomas durante su comunicación con el terapeuta de SAPTEL, se han tomado en cuenta de dos hasta cinco por paciente.

El síntoma más frecuente fue la *depression*. La mayoría de los estudios sobre suicidio indican la alta frecuencia del síntoma.

Las frecuencias de los síntomas son las siguientes:

tabla 7

	FRECUENCIAS	HOMBRES	MUJERES
depresión.	110	37	73
ansiedad	52	18	34
irritabilidad	49	21	28
alteraciones en el dormir	41	16	25
fatiga	29	8	21
disminución en la concentración	25	8	17
ambivalencia	24	10	14
baja autoestima	19	4	15
soledad	7	1	6
aislamiento afectivo	7	3	4
pánico	5	4	1
fobia	4	1	3
impulsividad	2		2
anorexia	1		1
sentimiento de culpa	1		1

Todos los síntomas antes mencionados se han encontrado en mayor o menor cantidad en la mayoría de las investigaciones acerca del suicidio, de esta manera tenemos acceso a la descripción del mundo interno del sujeto suicida.

SUCESOS RECIENTES

Para registrar los sucesos recientes no se determinó una cantidad específica respecto al tiempo en el que hubieran ocurrido, se registraron aquellos que se encontraban relativamente cercanos a la llamada del usuario de SAPTEL y sólo se tomaron en cuenta los sucesos fuertes que pueden ser vividos en el interior del sujeto como desequilibrantes o con cierto riesgo de producir una carga excesiva de ansiedad.

En lo correspondiente a los sucesos que posiblemente desencadenaron la conducta suicida en los individuos de la población, la mayoría (59) tuvieron conflictos con su pareja reportando un 49.1%, el otro porcentaje significativo fue de 30%, o sea 36 sujetos y corresponde a las personas que tuvieron problemas con familiares, antes de manifestar la conducta suicida.

Los porcentajes acerca de los eventos recientemente vividos por el sujeto antes de la conducta suicida son los siguientes:

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
problemas de pareja	59	49.1%
problemas de familia	36	30.0%
enfermedad física	10	8.3%
problemas económicos	5	4.1%
violación	2	1.6%
problemas psiquiátricos	2	1.6%
maltrato de vecinos	2	1.6%
problemas laborales	2	1.6%
aborto	1	0.8%
problemas escolares	1	0.8%

CONDUCTA SUICIDA

En el estudio se tomaron en cuenta las conductas suicidas no consumadas, es decir sólo aquellas que atentaron contra la vida, pero sin llegar a la muerte, deseándolo o no el sujeto.

Los porcentajes al respecto se registraron así:

ideación	40.8%
planeación	18.3%
intento(s)	40.8%
uno	30.0%
varios	10.8%

De esta manera se han descrito los resultados obtenidos en el presente estudio exploratorio acerca del suicidio.

Esta investigación nos muestra algunos datos que presentan los suicidas, específicamente aquellos que fueron usuarios del apoyo psicológico por teléfono, finalmente estos son los aspectos más frecuentes que se manifestaron en los sujetos que conformaron la población de la investigación.

- *Las mujeres obtuvieron el mayor porcentaje de la población con un 65%.*
- *Los solteros fueron los sujetos que manifestaron en mayor cantidad conductas suicidas, se registraron 46.6%.*
- *La edad promedio de los individuos fue de 33 años.*
- *El nivel de escolaridad de gran parte de la población fue el de preparatoria terminada con un 17.5%.*
- *La ocupación de la mayoría de los individuos que reportaron conductas suicidas fue la de amas de casa.*
- *El motivo de consulta por el cual llamaron a SAPTEL son problemas resultantes de la relación de pareja.*
- *Como método más planeado o utilizado se registra el uso de pastillas con un 20 %.*
- *El síntoma presentado por casi toda la población (110 sujetos) es la depresión.*

- Como sucesos recientes más frecuentes se registraron los conflictos con la pareja presentándose en el 49.1%.
- En cuanto a las conductas suicidas manifestadas en mayor número, se encuentran la ideación y el intento, ambas registradas con 40.8%.

Los datos obtenidos de esta población se aplicaron a una escala nominal, es decir sabemos que los sujetos comparten en mayor o menor grado las características exploradas, por ello se empleó una prueba estadística no paramétrica apropiada para esta clasificación.

Se empleó la Xi-cuadrada para determinar la significación en el grupo. Se diferenció en dos muestras independientes, por sexo, es decir hombres y mujeres, suponiendo que existen características asociadas a alguno de ellos, también se utilizó la medida de Coeficiente de Contingencia, adecuada para datos nominales.

Tomando en cuenta que el nivel de significancia se alcanza cuando la Xi-cuadrada es igual o menor a .05, se encontraron significativas 3 variables ya que la Xi-cuadrada fue mayor en éstas.

- 1 Pánico
- 2 Problemas de Pareja
- 3 Planeación suicida

Lo que nos indican estas variables significativas, es que el pánico se encuentra más asociado con el sexo masculino, por lo tanto los hombres sufren mayormente de él, y en cuanto a los problemas de pareja y la planeación suicida, ambas se asocian con las mujeres, lo que quiere decir que manifiestan más problemas de pareja que los hombres y planean más el suicidio.

En la tabla 10 podemos encontrar las variables descritas, la frecuencia por sexo, la Xi-cuadrada y aquellas que resultaron significativas.

tabla 10

DIFERENCIAS ENTRE SEXOS
 XI - CUADRADA

VARIABLES	FRECUENCIAS	HOMBRES	MUJERES	XI-2	SIGNIF.
DEPRESION	110	37	73	2.77	
ANSIEDAD	52	18	34	0.06	
IRRITABILIDAD	49	21	28	1.78	
INSOMNIO	41	16	25	0.28	
FATIGA	29	8	21	1.13	
DISMIN.CONCENTR.	25	8	17	0.20	
AMBIVALENCIA	24	10	14	0.44	
BAJA ESTIMA	19	4	15	2.14	
SOLEDAD	7	1	6	1.50	
AISLAM.AFECTIVO.	7	3	4	0.16	
PANICO	5	4	1	4.43	*
FOBIA	4	1	3	0.21	
IMPULSIVIDAD	2	0	2	1.14	
ANOREXIA	1	0	1	0.56	
SENTIM.CULPA	1	0	1	0.56	
PROBLEMAS PAREJA	59	16	43	3.83	*
PROBLEMAS FAMILIA	35	17	18	3.49	
IDEACION	48	18	30	0.10	
INTENTO	49	22	27	2.96	
PLANEACION	23	3	20	6.43	*

* Significativa al .05 por lo tanto existen diferencias entre sexos

ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

Debido a la clasificación de los datos en escala nominal, se utilizó el Coeficiente de Contingencia, el cual proporcionó el grado de relación entre las variables más frecuentes, con ello se observó en ambas muestras (por sexos) si existe correlación entre algunas variables. (Ver tabla 11)

En la tabla 11 encontramos las variables asociadas, el coeficiente de contingencia en los hombres y el correspondiente a las mujeres y la relación existente entre ellos.

Existe relación entre las variables *Ideación e Intento suicida*, lo que significa que cuando una persona idea suicidarse, es muy probable que lo intente.

En SAPTEL una gran cantidad de los pacientes atendidos mencionan conductas suicidas, que van desde la pura idea, la planeación del acto o bien el intento del mismo, ya sea frustrado o a punto de consumarse, esta situación es complicada y despierta diversas emociones, así como también el deseo de investigar más a fondo ¿qué pasa con la dinámica del suicida?, para saber como podemos actuar los interesados en ello y tratar de hacer alguna aportación, ya que una sola vida perdida en esta forma es causa de tristeza.

Ahora bien, mencionadas ya las características, frecuencias y porcentajes de los usuarios de SAPTEL que manifestaron conductas suicidas, no queda más que agregar que el "fenómeno suicidio" sigue causando estragos en una gran parte de la población independientemente de como sean cada uno de los individuos.

