



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

LAS REDES DE APOYO SOCIAL COMO UNA ALTERNATIVA
PARA PREVENIR LA DEPRESION Y POSIBLES SUICIDIOS
EN VARONES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :

**ADRIANA ROSARIO CARMONA COLMENERO
ANA LILIA CARMONA SERRANO**

DIRECTORA DE TESIS: MTA. PATRICIA DE BUEN RODRIGUEZ



FACULTAD
DE PSICOLOGIA

CIUDAD UNIVERSITARIA

2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Agradecemos principalmente:

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, nuestro hogar, en el que siempre encontramos abrigo, amigos sinceros y profesores que siempre nos impulsaron a seguir nuestros ideales, pertenecer a la Máxima Casa de Estudios, siempre será un orgullo.

A la Directora de Tesis, Mta. Paty de Buen Rodríguez:

Por todo el tiempo y apoyo dedicados a la elaboración de este trabajo; sinceramente muchas gracias, por su paciencia y sus palabras de aliento, por compartir con nosotras sus conocimientos y enseñarnos que la psicología va mucho más allá de un salón de clases. Es un honor, el que haya accedido a dirigir esta tesis. Gracias por todo su apoyo de siempre.

A los profesores:

Guillermo Guimaraes, Georgina Ortiz, Miriam Camacho, Inda Sáenz; por sus valiosas aportaciones, para la mejora de este trabajo.



A Dios:

Por darme la vida y con ello, la esperanza de vivir cada día un nuevo amanecer, por verme dado a mis padres y hermanos, un lugar seguro donde poder reposar, por enseñarme que nada pasa si no es porque Él lo quiere así, por el compañero amoroso que presento en mi camino y por ayudarme a terminar este punto pendiente en mi vida. Gracias desde lo más profundo de mi corazón.

A mis padres:

En verdad les agradezco de todo corazón, el haberme dado la oportunidad de vivir y de encontrar en cada momento, el sentido de mi vida. Han sido la luz que me ha guiado por la oscuridad, la fortaleza en momentos de debilidad, son para mí la esperanza de un nuevo amanecer al saber que siempre estarán conmigo. Gracias por ayudarme a hacer esto realidad, por padecer conmigo mis desvelos, mi ansiedad y mi mal humor, en una frase: Gracias por creer en mí, este trabajo también es de ustedes. Siempre los amaré.

A mis hermanos:

Rosy, Tere, Jose, Enrique, Gerardo, Aris; Me parece que una vez más constato que no es cierto que la familia pequeña vive mejor, para mí el tenerlos como familia ha sido una bendición, ya que han sido mi ejemplo y muchas veces mi motivación para seguir adelante, sin su apoyo en todos los sentidos, esto no hubiese sido posible. Gracias por estar conmigo.

A mi esposo:

Gus: Gracias por todo tu amor, tu comprensión, apoyo y paciencia en todo momento, tú eres el viento que impulsa mis alas y eres tú quien les recuerda como volar, cuando se les olvida cómo hacerlo. Te agradezco infinitamente, tu apoyo y tus palabras de aliento, cuando muchas veces, intente "tirar la toalla" antes de tiempo, este logro también es tuyo: **Te amo.**

A mis sobrinos:

Lucy, Beto, Brenda, Oswaldo, Eduardo, Leonardo, Edgar, Andrea, Alan, Karen y Luis Gerardo: Porque aunque me han desquiciado con sus juegos, gritos y llantos, también es cierto que han sido una fuente de inspiración para tratar de ser cada día mejor. Porque ustedes se merecen un mundo mejor.



A mis amigos:

Alexa, después de 15 años de convivencia eres parte de mi familia, gracias por tu amistad. **Sofis**, gracias por los buenos y malos momentos compartidos en la Facultad, los cuales me enseñaron que cuando la amistad es sincera, las barreras de la distancia no existen. **Naye**, tu amistad permanecerá conmigo, nuestra "simbiosis" siempre la recuerdo con un agradable sabor de boca; gracias por compartir conmigo parte de tu vida y dejarme entrar en tu familia. **Ceci Mota**, por tus enseñanzas, por tu apoyo y amistad, el INPer no hubiese sido igual sin ti. **Susy**, tu fortaleza por seguir adelante, me enseñó que no hay imposibles cuando tenemos fe en nuestros sueños, Gracias. **Lili**, tu experiencia y la visión que tienes de la vida, me hizo entender lo afortunada que soy al tenerte como amiga, por tu comprensión y apoyo en todo sentido. Gracias de todo corazón. **Froylán**, abogado a pesar de no decir mucho, sé que cuento contigo, tú también conmigo, gracias por estar pendiente y por tu apoyo. En verdad, Dios me ha de querer mucho, por haberme dado tantas cosas buenas en la vida, una de esas cosas es su amistad.

A VICKY:

Amiga entrañable, tu pérdida ha dejado en mi un hondo pesar, nunca me olvidaré de nuestras caminatas de regreso a casa, después de clases, ni de las ensaladas que compartíamos; en verdad Vicky, fuiste muy importante para mí, me enseñaste en tan poco tiempo a valorar la vida y aceptarla tal cual es, aunque no siempre es como nosotros queremos. Gracias, corazón, por estar conmigo siempre, por preocuparte por mí y por estar siempre conmigo y gracias a Dios, por darme la oportunidad de conocerte, segura estoy que estás con Él, y que desde el cielo, compartirás conmigo esta meta, que también es tuya. Sé feliz con tu pequeña Jazmín. **SIEMPRE TE LLEVARÉ EN MI CORAZÓN.**

A:

Todos los que a lo largo de mi vida, me han dado su apoyo y han compartido conmigo parte de su vida.

LILIANA



PARA TI PAPA

Solo estoy a un respiro de ti,
Huelo tu perfume y te siento
En cada paso que doy.
Eres y seguirás siendo
Mi fortaleza para seguir adelante.

A pesar de que sé que la muerte
No es el final.....
Tu ausencia me sigue doliendo
Me recuerda a cada instante
Lo volátil de nuestra existencia.

Y no es que no estuviera
Preparada para tu partida,
Tan inesperada,
Tan triste y desoladora.

A lo que no estaba preparada
Era a tu ausencia
A esas tardes tan vacías,
A la penumbra sin tu luz.
Ojala me hubiera aferrado mas a ti
Para que ni Dios te hubiese podido
Arrancar de mi.

Mi mente obstinada
Y mi corazón dolido
Se niegan a la realidad,
Sin embargo, algo me dice:
"La muerte no es el final"
Es solo una breve espera
Para volver a verte,
Estrecharte en mis brazos
Y decirte: te extraña.....

TU HIJA ANA



A Dios:

Por darme las fuerzas necesarias para enfrentar toda situación adversa, que se ha presentado en mi vida, obteniendo de ella un aprendizaje.

A mis padres:

Porque hicieron de mí lo que soy ahora.

A mis hermanos:

Gracias por su cariño, apoyo y confianza.

A mis profesores:

Gracias por todos los conocimientos transmitidos a lo largo de mi formación profesional, por impulsarme, a cada día ser mejor.

A mis amigas:

Lucía, Maribel, Mónica y Silvia, porque confiaron en mí siempre, gracias por apoyarme en todo momento.

Y muy en especial, a ti Liliana:

Ya que sin tu ayuda está meta, no habría sido concluida, siempre me alentaste a seguir adelante, a pesar de las adversidades que se presentaron a lo largo de este proyecto. Por tu apoyo, cariño y amistad. MUCHAS GRACIAS

Adriana Colmenero C.



ÍNDICE

	Págs.
INTRODUCCIÓN	1
RESUMEN	4
CAPÍTULO 1. DESARROLLO PSICOLÓGICO EN LA ETAPA DE LA ADULTEZ	7
1.1 Definición del Desarrollo Psicológico	7
1.2 Teorías Psicosociales del Desarrollo	9
1.3 Procesos Cognitivos y Sociales en la Etapa Adulta	30
1.4 Crisis en el Género Masculino	43
CAPÍTULO 2. DEPRESIÓN	52
2.1 Definición de Depresión	52
2.2 Depresión y Crisis en Varones	63
2.3 Depresión y Suicidio	65
2.4 Causas de la Depresión	68
2.5 Sintomatología de la Depresión	74
2.6 Clasificación	79
CAPÍTULO 3. SUICIDIO	85
3.1 Concepción del Suicidio	85
3.2 Etiología	96
3.3 Aproximaciones Teóricas sobre el Suicidio	117
3.4 Suicidio y Depresión	129
3.5 Epidemiología	134
CAPÍTULO 4. REDES DE APOYO SOCIAL	140
4.1 Concepto de Redes de Apoyo Social	140
4.2 Las Redes de Apoyo Social y su Relación con la Salud	150
4.3 La Importancia de la Familia y la Comunidad como Red de Apoyo Social en Relación con la Masculinidad	154
4.4 La Red de Apoyo Social como una Alternativa para Prevenir la Depresión y Posibles Suicidios	162
CONCLUSIONES	169
BIBLIOGRAFIA	



INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

El punto central de esta investigación es: el hombre cuya edad oscila entre los 20 y 35 años y los temas a abordar son: El Desarrollo Psicológico en la Edad Adulta, la Depresión, el Suicidio y las Redes de Apoyo Social; este marco teórico servirá para dar respuesta a varias interrogantes, tales como:

- ¿Cuáles son las crisis por las que atraviesa el hombre en la edad adulta, que los puedan llevar a presentar depresión?
- ¿Cuál es la relación entre la depresión y el suicidio en varones?
- ¿Por qué es más alto el índice de suicidio en varones que en mujeres?
- ¿Las Redes de Apoyo Social podrán ser una alternativa para prevenir la depresión y con ello disminuir posibles suicidios en varones?

Para tratar de dar respuesta a las preguntas anteriores, se iniciará con una visión panorámica acerca del desarrollo psicológico en la edad adulta, dado que aunque el desarrollo prosigue a lo largo de toda la vida; en esta edad, los cambios que se operan en el pensamiento, proviene básicamente de factores socioculturales, esto es, se deben enfrentar a nuevas exigencias culturales, resolver crisis que se presentan en esta edad, como la de intimidad y aislamiento propuesta por Erikson (Hansen, 2003); la manera en cómo el hombre enfrenta esta y otras crisis, será crucial, dado que con sus decisiones afectarán la tendencia de sucesos futuros.

Si el hombre en esta etapa de su vida, logra superar las crisis que lo inestabilizan positivamente, va a reaccionar adecuadamente a los cambios y adaptarse a nuevas condiciones, que lo llevarán a la esperada madurez; en cambio, si no supera las crisis o su resolución resulta ser inadecuada, sentirá que no cubrió las expectativas que la sociedad le impone y por lo tanto no podrá ascender al otro nivel en la escala del desarrollo.



Retomando la crisis de Erikson (Hansen, 2003), la resolución inadecuada será el aislamiento, el hombre empieza a encerrarse en sí mismo, sintiéndose desprotegido, incomprendido y con miedo a comprometerse en una relación que exija compromiso y sacrificio, y a no cubrir las expectativas que los demás esperan de él, por lo que sus relaciones se vuelven frías, poco espontáneas y sin que haya un verdadero intercambio emocional.

Dado que los acontecimientos de vida y las crisis en muchas ocasiones no son fáciles de afrontar, puede llevar al hombre a ser susceptible de presentar depresión, concebida actualmente como un problema de salud, que debe ser atendida en cuanto aparecen los síntomas, es un estado patológico, en donde la actividad psicofísica se ve claramente disminuida, presentando una sensación de desagrado, provocada por un aumento de sentimientos de culpa, autorreproche y una disminución de la autoestima, así como, sentimientos de soledad, tristeza y desvaloración de sí mismo.

Al no expresar sus sentimientos en forma abierta y no poder compartir sus desdichas, tristezas y aceptar que le está resultando difícil atravesar por esa etapa de la vida y que se siente deprimido, el hombre por cuestiones de género y por temor a verse como "maricón", no se siente capaz para pedir ayuda a las personas que lo rodean, temiendo la crítica hacia su estado emocional, lo que puede llevarlo a iniciar un cambio conductual no para mejorar, sino con el objeto de poner fin a su sufrimiento y al de los demás, a través del suicidio.

El suicidio es una realidad humana, que ha estado presente en la historia; el acto mismo afecta a las personas cercanas a la víctima, es decir, al varón que comete suicidio por depresión, la razón, es que de alguna manera son participantes de la problemática que llevó al sujeto a tomar la decisión de quitarse la vida.

Dado que en México cada vez son más alarmantes los índices de suicidio en varones, considerando las estimaciones del Servicio Médico Forense que señalan que de 499 suicidios registrados en 1999, 395 fueron cometidos por varones, cuya edad oscilaba entre 21 y 30 años de edad.



Por lo anterior, se propone que se realicen investigaciones, considerando la depresión y suicidio en varones, particularmente en la edad adulta, y sobre todo que se lleve a cabo una intervención por parte del psicólogo, formando una Red de Apoyo social, que permita al individuo integrarse al entorno al que pertenece, con un mejor estilo de vida.

La Red de Apoyo Social debe entenderse como un conjunto de relaciones sociales que rodean al individuo en la que en cada nodo se encuentra una persona con la cual se mantiene algún vínculo, es decir, se le da especial importancia a las relaciones interpersonales, de tal forma que cuando un hombre atraviese por las crisis de la juventud y la edad adulta y presenten depresión, las personas de su entorno actúen, apoyando al hombre a superar las crisis e impidiendo que la enfermedad se agrave y pueda cometer suicidio.

La presente tesis tiene como objetivo fundamental, introducir a las Redes de Apoyo Social como una nueva forma de prevención en casos de depresión en varones que se encuentran en la edad adulta y cuyo riesgo de presentar suicidio esta presente.

Adriana Carmona Colmenero
Ana Lilia Carmona Ferrano



RESUMEN



RESUMEN

Una meta de la salud mental es prevenir los trastornos mentales en el grado que esto es posible, a través de la educación y el saneamiento del medio psicológico y social, la identificación oportuna de los problemas y la participación activa de la colectividad en programas en los que intervengan directamente y de los cuales surjan soluciones hacia problemas plenamente identificados por el psicólogo.

El interés en los problemas de la salud mental crece conforme se tiene advertencia de su importancia. Un fenómeno social que muestra la urgencia de reforzar acciones preventivas en la salud mental, es la depresión.

El trabajo que presentamos está muy ligado con varios tópicos, antes mencionados: la depresión como un problema de salud mental, el varón como la principal figura, y como consecuencia el suicidio, esto debido a que en investigaciones realizadas en diversas instituciones, como son: INEGI, SEMEFO e Instituto Mexicano de Psiquiatría, los resultados arrojados fueron que los varones entre los 20 y 35 años cometían suicidio, en contraste con las mujeres quienes son más proclives a intentarlo; la causa más sobresaliente tanto en hombres y mujeres era la depresión. Sin embargo, por razones del propio estudio nos centramos en los varones.

En un intento por disminuir los suicidios en varones por depresión, afirmamos que en México se necesitan nuevas alternativas para prevenir la depresión; por lo que presentamos como hipótesis: Las Redes de Apoyo Social.

La razón principal estriba en que la Depresión al ser catalogada como un problema de salud mental, requiere como se señaló en párrafos anteriores, de la identificación oportuna de los problemas y de la **participación activa de la colectividad**, es en este punto donde interviene la Red de Apoyo Social, concebido el **apoyo** como el grado en que un individuo necesita encontrar el afecto, aprobación, pertenencia y seguridad en otros; el **apoyo social** está más enfocado a las funciones de las interacciones y relaciones sociales.



Así el objetivo de prevención de una Red de Apoyo Social, será evitar la ocurrencia de la depresión mediante acciones que interrumpan la cadena de casos conocidos (depresión) y con ello limitar sus consecuencias tales como el suicidio. Las formas de prevención sería la Intervención primaria, que tiene que ver con la identificación del problema y la prevención secundaria, una vez que un individuo presente depresión e ideas o pensamientos suicidas, que la Red de Apoyo Social sea capaz de intervenir, evitando un suicidio.

Para proponer como tesis las Redes de Apoyo Social, revisamos algunas teorías de diversos autores en relación, con las crisis que atraviesa el hombre en edad adulta, con el fin de situar al lector, en la etapa en la que principalmente ocurren los suicidios en los varones. Algunas de esas teorías son: el Modelo Organicista, Mecanicista y Contextual, la Teoría de las Etapas de Havighurts y Levinson, el Desarrollo Psicosocial de Erikson, los Sistemas Ecológicos de Bronfenbrenner; tanto la teoría de Erikson como la de Bronfenbrenner son de relevancia para el análisis de la presente investigación.

Además para un mayor soporte teórico se revisaron estudios tales como: el estudio de Grant, de Gold, los cuales fueron considerados dado que ambos presentan una alternativa de enfoque social, la cual sirvió para comprender mejor al varón, parte medular de esta investigación.

Por otro lado, analizamos lo referente a la depresión, la diferencia entre duelo y melancolía, causas, sintomatología, clasificación y epidemiología, con el objetivo de tener la pauta para entender mejor al varón que padece esta enfermedad, estudiamos además como una consecuencia de la depresión, entre varias causales, el suicidio.

Cabe hacer mención que el enfoque de esta tesis es clínico-social, debido a que se considero al varón como un individuo biopsicosocial; social, ya que se trata de que el psicólogo intervenga en el entorno del varón, con el fin de lograr que lo apoyen las personas que se encuentran de alguna forma involucradas con él. El enfoque clínico, se da en el momento en que interviene el psicólogo con la propuesta de Redes de Apoyo



Social, como una nueva modalidad terapéutica para prevenir la depresión en varones y con ello disminuir los índices de suicidio.