ANALISIS INFERENCIAL

tabla 11

RELACION ENTRE VARIABLES

COEFICIENTE DE CONTINGENCIA

VARIABLES	HOMBRES COEF.CONT.	MUJERES COEF.CONT.	EXISTE RELACION
DEPRESION-PROBL.PAREJA	.10	.02	
DEPRESION-PROBL.FAMILIA	.08	.12	
DEPRESION-IDEACION	.08	.05	
DEPRESION-INTENTO	.12	.04	
DEPRESION-PLANEACION	.10	.00	
ANSIEDAD-PROBL.PAREJA	.02	.00	
ANSIEDAD-PROBL.FAMILIA	.01	.06	
ANSIEDAD-IDEACION	.04	.19	
ANSIEDAD-INTENTO	.11	.00	
ANSIEDAD-PLANEACION	.13	.22	
IRRITABILIDAD-PROBL.PAREJA	.01	.19	
IRRITABILIDAD-PROBL.FAMILIA	.21	.27	
IRRITABILIDAD-IDEACION	.01	.06	
IRRITABILIDAD-INTENTO	.06	.21	
IRRITABILIDAD-PLANEACION	.09	.16	
INSOMNIO-PROBL.PAREJA	.19	.10	
INSOMNIO-PROBL.FAMILIA	.16	.13	
INSOMNIO-IDEACION	.06	.12	
INSOMNIO-INTENTO	.07	.21	
INSOMNIO-PLANEACION	.02	.09	
PROBL.PAREJA-PLANEACION	.20	.04	
PROBL.PAREJA-INTENTO	.01	.05	
PROBL.FAMILIA-PLANEACION	.03	.04	
PROBL.FAMILIA-INTENTO	.02	.04	
IDEACION-INTENTO	.65	.50	
IDEACION-PLANEACION	.22	.42	

DISCUSION

En la búsqueda de datos, se identificó que cada suicidio es un suceso único, mismo que sólo tiene que ver con el individuo que lo realiza y con su propia situación de vida; sin embargo, definitivamente existen factores reincidentes en cada suicidio.

En seguida, se cuestionan los resultados obtenidos en una población particular y específica, cuyos sujetos son usuarios del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL); ellos presentan una situación de emergencia o crisis en el momento en que realizan la llamada telefónica; sin poder aclarar completamente la influencia de la utilización del teléfono, ni la intervención de un terapeuta, cuyo contacto es sólo auditivo con el paciente, se puede concluir que la mayoría de los resultados han coincidido con los obtenidos en otros estudios e investigaciones.

Como ya se mencionó las personalidades femeninas ocupan el lugar inicial al registrarse conductas suicidas, esto podemos compararlo con algunos estudios que ya lo habían demostrado; por ejemplo, los doctores Foncerrada, Parada y Montiel (1971) estudiaron 50 casos de los cuales 39 (78%) eran mujeres, es decir la mayoría. También Boehm (1991) menciona que las llamadas de chicas suicidas son las que más atienden en el servicio telefónico de consejería para adolescentes.

Ulf Otto también menciona en su estudio realizado en Suecia a principios de los 60's, que las mujeres intentaron suicidarse cuatro veces más que los varones; a su vez, Morgan (1983) comenta una investigación realizada entre 1962-1967 sobre las tendencias de daño deliberado a sí mismo, no mortal, en Edimburgo, Oxford y Bristol, en el cual se observa que las tasas correspondientes a las mujeres excedieron persistentemente en comparación con las de hombres.

¿Cuáles serán las causas que inducen a la mujer a tener el porcentaje más alto en conductas suicidas? posiblemente la impulsividad. Se habla de que somos impulsivas, que actuamos arrebataadamente, sin dar razonamiento a nuestros actos; lo anterior puede conducir a efectuar cualquier deseo suicida, desde el idear el deseo de morir, el planearlo rápidamente, o hasta el actuarlo tomando un frasco de pastillas, arrojándose a una transitada avenida o de cualquier otra manera.

Por otra parte quizás los hombres no den tanta importancia, a los "dolores emocionales" y utilicen poderosamente sus mecanismos de defensa es así que pueden canalizarlos y no darles salida a través de las conductas suicidas, sino de mil maneras o bien como ya se mencionaba, la otra cara de la moneda, en la que las mujeres son arrastradas por sus emociones y constantemente se ven enredadas entre sus afectos, haciendo de lado la parte racional (sobre todo tratándose de problemas con la pareja), como lo expresa claramente Sor Juana Inés de la Cruz (1992) en el siguiente verso de un soneto: (p. 49)

*"Eres como el mortífero veneno
que daña a quien lo vierte inadvertido,
y en fin eres tan malo y fementido
que aun para aborrecido no eres bueno".*

Un factor altamente correlacionado con el suicidio consumado es el sexo masculino, Rojas (1978). En el presente estudio al contrario debido a que se han tomado en cuenta las conductas suicidas no consumadas y las mujeres recurren a ellas con mayor frecuencia que los hombres.

La mayoría de los sujetos con conductas suicidas fueron los solteros, ya menciona Rojas (1978) *"la soltería tiene una correlación positiva en relación con el suicidio"*, también Morgan (1983 p.39) comenta: *"Se ha encontrado una relación persistente entre el estado civil y las tasas de suicidio, que aumentan en los divorciados, viudos y solteros"*.

Al respecto podemos comentar que posiblemente una persona soltera que enfrenta un grave problema o una crisis, no lo hace de igual manera que alguien que cuenta con una pareja, suponiendo que ésta le apoya, le ayuda a superar esos momentos, que da sentido a su vida, inclusive puede funcionar como sostén de la misma. De igual manera el hecho de tener hijos, que casi siempre va unido al tener una pareja, actúa como estímulo para combatir los desafíos del desarrollo.

Como la mayoría de la población presentó problemas de pareja y son solteros, posiblemente la crisis tenga su origen en las relaciones de noviazgo, que es un período de conocimiento del otro, el cual implica comunicación constante y clara, confianza, integración, tolerancia, etc.; lo que en diversas ocasiones es difícil de lograr y puede entonces, dada la mezcla de emociones y sentimientos ambivalentes, desencadenar los deseos de muerte en una personalidad que ha vivido una dinámica favorecedora hacia las actitudes de autodestrucción.

El 35.8% de los sujetos de la población reportaron estar casados, estado que implica una serie de retos que tiene que afrontar el individuo, esto para algunos ha significado vivir grandes conflictivas que desajustan la personalidad y finalmente les puede conducir a desear la muerte como una forma de evitar los problemas.

El matrimonio conlleva una relación difícil y un tipo de amor distinto. El amor conyugal se tiene que crear, hay que esforzarse hasta el extremo, no se da por sí solo, se aprende a base de lágrimas y de una lucha contra todo. Esta situación que sugiere un gran reto puede facilitar el quiebre de una persona cuya formación la ha hecho más vulnerable a los altibajos de las relaciones personales, sobre todo las de pareja y llegar así a las conductas suicidas, la participación en SAPTEL me ha dejado lo anterior de experiencia, ya que en la mayoría de los llamados atendidos se presenta esta problemática en particular.

La edad promedio de los sujetos que manifestaron conductas suicidas (33 años) implica que la mayoría de las personas están en la etapa en que hay búsqueda de estabilidad en los diferentes aspectos de la vida (pareja, laboral etc.), lo que puede conducir al sujeto a toda una crisis al no encontrar dicho equilibrio.

Citando al Maestro Sánchez Beltrán (1994) cerramos este apartado, "la **tendencia al suicidio a nivel nacional ha ido consistentemente en aumento determinando en sí que el suicidio se colocaría como grave problema de salud pública, afectando más a hombres que mujeres y siendo éstos el grupo de jóvenes entre los 15 a 35 años de edad**".

Estamos hablando de que la mayoría de la población utilizada en el estudio tiene un grado de escolaridad entre medio y profesional, lo que incluye tener que enfrentar la vida académica que como sabemos es penetrar en un mundo lleno de diversas ideas, contradicciones, retos, lo que para algunos significa enfrentar dificultades ya sean escolares o laborales, y quizás ante la incapacidad para hacerlo recurren a la autodestrucción como medio para evitar dichas dificultades; ya menciona Jerry Jacobs citado por Matus (1990), "el suicida experimentó fracaso en la adaptación y manejo de problemas e incapacidad para afrontarlos". (p. 71).

La mayoría de la población fueron amas de casa, es decir dedicadas absolutamente al hogar, posiblemente esto tenga que ver con la monotonía, aspecto del que muchas de ellas se quejan, así como del arduo trabajo al que se enfrentan de manera cotidiana, cayendo frecuentemente en lo rutinario de una vida poco valorada por los demás, e inclusive por sí mismas perdiendo el gusto por sus labores y sintiéndose disminuidas e innecesarias para el resto de la familia; no olvidemos que esa característica de minusvalía es repetida en los suicidas.

El 11.6% se registraron como burócratas o empleados de empresas privadas, mismo porcentaje para los profesionistas; nos enfrentamos nuevamente a los retos que involucra la vida laboral, a las exigencias que vive el individuo productivo de igual manera se piensa en la rutina que representa para algunos el ser empleado, o probablemente tenga que ver con la remuneración del mismo, como sabemos está por demás hablar acerca de las condiciones de pagos en nuestro país, factor que puede predisponer a conflictos económicos que a la vez pueden funcionar como detonadores para tomar alguna decisión de autoaniquilación.

El motivo de consulta mayormente citado fue problemas de pareja, como ya se mencionó anteriormente el tener una pareja y encontrar la satisfacción completa es una tarea complicada.

El hombre es un ser social y su existencia se desarrolla en la relación con los demás hombres, el ser humano vive de esa complementariedad.

Veronese (1986), considera a la pareja como un "sistema unitario", con una dinámica propia; pero refiriéndose a dos personas; esta relación personal de la pareja es el resultado de las historias individuales de ambos, de su pasado, que incluye las

ideas que cada uno se ha ido forjando en su mente sobre el hombre, la mujer y la pareja, por lo tanto es una relación en continuo ajuste y desajuste lo cual es difícil de manejar para muchos, conduciéndolos a sentimientos de enojo, culpa, tristeza, soledad etc., factores precipitantes de las conductas suicidas.

Otro porcentaje importante de la población manifestó problemas familiares.

Todo ser humano requiere satisfacer sus necesidades de tipo biológico, psicológico y social; Melendez (1994), el grupo en el que encuentra la satisfacción a sus necesidades es la familia, que es considerada la *"institución humana básica"* ya que para muchos individuos es el sistema de mayor relevancia para su desarrollo integral. Cuando no cumple las funciones adecuadas, el individuo puede llegar a tener desajustes graves ya que la dinámica familiar es determinante en la salud mental del mismo, acompañado de desesperanza, e inclusive pensando que si la familia (tan cercana) le hace sentir desadaptado y mal, que le espera con otras gentes u otros grupos, esto puede dar pie a la presentación de diversas conductas suicidas.

Ulf Otto (1960) en su investigación realizada en Suecia, demostró que el 39.2% intentaron suicidarse por conflictos de pareja, y el 32.1% debido a problemas familiares.

Sánchez (1994) "conocido es que cuando ocurre un suicidio los miembros de la familia se ven gravemente afectados en todos sus ámbitos y sobre todo en el emocional, muchas ocasiones el sentimiento de culpa los invade al reconocer que han sido las dificultades familiares las que precipitaron el desenlace fatal."

El sentimiento de soledad es más repetido de lo que se espera habitualmente, sobre todo en una ciudad tan grande como la nuestra, en donde el aislamiento y el egoísmo son la bandera de muchos de sus habitantes, vivimos en la época de la **ANOMIA** que según Durkheim es el quebrantamiento de todos los vínculos sociales tradicionales.

La anomia es en nuestras sociedades modernas, un factor regular y específico de suicidios, y citando textualmente a dicho autor podemos comprender la importancia de la sociedad en la dinámica del individuo con tendencias suicidas: **"Si el lazo que liga al hombre a la vida se afloja, es porque el nexo que le une a la sociedad se ha relajado"**,(p. 181) lo anterior nos ayuda a entender el por qué de la elevada frecuencia de los sentimientos de soledad.

Variados son los factores que pueden desencadenar conductas suicidas, sin embargo en ocasiones sólo son causas *"aparentes"*, ya que viene detrás una larga historia que predispone a cada individuo, Rojas (1978) dice: "Algunos factores predisponentes son las dificultades profesionales, dificultades académicas, enfermedades corporales graves, problemas económicos, emigración, amor contrariado y pérdida de un ser querido". La mayoría de estos sucesos se encuentran en la población de éste estudio.

El porcentaje más alto de la población respecto al método, utilizó pastillas lo cual se corrobora con otras investigaciones.

Ulf Otto (1960) mencionó las drogas narcóticas como el método utilizado con mayor frecuencia en su estudio acerca del suicidio, de 1727 pacientes que tomó como muestra, 1501 hicieron uso de éste. Stengel (1973) demuestra las proporciones por mil muertes, de los distintos métodos de suicidio, y encuentra que las mujeres escogen el envenenamiento con más frecuencia que los hombres, Lester (1994) menciona que la sobredosis de paracetamol es muy frecuente en Estados Unidos.

10% de la población recurrieron a cortarse las venas, ya lo menciona Eisenberg (1978) en la descripción de los medios empleados por las pacientes suicidas que investigó, que el 17.5% seccionaron las venas de sus muñecas.

Ambos métodos, los cuales presentaron las frecuencias más elevadas, tienen la característica de que al emplearse se puede brindar auxilio a tiempo al suicida antes de que se culmine el acto.

En el estudio 110 sujetos del total presentaron depresión, al parecer factor común en los suicidios, Morgan (1983) menciona que en 10 de los 12 sujetos suicidas de su investigación, aparecieron síntomas depresivos, igual lo menciona Pinzón (1971). **"El afecto señalado con mayor frecuencia en todas las edades es la depresión; a menudo la soledad, desesperanza y un sentido de ser desdichadamente diferente de la masa humana se asocian con tal afecto"** (p. 15). También Ulf Otto y colaboradores concuerdan en ello, examinaron los tres meses anteriores al suicidio en una población de niños y adolescentes, y reportaron que el 38.3% de los casos manifestaron depresión.

Coleman (1980) *"Tres cuartas partes de todas las personas que se suicidan se encuentran muy deprimidas en ese momento, aparejadas con ira y hostilidad intensas y con un deseo de buscar venganza en los demás."*

Un gran porcentaje de los sujetos presentaron problemas de pareja, probablemente la pérdida de ésta, lo que nos remontaría al proceso de duelo, el cual implica un estado de ánimo doloroso, a la vez que ambivalencia hacia el objeto.

Freud (1917), el enfoque psicoanalítico explica las causas del suicidio en base a la depresión y la ira que el sujeto experimenta contra alguna persona que representa su objeto amoroso, por lo tanto no se duda que la depresión sea de los principales síntomas en el impactante acto.

El 49.1% de los individuos del estudio manifestaron problemas de pareja, y el 30% problemas en la relación familiar, como cita Coleman (1980) los conflictos y rompimientos interpersonales, asociados al matrimonio, separación divorcio o pérdida de seres queridos, pueden dar como resultado stress severo o conductas suicidas.

Cuando la personalidad del sujeto es propensa a la autodestrucción, lo de menos son los sucesos que este viva, es decir dichas situaciones pueden ser solamente desencadenantes de algo que ya se elaboraba mucho tiempo atrás.

También puede ser una crisis o emergencia de magnitud insoportable para el individuo, la que le conduzca a buscar como alternativa de solución a la muerte, recordando ese pensamiento mágico que indica el *"descanso en el más allá"* dicho de otra manera, puede recurrir a la muerte como vía de escape ante una situación totalmente angustiante.

Definitivamente la ideación, planeación e intento suicida mantienen una diferencia con los suicidios consumados, sin embargo la existencia de una intención totalmente consciente de autodestrucción es un elemento esencial en ellas.

Stengel en el año de 1952 propuso el término de **intento de suicidio**, poniendo de manifiesto las diferencias entre el intento y el suicidio consumado, el intento se refiere al deseo de buscar la muerte pero que no se consigue, implicando que los que sobreviven son suicidas fracasados, citado por Morgan (1983). Rojas (1978) menciona al respecto *"en el suicidio el sujeto busca la muerte, mientras que en el intento manipula con ella"* y puede hacerlo para buscar la estimación, la consideración de otros, en fin para provocar diversas reacciones en todos los que le rodean.