Por lo tanto, el papel del psicólogo deberá ser:

- Identificar el problema, es decir, las crisis por la que atraviesa el hombre.
- Reconocer los Factores de Riesgo en el varón.
- Formar una Red de Apoyo Social entorno al varón.

El rol del psicólogo en las Redes de Apoyo Social, será prevenir a nivel primario y secundario, la depresión, considerando el tipo de problemática y las particularidades de cada caso; la hipótesis principal es que la prevención afectará los estilos de vida de una manera tal, que evitará los riesgos de presentar depresión y protegerá a los varones en las vicisitudes de la vida, para no ver afectado su desarrollo pleno.



CAPÍTULO I

DESARROLLO PSICOLÓGICO EN LA ADULTEZ



1.1 DEFINICIÓN DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

El desarrollo psicológico es un proceso complejo y rico, lleno de interrogantes y retos, es producto de muchas tendencias, la combinación de lo biológico y lo cultural, del pensamiento y del sentimiento. El proceso principia con la concepción y termina con la muerte (Craig, 1989)

Neugarten en 1969, señala que es indispensable conocer todas las etapas del desarrollo, ya que la explicación de la conducta del adulto se funda en el conocimiento del desarrollo del niño, también el estudio del desarrollo del niño se enriquece si se comprende todo el potencial de la edad adulta (Craig, 1989)

A lo largo de la historia de la humanidad han ido cambiando las actitudes ante el desarrollo humano. En la Edad Media, por ejemplo, los adultos europeos ignoraban en general el estadio de la niñez; para ellos los niños eran infantes hasta los 6 o 7 años. Después de esa edad se les consideraba pequeños adultos y participaban en las conversaciones, juegos, música, comida y otras actividades y diversiones propias de los adultos (Aries, 1962; Plumb, 1971 citados en Craig)

La adolescencia tiene su origen en el siglo XVIII, XIX y a principios del siglo XX, la lenta transición de la niñez a la edad adulta es un fenómeno moderno, en las civilizaciones "primitivas", el periodo del cambio es más condensado, los niños tienen que pasar por un rito de transición, como lo llaman los antropólogos. (Craig, 1989)

La necesidad de un periodo de transición es admitida socialmente, la pubertad a parecía entre los 15 y 16 años, la transición social de joven a adulto era seguida muy de cerca por los cambios físicos. Actualmente en algunos países industrializados, hay un intervalo de varios años entre la madurez biológica y la transición social a la edad adulta. (Craig, 1989)



La adolescencia comienza con la pubertad, que es el proceso que conduce a la madurez sexual, es un proceso que no sólo presenta cambios físicos, sino sociales y emocionales que no dependen únicamente de la edad cronológica. (Hinostroza, C; Quijada, Y., 2003)

De acuerdo con la Teoría de Eric Erikson, la principal tarea de esta etapa de la vida es resolver el conflicto de la identidad versus la confusión de la identidad para poder convertirse en un adulto que pueda cumplir un rol en la vida, para construirla, el yo organiza las habilidades, las necesidades y los deseos de la persona para adaptarlos a las exigencias de la sociedad. (Hinostroza, C; Quijada, Y., 2003)

El desarrollo designa los cambios que con el tiempo ocurren en la estructura, pensamiento o comportamiento de una persona, a causa de los factores biológicos y ambientales, casi siempre estos cambios son progresivos y acumulativos, dando origen a un aumento del tamaño del cuerpo, a una mayor complejidad de la actividad y a una integración creciente de la organización y función.

El desarrollo prosigue a lo largo de toda la vida, en la adultez los cambios que se operan provienen fundamentalmente de factores socioculturales, no de funciones corporales ni de operaciones intelectuales. Los hitos sociales y las exigencias culturales de la adolescencia alteran los patrones conductuales establecidos en el periodo de la adolescencia y requieren otros nuevos; en la adultez se deben tomar decisiones. (Craig, 1989)

Algunas teorías acerca del desarrollo psicológico en la adultez se verá en los siguientes capítulos.



1.2 TEORÍAS PSICOSOCIALES DEL DESARROLLO

MODELO ORGANICISTA, MECANICISTA Y CONTEXTUAL

El modelo organicista se centra en el despliegue del comportamiento, el cual se da en función del programa genético, subraya la importancia de la experiencia y sostiene que todo comportamiento es susceptible de aprenderse, los autores iniciales fueron John Watson y B.F. Skinner, los cuales predominaron en el siglo XX, sin embargo, en el decenio de 1970-1979, se descubrieron semillas de cambio en los teóricos del aprendizaje social como Albert Bandura (Citado en Hansen, 2003), quien abandona el enfoque mecanicista extremo para reconocer la influencia de fuerzas tanto internas como externas en el desarrollo.

Pero no sólo la genética interviene en el desarrollo del individuo, tal como lo explicaba Bandura sino que, el modelo contextual reconoce la función que desempeñan tanto la naturaleza como la crianza en el desarrollo y destaca la índole recíproca de esta interacción.

Otra perspectiva es la que propone Urie Bronfenbrenner (Citado en Hansen, 2003), con su modelo ecológico, el cual enfatiza directamente el contexto del desarrollo.

Este tipo de modelo se consideró dado que el hombre es un individuo biopsicosocial y que de ninguna forma se puede deslindar el aspecto genético. Como ejemplo. Se cita el estudio realizado con gemelos monocigóticos y dicigóticos, en el Instituto Nacional de Perinatología acerca de la relación entre depresión e intentos suicidas, concluyeron que en la actualidad el gen candidato para el intento suicida es el gen de la triptofano hidroxilasa (TPH), la cual es la enzima estimada como limitante de las vías metabólicas para la serotonina. (III Congreso Internacional de Tanatología y Suicidio)



TEORÍA DE LOS SISTEMAS ECOLÓGICOS DE BRONFENBRENNER

Bronfenbrenner percibe al individuo como un sistema muy complejo en el que los elementos biológicos, cognitivos, emocionales y sociales están fuertemente entrelazados; la psicología del desarrollo, afirma que debe pasar de un estudio fragmentario de variables al estudio del organismo vivo como sistema. El empleo de término de ecología (como la ciencia que estudia las relaciones entre los organismos y sus entornos) reconoce las aportaciones de los antecedentes biogénéticos del individuo y al mismo tiempo, hace hincapié en su interacción con un contexto ambiental. La teoría de Bronfenbrenner es la suma de varios trabajos de autores como Kurt Lewin, Roger Barker, Herb Wright y Paul Gump, el cual señala que el núcleo del modelo ecológico está la interacción medular entre la persona y el ambiente. (Hansen, 2003)

La ecología del desarrollo humano consiste en el estudio de la adaptación mutua y progresiva entre un ser humano en crecimiento activo y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en la medida en que estos procesos se ven influidos por las relaciones entre estos entornos y por los contextos más amplios a los que dichos entornos están incorporados.

MODELOS DE LOS SISTEMAS:

El individuo participa en las interacciones directas con valores y actitudes (la ideología) que dominan la cultura. Al individuo se le percibe como un elemento en un sistema complejo de relaciones recíprocas.

La teoría de los sistemas ecológicos también incorporan el principio fundamental de Jean Piaget en el sentido de que destaca que el individuo es conductor activo de la realidad. El planteamiento de Bronfenbrenner es fenomenológico debido a que subraya que lo importante es la realidad según la percibe el individuo, la investigación ecológica debe abordar el estudio del ambiente desde la óptica de la persona que lo percibe, desde de vista del sujeto.



Bronfenbrenner conceptúa el ambiente como una serie de estructuras anidadas, cada una de las cuales están contenidas dentro de la siguiente y forma parte del todo, en cuyo centro se halla el individuo, en concreto, se trata del microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema.

El microsistema es el nivel más interno del ambiente, en los que interactúa directamente la persona en desarrollo con personas y objetos, los principales elementos son: actividades, funciones y relaciones a las que se entrega la persona. Las relaciones entre dos personas o diadas, constituyen los componentes básicos de la estructura social y son de naturaleza recíproca, las relaciones diádicas de apoyo positivas mejoran la calidad de las interacciones entre los demás en el sistema.

El mesosistema está compuesto por relaciones entre los entornos en que participa el individuo, representa las interacciones entre los microsistemas, por ejemplo, la capacidad de un individuo para funcionar activamente en el trabajo se ve influida por los vínculos entre el trabajo y el hogar; por lo tanto, la relación entre ellos y los efectos que ejercen entre sí son parte del mesosistema, la tensión y el conflicto en casa probablemente minen el desempeño en el trabajo, en tanto si existe armonía y apoyo en el hogar el rendimiento laboral quizá mejore.

Como el mesosistema es un sistema constituido por microsistemas, siempre que el individuo asume una nueva función y entra en entornos asociados con ésta, el mesosistema crece, la terminación de funciones reduce en correspondencia al mesosistema, tales cambios en las funciones y en los contextos asociados se conocen como transiciones ecológicas y ocurren durante todo el ciclo vital.

Bronfenbrenner identifica el hogar y el trabajo como los escenarios clave en la edad adulta.

El exosistema está formado por entornos en los que los individuos no participan en forma activa, pero que influyen en los microsistemas en los que sí actúan.



El macrosistema representan las opiniones y los valores ampliamente compartidos que determinan la organización de los grupos étnicos o incluso sociedades completas, el macrosistema sirve como una especie de programa, de manera que dentro de un determinado grupo social o sociedad, el microsistema, mesosistema y exosistema tienden a ser similares.

Para Bronfenbrenner, el concepto de rol social es importante para entender las diferencias individuales en el comportamiento, un **rol social** se define como un conjunto de actividades y relaciones que se esperan de una persona que ocupa una determinada posición social y de los otros en relación con esa persona. El rol no sólo rige el comportamiento de la persona, sino que también dicta la conducta de los demás hacia ese individuo, estas expectativas de rol se establecen en el plano del macrosistema, lo que refleja las opiniones y los valores predominantes sobre la forma en que se deben organizar las relaciones y las empresas humanas.

La teoría de los sistemas de Bronfenbrenner, es muy importante debido a que para la presente investigación se considera al hombre como ente social, es decir, como un individuo inmerso en la sociedad y que sea esta la pauta para afianzar una red de apoyo social que le permita superar las crisis que se presentan a lo largo del ciclo vital, además el modelo de los sistemas, es semejante de acuerdo al análisis elaborado a la red de apoyo social, la cual se señalará más adelante.

TEORÍA DE LAS ETAPAS

La teoría de las etapas señala que hay secuencias universales de cambio, entre los ejemplos conocidos de teorías de etapas se hallan las de Gesell, Piaget, Freud, Erikson, Havighurts y Levinson. Las teorías de las etapas suelen ser de naturaleza organicista, ya que atribuyen el cambio a un programa genético innato que rige de la misma manera el desarrollo en los integrantes individuales de las especies (aunque también reconocen, en varios grados, la función del ambiente) estos periodos también se perciben como secuenciales, de modo que es necesaria la consecución exitosa de una etapa para pasar



en forma exitosa a la siguiente, en tanto que la imposibilidad de resolver problemas o adquirir habilidades en una fase más elemental mina el éxito en las posteriores.

La versión moderna de la teoría de las etapas se remonta a la teoría psicoanalítica propuesta por Sigmund Freud (1856-1939), Freud describió el desarrollo psicosexual de los niños como el avance progresivo por cinco etapas fijas y universales, cuya naturaleza es acentuadamente biológica. El principal énfasis lo puso en el lapso que cubre los primeros 5 o 6 años de vida, percibía a la edad adulta como una mera recreación de la experiencia temprana y no como un periodo del desarrollo continuo.

Jean Piaget (1896-1980), Psicólogo suizo, formuló una teoría integrante y compleja, su principal enfoque se centra en que el hombre es racional, activo, alerta y competente, no se limita a recibir información sino que además la procesa, es decir, no sólo responde ante los estímulos, sino también les confiere estructura y significado. El hombre adulto situado en las Etapas del Desarrollo Mental, se encontraría en las Operaciones Formales, cuya edad abarca de los 12 años en adelante, es en esta etapa que el individuo explora soluciones lógicas de conceptos abstractos y concretos. (Craig, 1989)

Carl Jung (1875-1961) amplía el concepto de etapas del desarrollo adulto, su concepción del ciclo vital se centra principalmente en la segunda mitad de la vida, que considera dominada por una pulsión hacia la iluminación de sí mismo. (Hansen, 2003)

Por su parte, la teoría de Erik Erikson (1902, 1968) se considera contextual, cuyo acento pone en la interacción entre el individuo y la sociedad y además, es la primera teoría verdadera sobre las etapas del ciclo vital.

ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE ERIKSON

El enfoque de Erikson es el desarrollo del ego, la parte de sí mismo que interactúa en el mundo real y con éste, merced a procesos cognitivos como la percepción, el razonamiento y el recuerdo. El ego evoluciona a través de una serie de ocho etapas dispuestas en forma jerárquica y universal, cada una de las cuales se caracteriza por una



crisis psicosocial o momento decisivo, cuyo proceso está regido por un plan preestablecido, en el cual cada fase sucesiva es desencadenada por desarrollos psicológicos internos, lo mismo que expectativas de rol y sociales externas. Las etapas describen en esencia el desarrollo de facetas diferentes de identidad del individuo en relación con el mundo social, la teoría se basa en el principio epigenético, idea según la cual las partes dan lugar al todo.

Al individuo se le percibe durante el ciclo vital como un organismo biológico, social y psicológico, cada fase se ve influida por experiencias específicas de etapas anteriores y se basa en ellas, dando más peso al contexto sociocultural e histórico que la de Freud.

En su teoría Erikson propone que el desarrollo consiste en la resolución progresiva e inevitable de los conflictos entre las necesidades y las exigencias sociales (Craig, 1989). Cada una de las ocho etapas de Erikson se centra en una crisis psicosocial que ocurre durante el ciclo vital, el término de crisis está enfocado en el sentido que le daban los griegos ("krisis"), como un desafío o un momento decisivo en el cual hay al mismo tiempo, peligros y oportunidades, es un momento crucial. Cada etapa plantea en función de dos modos alternos de abordar el desafío del entorno, uno de adaptación y otro de desadaptación. El éxito o el fracaso dependen de las experiencias ocurridas en etapas anteriores y de la situación de vida actual, en el caso de los adultos jóvenes que han desarrollado un sentido del sí mismo claramente articulado e integral (una identidad), deben estar en posibilidades sostener una mayor intimidad, proximidad y compromiso con los demás. El desarrollo se describe como un proceso continuo, que sólo termina con la muerte.

ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL (ERIKSON, 1950)

Confianza en comparación con desconfianza (Del nacimiento al primer año de vida). La calidad del cuidado de los padres para satisfacer las necesidades físicas y psicológicas básicas determina en buena medida si el niño aprende a ver el mundo y a la gente como segura y digna de confianza.



Autonomía en comparación con duda (edad de 1 a 3 años). Las respuestas de los padres a las crecientes capacidades físicas y mentales de los niños y su necesidad de hacer las cosas por sí mismos, produce un sentido de autocontrol y autosuficiencia o de duda personal.

Iniciativa en comparación con culpa (edad de 3 a 6 años). Los niños a los que se les da oportunidades de iniciar actividades motrices o intelectuales aprenden a ser emprendedores, capaces de planear y ser responsables. Los padres poco sensibles y burlones fomentan la culpa.

Industriosidad en comparación con inferioridad (edad de 6 a 11 años). Niños a quienes se alienta a hacer, construir y realizar cosas y a quienes en recompensa por sus esfuerzos desarrollan habilidades lo mismo que orgullo en la consecución y se vuelven productivos y orientados al logro. La falta de oportunidades y apoyo, lo mismo que las críticas, generan sentimientos de inferioridad.

Identidad en comparación con confusión de roles (adolescencia: los primeros años). Los adolescentes deben servirse de sus capacidades cognitivas recién desarrolladas para cultivar un sentido coherente del sí mismo, que integre las experiencias pasadas con la dirección para futuros roles como adultos.

Intimidad en comparación con aislamiento (adultez: edad de 20 a 30 años). Los adultos jóvenes deben desarrollar la capacidad de compartir con otros y cuidar de ellos, sin temor a perder su propia identidad. La alternativa es quedarse solo. Esta crisis es de sumo interés para el tema en cuestión, debido a que se basa en la edad adulta y porque el hombre al sentirse aislado, puede presentar depresión y al no tener una red de apoyo social, puede presentar ideas suicidas; una de sus explicaciones se encuentran en la perspectiva teórica de esta crisis, expuesta por Erikson, es que en este punto tanto hombres como mujeres, tratan de resolver de la mejor forma esta crisis; sólo que la mujer tiende por su propia naturaleza a crear lazos, incluso con otras mujeres de intimidad; sucede lo contrario en algunos hombres, cuando no se resuelve de la mejor



manera esta crisis, tienden a aislarse, y en situaciones que demandan sacrificios y compromisos personales, no saben la mejor manera de afrontarlo.

Una explicación más detallada de esta crisis es la siguiente: el conflicto central del desarrollo es el de intimidad frente a aislamiento, en la etapa de adultez. Intimidad para Erikson, es el compartir el yo con otra persona de uno u otro sexo, sin miedo a perder la propia identidad. Cuando los adultos resuelven con éxito el conflicto, son capaces de comprometerse en una relación que exija sacrificio y compromiso. Son capaces de amar a otra persona de modo más o menos desinteresado. Si el aislamiento domina la intimidad, sus relaciones emocionales serán frías y poco espontáneas sin existir un verdadero intercambio emocional. Una persona no puede entablar relaciones sexuales sin desarrollar la intimidad, especialmente si el hombre o la mujer temen la fricción emocional que supone una relación comprometida, cuando este patrón de relaciones sexuales sin afecto caracteriza la vida de una persona, pueden sentirse aislados.