En cuanto a los resultados de la Tabla 10 encontramos que son tres las variables significativas:

- 1 *Pánico*
- 2 *Problemas de Pareja*
- 3 *Planeación suicida*

En éstas hay asociaciones respecto a los sexos, observemos que en cuanto al nivel de pánico, los hombres sufren más de él, este temor excesivo invade en nuestra población a los varones, curiosamente de manera contradictoria a lo que dicta la cultura machista en la que desafortunadamente seguimos viviendo, ya que desde pequeños a los niños se les reprimen sus miedos, sus temores, como si fueran anormales, diciendo: *"no debes tenerle miedo a nada eres hombre"*, sin embargo encontramos en aumento dicho síntoma en esta muestra.

La segunda variable que denotó asociación con el sexo femenino fue la problemática de pareja, en esta ocasión las mujeres la manifestaron mucho más frecuentemente que los hombres, inclusive la mayoría de las llamadas atendidas en SAPTEL reportan dicho problema como motivo de consulta, de igual manera los telefonemas son realizados en su mayoría por mujeres.

La tercera y última variable asociada con las mujeres fue la planeación suicida, ella indica que el género femenino planea el suicidio más que los hombres, esto

corroborar que las mujeres recurren en mayor proporción a las conductas suicidas no consumadas como lo ha explicado el presente estudio.

Respecto a la tabla 11 de Coeficiente de Contingencia, las variables que mantienen relación son ideación e intento suicidas, lo que nos indica que cuando un sujeto idea matarse es alta la probabilidad de que lo intente, esto desmiente aquella idea de que *"quién piensa y dice que se va a quitar la vida, no lo hace"*, esto lo ha mencionado anteriormente Farberow (1961), en un apartado acerca de Los mitos del suicidio.

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Bajo el marco psicoanalítico nos explicamos el origen del suicidio, ya sea por medio del proceso de duelo, es decir cuando hay una pérdida en el mundo externo del sujeto y tiene que deshacerse de las ligas libidinales que lo unen a un objeto, esto ocasiona un estado de ánimo doloroso y falta de interés por el mundo externo; como éste proceso implica afectos ambivalentes como son por ejemplo dolor y enojo, el sujeto puede volcarse sobre sí mismo ocurriendo así el tan mencionado suicidio; lo mismo a través de la melancolía. En éste caso la pérdida es en el mundo interno del sujeto, trae consigo un intenso estado de empobrecimiento del yo, una severa disminución de su autoestima y se siente merecedor de castigo por lo que podría refugiarse en el suicidio.

Ahora bien, tomando en cuenta la teoría de los instintos, uno de ellos, el instinto de muerte, puede manifestarse de forma pura en el acto del suicidio, o también en palabras de E. Fromm: *"en el hombre se manifiesta una atracción apasionada por todo lo muerto"*, (p. 330) y quiere destruir todo lo vivo inclusive a sí mismo, también tenemos una explicación desde el punto de vista social es así como lo expone Durkheim, en base a la relación individuo-sociedad y por ejemplo en el suicidio altruista el sujeto se considera falto de existencia propia, si tiene algún valor es por el grupo, más no individualmente, por lo tanto puede sacrificarse por su prójimo, inclusive cuenta con un gran sentimiento del deber, en el suicidio de tipo anómico la sociedad no está tan presente ante el individuo, por lo tanto él se siente un ser aparte, distinto a la gran masa, vive un hastío generalizado, una gran irritación por lo que recrimina constantemente contra la vida y por último en el suicidio egoísta el individuo está invadido de una terrible apatía, la vida le oprime, no le interesa, tampoco le irrita ni tiene disgustos grandes, busca así, como alternativa a su aburrimiento, el llevar a cabo su autodestrucción; o bien, por un inadecuado manejo de la agresión que nos produce el ambiente externo, según Abadí.

Existen circunstancias o características que se repiten en los suicidas por lo tanto son eventos correlacionados con este hecho, a continuación se presentan algunas de ellas.

- * sexo masculino
- * soltería
- * carencia de hijos
- * separación
- * divorcio
- * viudez
- * edad avanzada
- * falta de arraigo
- * vivir donde hay alta densidad de población
- * dificultades profesionales
- * dificultades académicas
- * enfermedades corporales graves

- * *problemas económicos*
- * *emigración*
- * *amor contrariado*
- * *perdida de un ser querido*
- * *las mujeres intentan suicidarse más que los hombres*
- * *los varones consuman el acto suicida*
- * *los varones utilizan más frecuentemente métodos activos y agresivos*
- * *la mayoría de los suicidas han tenido una relación patológica con su medio ambiente*
- * *problemas familiares*
- * *cuando la mujer está viviendo un embarazo no deseado*
- * *enfermedad mental*
- * *servicio militar*
- * *el número de intentos de suicidio aumenta con la edad*
- * *el suicidio se ha visto asociado con el alcoholismo*
- * *perdida de interés en las relaciones familiares y sociales más cercanas al individuo*
- * *larga historia de problemas desde la infancia*
- * *serie de problemas desde la entrada a la adolescencia y relacionados con ésta*
- * *fracaso en la adaptación y manejo de problemas.*
- * *los que intentan de manera seria un suicidio frecuentemente reinciden.*
- * *casi siempre hay cambios previos a las conductas suicidas*
- * *manejo inadecuado de la agresión*
- * *depresión*
- * *irritabilidad*

Lo mencionado es lo que reportan la mayoría de las investigaciones acerca del suicidio, en diferentes poblaciones.

En este estudio exploratorio de las conductas suicidas algunos de los resultados confirman lo anterior, sin embargo, no siempre se mantienen esos parámetros.

Se confirma que las mujeres son quienes más lo intentan, citado por Matus (1990) en una investigación realizada por Ulf Otto, al igual que también los más frecuentes son solteros, Durkheim lo menciona también en otra investigación, respecto a la edad se obtuvo un promedio de 33 años en el grupo de individuos con conductas suicidas, lo cual concuerda con el perfil argumentado por Rosen (1985) en su investigación donde indica que los intentos son realizados por gente joven, de 18 a 30 años, sin embargo los suicidios consumados se atribuyen a gente madura, después de los 50.

En lo que corresponde a la escolaridad en este estudio los más frecuentes se encuentran con un nivel de preparatoria terminada, sin embargo menciona Einsenberg (1978) que el porcentaje más alto en su investigación registra un nivel de primaria terminada, inclusive cita que mientras más bajo sea el nivel educativo, mayor el riesgo de intento suicida. La mayoría fueron amas de casa por lo que se reafirman antecedentes al respecto, como son los de Yampey (1985) y Eisenberg (1978).

En la gran mayoría el motivo que disparó la conducta suicida fueron problemas con la pareja, uno de los factores nombrado como altamente correlativo al acto suicida, Eisenberg (1978) menciona a Otto quien comenta como causa motivante número uno los problemas amorosos y es que el ser humano es altamente dependiente de las relaciones de pareja, por ello cuando ésta se pierde o hay alguna fractura siente que *"ya no vale la pena vivir"*, esta situación se registró como motivo principal de consulta en SAPTEL.

Ya que las conductas estudiadas no implicaron el suicidio consumado, el registro concerniente al método empleado indica una frecuencia alta en cuanto a la ingestión de pastillas, en otros estudios este método es frecuentemente utilizado por mujeres que sólo intentan el suicidio, sin consumarlo (queriendo o no) por ejemplo Eisenberg (1978) nombra a la intoxicación por medio de pastillas con un 77.5%, Ulf Otto *"la ingestión de píldoras es la más común, obtuvo el 86.9% de la población"*, se ha considerado un método pasivo, dada su posibilidad de oportuna salvación; el síntoma mayormente manifestado fue la depresión factor constante en los suicidios, ya lo mencionan en sus respectivas investigaciones: Morgan (1979), Sánchez (1993), Rojas (1992), Ulf Otto (1990), Rojas (1978) y nuevamente se corroboró aquí su presencia.

En este estudio se pretendió identificar algunas características de los pacientes usuarios de SAPTEL con conductas suicidas, que posiblemente se diferencian de otras poblaciones dado el tipo de servicio que solicitan, ya que es peculiar, por lo tanto posiblemente los resultados de dichas características sean también particulares.

Cabe mencionar en este apartado la importancia que tiene el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono respecto a la atención en sujetos que tienen conductas suicidas; debido a que la intervención es rápida y especializada en casos de emergencia, ha podido responder oportunamente a llamados realmente angustiados debido a la dinámica suicida, ya que en la ciudad no existe otro sistema que brinde apoyo, donde al otro lado de la línea se encuentre con un individuo empático y preocupado por alguien "desconocido", recuerdo el caso de una señora de 55 años quien había tenido un accidente y tenía problemas para caminar utilizaba muletas, todo el día estaba sola en su casa, su esposo trabajaba fuera de la ciudad, él llevaba todo lo necesario para comer, para vestir, en fin todo, sus hijos eran casados y poco la visitaban. Esta señora después de vivir así cerca de 10 años se encontraba ya desesperada, sin un sentido en la vida, con un gran sentimiento de soledad y minusvalía, ya que cada que ella intentaba una nueva tarea para distraerse (tai-chi, cosmetología, ir al bosque) su esposo se ocupaba de impedirlelo argumentando su imposibilidad física, ante esta desesperante situación ella decidió intentar el suicidio, acto en el cual venía pensando desde hace tiempo, para ello estando apunto de tomar raticida con diazepam, se le ocurrió llamar a SAPTEL, porque había escuchado el teléfono del apoyo psicológico en el radio, lo anotó y lo guardó y en ese momento recurrió al sistema.

La llamada duró 1 hora 45 minutos aproximadamente, en la cual pudo llevarse a cabo la catarsis, lloró muchísimo, habló de sus dolores, sus angustias, la rabia que la causaba esa situación, su soledad, es decir, verbalizó su dolor, su agresión, y encontró

un contenedor a todas esas emociones, que inclusive eran ambivalentes, y escuchó a través de la línea de esa parte que poseía, la cual deseaba seguir viviendo y que por eso había llamado en ese momento, no importaba que lo hubiera hecho en el último segundo, pero aquella parte insistía en el mañana; se reforzó esa pequeña, pero aún existente parte, se buscaron opciones, se propuso un vínculo de apoyo, y se dejó la línea abierta para continuar trabajando en dicha situación.

Dio gusto escuchar a esa misma mujer, quién algunas llamadas después, manifestando un evidente cambio, y deseos de luchar en contra del hastío, dispuesta a seguir viviendo y a descubrir sus potenciales humanos, los cuales había perdido de vista.

En casos en donde se ha necesitado el traslado para auxiliar al suicida, se ha contado con el apoyo de Cruz Roja, ambulancias, paramédicos y socorristas, o inclusive con la ayuda de doctores, psicoanalistas y sacerdotes y es que bien vale la pena todo el esfuerzo que se haga por salvar una vida y por promover la paz interior que puede ayudar a mejorar la calidad de la existencia.

En cuanto a las *limitaciones* para la realización de este trabajo, se hará mención principalmente de la falta de bibliografía al respecto, aunque el suicidio ocurre con cierta frecuencia en el país, hay poca información actualizada y sobre todo correspondiente a México, además de la carencia de información suficiente sobre técnicas específicas para trabajar en la psicoterapia breve la situación del suicidio de manera específica a través del teléfono.

Es necesario hacer mención de que debido al tipo de sistema, no es posible observar al sujeto, lo cual limita la obtención de datos, ya que es importante todo lo que dice de forma no verbal.

En cuanto a la Cédula de Registro, ya que está realizada exclusivamente para la actividad del sistema, no podemos apreciar datos importantes de la dinámica del suicidio, por ejemplo: si en cada sujeto que tiene conductas suicidas hay algún suicidio en la familia o de una persona cercana a éste, o también si existen intentos previos, factores importantes que puede predisponer mayormente a cometer la autodestrucción.

Debido a lo mencionado se *sugiere* la realización de estudios epidemiológicos en México acerca del suicidio y por supuesto crear la bibliografía necesaria, además de una técnica telefónica, (se da especial importancia a la atención por teléfono debido a que es accesible, rápida y económica) para así poder brindar una ayuda más adecuada en un momento lleno de confusión.

Acerca de las *aportaciones* del estudio, éste puede funcionar como herramienta para los terapeutas de SAPTEL en el tratamiento específico de casos suicidas, tanto para detectar factores precipitantes, como al poner en práctica la intervención terapéutica; también puede servir a cualquier persona que desee conocer acerca del fenómeno de la autodestrucción, y por último como base para realizar otro estudio más profundo acerca del tema.

No cabe duda que el suicidio es complejo y apasionante y este estudio sólo es un pequeño intento por descubrir algo más acerca de él, ya que vale muchísimo la pena que aprovechemos la oportunidad que tenemos en esta profesión tan humana, para caminar junto con el otro en la búsqueda de un sentido para la existencia y no olvidar que de por sí es estúpida, ya menciona el profesor Campione (1994) **"cada vez que alguien muere sin desarrollar su potencialidad, la humanidad pierde"**.

BIBLIOGRAFIA

Abadí, M., Garma, A. et al. (1973). La fascinación de la muerte. Panorama dinámico y prevención. Buenos Aires: Paidós.

Bellak, L. y Siegel, H. (1988). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México: El Manual Moderno.

Bellak, L. y Small. (1969). Psicoterapia breve y de emergencia. México: Pax.

Boehm, K., Chessare, J. et al. (1991). Teen line: a descriptive analysis of a peer telephone listening service [Línea telefónica de los adolescentes: un análisis descriptivo de servicio telefónico de ayuda] Adolescencia, 26, 643-648.

Borges, G., Rosovsky, H. et al. (1994). Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1921. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría 15-21.

Bustos, M. L. (1989). Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono: Motivos de consulta. Tesis inédita, UNAM.

Campillo, S. C. (1985). Suicidio. Revista Psicología Suicidio, 19, 2-11.

Campione, F. (1994, Septiembre). El enfermo terminal y la tanatología de la experiencia asistencial a la epistemología. Segundo Congreso Nacional de Tanatología y Suicidio y Primer Simposio Internacional, México, D.F.

Castro, R. M. (1991). Algunas características sociológicas del suicidio y del homicidio en el D.F. y su área circundante. Tesis inédita, UNAM.

Coleman, J., Butcher, J. et al. (1980). Psicología de la anormalidad y vida moderna. México: Trillas.

De la Cruz, J. I. (1992). Poesías completas. México: Epoca

De Shazer, S. (1986). Claves para la solución en terapia breve. Buenos Aires: Paidós.

Durkheim, E. (1987). El suicidio. México: Premia.

Eisenberg, M. (1978). Estudio de algunos factores de la conducta seudosuicida en 3 instituciones hospitalarias del D.F. Tesis inédita, UNAM.

English, A. (1957). Diccionario de psicología y psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

Farberow, N. L. y Schneidman, E. S. (1969). ¡Necesito ayuda! : Un estudio sobre el suicidio y su prevención. México: Prensa Médica Mexicana.

Forcén, A. M. (1994, Septiembre). Los sentimientos de la muerte. Segundo Congreso Nacional de Tanatología y Suicidio y Primer Simposio Internacional, México, D.F.

Freud, S. (1973). Duelo y Melancolía Obras Completas. (pp. 2091-2100). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1973). Más allá del principio del placer Obras completas. (pp.6-62). Buenos Aires: Amorrortu.

Fromm, E. (1974). Anatomía de la destructividad humana. México: Siglo XXI

Gaitán, G. A. (1993). SAPTEL. Guía de capacitación y manual de procedimientos del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono. México: Universidad Iberoamericana.

Glatt, K. (1986). Telephone helplines at a suicide site [Lineas de ayuda telefónica en lugares de suicidio] Hospital and community psychiatry, 37, (2) 178-180.

Gómez del Campo, J. (1992). Intervención en las crisis: Manual para el entrenamiento. México: Universidad Iberoamericana.

Kolb, L. C. (1983). Psiquiatría clínica moderna. México: La Prensa Médica Mexicana.