A medida que los adultos jóvenes resuelven las demandas con frecuencia conflictivas, de la intimidad, la competencia y la distancia, desarrollan el sentido ético que Erikson considera la característica de la edad adulta. Puesto que solo en esta etapa puede darse la "verdadera genitalidad", pues hasta ahora la vida sexual de las personas ha estado dominada por la búsqueda de su propia identidad o por "tensiones fálicas o vaginales, que convierten la vida sexual en una especie de lucha genital". (Craig, 1989)

Erikson (1968) finalmente señala que la principal tarea psicosocial del adulto es el logro de la intimidad. "La intimidad incluye la capacidad de experimentar una relación abierta, sustentadora y tierna con otra persona, sin temor a perder la propia identidad en el proceso de la creciente cercanía" (Newman y Newman, 1984. pág. 384)

Generatividad en comparación con estancamiento (edad adulta media: edad de 40 a 65 años). El interés por las generaciones futuras y el legado que uno dejará tras de sí lo marca el comienzo de una conciencia creciente de la mortalidad a la mitad de la vida. Quienes fracasan en esta tarea permanecen enfocados en sus propias necesidades y deseos.



Integridad en comparación con desesperación (edad adulta tardía a muerte). La integridad alude a la capacidad para mirar en retrospectiva la propia vida y percibirla como algo satisfactorio y significativo. También supone una aceptación a la muerte. Quienes se desesperan al ver su vida como insatisfactoria, tienen grandes remordimientos, sienten que el tiempo descarta cualquier tentativa de cambio y le temen a la muerte. (Craig, 1989; Hansen, 2003)

Whitbourne, Zuschlag, Elliot y Waterman en 1992 realizaron un estudio secuencial a gran escala sobre tres cohortes de hombres y mujeres de 20 a 42 años de edad, utilizando un instrumento de medición eriksoniano del desarrollo psicosocial. Hallaron amplio sustento para la teoría de Erikson, pero al mismo tiempo sus datos señalan que la secuencia de desarrollo y el programa temporal que propuso para las etapas 1 a 8 pueden ser más variables entre los individuos, influidos por sus circunstancias de vida y ambiente social.

La teoría de Erikson es sin duda, un pilar en el desarrollo de esta tesis, debido a que pone de relieve la crisis psicológica que antecede a la descripción de otras crisis que se verán a lo largo del capítulo y que giran alrededor del varón.

ESTACIONES DE LA VIDA DE UN HOMBRE, DE ACUERDO A LEVINSON

Levinson (1986) considera claramente que la edad adulta no puede entenderse tomando prestado de modelos de desarrollo infantil: señala que la edad adulta posee su propio carácter distintivo y debe ser estudiada por derecho propio, no sólo como una extrapolación de la niñez (Hansen, 2003), construye su teoría basándose en el desarrollo psicosocial de Erikson. Describe el desarrollo del Varón desde aproximadamente 17 años hasta la madurez, poniendo de relieve una secuencia ordenada entre fases estables y transitorias (Craig, 1989).



La investigación que culminaría en el libro de Levinson sobre el desarrollo adulto masculino empezó en 1966 y fue motivada por intereses tanto académicos como personales; inicialmente considero la década de los 35 a los 45 años, sin embargo, posteriormente realizó un estudio más amplio tomando en cuenta la adolescencia tardía a finales de la quinta década de vida (de los 40 a los 50 años), el estudio se basaba en construir las historias de vida de los participantes y cuyo objetivo era ofrecer una perspectiva del desarrollo masculino en la edad adulta.

La muestra constó de 40 varones, que en ese entonces tenían entre 35 a 45 años, nacidos entre 1923 y 1934, eran trabajadores a destajo en la industria, ejecutivos empresariales, biólogos universitarios y novelistas, todos nacidos en EUA, se habían casado por lo menos una vez. Diferiendo en los demás aspectos, como: instrucción, raza, religión, estado civil, condición socioeconómica, etc. Levinson y colaboradores también recurrieron a una muestra secundaria de personajes históricos y de ficción. (Craig, 1989; Hansen, 2003)

Levinson, identificó tres etapas fundamentales en el ciclo del hombre, con un periodo de duración de 20 años cada etapa. Durante cada etapa, la persona construye una "estructura de vida"; este es el patrón fundamental de la vida de la persona, que sirve como límite y como mediador entre la personalidad y la sociedad. La estructura vital se compone principalmente por las relaciones de la persona con el mundo exterior, incluyendo lo que cada individuo obtiene y debe aportar en cada relación. Las relaciones pueden ser con individuos, grupos, sistemas y aún con objetos. (Craig, 1989)

Levinson señala que para la mayoría de los hombres las relaciones de trabajo y de familia son fundamentales. A edades específicas, las personas comienzan a hacerse preguntas respecto a la estructura vital existente. Entonces constituirán una nueva estructura de vida, de acuerdo con las necesidades del momento, esta estructura dominará durante el periodo estable de funcionamiento hasta que nuevamente el individuo sienta la necesidad de cambio y vuelva a comenzar el proceso.



De acuerdo a Levinson, para ingresar plenamente en la adultez, el joven debe dominar cuatro aspectos fundamentales del desarrollo:

1. Definir un sueño: Al inicio de la fase del noviciado, el sueño no es claramente ligado a la realidad. El aspecto central del sueño consiste en su capacidad de inspirar la actividad presente. En teoría el joven empieza a estructurar su vida adulta en formas realistas y optimistas que contribuye a realizar un sueño. Levinson se encuentra convencido de que quienes luchan por cumplir alguna versión del sueño, tienen mayores probabilidades de lograr un sentido de realización.
2. Encontrar a un mentor. En la realización de un sueño, un mentor puede representar una gran ayuda, ya que le da seguridad a sí mismo el compartir y aprobar el sueño, al enseñar las destrezas y la sabiduría.
3. Hacerse de carrera. Además de hacerse de un sueño y conseguir un mentor, el joven afronta también un complejo proceso psicosocial en la adquisición de una carrera.
4. Establecer la intimidad. La formación de relaciones familiares íntimas no comienza ni termina con los eventos "demarcadores" del matrimonio y el nacimiento del primer hijo.

El enfoque de Levinson es psicosocial, es decir, trataba de describir la participación del individuo en el mundo social externo y el significado de esa participación para el sí mismo adulto. El método empleado se denominó estudio de Levinson, el cual consistió en realizar entrevistas exhaustivas con un seguimiento posterior de dos años. (Hansen, 2003)

Los resultados ofrecen una visión estructural detallada del desarrollo de la edad adulta compuesta por épocas y periodos que siguen una secuencia universal, aunque no jerárquica, señala que los segmentos del ciclo vital están ligados a la edad, y en general sólo varían por dos años en cualquier dirección. (Hansen, 2003)



Levinson explica que el ciclo vital se compone por una secuencia de épocas; cada época del desarrollo tiene una duración de cerca de 25 años, cuenta con su propia naturaleza biopsicosocial.

El cambio se concreta durante una prolongada y compleja transición de una época a otra, la cual normalmente dura cerca de cinco años y representa un momento decisivo fundamentalmente en el ciclo vital. Las épocas y transiciones están ligadas a edades promedio bien definidas, con un rango de más o menos dos años. (Hansen, 2003)

Es así como la época preadulta se extiende desde la concepción hasta los 22 años de edad aproximadamente, y termina cuando el individuo se vuelve independiente y comienza a asumir su lugar en el mundo de las responsabilidades adultas. La edad adulta temprana dura de los 17 a los 45 años, es durante este periodo que el individuo persigue las principales metas de la vida y se hacen elecciones cruciales respecto a la ocupación, la familia y el estilo de vida.

La transición de la mitad de la vida es la que mayor atención recibe en el estudio de Levinson, dado que en su núcleo se halla la experiencia de la propia mortalidad, en lo que respecta a la edad adulta temprana e intermedia, la transición representa un cambio significativo, Levinson, Jung, Neugarten y finalmente David Gutmann, hablan de la transición contrasexual que ocurre al reducirse las exigencias de la paternidad activa, por lo común a la mitad de la vida, este cambio no es debido a la edad, sino más bien a una modificación estructural en la familia y el rol paterno. Durante el periodo de paternidad, los hombres permiten que surjan cualidades sensibles y tiernas y se orientan más hacia las relaciones, en tanto que las mujeres adoptan algunas de las cualidades competitivas y encauzadas al logro característico de los varones.

En cada época, el individuo pasa de una fase de noviciado a una de culminación, así que durante un periodo de transición, la persona ha logrado las tareas de la época anterior y experimenta una sensación de dominio y competencia mientras que al mismo tiempo se siente insegura en lo que respecta a las tareas de la nueva época.



Cada época está compuesta de periodos del desarrollo más específicos, los periodos estables por lo general duran entre 5 y 7 años, 10 a lo sumo y consisten en hacer elecciones clave sobre la clase de existencia que se desea vivir durante ese periodo, establecer prioridades y perseguir metas acordes con ellas, que posteriormente se volverán inadecuadas y dado lo cual, conduce a un periodo de transición, durante la cual el hombre reevalúa las elecciones que ha hecho, reafirma algunas, explora opciones y persigue nuevas posibilidades. Levinson le da el mismo peso los periodos tanto de constitución de estructuras (estables), así como las de modificación estructural (de transición).

Levinson menciona la estructura vital como el concepto clave que surge de su investigación, representa la pauta o el diseño subyacente de la vida de una persona en un determinado momento. La estructura vital está compuesta por importantes ámbitos de elección y compromiso (roles y actividades sociales que lo acompañan), los cuales representan la relación que el individuo ha optado por sostener con la sociedad.

La naturaleza del sí mismo y el contexto de la vida del individuo moldean la evolución de la estructura vital, por tanto, Levinson destaca la interacción recíproca de la persona y el ambiente, la importancia del contexto social en el desarrollo, la estructura vital en los periodos de desarrollo ya descritos.

TAREAS DEL DESARROLLO, DE ACUERDO A HAVIGHURTS

Robert Havighurts (1953) propuso un modelo de etapas sobre el desarrollo durante el ciclo vital basado en el concepto de tareas del desarrollo, dicho modelo está conceptualizado, como un logro importante exigido a un individuo en un determinado momento de la vida; se relaciona con la satisfacción y el éxito de ese y futuros periodos.



TAREAS DEL DESARROLLO SEGÚN HAVIGHURTS (1953)

Edad adulta temprana (18 a 35 años)

- Elegir pareja
- Aprender a vivir con el cónyuge
- Iniciar una familia
- Criar a los hijos
- Manejar la casa
- Empezar una ocupación
- Asumir una responsabilidad cívica
- Hallar un grupo social en el que se sienta a gusto

Edad intermedia (35-60 años)

- Realizar una responsabilidad adulta, cívica y social
- Establecer y mantener un estándar económico de vida
- Ayudar a los hijos adolescentes a convertirse en adultos responsables y dichosos
- Relacionarse con el cónyuge como persona
- Aprender a aceptar y adaptarse a los cambios fisiológicos de la mediana edad
- Adaptarse al envejecimiento de los padres

Vida Tardía (60 a más años)

- Adaptarse a la disminución de la fuerza física
- Adaptarse a la jubilación y a la disminución de ingresos
- Adaptarse a la muerte del cónyuge
- Establecer una afiliación explícita con el propio grupo de edad
- Cumplir obligaciones sociales y cívicas
- Establecer disposiciones de vida satisfactorias



MODELOS DE LOS RASGOS: CINCO FACTORES DE PERSONALIDAD

Robert MacCrae y Paul Costa (1990) ofrecen una visión alterna del desarrollo en la edad adulta, el modelo de los cinco factores (MCF) de la personalidad se basa en cinco rasgos generales y duraderos que, según consideran, moldean el proceso de envejecimiento y el curso de la vida del individuo; dichos factores son neuroticismo, extroversión, apertura, agradabilidad y conciencia.

Los autores antes mencionados, consideran que en algún momento entre los 20 y los 30 años de edad, en los individuos hay una configuración de rasgos que los caracterizarán en los años por venir, desde la óptica del psicólogo orientado a los rasgos, la edad adulta comienza en ese momento.

McCrae y Costa definen los rasgos psicológicos como: dimensiones de las diferencias individuales en las tendencias a mostrar pautas constantes de pensamientos, sentimientos y acciones; la palabra dimensiones señala que a las personas puede clasificárselas con base en los rasgos que posean, la mayoría de la gente posee el rasgo en un grado moderado y pocas personas muestran manifestaciones extremas; cuanto más de un rasgo tenga una persona, más probable será que el individuo manifieste los comportamientos asociados con él, aunque el comportamiento se ve modificado, desde luego, por las expectativas de rol social, el contexto inmediato, el estado de ánimo y los hábitos adquiridos, por lo tanto, los rasgos representan tendencias o predisposiciones a comportarse en cierta forma, pero no son los únicos determinantes de la conducta, por último, se supone están basados aunque parcialmente en la genética.

Definición de los cinco factores:

- Neuroticismo.-Relacionado con la probabilidad de que un individuo experimente emociones desagradables y perturbadoras, como ansiedad, hostilidad, inseguridad y culpa, pensamientos y acciones correspondientes.
- Extroversión.- Pertenece a las preferencias de interacción y actividad social.
- Apertura.- alude a la receptividad de un individuo a nuevas ideas y experiencias.



- Agradabilidad.- Representa el grado de compasión, bondad, cooperación y motivación para evitar un conflicto que muestra una persona.
- Conciencia.- Se relaciona con autodisciplina, organización, ambición y logro.

Los cinco factores descritos por McCrae y Costa representan aspectos generales de la personalidad y ofrecen evidencias convincentes de que los rasgos de la personalidad, como se describen en el modelo de los cinco factores, permanecen estables de una situación a otra y durante el ciclo vital.

Otros investigadores estudian rasgos únicos, el autoconcepto se describe como una teoría del sí mismo que elabora el individuo, la adaptación exitosa al ambiente exige supervisar de manera constante la información sobre el sí mismo y la eficacia de diversos comportamientos. Gorrell (1990), apunta que como los individuos elaboran sus propias opiniones sobre su persona, son las fuentes fundamentales de cambio en el autoconcepto, se percibe así que las modificaciones en el autoconcepto se originan en el individuo, con base en la evaluación de la información pertinente para el sí mismo.

Como señala Harter (1988) una de las necesidades más elementales del individuo consiste en mantener la unidad y la coherencia del sistema conceptual que define al sí mismo, si el autoconcepto del individuo se viera sacudido constantemente por los diversos altibajos de la vida cotidiana, cualquier sensación del sí mismo se haría añicos.

Noam (1988) señala que el sí mismo parece ser más volátil o fluido en ciertos periodos de la vida, son periodos de transición que dan la oportunidad de un cambio en la organización o una aceleración en el desarrollo. Surgen nuevos roles que traen consigo nuevas experiencias y relaciones, una de las transiciones más significativas es el de la adolescencia a la edad adulta, una transición que se percibe como una especie de suceso equilibrador natural o crisis en los términos de Erikson, que el individuo puede emplear como catalizador para la exploración, para hacer nuevas elecciones y establecer compromisos y para reorganizar el sí mismo.



La creciente estabilidad que se percibe con la edad se relaciona con una mayor estabilidad en el contexto social, conforme las personas establecen relaciones y se afianzan profesionalmente.

Finalmente las investigaciones señalan que algunos aspectos del sí mismo (sobre todo, ciertos rasgos de la personalidad y determinados aspectos medulares del autoconcepto) son relativamente estables, en tanto que otros, menos importantes, se modifican. Es más probable que el cambio suceda durante periodos de transición y en respuesta a modificaciones en el contexto sociocultural e histórico, en general, el sí mismo se vuelve más estable con el tiempo, tal vez como resultado de procesos cognitivos y también en función de una estabilización de las circunstancias de la vida. Cada etapa de la vida posee su propio tempo, ritmo y estado de ánimo, ligadas a todas las demás merced a temas que se repiten, cada uno de los cuales se retrabaja y modifica en cada etapa (Hansen, 2003).

ESTUDIO DE GRANT

Consistió desde 1938, en que un grupo de 268 estudiantes de Harvard de 18 años, era sometido a pruebas, entrevistas y análisis en un proyecto de desarrollo que con el tiempo llegó a ser conocido como el nombre de "Estudio de Grant" (Vaillant, 1977). El objetivo era investigar acerca del porque unos hombres tenían éxito en la vida adulta y porque otros fracasan. Los estudiantes de Harvard habían sido recomendados por sus condiscípulos y cuyos requisitos eran que tuvieran excelente salud, seguridad en sí mismos, estuvieran orientados al logro y de gran estabilidad.

El estudio consistió en la aplicación de pruebas y entrevistas durante 20 horas, mientras asistían a la Universidad. Se les calificó en 25 rasgos de la personalidad; los investigadores reunieron detallados historiales de la familia de cada sujeto, una vez graduados, los sujetos llenaron los cuestionarios a intervalos periódicos.



Los investigadores confiaban demostrar la existencia de una relación del adolescente vivaz, extrovertido y altruista con el hombre prospero y bien adaptado. Los datos fueron que los estudiantes gregarios e idealistas no tenían más probabilidades de triunfar que los tímidos y reservados.

Los resultados obtenidos era que el éxito de la adultez fue compartido con los perfiles de la adolescencia. Por otro lado, el estudio identificó, los estilos eficaces de enfrentamiento y los mecanismos de defensa, en especial la represión, proyección y sublimación. Tales mecanismos fueron estudiados no como procesos patológicos sino como respuestas idóneas y fecundas ante los problemas y crisis.

De acuerdo con Vaillant, estos mecanismos cumplían cinco importantes funciones en la vida del adulto:

- Refrenar las emociones manteniéndolas dentro de los límites aceptables en los momentos de gran estrés psíquico, como cuando se pierde a un ser querido.
- Conservar la estabilidad al canalizar los impulsos biológicos.
- Permitir ajustes en la autoimagen tras cambios de gran importancia; por ejemplo, una promoción o una intervención quirúrgica mayor.
- Resolver los conflictos dentro de los círculos íntimos.
- Racionalizar los grandes conflictos recurriendo a los dictados de la conciencia, como puede ser matar en tiempo de guerra.

La adaptación más eficaz encontrada en este estudio fue la sublimación. En ella el sujeto dirige la energía proveniente de la ansiedad y sus impulsos inaceptables hacia metas correctas, en vez de reprimirlos o proyectarlos hacia otra persona. Todos los mecanismos de defensa, sin excluir la represión, ni la proyección, ayudan al ego a sobrevivir e incluso a progresar en la adversidad.

Vaillant interpretó los datos de Grant como los soportes de los estudios del desarrollo de Erikson. Al igual que lo llevaron a sugerir dos modificaciones a la teoría psicosocial;



primero sugirió que había un periodo relativo de reposo intersíquico que va del establecimiento de la confianza al comienzo de la productividad. Vaillant le dio como nombre a este estadio *consolidación de la carrera*, debido a que el individuo se enfocaba sobre el aprendizaje y en el establecimiento de un trabajo y en sostener a su familia. Una vez que se ha establecido la profesión, la persona puede regresar a su aspectos de identidad-productividad.

Por otro lado, también introdujo una etapa que ocurre más tarde, hacia mediana edad, entre las etapas de productividad y de la integridad del ego. Esta etapa está marcada por el conflicto de mantener la significación contra la rigidez.

ESTUDIO DE GOLD

Roger L. Gol dedujo que el desarrollo del adulto progresa a través de una serie de transformaciones, en cada una de ellas, la gente reformula los conceptos que tienen de sí mismos, se enfrentan a sus ilusiones infantiles y resuelven conflictos. (Craig, 1989)

El estudio de Gold, cuyo enfoque era más cognoscitivo, se centraba en las ideas, mitos, visión del mundo durante los diferentes periodos de los adultos. Los jóvenes adultos pasan por cuatro fases, la primera empieza a finales de la adolescencia y dura hasta los 22 años, las personas forjan una identidad y se separan del mundo de sus padres, una vez que han establecido su autonomía, pasan a la segunda, en la que se proponen alcanzar sus metas. (Craig, 1989)

Gold señala que entre los 28 y los 34 años pasan una etapa transitoria, en la que se cuestionan algunas de sus metas anteriores y evalúan de nuevo su matrimonio. Alrededor de los 35 años su descontento se hace más profundo y agudiza al darse cuenta de que se aproxima a la mediana edad. La vida puede parecer dolorosa, difícil e incierta, durante este inestable periodo, que dura aproximadamente hasta los 43 años, algunos pueden romper con el entramado de sus vidas y volver a recomponerlos de nuevo de otra forma.



Los estudios de Gould (1978) referentes a los adultos incluyeron hombres y mujeres, los sujetos que eligió no eran representativos. Gould y sus colegas examinaron exhaustivamente las historias de un numeroso grupo que oscilaba entre las edades de 16 y 60 años. Basándose en esos perfiles extrajeron las concepciones del mundo que caracteriza a las diferentes etapas del adulto. Para Gould el crecimiento, es un proceso que consiste en excluir las ilusiones infantiles y las suponen falsas sustrayéndolas por la seguridad en sí mismo y la autoaceptación.

Entre los 16 y los 22 años, la principal suposición falsa que es preciso eliminar sería: "Siempre perteneceré a mis padres y creeré en su mundo", para penetrar y desechar tal ilusión, los adultos jóvenes necesitan construir una identidad de adultos que sus padres no pueden controlar ni dominar. Sin embargo, su sentido del yo aún es frágil y la duda de sí mismo muy sensibles a las críticas.

Los adultos jóvenes también empiezan a ver en sus padres personas imperfectas y falibles, no las fuerzas todo poderosas que los controlaban antes. Entre los 22 y 28 años los adultos jóvenes hacen otra suposición falsa que refleja dudas constantes acerca de su autosuficiencia. "Si hago las cosas como mis padres lo quieren, con fuerza y perseverancias, tendré éxito en la vida. Si me siento frustrado, confundido, cansado y simplemente incapaz de afrontar la vida, estarán a mi lado para mostrarme el camino correcto", para combatir esa convicción, el adulto joven debe aceptar la plena responsabilidad de su vida, renunciando a la esperanza de una ayuda constante de los padres. Para ello, se requiere mucho más que desligarse del dominio del padre o de la madre; se necesita construcción activa y positiva de una vida adulta. La agresión vuelve a ser canalizada hacia el mundo de los adultos y no hacia los agravios pasados.



Gould descubrió que el mundo predominante del pensamiento durante este periodo progresa de intuiciones intermitentes a las perseverancia, la disciplina, la experimentación controlada y la orientación hacia metas.

En opiniones de Gould, en el periodo de 28 a 34 años, se da una importante transición a las actitudes propias del adulto. Incluso aquellos que han realizado sus ambiciones de jóvenes todavía tiene un poco de duda, confusión y depresión durante este periodo y pueden empezar a poner en tela de juicio los valores que les sirvieron para conquistar la independencia de sus padres.

El crecimiento en este periodo exige romper con las rígidas expectativas de los veinte a los treinta y adherir una actitud más razonable, los individuos que pasan por este periodo dejan de creer en lo mágico y empiezan a cultivar los valores, intereses y cualidades que permanecerán y se desarrollarán a lo largo de la vida adulta.

Las teorías de las etapas de la vida ayudan a entender el desarrollo del adulto, pero no hay que interpretarlas con rigidez, debido a que primero las etapas de la adultez tienden a oscurecer la estabilidad de la personalidad, a lo largo de la edad adulta; segunda, las teorías prestan poca atención a la predicibilidad de los eventos de la vida (Neugarten, 1979); tercero, hasta hoy la mayoría de los sujetos de esas teorías han sido hombres y gran parte de la investigación se ha centrado en algún tipo de edad.

Los estudios acerca de hombres, de autores como Gold, Havighurts, Grant, McCrae y Levinson, se consideraron debido a que aún no se tiene un acervo documental en cuanto al estudio del género masculino, los estudios realizados dan la pauta para una mejor comprensión de lo que es el hombre y todo lo referente al mismo.

A manera de conclusión, todas y cada una de las teorías y estudios expuestos, son relevantes dado que consideran de alguna forma al hombre, el entorno, las circunstancias que son inherentes al mismo, etc.; Debido a lo anterior, el enfoque de esta investigación será tomando en cuenta las teorías y estudios antes descritos, dado que son pautas que ayudan a entender con más claridad la etapa de adultez.



1.3 PROCESOS COGNITIVOS Y SOCIALES EN LA EDAD ADULTA

La edad adulta se identifica debido a que en la mayor parte de las personas los procesos cognitivos se encuentran en la cima de su desarrollo. La capacidad de reaccionar frente a los cambios y de conseguir una adaptación a las nuevas condiciones, es también signo de madurez. Sin embargo, ese es sólo un esbozo de la edad adulta. La resolución positiva de las contradicciones y dificultades constituye la base de la actividad del adulto (Datan y Ginsberg, 1975 citados en Hansen, 2003), es decir, de la resolución de las crisis que se presentan en esta etapa.

Para tener más elementos que permitan entender al hombre en este rango de edad, se tratará de examinar varias perspectivas teóricas, que muestren los procesos por los que atraviesa el hombre, tanto individualmente como en grupo.

PROCESOS COGNITIVOS

Ashcraft, 1989, tomando en cuenta el Ciclo Vital, dada la insatisfacción del conductismo, define a la psicología cognitiva, como la rama de la psicología basada en el estudio científico de las actividades y los procesos mentales, lo que constituye en la actualidad uno de los más importantes campos para la investigación, de tal modo, que la cognición alude a los procesos y las actividades mentales empleados para percibir, recordar, pensar, y el acto de incurrir a esos procesos. (Hansen, 2003)

Existen cuatro modelos de la psicología cognitiva, los cuales serán descritos a continuación:

- **Modelo Organicista.** Piaget es el representante cognitivo más conocido de la perspectiva organicista, en este modelo, se considera que el desarrollo cognitivo atraviesa por una serie de pasos secuenciales y universales, ligadas a la edad y dictadas genéticamente, en el cual cada etapa representa un cambio cualitativo en la capacidad cognitiva; por lo tanto, la fuente del desarrollo es, en consecuencia,



principalmente interna, percibido como un elemento entregado activamente a construir conocimientos y adaptarse al ambiente.

- **Modelo Mecanicista.** Los seguidores de este enfoque, consideran que el ambiente determina el desarrollo cognitivo individual, inicialmente se basaron en el conductismo, en el trabajo de Pavlov, Watson y Skinner, señalando que el cambio cognitivo es indiferente a la edad y que su naturaleza es cuantitativa, posteriormente en 1977 Bandura y otros autores, modificaron tal concepción reconociendo cierta participación cognitiva activa de parte del individuo.
- **Modelo Contextual.** Representado por Baltes, Dittman-Kohli, Dixon y Vygotsky, (Citados en Hansen, 2003), conciben el desarrollo cognitivo como resultado de una interacción compleja y recíproca entre la naturaleza genética del individuo y las diversas capas del entorno social, cultural e histórico; para fines prácticos este modelo es la base de la presente tesis, dado que integra elementos importantes de los dos primeros modelos y al mismo tiempo amplía el entendimiento de la compleja interacción que se da entre estas influencias, se citaron los modelos anteriores, debido a que son el antecedente al modelo contextual, y que por supuesto tienen que ver con el desarrollo del individuo y su ciclo vital.
- **Modelo psicométrico.** De este modelo sólo se considera la definición de la psicometría, que consiste en usar pruebas para medir características psicológicas, tal como la inteligencia, nodo esencial de los procesos cognitivos, por razones prácticas se define en función de las pruebas que lo miden, lo cual hace referencia a las habilidades académicas que se necesitan para tener un mejor desempeño, evalúa capacidad verbal y matemática, pero no la creatividad. Las pruebas psicométricas miden sólo algunos aspectos de la cognición, sin embargo, han demostrado ser de utilidad en las investigaciones y también en los ámbitos clínicos para diagnosticar el grado de deterioro cognitivo.

Berg y Sternberg en 1992 señalan que la inteligencia consiste en la actividad mental relacionada con el hecho de adaptarse exitosamente al propio entorno; que tiene que ver con la capacidad del individuo al seleccionar los estilos de afrontamiento adecuados para superar crisis que se presentan en esta etapa del desarrollo. Las condiciones presentes y las fuerzas que operan durante la vida de un individuo influyen en el desarrollo cognitivo,



lo mismo que en todos los aspectos del desarrollo, de tal manera que, dependiendo del contexto histórico, el grado y el curso del desarrollo intelectual puede variar.

El desarrollo y sobre todo el cognitivo, no termina en una determinada edad, por lo tanto, en cada etapa, pueden surgir nuevas posibilidades, es decir, en todo el ciclo vital, el desarrollo supone crecimiento y deterioro, lo que significa que es susceptible de modificarse, con base en las condiciones de vida y las experiencias.

Es importante considerar las diferencias individuales y que la mayor parte de las capacidades alcanzan su máximo a la mitad de la vida; quizá es importante también tomar en cuenta, las aseveraciones de Cattell (1963) y Horn (1982) que concibieron una teoría psicométrica de la inteligencia, la cual consiste en dos conjuntos importantes de capacidades (Craig, 1989):

1. Inteligencia Fluida, Botwinick comenta que es considerada como la capacidad heredada para pensar y razonar (mecánica) y que aunque recibe la influencia de la experiencia, depende más del estado del cerebro.
2. Inteligencia Cristalizada. Es pragmática, es decir, consiste en los conocimientos acumulados, información adquirida y almacenada durante toda la vida de experiencias y la aplicación de habilidades y conocimientos a la resolución de problemas, se encuentra basada en la cultura (Baltes 1997, citado en Craig, 1989)

La acumulación de conocimientos (inteligencia cristalizada o pragmática) continúa relativamente inalterada por la edad, en tanto que la capacidad de procesamiento (inteligencia fluida o mecánica) mengua ligeramente, por tanto, en los individuos, el ritmo y la pauta de cambio varían de una capacidad cognitiva a otra, en los individuos saludables, el deterioro cognitivo suele ser de menor magnitud, al menos hasta la edad adulta tardía; por lo demás, el desempeño es especialmente bueno en los entornos familiares.



Los estados emocionales, tales como la **depresión** y el estrés se correlacionan negativamente con los procesos cognitivos, Arbuckle *et al.*, 1992, afirman que los efectos de la depresión pueden ser tan profundos que llegan a confundirse con la demencia. Investigaciones señalan que tanto la depresión como el estrés pueden sobrecargar e interferir en los recursos del procesamiento de información del individuo.

En resumen, los procesos cognitivos son importantes de ser considerados, debido a que el hombre cuando inicia un episodio depresivo, no lo demuestra tan abiertamente, por el rol que juega socialmente, sin embargo, el malestar del varón puede observarse en la disminución de sus procesos cognitivos tales como: Mala captación de estímulos, dificultad para la evocación (memoria), atención baja en general, problemas de comunicación (comprensión) y pensamiento lento.

PROCESOS SOCIALES: SOCIALIZACIÓN MASCULINA

El comportamiento masculino, como cualquier otro comportamiento, está influido por tres grandes grupos de factores (Keijzer, B., 1994):

Factores constitucionales: Caracterizan a la gente en lo individual, algunos son de índole orgasmística y los fundamentales se derivan de la herencia, es el equipo biológico con el que se nace, dentro de este tipo de factores se encuentran aquellos contemplados por Carl Jung, los aspectos intrapsíquicos, los cuales son universales y pueden ser culturales, este autor los cataloga como el inconsciente colectivo: el más importante abordar, es el sueño del amor eterno, esa necesidad de encontrar una alma gemela y aunque para muchos hombres es negado este amor, sin embargo en la fantasía lo tienen así como en el inconsciente. Muchas depresiones en el hombre pueden ser debidas a la soledad, a esa falta de apoyo, falta de una compañera que le entienda y que lo provea de sus carencias, falta de ese amor introyectado desde sus orígenes, en etapas de crisis muy posiblemente el hombre sienta melancolía por ese ideal de amor, por esa falta de sensación de completud, además de que para el hombre, lo masculino está rodeado de objetos, cosas que tienen importancia psicológica para él, el trabajo es un objeto, así como el carro, los miembros de la familia, son objetos, pero no porque sean cosas sino



porque tienen importancia para el hombre, de tal manera que si no hay un equilibrio en su vida y si no hay una red fuerte que le permita sostenerlo, es decir, que pueda llenar ese vacío, difícilmente superará la etapa de crisis, lo que puede ocasionar en él depresión y con ello presentar ideas suicidas. Por supuesto no sólo estas situaciones ocasionan la depresión en el hombre, ésto es, sólo un bosquejo de una milésima parte que deberá ser tomada en cuenta para prevenir la depresión en varones. (González, N. 1987)

Factores del Desarrollo: Se consideran aquellos factores que evolucionan en diferente forma en cada sujeto, traen consigo, actitudes, pensamientos, sentimientos únicos, porque se desarrollan en un determinado ambiente, es decir, se encuentran determinados cultural y psicosexualmente.

Factores Situacionales: La sociedad influye mucho en los hombres y hay una serie de premisas, de frases que frenan el desarrollo masculino, tales como los hombres no lloran, etc. La cultura inhibe en alguna forma está característica masculina, colaborando con ello, las mujeres que se empeñan en manejar la doble moral: si lloran parecen mujeres, sin saber que también ellas son devaluadas en este tenor, por eso es que las mujeres son más confiadas en mostrar sus sentimientos, a fin de cuentas ese es el papel que les han enseñado para desempeñar en la vida, mientras que los varones son más desconfiados al mostrar ternura, nobleza, porque tienen miedo de que al mostrar todas esos "sentimientos" sean percibidos como debilidad, signo femenino, la sociedad no les ayuda favorecer la masculinidad, el hombre esta hecho para obrar y pensar y no para mostrar afectos o escuchar su intuición, en resumen el hombre tenderá a reprimir parte de su personalidad, rompiendo su flexibilidad y mirando con malos ojos sus pulsiones instintivas profundas y sus arquetipos, que reprimirá tanto como pueda, a menos que no las considere indignas de sí.



De tal manera que el principal significado de la vida adulta es social, un individuo no puede declararse adulto si no es percibido como tal en la sociedad, inevitablemente la percepción de la otra persona con respecto de sí mismo, será el reflejo de una persona madura, racional y responsable. (Keijzer, B., 1994)

Un punto importante al momento de convertirse en adulto es el proceso de socialización que le acompaña. La socialización consiste en aprender y adoptar normas, valores, expectativas y roles sociales requeridos por un grupo particular; que preparan a una persona para vivir en compañía de los demás. Consiste en preparar a la gente para realizar ciertas tareas, por ejemplo, escoger una profesión o la decisión de casarse o seguir soltero. Las personas aprenden a convertirse en un miembro de un grupo social, ya sea de la familia, la comunidad o una tribu, el hecho de pertenecer a un grupo implica reconocer y realizar las expectativas sociales de otros, este proceso de socialización obliga al individuo a afrontar situaciones nuevas, que lo lleva a reaprender o aprender algo nuevo en anticipación de una tarea o un rol, que se requieren por cambios de roles, transferencias ocupacionales, cambios en la estructura familiar, etc.