Lester, D. (1994, Septiembre) Challenges in preventing suicide. Segundo Congreso Nacional de Tanatología y Suicidio y Primer Simposio Internacional, México, D.F.

Matus, C. (1990). El adolescente suicida. Tesis inédita, UNAM.

Medina-Mora, M. E., López, E. et al. (1994) La relación entre ideación suicida y abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 7-13.

Melendez, C. G. (1994). El adulto joven en búsqueda de su autonomía. Tesis inédita, UNAM.

Molina, V. D. (1990). Suicidio en el anciano. Tesis de maestría inédita, UNAM.

Morgan, H. G. Death wishes? :The understanding and management of deliberate self-harm (M. Caso, Trad.). Inglaterra: John Wiley & Sons. (Trabajo original publicado en 1979).

Murphy, G. (1985). Suicidio e intento de suicidio. Revista Psicología Suicidio, 19, 12-18.

Ortiz, L. S. (1993, Junio). Concepto de muerte en el niño. Trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional de la Federación Mexicana de Sociedades Pro Salud Mental A.C., México, D.F.

Peña-Alfaro, G. (1986). El suicidio: Análisis comparativo de los enfoques sociológico, psicoanalítico y psiquiátrico. Tesis inédita, UNAM.

Pérez, V. V. (1990). El hombre y su muerte: Preparación para la vida. México: Jus.

Pinzón, B. S. (1971). Consideraciones sobre diagnóstico y tratamiento de conducta suicida. Tesis inédita, UNAM.

Ponce, A. (1977). Psicología de la adolescencia. México: UTEHA

Prado, J. M. (1991). Suicidio: A pesar del instinto de conservación. Ortega, V. (Ed.). Enciclopedia práctica de psicología. (Vol.7, pp.281-300). Barcelona: Plaza & Janés

Publication Manual of the American Psychological Association. (1994). Criterios para la elaboración de documentos psicológicos. (J. Alatorre, Trad.) México: Facultad de Psicología.

Reyes, Z. A. (1994, Septiembre). El duelo y sus etapas tanatológicas. Segundo Congreso Nacional de Tanatología y Suicidio y Primer Simposio Internacional, México, D.F.

Richard, M. P. (1993). Escuchando palabras devolviendo. SAPTEL: ¿Un proyecto basado en mi implicación?. Tesis inédita, UAM.

Rojas, E. (1978) Estudios sobre suicidio. España:Salvat.

Rosen, D. (1985). Intento de suicidio: Estudio de 86 pacientes. Revista Psicología Suicidio, 19, 24-28.

Sánchez, G. O. (1993, Junio). Valoración de pacientes con intento suicida que acuden al Instituto Nacional de Pediatría. Trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional de la Federación Mexicana de Sociedades Pro Salud Mental A.C., México, D.F.

Sánchez, B. H. (1994, Septiembre). Suicidio un marco de referencia general en Jalisco. Segundo Congreso Nacional de Tanatología y Suicidio y Primer Simposio Internacional, México, D.F.

Siegel, S. (1976). Estadística no paramétrica: Aplicada a las ciencias de la conducta. México:Trillas.

Staikeu, K. A. y Leff-Simon, S. (1988). Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. México: El Manual Moderno.

Stengel, E. (1973). Psicología del suicidio y los intentos suicidas. Buenos Aires: Hormé.

Sullivan, E. D. y Everstine, L. (1992). Personas en crisis. Intervenciones terapéuticas estratégicas. México: Pax.

Velasco, I. (1966). Metapsicología del suicidio. Tesis inédita, UNAM.

Velasco, K. C. (1987). El duelo en un estudio de caso de orfandad temprana. Tesis de maestría inédita, UNAM.

Veronese, G. (1987). Corporeidad y amor: La dimensión humana del sexo. España: Ciudad Nueva.

Whittaker, J. O., y Whittaker, S. J. (1985). Psicología. México: Interamericana.

ANEXO 1

IXTAB
DIOSA MAYA DE LOS AHORCADOS



Sapitel Los reclamos de los suicidas

ALFONSO AGUILAR GUERRERO

LOS suicidas provocan gran impacto. La pérdida de un familiar en tan dolorosa situación resulta un acontecimiento totalmente desconcertante. Pero las personas que pretenden morir, generalmente dan algún aviso acerca de sus intenciones. Nada hay más equivocado que la creencia que sostiene que quien habla de dar fin a su propia vida nunca hará lo que dice. Todo individuo de ese tipo debe de ser tomado muy en serio. Pueden cometer suicidio personas con caracterología histórica que siempre están pidiendo a la vida más de lo que pueden obtener de ella. Tienen fuerte tendencia a suicidarse los alcohólicos y los drogadictos aunque en el último caso resulta difícil distinguir entre los verdaderos suicidas y los accidentes provocados por el uso exagerado o crónico de drogas. Hay quienes se suicidan juntos, cumpliendo un pacto previo. Pero contrario a una idea generalizada, no son los jóvenes amantes quienes lo hacen como reacción ante sus frustraciones, los matrimonios en edad avanzada, que no tienen hijos o que uno y los cónyuges se halla físicamente enfermo y sufre crisis depresivas que afectan también a su compañero. La forma de encarar el suicidio varía mucho de una cultura a otra. La Iglesia católica, desde San Agustín en adelante, lo ha condenado. En los países occidentales solamente los suicidios con fondo supuestamente altruista son serenos o vistos con algún respeto.

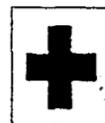
EN Oriente, en cambio el suicidio es encarado en forma muy diferente. Hubo una época en que, para los oficiales japoneses, hacerse el "harakiri" era una cuestión de honor. En algunas culturas que conservan un primitivismo el suicidio, en algunos casos, ha sido considerado como un deber (?) social, teniendo el dolo de la existencia de tribus en la que los viejos se consideran obligados a desaparecer, introduciéndose en la selva, cuando su existencia ya se estima como una carga a la sociedad. Una de las mayoría de las amenazas y tentativas de suicidio está en una forma desesperada de pedir ayuda; es una opción trágica que en muchas ocasiones puede ser evitada si la depresión que orilla a practicarla fuese reconocida a tiempo y se le diera a quien la padece el apoyo necesario. Sir Walter Raleigh quien tomó parte en los combates contra la armada invencible de Felipe II con buques contruidos en su Costa; a quien la reina Isabel lo distinguió sobretomando y a él se le debe que una región de Norteamérica se llame Virginia, en donde introdujo el tabaco y a cambio se llevó la papa para sembrarla en Inglaterra dándole así a conocer al continente europeo, antes de ser introducido, le propuso un amigo suyo que escapara del patibulo suicidándose, a lo cual contestó que el suicidio no es sino "el heroísmo de los cobardes". Dejé entre sus escritos, el siguiente concepto: "Los suicidios más frecuentes son los ocasionados por el amor, pero la historia nos cuenta los que he evitado". Se sabe que hay muchos tipos que por desfortuna se suicidan. Ante estos dramáticos casos, uno se preguntan por qué un infante que en apariencia no tiene conflictos que no diferentes áreas suelen tener los adultos, recurre a la autoeliminación? sobre esta interrogante J.L. Martín D. al comentar sobre el suicidio de un pequeño de escasos diez años, a quien él había conocido, y que utilizó para ello el cinturón que le habían regalado el día de su cumpleaños y cuyo recado final señalaba: "dos únicas, burlescas, verghinosas palabras: "Tengo miedo", se lee este autor: "Tenía miedo".



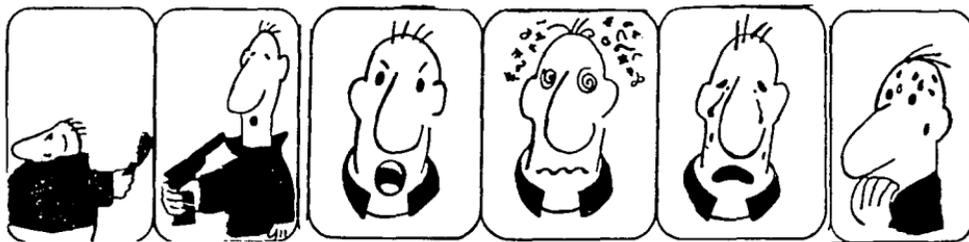
No el mismo hubiera sabido explicar muy claramente de qué pero estaba solo, tan solo como todos los niños encerrados en las cuatro paredes de esa infinita soledad que sienten, los pequeños cuando no son amados, o no lo son lo suficiente. No tenía ninguna razón especial para tener miedo. Sólo las que tenemos todos los que vivimos en un mundo tan hostil como éste. Sólo habla de cientos de horas de televisión y violencia. Sólo habla oído decenas de veces a su padre que esta vida era un asc. Sólo recordaba los gritos del abuelo el día que riño con sus padres, diciendo: "¡Quiero morirme! ¡Quiero morirme!". Recordaba eso, tan decisivo para su fatal determinación". En un caso más de falta de amor, o de amor no ejemplificado. Pero por fortuna, como dijo Raleigh, todavía queda gente e instituciones dispuestas a dar amor, a dar la orientación, el apoyo, la palabra oportuna llena de calor humano, en el momento que alguien, sintiéndose en el vacío existencial, ese que conduce a la decisión de la auto-destrucción física total y abrupta, lo pueda hacer reflexionar y desistir de que la realice. En un mundo actual tan conflictivo, y en ciudades como la de México tan saturada de problemas y de gente que se amontona, se hacina, pero no comunica ni transmite amor lo que hace en dosis insuficiente, siempre serán bienvenidos servicios como el que ahora ya presta la Cruz Roja Mexicana, que tendrá el apoyo de la Federación Mundial de Salud Mental, a través del denominado Sistema de Apoyo Psicológico por teléfono-SAPTEL, que en forma gratuita y efectiva dará a todo ciudadano que lo requiera con el simple trámite de solicitarlo al teléfono 335-11-11.

SAPTEL CRUZ ROJA MEXICANA

Te da la mano en los momentos
más difíciles de la vida



395 11 11 Ext. Apoyo Psicológico



SISTEMA DE APOYO PSICOLÓGICO POR TELEFONO

Con atención al público los 365 días del año las 24 hrs.
Te ayudaremos a encontrar una solución a tu problemática en especial.



educación y ciencia

en el 395-1111

desde octubre funciona el servicio de apoyo psicológico por teléfono

Jorge Armendáriz Zúñiga

A finales de 1985, un grupo de maestros y estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM estableció una línea de emergencia para brindar atención psicológica por teléfono a personas en crisis. Este servicio, que tuvo una duración inicial de seis meses, ofrecía consejo y ayuda a los habitantes afectados por la enorme devastación y el alto número de víctimas humanas sufridas por los sismos del 19 y 20 de septiembre de ese año.

En una segunda fase experimental el servicio se reinició durante 1989 y 1990, periodo en el que estos terapeutas voluntarios acumularon un total de más de mil casos que permitieron definir la problemática psicológica de la ciudad de México.

Ahora, bajo los auspicios de la Cruz Roja Mexicana y en una tercera fase que parece ser la definitiva, el día sábado 12 de octubre viene funcionando el Servicio de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL) a través del número telefónico 395 11 11.

Este sistema, que básicamente es lo que se conoce en todo el mundo como *hot line*, consiste en una línea de emergencia que funciona las 24 horas del día, los 365 días del año, a la que pueden llamar todas las personas de cualquier nivel económico, clase social, religión o sexo que estén en crisis emocional sea por duelo familiar, por soledad, por la pérdida de trabajo, por conflictos con la pareja o por cualquier otra razón, para recibir apoyo psicológico profesional.

La socióloga Ana María Zellhuber, directora operativa de SAPTEL, explica que para el establecimiento de este sistema se tomaron como referencias los modelos británico y estadounidense, cuyo propósito central es la atención a presuntas suicidas.

También este es uno de los principales objetivos que tiene SAPTEL. Si se da a ser hace y se tenemos muchos casos de atención a suicidas, aunque no son la mayoría de las llamadas que atendemos. La mayor parte de las personas que nos llaman lo hace por problemas de relación familiar, porque tienen problemas con su pareja, con sus hijos o porque se sienten solos, alienada.

La doctora Zellhuber sostiene que el principal problema psicológico que ha sido detectado en el Distrito Federal es el de la insolidaridad y la mala calidad de las relaciones humanas. "Vivimos en una ciudad en la que todo el día vivimos



Asesora psicológica (fotografía de Francisco Omerón)

mos, en la que la lucha por la vida se hace cada vez más difícil, en la que cada vez tenemos que trabajar más horas para subsistir y en donde el enorme crecimiento demográfico y las grandes distancias hacen que la convivencia social sea casi nula. A esto hay que sumar la influencia de los medios de comunicación, fundamentalmente la televisión, un instrumento muy poderoso que sirve en muchas ocasiones para cosas muy positivas, pero que distrae, desune e impide la comunicación personal y expresiva.

SAPTEL cuenta actualmente con 60 terapeutas que atienden un promedio de 600 llamadas mensuales, aunque hay otros 40 más en periodo de adiestramiento que pronto incorporarán al servicio. Las llamadas se reciben en el computador central de la Cruz Roja (395 11 11), de un teléfono con número dialámico a SAPTEL, a la hora que sea.

Sin embargo, a diferencia de otros servicios de *hot line* que funcionan en Europa y Estados Unidos, concebidos únicamente para disuadir a presuntas suicidas, SAPTEL tiene una característica diferente: que está brindando la atención interactiva y es el hecho de que establece un contacto emocional por teléfono entre el paciente y el terapeuta.

No sólo ofrece un apoyo psicoló-

gico al paciente en el instante que llama y si vuelve a necesitarlo habla con el terapeuta que lo toco, como ocurre en otros países. Nosotros le proporcionamos el nombre del terapeuta y los horarios en que se encuentra para que se establezca una relación persona a persona, aunque sea de muy corto plazo. Incluso, en casos muy especiales, se le da luz verde al terapeuta para que atienda a determinada persona todo el tiempo que sea necesario", subraya la doctora Zellhuber.

Otro merito de SAPTEL es que acerca la psicología al público como una opción mas de ayuda. Esto es particularmente importante en México, donde todavía existe un tabú muy fuerte para ir con el psicoanalista en busca de atención de problemas cotidianos de salud mental.

"En SAPTEL atendemos a tres tipos de pacientes: a) los que hablan diciendo que el pediatra de su hijo le dio que lo llevaran con un psicólogo porque necesitan una terapia frente a frente para atender sus problemas de socialización en la escuela, b) quienes requieren un tratamiento psicológico pero no saben que institución puede brindarles exactamente lo que necesitan, y c) aquellos que hablan en crisis, que no quieren la referencia y entonces sí les atiende en la crisis y se les da el nombre del terapeuta que los atiende para que puedan volver a llamarlo", precisa la directora operativa de este servicio.

Es importante saber que una crisis está caracterizada por angustia y confusión. La angustia nubla la capacidad racional e impide ver salidas u opciones a determinado problema. Una cuestión básica de cualquier sistema de atención en crisis como SAPTEL es bajar el nivel de angustia de la persona que llama.

"Los terapeutas reciben tres meses de capacitación previa, en los que son evaluados mediante entrevistas, exámenes psicológicos y la observación de su desempeño frente al teléfono. Tienen que ser personas fuertes emocionalmente hablando, centradas, con buena capacidad para escuchar, para expresarse y para mantener la calma en las situaciones de mayor emergencia. El público debe saber que aunque le contesta del otro lado de la línea es un psicólogo profesional que está desprovisto de cualquier otro interés que le lleve a hacerle daño y que tiene la fuerza emocional que le permite atenderlo en el momento que él supera su propia crisis. Ese es el punto clave del servicio de SAPTEL", concluye la doctora Zellhuber.

CRUZ ROJA MEXICANA, SERVIR MEJOR

Por Eva Rosario García de Zaldo
Foto: Roberto Rubalcava y Cruz Roja Mexicana

SISTEMA DE APOYO PSICOLÓGICO POR TELÉFONO

En una sociedad urbana moderna, donde el costo del tiempo es elevado y cotidianamente hay dificultades de tránsito y transporte, es común que en la población se presenten trastornos emocionales, sobre todo en los habitantes de las grandes ciudades.