La conversión en adulto requiere completar de manera exitosa una serie de tareas del desarrollo, que surgen en cierto periodo de la vida del individuo y cuyo cumplimiento exitoso lo lleva a la felicidad y al éxito en tareas posteriores; el incumplimiento ocasionaría todo lo contrario como la desaprobación de la sociedad y la dificultad para cumplir tareas posteriores (Havighurts, 1972). Cada sociedad culturalmente define las tareas que deben ser cumplidas y la edad en que deben ser llevadas a cabo. Una vez que las tareas son cumplidas, el individuo puede entrar en otro período o fase de la vida.

Los procesos de socialización son aquellos en los que niños, niñas, adolescentes y adultos van aprendiendo e incorporando roles, valores, actitudes, formas de pensamiento, percepción y acción que socialmente son calificadas como masculinas o femeninas, estos procesos de socialización pueden ser formales e informales. Los primeros son aquellos que se adquieren a través de la educación, la familia, etc. Mientras que los segundos son los que se adquieren a través de los amigos, juegos, etc.



Cada una de las perspectivas teóricas muestran las etapas del desarrollo humano, lo cual es importante para entender la base sobre la cual se constituye esta tesis.

El tema central se basa en la manera en cómo el hombre vive su entorno, cómo lo entiende y como enfrenta las demandas de éste, en momentos de crisis.

Una de estas crisis para los jóvenes adultos es realizar un compromiso ocupacional, tales como: elegir una carrera, terminar su educación, ingresar al mundo laboral, obtener destreza en el trabajo y alcanzar la independencia económica. El éxito profesional brinda un sentido de satisfacción y valor, un trabajo del que se disfrute, lo que contribuye a la felicidad personal y agrega significado a la vida.

Para el hombre convertirse en adulto, es llevar a cabo acciones que representan para él autonomía, tales como separarse de sus padres, pero más que lograr la separación física es lograr la autonomía emocional, la tarea en sí de separarse de sus padres es romper los vínculos emocionales de dependencia que han sido formados y reorientados sobre la base de la equidad, de adulto a adulto. La separación les proporciona cuando menos la oportunidad de convertirse en una persona única. Ya que convertirse en adulto supone integrar varios aspectos de la identidad, resolver conflictos entre ellos y desarrollar una personalidad plena (Craig, 1989).

El adulto debe desarrollar la capacidad para tolerar las tensiones y frustraciones, estas últimas deben reconocerse como parte de la vida y ser superadas o aceptadas sin hostilidad y agresión desmedidas. La capacidad para controlar las emociones es una prueba del grado de madurez logrado

Uno de los modelos, es el que señala Benno de Keijzer en 1994, el cual explica el proceso de socialización en los hombres:



El modelo hegemónico de masculinidad

- Se presenta como el modelo único y acabado de lo masculino, el modelo deseable, el que subordina a las otras posibles formas de ser hombre.
- Tiene una alta definición y clara división de lo que es masculino y lo que es femenino atravesando prácticamente todos los ámbitos de la vida, ámbitos tan diversos como los colores, la ropa, los gustos, la división de trabajo, el uso del tiempo libre y muchos otros comportamientos.
- Estas diferencias aparecen como estructurales o esenciales a hombre y mujeres y no como socialmente construidas.
- Se construyen y transmiten a través de las distintas **redes de apoyo sociales** e instituciones: la familia, la escuela, los amigos, el ámbito laboral, los medios de comunicación.
- Sirven para discriminar y subordinar a la mujer y a otros hombres que no se adaptan a la norma.

Dentro de este modelo, la masculinidad misma tiene características dominantes que sirven de referencia para los procesos de socialización genérica, según el modelo algunas de estas características son:

- La fortaleza, no sólo física, sino mental, emocional, sexual (vigor), llevado a un extremo se concibe la violencia como intrínseca al varón. Esto va en oposición a la "debilidad" femenina en los mismos ámbitos: menor fuerza, menor inteligencia y mayor fragilidad y pasividad en lo sexual, en lo emocional hay muchos listos a reconocer ámbitos de mayor fortaleza en las mujeres.
- Una mayor independencia y autonomía con respecto a la mujer que se plantea como dependiente tanto en lo económico como en lo emocional.
- La valentía (ante el deporte o el peligro, más no tanto ante el dolor físico y la enfermedad), una valentía que lo puede llevar a riesgos y a conductas temerarias, en oposición a la mujer en la casa, calculadora de riesgos.



- La racionalidad y la seguridad del hombre versus la emotividad y la inseguridad femenina que la llevan a "necesitar" siempre algún hombre protector.
- El papel de productor y proveedor de los más débiles, en especial mujeres y niños versus el rol más doméstico de la mujer en los espacios de reproducción.
- Sexualmente viril, potente, agresivo, con iniciativa; a diferencia de la actitud reservada o contenida de la mujer.
- Es preferible que sea enojón e incluso violento (sepa defenderse) a que sea temeroso y chillón, cualidades que son más bien femeninas.
- El papel de jefe, de tomador de decisiones, de director por todos los atributos antes mencionados.

La masculinidad no se conforma solamente con respecto a diferencias con el modelo femenino. El contraste se establece no sólo con respecto a la mujer sino con respecto a otros hombres que no se ajustan al modelo y que sirven de referentes amenazantes y cuestionantes de la masculinidad: el maricón, el mandilón, el impotente, el pendejo y el agachado.

Ámbitos de Socialización

Los ámbitos de socialización más importantes para el hombre en comparación con la mujer son:

Familia: Donde se reproducen una serie de valores y prácticas que tienden a conformar aspectos generalmente diferenciados como:

- La identificación con (o rechazo a) los roles masculino y femenino de los padres, hermanos y otros familiares.
- El desarrollo o no de la independencia, la autoestima.
- La valoración o desvalorización del género propio y el complementario, visto generalmente como el opuesto.
- El desarrollo del lenguaje y del juego (diferenciado).
- La incorporación de tareas domésticas o extradomésticas.



- El aprendizaje de las relaciones de autoridad, dominio y sumisión.
- La incorporación de pautas con respecto a la sexualidad.
- La incorporación de "marcos teóricos" que respalden la diferenciación a partir de la tradición, la religión, los propios procesos familiares.
- La incorporación de la superioridad masculina y la negación de los problemas del hombre.
- El fomento de cierto tipo de emociones y conductas como la agresividad y la inhibición de otras como la expresión del miedo o la tristeza.
- El desarrollo diferencial de potencialidades a partir de aspectos como una nutrición distinta o las posibilidades y apoyo para acudir a la escuela.
- La incorporación de funciones diferenciales como el servicio a los varones (en la mujer) y la responsabilidad sobre las mujeres (en el hombre).

Escuela: Esté ámbito es esencial debido a que muchos procesos son estimulados desde el contacto con el maestro y, quizás con mayor intensidad a partir de la relación con otros alumnos / as, el tránsito por la escuela suele caracterizarse por:

- El contacto con una pedagogía sexista explícita y/o implícita que se articula a la pedagogía clasista en donde se apremia a los/las más destacados.
- La conformación de grupos o redes del mismo sexo o mixtas que desarrollan relaciones de afecto, apoyo, competencia, conflicto, discriminación vinculados a las relaciones de género.
- Es característico en la escuela primaria se de una ruptura de géneros entre niños y niñas en termino de valores, tipo de juego, uso del tiempo, como si la identificación de género tuviese que pasar por esta polarización/rechazo al género contrario (heterofobia).
- La escuela significa para el varón ciertas "pruebas" de su masculinidad: la iniciación en el deporte, generalmente brusco, el contacto con y en el desarrollo del liderazgo, la forma de enfrentar conflictos ("a la salida"), los primeros acercamientos a adicciones como el cigarro y a las mujeres desde los códigos muy utilitarios y centrados en lo sexual.



Calle: Dicho ámbito se imbrica con los de la familia y la escuela, este tipo de ámbito tiene una variabilidad considerable dependiendo del tipo y zona de la ciudad de que se trate y el tipo de vivienda (vecindad, departamento, casa). En el campo desaparece o se transforma ubicándose en otros espacios: la tienda del río, por ejemplo. En este caso en la versión clásica urbana:

- Se tejen redes de amistad, apoyo, pero también de conflicto entre niños y jóvenes en grupos que suelen ser sólo de hombres.
- Se constituye un espacio de juego: aquí la mayor autonomía masculina provoca sus primeras víctimas a través de los accidentes, comúnmente por atropellamiento.
- Es un territorio para la socialización en torno a la violencia y la delincuencia.
- Se empieza a dar la socialización intergeneracional (noviazgo y amistad).

Trabajo: Es importante aún antes de que el varón se incorpore a las labores productivas, se anticipa un panorama desde una edad muy temprana y se va incorporando en forma a partir de tareas domésticas y extradomésticas que contrastan con el futuro trabajo femenino. Esta función es central en la socialización masculina puesto que se sigue reproduciendo la imagen del varón como proveedor único y principal de su futura familia, esto está siendo cuestionado por el desarrollo de la economía y la progresiva incorporación femenina al mercado del trabajo y el consecuente aumento de desempleo y subempleo masculino los cuales tienen un efecto demoledor para la autoimagen masculina. En el ámbito del trabajo se dan:

- La posibilidad (en franca disminución) de que el niño se vincule y conozca el desempeño paterno en su trabajo.
- Las relaciones de poder entre los trabajadores y en relación con la estructura patronal.
- La relación con ciertos riesgos y proceso de trabajo (sobrecarga física o mental, horarios, tóxicos, etc.).
- La presencia, el uso o rechazo masculino de ciertas medidas de seguridad.



- Cuando desaparece este ámbito y se da la jubilación, y hombre pierde lo que frecuentemente es su única función social (proveer) y la principal red de relaciones, ya que progresivamente se ha distanciado de la red familiar.

Los espacios masculinos de recreación, empiezan desde:

- La fiesta familiar y vecinal donde siempre a instancias masculinas tiene que estar el "invitado que no podía faltar". En estos espacios se introduce al niño (que no a la niña) a probadas de cerveza "para que se vaya haciendo hombrecito".
- El bar/cantina es otro espacio privilegiado de socialización.
- Los espacios deportivos, sobre todo en torno al fútbol que luego pueden (suelen) continuarse con el espacio anterior.
- El prostíbulo constituye el primer ejercicio de la sexualidad en el ámbito urbano, siendo desplazado por otros espacios actualmente donde las primeras relaciones sexuales se da con adolescentes.

Existen otros ejes que conforman y se cruzan con los antes mencionados y que pueden tener pesos diferenciales:

- La religión: cuya presencia suele ser menos importante en el hombre adulto comparado con la mujer, pero que en la infancia suele ser el eje central.
- La participación en espacios donde se relaciona con el poder político: comités, organizaciones y partidos.
- El papel de los medios de comunicación que ofertan modelos diversos de masculinidad y donde son especialmente atractivos los tipo Marlboro y Schwarzenegger, como lo fueron Pedro Infante y Jorge Negrete.

En todos los ámbitos en los que se observa la socialización del hombre, no destaca la socialización con respecto al autocuidado, al reconocimiento del lenguaje del cuerpo, al diagnóstico temprano, al tratamiento oportuno y completo de afecciones o síntomas, ni hablar de los cambios de estilos de vida con una actitud preventiva de los riesgos mortales más comunes en la vida adulta.



Sin embargo, la socialización masculina tiene elementos de valor como positivos, tales como una mayor autonomía y permisividad. Las experiencias de algunos hombres respecto a su socialización despiertan la inquietud por reconocer y profundizar en lo que pasa entre los hombres y a los hombres, con la certidumbre de que no son el punto más alto de la creación y que, aunque gozan de cuotas mayores de poder en la sociedad, está cuota tiene su precio, la cual se paga en términos de enfermedad y muerte.

En todos los periodos de la vida adulta, los conflictos que aparecen son una recapitulación de los problemas existentes durante la primera parte de la vida. La atención se centra en la toma de decisiones, tales como elección de profesión, vida personal, etc. Los conflictos causan en el individuo estados afectivos de duración considerable, que proporcionan los impulsos dinámicos motivadores, es así como los afectos sirven como señal o función que pone en alerta al Yo. Por lo tanto, el individuo piensa, según la naturaleza y la intensidad de sus estados de ánimo.

Las crisis de vida a menudo llevan a la persona a presentar distintos estados de ánimo, entre ellos, la depresión, cuyas raíces se encuentran en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales, tal vez en la ambivalencia inconsciente y en la hostilidad con impulsos agresivos y rencorosos, dirigidos hacia personas que son el objeto de dicha agresión. (Kolb, Lawrence; 1985) En los hombres es menos evidente la depresión, sin embargo, se encuentra latente y muchas ocasiones, al no encontrar una red de apoyo social que los sostenga; se produce una mayor depresión, hasta llevarlos a atentar contra su vida.



1.4 CRISIS EN EL GÉNERO MASCULINO

La historia de la construcción de los géneros, se remonta al establecimiento del patriarcado como necesidad económica de heredar al varón primogénito, es decir, cuando el autoritarismo ha establecido la jerarquía del género masculino sobre el femenino y ha establecido la primacía biológica del hombre sobre la debilidad, también supuestamente biológica, de la mujer. (Reich, 1985)

En la construcción de género, la sociedad refuerza y prohíbe diferencialmente ciertas conductas: al tiempo que consciente y fomenta el papel agresivo del hombre, repudia la acción agresiva de la mujer, valorando su capacidad de sufrir y de ser víctima. De la misma manera, fuerza a la mujer a reprimir determinadas potencialidades: actividad, autonomía y creatividad, por ejemplo, y en los hombres la ternura, solidaridad y la capacidad de intimidad, entre otras.

La atmósfera de crisis que en general rodea a los paradigmas científicos en los últimos años ha tenido sus efectos también sobre la noción de género. El criterio de determinismo estricto, los postulados de simplicidad, los supuestos de causalidad lineal, constituyen algunos de los fundamentos que están cuestionando actualmente las disciplinas con que se opera para explicar y debatir las problemáticas del género masculino. (Burin, M; Meler, I. 2000).

Las características de lo que es ser hombre se va introyectando en el psiquismo hasta formar parte del sentido de identidad y de la estructura del carácter. Al igual que la estructura caracterológica, estas particularidades se enraizan emocionalmente, sólo que dentro del sentido de identidad de la persona, de tal forma que cualquier cambio que atente contra la identidad de género, atenta con el sentido de integridad y es vivido con intensa angustia, es justo entonces que aparece la crisis en los varones. (Reich, 1985)



Está angustia, en forma de despersonalización, explica el por qué de la resistencia del cambio en hombres y mujeres en lo que respecta a las características de los géneros y el por qué de los esfuerzos sobrehumanos que todos hacen para cumplir con las funciones asignadas al propio rol. (Fernández, 1988)

Concepto de Género

El concepto de papel de género fue establecido por John Money en 1955, para describir el conjunto de conductas atribuidas a los varones y las mujeres, en tanto que Robert Stoller en 1968, estableció la diferencia conceptual entre sexo y género, señalando que el sexo queda determinado por la diferencia sexual inscrita en el cuerpo, mientras que el género se relaciona con los significados que cada sociedad le atribuye. De acuerdo a Gomariz los estudios de género, son las significaciones atribuidas al hecho de ser varón o ser mujer en cada cultura y en cada sujeto. (Burín, M; Meler, Irene 2000).

Desde el punto de vista descriptivo, los modos de pensar, sentir y comportarse de ambos géneros, más que tener una base natural e invariable, se deben a construcciones sociales y familiares asignadas de manera diferenciada a mujeres y a hombres, el género es definido como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y a hombres; tal diferenciación es producto de un largo proceso histórico de construcción social, que no sólo produce diferencias entre los géneros femenino y masculino, sino que, a la vez, estas diferencias implican desigualdades y jerarquías entre ambos.

El género como categoría de análisis tiene como características las siguientes:

1. Siempre es racional, no aparece de forma aislada sino marcando su conexión, es decir, pone énfasis en que las relaciones entre hombres y mujeres, son de poder, se trata de dominación; la mayoría de los estudios se han centrado en la predominancia del ejercicio del poder de los efectos en el género femenino y el poder racional y económico en el género masculino.



2. Como construcción histórico- social, Pastor en 1994, señala que el discurso histórico ha implicado relaciones de subordinación en las significaciones del género, con un peso muy importante otorgado a instituciones tales como la religión, los criterios médicos y científicos y los aparatos jurídicos.

Es importante señalar que los estudios del género masculino, surgen a partir de los estudios de la mujer, por las condiciones de vida opresiva, de exclusión y discriminación del campo social hacia ellas; sin embargo, a medida que se avanza en las investigaciones acerca del género femenino, los hombres han ido interrogándose y reflexionando sobre sus propias condiciones de vida, ampliando el campo de los estudios de género masculino.

En los años ochenta comenzó a perfilarse una corriente más abarcadora e incluyente que buscaba nuevas formas de construcciones de sentido, tratando de avanzar en las relaciones entre mujeres y varones, con lo cual surgieron los estudios de género. De forma paralela un número aún reducido de hombres comenzó a cuestionarse a cerca de la condición masculina, algunos de los cuales dan la pauta para la "nueva masculinidad".

Esta nueva masculinidad supone ofrecer nuevas construcciones de sentido para que hombres y mujeres perciban su masculinidad y su femineidad, para reconstruir los vínculos entre ellos, en términos que no sean discriminatorios ni opresivos, sino basado en el análisis de los conflictos, de los nuevos vínculos entre los géneros lo que contribuirá a establecer condiciones de vida más justas y equitativas para ambos.

Investigadoras como Nancy Fraser, Linda Nicholson y otras autoras del libro *Feminismo/Posmodernismo*, en 1992 coinciden en postular algunas articulaciones hacia la construcción de un feminismo posmoderno, ahí también es que señalan algunos estudios actuales sobre la masculinidad, las cuales sugieren que:

- Los estudios de género masculino han hecho suyas las premisas iniciales del feminismo de que "lo personal es político" y procuran comprender con esos mismos parámetros la subjetividad masculina.