En nuestro país hay aproximadamente 400 mil mexicanos adultos con alto riesgo para el desarrollo de la esquizofrenia, además de un gran índice de pacientes con trastornos orgánico-cerebrales.

La atención temprana, afectiva y oportuna, a través de servicios que orienten la problemática emocional, en ocasiones, es suficiente para evitar complicaciones que acarreen problemas familiares y de relación interpersonal.

En este sentido, las naciones del primer mundo cuentan con servicios psicológicos por teléfono para mantener en buen estado la salud mental de sus habitantes y solucionar problemas emocionales de la ciudadanía, los cuales no deben entenderse como una enfermedad mental.

Ante esto y a fin de responder a uno de los objetivos de Cruz Roja Mexicana de "aliviar el sufrimiento de los seres humanos en cualquier circunstancia", esta institución altruista amplió sus servicios a la comunidad, al integrar un programa de ayuda psicológica por teléfono.

Esto, bajo la premisa de que los habitantes de la Ciudad de México requieren del apoyo psicológico que contribuya a la prevención de problemas mayores, al tranquilizar a la persona afectada, quien en un estado de angustia excesiva puede actuar en forma violenta, desesperrada o inhumana.

El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPT) constituye una alternativa, la cual no consiste ni sustituye la atención personal de los trastornos emocionales. El servicio tiene dos metas de funcionar las 24 horas, atienda a todos los interesados que llaman al número de Emergencias Cruz Roja: 3-95-11-11.

Así, 46 psicólogos atienden los telefonemas los 365 días del año. A la fecha tienen 450 pacientes; diariamente reciben cerca de 50 llamadas. Los pacientes permanecen en el anonimato, sólo se les solicita el nombre propio o un seudónimo.

Según datos proporcionados por Cruz Roja Mexicana el 24 por ciento de las llamadas se dan por depresión; un 32 por ciento a causa de problemas familiares o sentimentales y se logra canalizar a instituciones especializadas aproximadamente al 24 por ciento de los pacientes; esto, siempre y cuando ellos estén dispuestos a someterse a una terapia psicoanalítica.

Del tres al 15 por ciento de quienes llaman por primera vez vuelven hacerlo en una segunda ocasión. Los rangos de edad de mayor incidencia fluctúan entre los 21 y 40 años; de ellas aproximadamente el 70 por ciento son mujeres y el 30 por ciento hombres.

La mayor parte de las mujeres que recurren a este servicio se encuentran en un estado de depresión muy fuerte; llaman sobre todo los domingos, por la noche, cuando tienen un sentimiento de soledad y angustia aguda.

Cada telefonema tiene una duración promedio de 30 a 40 minutos. Cada terapeuta recibe entre siete y 10 llamadas en turnos de cuatro horas. Estos psicólogos buscan levantar la autoestima del paciente, distraerlo y mantenerlo ocupado.

De los hombres que solicitan ayuda se ha notado que la mayoría cuentan con una profesión o carrera universitaria y en menor medida lo hace la gente con escasa preparación por pena o temor, según informó María Alicia López, una de las terapeutas.

De acuerdo a la explicación de Guadalupe Meléndez y María Luisa Pérez, psicólogas de la institución, los usuarios son personas que han sufrido pérdidas familiares, daños en sus bienes personales o en algún órgano, angustia, depresión, soledad, nerviosismo, problemas interpersonales, estrés, gente que se encuentra en una etapa terminal; padres de niños que nacieron con deficiencia mental, alcohólicos, drogadictos, adultos con un estado mental muy dañado e incluso hombres y mujeres que sufrieron desengaños amorosos graves.

El grupo de trabajo está integrado por profesionistas y pasantes de la licenciatura de Psicología, quienes fueron cuidadosamente seleccionados. A ellos se les dio un curso de capacitación, se les entrenó para atender intervenciones breves, estados de crisis; además de instruirseles sobre las funciones de Cruz Roja, sus servicios, programas, filosofía y misión.

Georgina Loza y Graciela García, psicólogas que ofrecen voluntariamente sus servicios, mencionaron que les gustaría exponer el motivo de su consulta para que el terapeuta entienda su problemática, le hacen preguntas de carácter general y personal para determinar el tratamiento, el cual depende de las características propias de cada persona. Si ésta decide comunicarse de nuevo para pedir orientación, puede hacerlo e incluso preguntar por el mismo psicólogo que lo atendió.

A N E X O 2

IXTAB
DIOESA MAYA DE LOS AHORCADOS





CRUZ ROJA
MEXICANA



FEDERACION MUNDIAL
DE SALUD MENTAL

SAPTEL



CEDULA DE REGISTRO DE USUARIOS

NOTA IMPORTANTE: TODO REACTIVO QUE QUEDE EN BLANCO SERA INTERPRETADO COMO QUE SE IGNORA LA RESPUESTA. POR FAVOR ANOTE TODOS LOS DATOS QUE CONOZCA.

Datos del Usuario

1. Consulta

No. de consulta	Fecha	No. de sesiones	Hora inicio	Hora fin	Duración	Referido	
						Motivo	Lugar
1							
2							
3							
4							
5							

2. Otro tratamiento psicoterapéutico: A. actual SI NO
B. anterior SI NO
- 2a. Tipo _____ 2b. Hace cuánto _____ 2c. Cuánto duró _____
- 2d. Motivo de consulta _____ 2e. Medicación SI NO
- 2f. Razón por la cual no lo busca en este momento _____

Ficha de Identificación

3. Nombre o Apellido _____
4. N° Exp. _____ 5. Sexo H M 6. Edad _____
7. Edo. Civil _____ 8. Escolaridad _____ 9. Ocupación _____
10. Religión _____ 11. Lugar de Origen _____
12. Nivel Socioeconómico: _____
- 12a. Domicilio actual _____
- 12b. N° de personas con quien vive _____
- 12c. Tipo parentesco _____ 12e. N° habitaciones _____
- 12d. Tipo de vivienda _____ 12f. Nivel de ingresos _____
13. Fuente de información _____
14. Motivo de Consulta _____

Examen Mental

- | | |
|--|--|
| 15. Discurso espontáneo _____ | 16. Ritmo del discurso _____ |
| 17. Alteraciones discurso _____ | _____ |
| 18. Alteraciones contenido pensam. _____ | _____ |
| 19. Contenido Afectivo _____ | _____ |
| 20. Alteraciones senso-percepción _____ | _____ |
| 21. Alteraciones Memoria _____ | _____ |
| 22. Trastornos Orientación _____ | 23. Atención y Concentración _____ |
| 24. Inteligencia _____ | 25. Grado de reconocimiento problema _____ |

Sintomatología Específica

- | | |
|---|-------------------------|
| 26. Síntomas Somáticos _____ | 27. Fatiga _____ |
| 28. Aumento atención funciones corporales _____ | 29. Hipnóticos _____ |
| 30. Alteraciones en el dormir _____ | 31. Irritabilidad _____ |
| 32. Obsesiones-compulsiones _____ | 33. Animo depres _____ |
| 34. Disminución concentración _____ | 35. Ansiedad _____ |
| 36. Despersonalización _____ | 37. Fobias _____ |

Diagnóstico

- | | |
|---------------------------------------|--------------------|
| 38. 9ª Clasificación O.M.S. _____ | 39. Agregado _____ |
| 40. D.S.M. III - R _____ | 41. Agregado _____ |
| 42. Dx. asignado en supervisión _____ | |

Datos del Terapeuta

- | | |
|---|-------------------|
| 43. Nombre _____ | 44. N° _____ |
| 45. Procedencia _____ | 46. Guardia _____ |
| 47. N° Supervisor _____ | |
| 48. Supervisa este caso _____ | SI NO |
| 49. Respuesta reacción _____ | |
| 50. Catarsis _____ | SI NO |
| 51. Abreacción _____ | SI NO |
| 52. Rapport _____ | SI NO |
| 53. Credibilidad de la información _____ | |
| 54. Calificación global de severidad _____ | |
| 55. Profundidad de la Alianza Terapéutica _____ | |
| 56. Tipo de aproximación terapéutica _____ | |

Comentarios