- Acerca de las crisis de representaciones sociales es aquella como sujetos proveedores económicos de la clásica familia nuclear.

Los problemas de identidad de género que han surgido, se dan cuando los sujetos varones han incorporado a su subjetividad modos de ser, de pensarse y de sentirse que responden a la identidad masculina de género, se coloca a los sujetos del mismo género dentro de posiciones superior/inferior, dominador/dominado, reproduciendo las relaciones de poder en el interior del mismo género. En el caso del género masculino, el malestar de los varones como efecto de las relaciones de poder intergénero e intragénero implicadas en la cultura patriarcal ha llevado a que los aportes que se puedan tener apunten a transformar tales relaciones de poder en vínculos cuya humanidad depende de otros valores, como la solidaridad, equidad, justicia y cuidados de los otros y no sólo debido a cuestiones centradas en las necesidades y los intereses de los grupos involucrados.

Crisis en el Género Masculino

El hombre al empezar a cuestionar acerca de su identidad entra en crisis, en relación con la subjetividad, el concepto de crisis consiste en el sentimiento de ruptura de una condición de equilibrio anterior, acompañada de una sensación subjetiva de padecimiento, además de comprender la posibilidad de ubicarse como sujeto activo, crítico, de aquel equilibrio anterior.

La Revolución Tecnológica marca la pauta para que hombre entre en crisis, por las posiciones subjetivas y genéricas de varones y mujeres y por las configuraciones histórico-sociales y político-económicas, es que se comienza a generar estudios académicos sobre la masculinidad y otros de repercusión popular, con intentos de denunciar y destituir los modelos tradicionales instituidos, en los años ochenta y aún en los noventa la condición masculina pasa a ser un problema a enfrentar, en medio de un periodo de incertidumbre cargado de angustia, se da la puesta en crisis de un eje constitutivo de la subjetividad masculina a partir de la modernidad; el ejercicio del rol de género como proveedor económico dentro del contexto de la familia nuclear y sus efectos



concomitantes, la pérdida de un área significativa de poder del género masculino y las nuevas configuraciones en las relaciones de poder entre los géneros.

La clase, raza, orientación sexual se han convertido en factores de diferenciación masculina, por lo que en los estudios de género actuales se habla de masculinidades. Pierre Bourdieu en 1990 señala, que ser hombre de entrada es hallarse en una posición que implica poder, mediante tales principios, la diferencia se percibe según criterios atributivos dicotómicos: más / menos, mejor / peor, mucho / poco, con su correlato implícito, las jerarquías en la diferencias de género.

Michael Kimmel, señala que se ha puesto en evidencia el género, incluyendo al masculino, el cual es uno de los pilares sobre el cual se constituye la subjetividad, en el caso de los hombres la masculinidad se ha construido socialmente alrededor de un eje básico: la cuestión de poder, a tal punto que la definición de masculinidad es estar en el poder.

Actualmente, los hombres que comparte esa creencia se sienten sin poder para vivir las vidas plenas y ricas que les marcaron como derecho desde el nacimiento, además de que los hombres contemporáneos son menos vivaces y activos, porque no se han separado adecuadamente de su madre. La ausencia de padres en el hogar, la desaparición de los sistemas de aprendizaje en medio de un entorno masculinizante significa que los hombres han aprendido el significado de la masculinidad desde las mujeres, en particular de sus propias madres, es decir, el problema es que los hombres han tenido una separación incompleta. En una cultura patriarcal, quienes tienen las principales fuentes de poder siguen siendo los hombres, aunque algunos posean menor poder que otros. Kimmel sugiere que se maneje como el feminismo, en primero plano que haya una transformación interpersonal, permitiendo al hombre desarrollar un mayor número de emociones y en un segundo plano haya una transformación institucional, en las que hombres y mujeres se integren en la vida pública como iguales.



Elizabeth Badinter, afirma que se destacan varios criterios acerca de la masculinidad: se rechaza la idea de una masculinidad única, hegemónica, lo cual implica que no existe un modelo masculino universal, válido para cualquier lugar y época, sino diversidad de masculinidades; que la masculinidad no constituye una esencia, sino una ideología que tiende a justificar la dominación masculina, además que la masculinidad se aprende, se construye y por lo tanto, también se puede cambiar. Lo que se debate es la crisis en las representaciones sociales sobre la masculinidad afirmada en la dominación masculina.

Luis Bonino Méndez en 1997 a partir del modelo de ideal masculino que describen Déborah David y Robert Brannon, propuso un esquema sobre la construcción de la masculinidad tradicional y las premisas necesarias para su construcción, de acuerdo a Bonino a partir del ideal social y subjetivo fundante de la masculinidad, el ideal de autosuficiencia, que requiere el posicionamiento social y subjetivo de dominio y control.

IDEALES DE GÉNERO MASCULINO TRADICIONALES



PILAR 1

Hipótesis: La masculinidad se construye por desidentificación de lo femenino.

NA DA DE FEMININO

PILAR 2

Hipótesis: La masculinidad se valoriza por identificación con el padre.

SER UNA PERSONA IMPORTANTE

PILAR 4

Hipótesis: La masculinidad se construye en la lucha o rivalidad contra el padre.

SER UN HOMBRE DURO

PILAR 3

Hipótesis: La masculinidad se construye sobre la base de la violencia.

MANDAR A TODOS AL DIABLO



IDEAL DEL GÉNERO MASCULINO INNOVADOR



En el cuadro antes mencionado, se observan los pilares donde se afirma la masculinidad, además de que se infieren el tipo de trastornos subjetivos predominantes; en el pilar 1 los trastornos subjetivos serán acordes con la evitación de toda semejanza con los rasgos típicamente femeninos, tales como la emocionalidad y la pasividad.

En el pilar 2, los trastornos de la subjetividad serán derivados del sentimiento de fracaso, de la búsqueda imperativa del éxito, para Bonino ser hombre se sostiene a través de la superioridad sobre otras personas, la competitividad y la posición socioeconómica. En el pilar 3, los rasgos de la subjetividad enfatizarán la polaridad agresividad/timidez y audacia/cobardía, la hombría depende de la agresividad y la audacia y se expresa a través de la fuerza, el coraje, el enfrentarse a riesgos, el hacer lo que venga en gana y el utilizar la violencia como modo de resolver conflictos. En el pilar 4 se asocia posiblemente a la polaridad duro/blando y se afirma en la cualidad de la dureza emocional y el distanciamiento afectivo, la masculinidad se sostendría en la capacidad de sentirse calmo e impassible, ser autoconfiado, resistente y autosuficiente ocultando sus emociones y estando dispuesto a soportar a otros, la frase "los hombres no lloran" caracterizaría esta posición. Tanto el pilar 3 como el 4, son importantes dado el tema central de la presente investigación, debido que se cree que la mayoría de los hombres que se deprimen es debido a que, atraviesan una crisis, si se considera a Bonino, en el pilar 4 muchos hombres optan por la dureza emocional, no dejando entrever sus verdaderos



sentimientos, y si se considera el pilar 3 la agresividad llevada a extremos en un hombre que no encuentra su lugar en la vida y al sentirse impotente por no poder agredir a su entorno, es posible que toda esa agresividad se vuelva contra sí mismo.

Una crisis vital singular para el género masculino: el cambio en sus condiciones de trabajo y el desempleo como situaciones que podrían volverse favorables para la reestructuración de la subjetividad masculina. Las situaciones de crisis vital tienen una doble acepción:

- Conlleva la idea de una ruptura del equilibrio anterior, acompañada por la sensación subjetiva de padecimiento.
- Comprende la posibilidad de ubicarse como sujeto activo, crítico, de aquel equilibrio previo.

Bajo esta perspectiva, las crisis vitales pueden configurarse como crisis negativas, plenas de sufrimientos, donde el sentimiento prevaleciente sería el de pena y de dolor por la pérdida. Desde el punto de vista psicopatológico, éste es el modelo que tradicionalmente se ha utilizado para describir las crisis con un matiz predominantemente depresivo. Otra alternativa posible es utilizar este estado de reorganización psíquica para plantearse sus propias contradicciones, lo cual llevaría al sujeto a una situación de reflexión y de juicio crítico en relación con su posición subjetiva anterior.

Cuando los sujetos varones entran en condiciones de crisis vital debido a la alteración en sus condiciones de trabajo, lo que haría sería poner en juego los juicios de desatribución, esto es, despojando de su calificación anterior a su identificación varón proveedor-económico. El juicio de desatribución se realiza sobre la base del deseo hostil, un tipo de deseo que promueve la expulsión del yo de aquello que le es desagradable o ineficaz, hacia un no-yo que contendrá lo expulsado.

La ruptura del proceso identificatorio anterior deja a los sujetos en un estado crítico ante la diferenciación; también, ante la necesidad de encontrar nuevas identificaciones que le garanticen nuevos posicionamientos en su género, en un estado de crisis vital cuya



consecuencia puede ser un significativo incremento de confianza sobre sus recursos, o bien, un gradual deterioro del equilibrio mantenido anteriormente y el desarrollo de una psicopatología crónica, algunos de los cuadros psicopatológicos, como las enfermedades psicosomáticas, podrían tener una significativa correlación con el fracaso en el establecimiento y resolución de esta crisis vital.

El juicio crítico promueve un criterio de autoobservación y de reflexión crítica que afirma que ciertas conductas le son perjudiciales pese a su carácter placentero para el sujeto que las experimenta. Una de las crisis más profundas sobre la construcción de la identidad de género masculina se ha producido en su identificación con el rol de género de proveedor económico en el interior de la familia. Se trata de un rol de género que ha operado como eje, para los varones, en la construcción de lo que se podría denominar identidad de género laboral.

Algunos autores como Galli y Malfé en 1996 destacan los riesgos de autoculpabilización, con vivencias de haber sido castigado por figuras de autoridad inapelables, que pueden tener como consecuencia manifestaciones psicosomáticas y hasta intentos de suicidio.

En resumen, en este capítulo fueron presentados los temas que darán pauta a los capítulos ulteriores, el concepto de desarrollo psicológico, las teorías psicosociales del desarrollo, así como los procesos cognitivos y sociales en la edad adulta, y que sin duda, tienen que ver con las crisis en el género masculino. De esta forma se puede observar la complejidad existente entre el varón, depresión, suicidio y redes de apoyo social.



CAPÍTULO II

DEPRESIÓN



2.1 DEFINICION DE DEPRESION

El uso del término depresión se remonta a la época grecorromana en el siglo IV a.C. siendo Hipócrates quien desde el punto de vista médico, utiliza el nombre de melancolía, para dominar el problema psiquiátrico producido por la bilis negra o atrabilis, correspondiendo por sus manifestaciones clínicas [a lo que hoy denominamos "depresión" (Calderón, 1985)

Posteriormente, en los primeros siglos de nuestra era, se continua mencionando el término melancolía como problema médico, entre otros, Soranos de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía las siguientes: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y, en ocasiones, jovialidad (Ackemecht, E.H. 1959). En muchas situaciones, en un mismo caso emergen estados de facilitación (manía) y en otros de inhibición (melancolía). En México prehispánico este cuadro fue considerado como un problema médico. (Calderón, 1965)

Más cercano a nuestra época Philippe Pinel, indicó que el pensamiento de los melancólicos está completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), la melancolía y la asociación de ideas se encuentra frecuentemente perturbada, induciendo ocasionalmente al suicidio. Como causas posibles de esta enfermedad destaco en primer lugar las psicológicas, por ejemplo: el miedo, los desengaños amorosos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares. (Calderón, 1985)

El diccionario de psicología y psicoanálisis define a la depresión como una condición emotiva moral o patológica caracterizada por la disminución de la actividad psicofísica y por una sensación de desagrado, provocada por un incremento de los sentimientos de culpa, autoreproche y disminución de la autoestima. (Navarro, 1995)

Bibring (1978) distingue la depresión simple que se representa con cierto agotamiento en la energía del Yo y la depresión severa o melancolía, acompañada de una constelación



típica de lesión narcisista, mecanismo oral de recompensación con la identificación y el giro de la agresión del objeto hacia sí mismo.

Nacht y Recamier (1960), conciben a la depresión como un estado patológico de sufrimiento psíquico consciente y de culpa, acompañado por una marcada reducción de los valores personales y una disminución de la actividad psicomotora y orgánica.

Por último, J. Mendels, Leneman y Castilla de Pino, (1974), coinciden en que a la depresión se le pueden dar tres significados como síntoma, como síndrome y como enfermedad. Es Castilla de Pino quien da una explicación más amplia al señalar que la depresión es un síntoma, que a veces se presenta acompañando de otros síntomas que tienen o no relación directa con él. Se considera un síndrome en el que lo nuclear del mismo es la tristeza, pero que se enlaza con los otros síntomas que lo constituyen, el síndrome puede ser objeto, por sí mismo, de un análisis particular. Se considera una enfermedad cuya manifestación habitual es el síndrome depresivo.

Para concluir cabe señalar que de todas las enfermedades psicopatológicas, la depresión es una problemática de salud mundial, se sabe que la persona deprimida presenta pérdida del sentido del humor, ganas de hacer cualquier cosa, incluso aquello que antes disfrutaba, tales estados de ánimo pueden ser poco frecuentes y se disipan en poco tiempo, sin embargo la depresión puede llegar a ser grave, cuando en la mayoría de las personas pasa por ser un simple estado de ánimo y se convierte en un síndrome o en un síndrome o síntoma de un trastorno, a medida que la depresión va agravándose, el abatimiento se hace más intenso, y con él el desgaste de la motivación y la pérdida de interés por la realidad. La persona deprimida percibe a menudo fuertes sentimientos de aversión hacia sí misma; se siente inútil y culpable de sus insuficiencias, pueden comenzar a producirse ataques de llanto, el sujeto afectado pierde peso y se siente incapaz de dormir o de volver a dormirse cuando se despierta en la madrugada, presenta aversión hacia la comida al igual que al sexo y se pierde todo interés por la gente, el individuo puede empezar a tener ideas suicidas, a medida que sus intenciones se hacen más serias, las ideas esporádicas de suicidio pueden convertirse en deseos, empieza a preparar un plan y ponerlo en práctica. Hay pocos trastornos psicológicos que sean tan



absolutamente debilitadores y ninguno que produzca tanto sufrimiento como la depresión grave. (Seligman, 1981)

DIFERENCIA ENTRE DEPRESIÓN, DUELO Y MELANCOLÍA

Sigmund Freud, hacia la diferencia entre duelo y melancolía, lo explica de la siguiente manera: en la normalidad hay un estado psicológico que presenta características parecidas a las que ofrece el estado melancólico patológico: el **duelo** se presenta por una causa concreta, generalmente: cuando hay una pérdida de un ser querido, una situación desfavorable (económica, de poder, etc.) o cualquier enfrentamiento a situaciones conflictivas, que pueden originar un estado de tristeza o pena, conocido como duelo y que se considera normal en el sentido de que se espera que ocurra, dada una situación determinada. El duelo incluye tres periodos: el de desesperación, el de depresión y el de adaptación. (Navarro, A; 1995)

Durante el primer periodo se presenta un estado de choque emocional con pérdida de apetito, insomnio, fatiga, inquietud o apatía, llanto, sollozos y agravación o descompensación de las enfermedades preexistentes.

En el segundo periodo, la realidad de la pérdida puede no ser aceptada, e incluso puede ser negada durante los primeros momentos, el cual se suele acompañar de sufrimiento, falta de sentido de la existencia, de la vacuidad de todo, de la futilidad de la lucha y de la utilidad del esfuerzo y del sacrificio. Este periodo trae consigo tristeza, desinterés, incapacidad de amar, e inhibición psicomotriz.

Siggins en 1967, señala que el periodo de adaptación comienza a darse, cuando el individuo empieza a darse cuenta de la realidad y a fijarse nuevos objetivos. Para ello, tiene que ir restaurando sus cargas afectivas, lo que significa la "metabolización" progresiva del estado depresivo. La duración del duelo es variable y va desde unas cuantas semanas hasta varios meses. Cualquier variación del cuadro descrito, ya sea debida a la duración o a la intensidad de los síntomas, debe considerarse patológica.



El Yo de una persona que ha perdido a una persona querida, va disminuyendo lentamente la intensidad de las cargas afectivas dirigidas a la representación intrapsíquica de la persona amada. En ese periodo de duelo la apreciación de la realidad sufre asimismo una perturbación parcial; a la persona la vida le parece poco interesante; el mundo incoloro y hasta desagradable. Sus propias actividades las realiza de un modo mecánico. A veces se presentan en él también tendencias autoagresivas, por ejemplo, en forma de deseos de muerte, de causarse daño arañándose o cometiendo actos de violencia contra sí mismo. (Abadí. 1973)

Pero después de un periodo más o menos largo, la capacidad emotiva de los recuerdos originados en la representación intrapsíquica de la persona amada se hace menor y el dolor es también menos intenso. El hombre se encuentra más libre, con lo que el duelo ha realizado su labor.

El duelo por la muerte de una persona querida hay cuatro factores distintos:

1. Disminución de la intensidad de las tendencias afectivas dirigidas a la representación intrapsíquica del objeto amado.
2. Tristeza.
3. Depreciación de la realidad.
4. Algunas tendencias agresivas en contra de su yo.

Por otra parte, en la melancolía la pérdida es más difusa, se pierde el amor de alguien aunque siga viviendo, o se sabe a quién se pierde, pero no qué se pierde con él, o no es posible determinar por qué es el estado melancólico, en este caso, se trata de la pérdida en el propio Yo.

La enfermedad psíquica en que seguramente es más intenso el peligro de suicidio es la melancolía, los melancólicos pretenden con su muerte rehuir una vida desagradable o que buscan la muerte para castigarse por sus múltiples culpas, las tendencias autoagresivas del melancólicos no se manifiestan solamente en sus ideas de suicidio sino también en



los reproches que se hacen a sí mismos y se creen causantes de las desgracias que ocurren a su alrededor.

Freud ha demostrado que las quejas del melancólico son reproches que el enfermo hace a un objeto que ha introyectado en su yo, para él los autorreproches son acusaciones, es decir, el melancólico, cuando dirige su agresividad contra sí mismo, en realidad quiere atacar a un objeto exterior. (Abadi, 1973) En la melancolía el ingrediente más común es la culpabilidad muchas veces encubierta, es decir, en ocasiones cuando una persona pierde a un ser querido, pero que siente que en parte fue su culpa, ocasiona en él la melancolía.

En cambio, la **depresión** es un trastorno paralizante donde se pierde autoestima, la confianza en sí mismo y aumenta el autodesprecio, se pierde el interés por las cosas y por consiguiente se acaba poco a poco con los deseos de vivir, hay una pérdida de lo vital, que puede en ocasiones llevar al suicidio.

La depresión no sólo es el producto la visión de una realidad dolorosa, su aparición es más bien por un sentimiento de abandono, coraje, agresión, ira e impotencia, por situaciones de conflicto, circunstancias debilitantes por enfermedad, etc., que favorecen la expresión de una personalidad característica. Con frecuencia la depresión no puede ser explicada por el sujeto y quienes pueden hacerlo lo aducen a problemas inmediatos; en casos muy severos, hay la creación de todo un sistema de tipo delirante.

La escuela psicoanalítica sostiene que la depresión tiene su origen en la etapa oral; el sujeto siente que las muestras de amor de sus padres están consideradas a que él les dé lo que ellos esperan, lo que hace que sienta constantemente la amenaza de abandono (miedo a la pérdida del objeto amoroso) y por consecuencia, siente inseguridad, incapacidad de ser amado, de amar. Lo que genera gran hostilidad y agresión, hacia el objeto de amor, generalmente a la madre, y lo que desea es destruir ese objeto de amor. Dicha situación provoca culpa, debido a que no puede destruir lo que más ama, de tal manera que la expresión hacia fuera de estos sentimientos es reprimido y vertido hacia sí mismo, de ahí los elementos autodestructivos de la depresión. (Mendels, 1982)



En la depresión a parte de los síntomas corrientes de la depresión: tristeza, incapacidad para el trabajo, autoacusaciones, etc. Se pueden presentar ideas de suicidio, lo mismo que los autorreproches, son ideas de muerte dirigidas a sus enemigos que, secundariamente, se han vuelto en contra del propio yo.

Está ambivalencia ocasiona con gran frecuencia conflictos que acarrear la pérdida del objeto libidinal. Está última puede ser real o solamente intrapsíquica. La pérdida de un objeto libidinal, causada ya por motivos reales o bien por motivos constitucionales, desencadena el mecanismo señalado de la depresión. (Abadí. 1973)

Por otro lado, la mayoría de los autores psicoanalistas han subrayado el papel que desempeña la agresión en la génesis de la depresión, la agresión no queda caracterizada así exclusivamente por sus efectos, sino por la motivación subjetiva que la desencadena.

La agresión al narcisismo se da una vez constituido el Yo Ideal y vivenciada la tensión narcisista ante la caída en la identificación con el negativo del Yo Ideal, es decir, experimentado el dolor propio del narcisismo, el individuo puede satisfacer su intencionalidad agresiva a través del sufrimiento que alguien experimenta al sentirse inferior o malo. (Bleichmar, 1980)

Tomando el estudio de la agresión en la génesis de la depresión se debe tomar en cuenta el esquema de Melanie Klein en un intento por explicar la depresión, de acuerdo a la autora la agresión genera culpa cuando se integra el objeto bueno y malo en un objeto total, con la consiguiente integración de las emociones de amor y odio, de modo que se siente responsabilidad por lo que se le ha hecho al objeto bueno. El sujeto entonces se siente culpable y, pensando por el objeto se deprime. El esquema Kleiniano supone entonces un desencadenamiento de serie causal, la agresión determina culpa y ésta depresión.

Aunque existen numerosos casos en que la agresión en vez de producir culpa es por el contrario valorada, vivida con orgullo, como algo meritorio. Y tal como lo decía Melanie Klein el amor predomina sobre el odio ; se siente responsabilidad y culpa por lo ataque



realizados contra el objeto. Lo que advirtió Klein es el hecho de que ver al objeto como algo total, sentir pena por él, experimentar remordimientos y deseos de repararlo no es algo que se genere como un proceso dentro del individuo por la mecánica propia de sus impulsos sino que resulta de una adquisición, por parte del individuo, de las categorías que le aporta la cultura, categorías en las que se determina que el que atacó es malo que el objeto sufre, que debe repararlo, etc. Alguien se puede sentir culpable no por lo que hizo o fantaseó sino por dos órdenes de condiciones:

1. Identificación con la imagen que otro le da de sí, imagen en la que aparece como culpable.
2. Identificación con otro que se siente culpable. Es esa identificación primaria con alguien que se siente culpable, el niño se vivirá en falta continuamente, como si hubiera agredido, sin necesidad de que lo haya hecho en su conducta o en su fantasía.

El sentimiento de culpa, se conceptúa como el estado doloroso que alguien experimenta consciente o inconscientemente cuando se cumplen las siguientes condiciones :

- a) Se representa a sí mismo como infractor de una norma, preferentemente que prohíba dañar, perjudicar o hacer sufrir a alguien, en suma que proscriba la agresión.
- b) Esta norma es aceptada como legítima y forma parte del Ideal del Yo.

Sentir pena por el daño realizado y desear repararlo, es la postura que describía Melanie Klein como Depresión, puede sentirse odio contra sí mismo por el daño causado y entonces se busca el castigo del culpable (uno mismo), el sujeto toma a su cargo el castigo. Ha interiorizado un vínculo caracterizado por el hecho de que alguien reacciona castigando a aquel que se aparta de la norma. El Superyo del sujeto se convierte entonces en el representante de este personaje punitivo.



El sentimiento de culpabilidad toda vez que lleva consigo una pérdida de la propia estimación, puede acarrear depresión y la persona deprimida se puede sentir culpable por el hecho de estar deprimida, el sentimiento de culpabilidad es un factor muy importante de la depresión, como causa y como consecuencia, en el hombre occidental, los resultados pueden ser devastadores. (Flach, F.F. 1975)

En este caso el autorreproche constituye la respuesta agresiva a la representación que el sujeto hace de sí mismo como agresor, pueden tomar la forma de críticas que el individuo se hace a sí mismo por considerarse incapaz, un estúpido, inútil, todo lo cual constituye por lo tanto la respuesta agresiva a la frustración de no cumplir con el Yo Ideal Narcisista.

En cuanto la génesis del autorreproche, las concepciones expuestas en la teoría psicoanalítica es: El autorreproche es el efecto del desplazamiento de otro reproche que permanece fuera de la conciencia y que se justificaría por la naturaleza de su contenido. El autorreproche manifiesto oculta de esta manera a otro autorreproche. (Bleichmar, 1980)

La teoría kleiniana señala la intencionalidad agresiva en un nivel corporal, concreto. Cuando la agresión esta dirigida contra el propio sujeto, cuando, según Weiss, éste no se ama sino que se odia, a través del eslabonamiento agresión-desvalorización-colapso narcisista, puede caer en la depresión. Dado que el narcisismo es el amor por el propio Yo, o sea, es una relación consigo mismo en que el Yo es tomado como objeto de amor por el individuo, de igual manera la autoagresión es una relación del individuo, de igual manera la autoagresión es una relación del individuo consigo mismo en que el Yo es tomado como objeto de odio. La autoagresión es a la intencionalidad agresiva lo que el narcisismo es al amor. (Citado por Bleichmar, H. B; 1980)

Para Castilla de Pino, la depresión se genera cuando el proyecto de realización de la persona en la realidad y el compromiso ético que aquello implica, no se da, lo que suscita un fracaso culpable, pues, según afirma, toda persona es, de algún modo, consciente de cómo asume o no su proyecto de vida y la culpa que siente ante esto genera con frecuencia la depresión. (Citado por Calderón, G; 1984)



Por su parte, Lawrence Kolb afirma que la depresión tiene sus raíces en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales, dadas tal vez en la ambivalencia inconsciente y en la hostilidad manifestada con impulsos agresivos y rencorosos dirigidos a la persona o personas de quienes depende la propia seguridad. (Kolb, 1985), y que de alguna forma ocasiona ambivalencia, de tal modo viene a ser una penitencia expresada en forma de autocastigo, que puede ser un ligero abatimiento, el abandono paulatino de la persona y, en casos extremos, el suicidio.

En el estudio de las fantasías de suicidio, lo que ha arrojado algo de luz sobre la comprensión de los actos suicidas. En la fantasía el suicidio es a menudo un medio para obligar a otros a expresar su amor incluso después de la propia muerte. (Stengel, 1965)

Las personas que tienden a reaccionar a las situaciones de stress con actos suicidas son llamadas predisuestos al suicidio, la predisposición suicida podría estar basada sobre ciertos rasgos de personalidad que forman parte del bagaje innato del individuo, o sobre experiencias previas que inclinarían al individuo a reaccionar de esa manera.

De acuerdo con Farberow, los mecanismos psicológicos internos que pueden afectar o dar lugar al problema de la autodestrucción en el individuo se refieren básicamente a la intención, esto es, la fuerza del deseo de eliminarse a sí mismo, y a la organización del ego especialmente las estructuras del carácter que tienden a inhibir o facilitar la realización de la intención autodestructiva. (Farberow, 1964)

La intención abarca el concepto de la motivación, incluye tanto la motivación consciente como la inconsciente. La intención consciente incluye los aspectos de propósito, significado y grado de lucidez del comportamiento autodestructivo. Al alcance de la mente consciente del sujeto. Cuando un paciente se da muy bien cuenta del efecto de sus amenazas y/o de sus intentos autodestructivos sobre los demás, el elemento manipulativo de su comportamiento asume gran importancia. (Farberow, 1964)



La intención es probablemente el aspecto más difícil de valorar ya que todo debe de ser inferido, sin embargo son el funcionamiento de la persona los que, precisamente, tienen más importancia. Tendencias, impulsos, necesidades, etc; operan a partir de niveles inconscientes profundos, que sólo se modifican relativamente por los diversos aspectos controladores de la personalidad. Por lo tanto, lo que se pueda descubrir sobre la motivación que existe en estos niveles es muy significativo.

Cuando los factores dinámicos considerados más importantes para la autodestrucción existen en gran fuerza en el sujeto que se está estudiando, y particularmente cuando dos o más de estos factores son muy fuertes, aumenta la posibilidad letal. Los factores dinámicos importantes para Farberow son los siguientes: depresión, particularmente cuando se acompaña de ansiedad, tensión y agitación, hostilidad y culpa (éstos parecen encabezar a los impulsos motores que pueden dirigirse contra el propio ser); y necesidades de dependencia, particularmente si el individuo se ha sentido frustrado y amenazado en grado considerable.

Los mecanismos mentales de introyección y la proyección (que son maneras de enfrentarse con las tensiones y conflictos internos); se relacionan íntimamente con ciertas fantasías de penetración. Las fantasías de incorporación de objetos amados y odiados, de personas o partes de personas dentro de nosotros mismos, se encuentran entre las más tempranas y profundas fantasías inconscientes, fundamentalmente de carácter oral, ya que son los representantes psíquicos de impulsos orales.

La fantasía es concebida psicoanalíticamente como la escenificación imaginaria en que se haya presente el sujeto y que se representa en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y, en último término de un deseo inconsciente.

Se designa fantasías inconscientes a las más primitivas formaciones psíquicas, inherentes a la realización de los impulsos instintivos, y que se atribuyen fantasías inconscientes al niño desde el comienzo de su vida. Las fantasías inconscientes forman parte del psiquismo inconsciente o cualquier edad y constituyen la matriz donde se



desarrollan los procesos preconscientes y conscientes. En las etapas más primitivas constituyen la casi totalidad de los procesos psíquicos, y son, por supuesto preverbales o más bien no verbales.

Las fantasías mentales están asociadas con la experiencia infantil de placer o dolor, felicidad o angustia; ellas incluyen la relación del niño con sus objetos. Constituyen procesos dinámicos, porque están cargados con la energía de los impulsos instintivos e influyen en el desarrollo de mecanismos del Yo.

Toda actividad humana deriva de algún instinto; sólo a través de la fantasía podríamos satisfacer las necesidades instintivas, cuya realización no podemos intentar en el mundo exterior.

Los modales de las personas, tales como tono de voz, postura corporal, modo de caminar y dar la mano; expresión facial y maneras en general, están determinadas por una fantasía específica. Los modales expresan las fantasías dominantes y los estados emocionales unidos a ellas.

La fantasía es un vínculo entre el impulso del Ello y el mecanismo del Yo, el medio por el cual uno se transmuta en el otro. Las fantasías inconscientes forman el vínculo activo entre los mecanismos de defensa.

En cualquier crisis, el Yo recurre a medidas de emergencia dirigidas principalmente hacia la protección de su función básica: el mantenimiento de la cohesión psíquica y el contacto con la realidad. Cuando el Yo no es capaz de manejar las situaciones críticas con lo que es presentado, recurre a varios mecanismos estabilizadores como inventos temporales para salvaguardar su integridad, lo que se puede concretar es que en el suicidio lo que falla es el Mecanismo de Defensa del Yo.



2.2 DEPRESIÓN Y CRISIS EN VARONES

Sin duda al hablar de varones, se debe señalar el género, las relaciones entre varones y mujeres parecen ser consideradas como una de las formas de los juegos de poder, no reconociendo especificidad teórica alguna al poder intergénero, que se enlazaría en forma inextricable con las luchas por la hegemonía que también se mantienen entre varones. (Burin, M; Meler, I, 2000)

Los hombres ocupaban una posición genérica privilegiada en la cultura occidental, si los varones ostentaban atributos como la valentía, la fortaleza física, el desarrollo de la racionalidad y otros rasgos que les permitían desplegar su subjetividad principalmente e la esfera laboral en el ámbito público, en la distribución de las áreas de poder la cultura le asigna al género masculino el poder racional y el económico como posición genérica que los nomina en tanto sujetos.

Anteriormente, se había señalado el esquema sobre la construcción de la masculinidad tradicional y las premisas necesarias para su construcción, el cual parte del ideal de género masculino tradicionales, a partir de este esquema, se construye la subjetividad masculina (Burin, 2000), tal pareciera que el hombre trata por todos los medios de ser reconocido por la sociedad, si se toma en cuenta el primer pilar, el hecho de rechazar todo lo femenino es garantía para ser aceptado en el núcleo masculino y por otro lado, el hecho de basar la masculinidad en la violencia, es sinónimo de ser duro, ser más hombre, pero la connotación social y psicológica, puede llevar al hombre, a una crisis, en tanto, no cumple con las demandas que genera su entorno.

La identificación entre masculinidad dominante y razón desempeña un papel decisivo en el sostenimiento de las nociones de superioridad masculina, Seidler sugiere que si los varones han aprendido a pensar un poco más acerca del cuerpo, ha sido frecuentemente como un lugar con significados culturales, el hecho de pensar que las mujeres y niños tienen necesidades emocionales y que los hombres no las tienen, lo que lleva a suponer, que el hombre no necesita nada y que quienes reclaman afecto son los "otros". Por ello, es probable que el hombre se centre más el papel de proveedor, en el trabajo, en ganar



dinero y obtener éxito; lo que ha ocasionado un alejamiento de los vínculos emocionales significativos. Las crisis respecto de las nuevas condiciones de trabajo puede llevar a que muchos hombres se replanteen su posición subjetiva de esos vínculos.

Actualmente el hecho de que la mujer tenga un papel activo en la productividad, es decir, que trabaja y ella es la que también participa activamente en la economía familiar, posiblemente ocasione que el hombre entre en conflicto, a propósito de el papel proveedor que le fue otorgado desde siempre, estas crisis pueden ocasionar que el hombre al no poder mostrar abiertamente sus sentimientos (de otra forma traicionaría sus principios masculinos) (Burín, 2000), combinado con los acontecimientos de vida, hechos vitales que afectan profundamente a la mayoría de las personas y que anteceden a la aparición de la depresión, como son: pérdida del empleo, de la salud, dificultades económicas, problemas con la pareja, los hijos; afectan definitivamente al hombre. (Lara, A. 1999)

Las recurrentes crisis económicas a las que se ha visto sometido al país, influyen en la depresión, dado que las metas personales se vuelven inalcanzables y los esfuerzos insuficientes ante la reducción en los salario y el desempleo (Lara, A. 1999); redundan en sentimientos de fatalismo, pesimismo y desesperanza, lo que ocasiona que el hombre entre en crisis, y donde es necesario que utilice todos los recursos psicológicos y físicos para hacer frente a la misma, sin llegar a un punto sin retorno, la puerta falsa: el suicidio.



2.3 DEPRESIÓN Y SUICIDIO

A pesar de que es difícil determinar con exactitud la tasa real de suicidios, se debe a que muy frecuentemente no se informan dichas muertes o bien, lo hacen pasar como muertes accidentales; incluso ya desde los estudios demográficos de Seiden 1969, sugieren que la frecuencia del suicidio en niños menores quince años cambió poco en el curso de este siglo. La tasa del 0,5 por ciento de muertes sobre una población de 100.000 individuos (de menos de 15 años) permanece estable desde 1900, sin que la afectará ninguna de las dos guerras mundiales (que disminuyeron la tasa total de suicidios) ni la época de la depresión económica (que elevó dicha tasa). En los casos en que el suicidio es la causa comprobada de muerte, se observó que los varones sobrepasan en número a las niñas (Shaffer, 1974, citado en Arieti, S; Benporad, J; 1990), mientras que entre las últimas son más frecuentes las amenazas o los amagos de suicidio (Mattson y col. , 1969, citado en Arieti, S; Benporad, J; 1990).

Desde entonces se tiene la línea de investigación a seguir debido a que la mayoría de los que han cometido suicidio son hombres, por lo que se puede observar en el párrafo anterior desde 1969 ya se tenía la certidumbre de que los niños son más proclives al suicidio que las niñas. En los adolescentes existe una tendencia similar, mientras que los intentos suicidas son más comunes en las adolescentes mujeres, son los varones quienes con más frecuencia terminan por matarse. Y aunque muchos son los factores que contribuyen al desarrollo de pensamientos o de intentos suicidas, es evidente que la depresión desempeña una función central en este problema.

Las ideas de culpabilidad y desesperación presentes en el depresivo pueden conducirlo a creer que merece la muerte (autocastigo) o a ver un futuro tan negro que sea mejor morir antes de vivir en el estado actual (huida) (Mendels, 1982)

Es sabido que las mujeres son más proclives a los intentos suicidas que los hombres, pero son ellos quienes la mayor parte de las veces lo llevan a cabo.



Como se puede verificar en las estadísticas tomadas del SEMEFO en el año de 1999, los hombres tienen mayor índice de muertes por suicidio y que la causa con mayor frecuencia es la depresión.

La agresividad dirigida al exterior es la que origina las ideas de suicidio, por ello si la agresividad al exterior cambia de aspecto por cualquier motivo las ideas de suicidio se modifican, es decir, cuando el ambiente exterior deja de ser desagradable, desaparece la agresión y con ello cesan también los deseos de suicidio. (Abadí, 1973)

La pérdida de un objeto libidinal valioso y una agresión vuelta secundariamente contra el yo son factores que originan en un individuo la idea de buscar la muerte como medio de solucionar sus conflictos.

Es natural pensar que para el suicida la muerte tenga solamente la significación de librarse de los conflictos que lo atormentaban, buscando un refugio en la nada.

En la gran mayoría de los casos la muerte no significa solamente refugiarse en la nada sino que, por el contrario, ocurre que la muerte también proporciona al suicida posibilidades de vida, de las que anteriormente carecía.

Los suicidios cuando son motivados por la pérdida de la persona amada o el quebranto económico, el individuo lo vive como irreparable, es entonces que la vida carece de sentido, debido a que no puede satisfacer gran parte de sus deseos, puesto que al perder su vida el carácter interesante o agradable, el individuo opta por poner fin a su existencia. Psicoanalíticamente se expresa este hecho como la pérdida del objeto libidinal como motivación del suicidio.

También en 1920 Freud postula la existencia de una pulsión que llamo pulsión de vida o "Eros", que incluía a pulsaciones de autoconservación, que también eran utilizados como medio de neutralizar las pulsiones de muerte, responsables de las tendencias destructivas, y es en estos donde Freud consideraba al suicidio.



Lo manejaba como una manifestación de las pulsiones de muerte, constituidas por sentimientos de culpabilidad reprimida, y el sentido inconsciente del suicidio es la expiación de la culpa mediante la muerte. (Citado por Reyes, 1999).



2.4 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

Si consideramos al hombre como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión también debemos de tomar en cuenta una serie de causas biopsicosociales que pueden determinarla.

Aún no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, sin embargo, Calderón (1985) divide las causas de la depresión en genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales.

Causas Genéticas

Los estudios de Kallman (1950) proporcionan datos que concuerdan con la teoría de una transmisión de la enfermedad por un gen dominante. Es evidente que con frecuencia se presentan trastornos depresivos en varios miembros de la familia. Quizás no se puede hablar en estos casos de una herencia directa de la depresión, sino simplemente de la posibilidad de transmisión de un terreno más vulnerable al cuadro, como puede ser con otras enfermedades. Además se debe considerar que los miembros de una familia están sujetos a los factores ambientales que pueden determinar la depresión y que la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro en alguno de sus allegados. Finalmente, hay datos que indican al menos, aparentemente, que no sólo existe la posibilidad de heredar la depresión, sino que también la forma de respuesta al tratamiento (Calderón, 1985).

La mayoría de los estudios de ligamiento genético han asumido una herencia mendeliana clásica atribuible a un solo gen mayor. Aunque los análisis de segregación han rendido resultados inconsistentes (con la mayoría de los estudios rechazando un modelo de un solo locus heredable), el mejor modelo de un solo gen es la herencia autosómica dominante, en los desórdenes afectivos bipolares.



Los ligamentos reportados en desórdenes afectivos bipolares sobre los cromosomas 11, 18, 21 y X han sido difíciles de sustentar, por lo que son requeridos estudios adicionales para la replicación o exclusión de esas regiones. Ginns et al. En 1996, presentan los resultados de un amplio análisis de ligamiento que provee evidencia de regiones sobre los cromosomas 6, 13 y 15 con locus de susceptibilidad para los desórdenes afectivos bipolares.

Autores como Roy et al. Hipotetizan que significativamente más gemelos monocigotos que dicigotos sobrevivientes de gemelos que cometieron suicidio pueden predisponer a tener intentos de suicidio. También determinaron la ausencia o presencia de un tiempo determinado entre 26 gemelos monocigotos vivos co-gemelares y 9 gemelos dicigotos vivos co-gemelares de gemelos que cometieron un suicidio. Encontraron que 10 de los 26 monocigotos sobrevivientes pero ninguno de los 9 sobrevivientes dicigotos tuvieron un intento de suicidio. Concluyen que aunque los gemelos monocigóticos y dicigotos pueden tener algunas experiencias de desarrollo diferentes presentan concordancia para esta conducta. Esos resultados contribuyen a los hallazgos de estudios previos de suicidio en gemelos en sugerencia de que los factores genéticos pueden jugar un papel en el interior suicida.

Aunque falta todavía establecer un verdadero patrón de la herencia para la conducta suicida, los estudios realizados hasta el momento proveen información consistente para fundamentar que los factores genéticos juegan un papel muy importante en el suicidio y que el conocimiento de los mismos puedan ayudar en algún momento dado a su prevención.

Causas bioquímicas

En la patogénia de este cuadro intervienen trastornos psicológicos y alteraciones bioquímicas. Los factores bioquímicos pueden ser modificados por un tratamiento farmacológico basándose en medicamentos antidepresivos.



Cameron, en 1942 hace hincapié en que: el contraste más frecuente en los reportes parece no asociado con las variaciones del estado de ánimo sino con el tipo de grado y acción correlacionada: Personas tensas y agitadas pueden tener más en común en sus funciones biológicas con personas en estado de excitación que con enfermos con síndromes depresivos.

En 1959, Everett y Toman postularon por primera vez la hipótesis de que las catecolaminas y la serotonina (5 Hydroxytryptamina) 5HT desempeñaban un papel muy importante en relación con la depresión. Estudios posteriores de Bunney y Davis, 1965; Schildkraut 1965, Matussek 1966 y otros han reforzado esta teoría.

Básicamente, la investigación del metabolismo de las aminas biogénicas en enfermos deprimidos se ha orientado a las catecolaminas (norepinefrina y dopamina) y a la serotonina.

En investigaciones recientes se ha observado que un gen candidato para el intento suicida es el gen de la triptofano hidroxilasa (TPH), la cual es una enzima estimada como limitante de las vías metabólicas para la serotonina. Se ha visto una verdadera alteración de la función serotoninérgica en el suicidio completo y en las alteraciones psiquiátricas. (III Congreso Internacional de Tanatología y Suicidio)

Las anomalías en el metabolismo de las monoaminas, incluyendo el metabolismo de la serotonina, han sido implicadas en la patofisiología de los desórdenes afectivos, en la esquizofrenia, en el suicidio y otros desórdenes psiquiátricos. La proteína transportadora de serotonina (SERT) permite a las neuronas reparar serotonina que ha sido liberada dentro de la sinapsis. La SERT es un sitio de acción para diversas drogas con efectos al Sistema Nervioso Central, incluyendo agentes terapéuticos (ej. Antidepresivos) y abuso de tóxicos (ej. Cocaína).

El decremento en el transporte de la serotonina (5-HT) y los enlaces reducidos de imipramina o paroxetina al cerebro y 5-HT plasmática toman sitios transportadores en pacientes con depresión y víctimas de suicidio y define el transportador de 5-HT como un



gen candidato. La estructura primaria del 5-HTT fue analizada en 17 pacientes fusionando los criterios diagnósticos DSM-III-R para depresión mayor o desorden bipolar y en 4 controles sanos usando reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para amplificación y secuenciación de complementariedad del ácido nucleico desoxirribosa (cDNA) sintetizada por enlaces del mensajero 5-HTT del ácido nucleico ribosa (mRNA).

La secuenciación de proteínas por PCR directa de la región codificante reveló cambios en la secuencia de aminoácidos deducida del enlace a cerebro de 5-HTT (secuencia tamizada de 40, 000 pares de bases), aunque la sustitución de una sola base conservada representaba un polimorfismo silencioso el cual fue encontrado. Los resultados proveen evidencia preliminar de que esas alteraciones en la estructura primera de 5-HTT no están generalmente involucradas en la patogénesis de depresión unipolar y enfermedad maniaco-depresiva.

La mayoría de los hallazgos característicos de desórdenes afectivos, bipolares (ej. Enfermedad maniaco depresiva) son episodios de manía (bipolar I, BPI) o hipomanía (bipolar II, BPII) entremezclados con periodos de depresión. La enfermedad maniaco depresiva afecta alrededor del 1% de la población, y si no es tratada, está asociada con aproximadamente un 20% de riesgo para el suicidio.

Aunque falta todavía establecer si existe un verdadero patrón de herencia para la conducta suicida, los estudios realizados hasta el momento proveen información consistente para fundamentar que los factores genéticos juegan un papel muy importante en el suicidio y que el conocimiento de los mismos puedan ayudar en algún momento dado a su prevención.

Además se ha encontrado que una disminución del ácido 5-Hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo como un indicador de la función serotoninérgica, en los pacientes que han intentado suicidarse por medios más activos y violentos. (López-Ibor, 1988; Stanley, 1964)



Causas Psicológicas

Las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica. Como en casi todas las neurosis, los factores emocionales desempeñan un papel predisponente presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de la personalidad que van profundamente enraizados en el modo de ser del individuo, que algunos psiquiatras se refieren a ellos como rasgos constitucionales; dichos rasgos se dan a través de la estrecha relación y la dependencia respecto a los miembros de la familia.

Es frecuente que durante la infancia se presenten algunos trastornos como sonambulismo, terrores nocturnos, enuresis, berrinches temperamentales, fobias, timidez y onicofagia, entre otros, que se conceptualizan como problemas de personalidad y de conducta. Probablemente estas manifestaciones deben considerarse como signos de conflictos específicos y factores funcionales que han producido angustia y que han determinado la aparición de síntomas neuróticos o de rasgos caracterológicos neuróticos; sin embargo, no basta con analizar los antecedentes de la infancia para comprender las secuelas que circunstancias especiales han dejado durante los primeros años de vida; también es necesario advertir la presencia de sentimientos de culpa, de conflictos creados por necesidades inconscientes, de incidentes que en la vida del paciente han tenido algún significado y de tensiones familiares incluyendo las matrimoniales o sexuales.

Causas Desencadenantes

Entre las causas inmediatas de la depresión, con frecuencia se encuentran la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad, y los impulsos coercitivos de sexualidad y dependencia, con interpretación dinámica: Cuando intervienen estos factores entran en conflicto con la personalidad del paciente, produciendo angustia siendo esta la fuente más común e importante de los trastornos psiconeuróticos. Esta angustia, engendrada por un súper yo, demasiado severo y exigente, al ser estimulada por una



situación externa, puede movilizar defensas de la personalidad que constituyen los síntomas neuróticos.

Otras causas desencadenantes de la depresión son: La pérdida de un ser querido; pérdida de una situación económica; pérdida de poder; pérdida de la salud; enfermedades con peligro de muerte, que originan incapacidad física, que determinan alteraciones estéticas o que afectan la autoestima (impotencia) (Calderón, 1985).

Causas Sociales

Como lo demuestran los estudios etiológicos, los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie.

Durante siglos los tres sistemas de apoyo social más importante han sido la familia, la iglesia y la comunidad de vecinos, y desde que se inició la vida urbana se ha encontrado en ellos un apoyo contra estados emocionales disyuntivos, como la depresión, el miedo y la ira; sin embargo, es característica de la época actual la desintegración de estas fuentes de apoyo.

Un problema grave que se ha presentado en los últimos tiempos es la migración de campesinos a las grandes ciudades en busca de mejores condiciones de vida. La dificultad para lograr estos fines, la pérdida de sus relaciones familiares y sociales, así como las condiciones precarias en que tienen que instalarse, generalmente en las áreas marginadas, constituyen un problema que afecta en forma importante el estado afectivo de grandes núcleos de la población.



2.5 SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

El cuadro de la depresión puede presentar dos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva que permiten un diagnóstico rápido y seguro, y otro en el cual éstas se encuentran emboscadas, predominando síntomas somáticos que no son fáciles de identificar por el médico como elementos constituyentes de un cuadro depresivo.

La afectividad seriamente perturbada en el síndrome depresivo origina síntomas diversos. El enfermo generalmente inicia su cuadro con un estado de indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés.

Actividades deportivas, artísticas o culturales que previamente le eran gratas, empiezan a ser subestimadas, procura hacer el menor esfuerzo y con frecuencia permanece encerrado en su casa con disminución absoluta de sus intereses vitales. Pronto aparece la tristeza persistente y relativamente impermeable a influencias exteriores, de tal modo que cosas que antes pudieran haber estimulado su ánimo, ahora abatido, no son efectivas.

Al referirse a la tristeza el paciente utiliza usualmente otros adjetivos como desesperado, solitario, infeliz, humillado, avergonzado, inútil o culpable es preciso en estos casos averiguar cuál es el estado anímico real de la persona.

Cuando la depresión no es muy severa, el sentimiento de infelicidad pueden fluctuar durante el día con altas y bajas, y aún retirarse por momentos ante estímulos circunstanciales como un chiste o un evento favorable. Conforme se va acentuando el cuadro se presenta cierto ritmo en el día, con tendencia a incrementarse en las mañanas y a disminuir en la tarde. La influencia positiva sobre el estado de ánimo de la persona por parte de familiares y amigos, se hace cada vez más difícil, a pesar de sus esfuerzos por lograrlo, y finalmente cae en un estado de tristeza profunda que es calificada por la persona como "insoportable y dolorosa".



La tristeza puede ir acompañada de llanto, situación que se presenta con más frecuencia en la mujer que en el hombre. En ocasiones las personas se quejan de que sienten deseos de llorar, pero que no pueden hacerlo, hecho que aumenta las molestias del cuadro depresivo, al grado de que no es raro que cuando puedan hacerlo manifiesten alivio por "haberse podido desahogar". Por lo contrario, a veces basta con hacer la pregunta adecuada para que las lágrimas aparezcan.

Quizá más frecuente que la tristeza es la inseguridad, los hombres deprimidos presentan casi siempre este síntoma en forma dominante, manifestando que no tiene confianza en sí mismo y que les cuesta mucho trabajo tomar decisiones, hecho que deteriora su actividad y su voluntad, regularmente se encuentra desinteresado, aburrido y sin capacidad para concebir ideas. La inseguridad determina que se vea indeciso, vacilante y dudoso. El pesimismo que acompaña a la inseguridad, da origen a sentimientos de devaluación personal. Es importante que se considere esta actitud negativa, sobre todo cuando se niega a cooperar con el tratamiento por creer que su mal no tiene remedio, que nadie puede ayudarlo y que no vale la pena luchar.

Otro síntoma frecuente es el miedo, que ha veces se presenta en forma no precisa: el paciente siente temor, pero no puede explicar a qué, pudiendo ser a todo o nada en especial. El miedo puede presentarse ante el enfrentamiento a determinadas circunstancias, incluso cotidianas como asistir al trabajo; por lo tanto, este síntoma limita en forma considerable sus actividades.

Por otro lado, la ansiedad puede presentarse en grado variable; algunas veces se presenta en la mañana y disminuye en el transcurso del día y finalmente la irritabilidad, es el estado depresivo que se está manifestando en hostilidad.

Las funciones intelectuales no son las más afectadas en el cuadro de la depresión; sin embargo, pueden presentarse síntomas como que la sensopercepción se encuentre disminuida o trastornos de memoria. En realidad existe una dificultad para evocar los recuerdos almacenados, la disminución de la capacidad de atención y concentración se presenta en el deprimido como un síntoma de inhibición que inevitablemente repercute



sobre la memoria, dado que la fijación de los recuerdos se hace en forma superficial o en ocasiones no se hace.

Las ideas de culpa y de fracaso son elementos frecuentes del cuadro depresivo; las ideas de indignidad a veces se acompañan de sentimientos verdaderos de culpa, apoyadas en una falta real, pero trivial, se tiene la sensación de incapacidad que le impide ejecutar acciones que produzcan satisfacción personal y que acaben con el sufrimiento.

El pensamiento obsesivo contribuye a torturar más al deprimido; ideas repetitivas lo acongojan, por lo que trata de alejar de su mente pensamientos o recuerdos que lo atormentan, pero su lucha es inútil.

Las alteraciones de la afectividad y del intelecto señaladas dan lugar a trastornos de la conducta. La actividad y la productividad del sujeto disminuyen, generalmente se muestra vacilante, dudoso, perplejo; aun teniendo en mente la conducta por seguir, no puede decidirse a llevarla a cabo. La dificultad es mayor cuando se trata de influir, de dirigir o guiar a otros. La autoridad, la capacidad de mando y de estimulación se embotan.

Los impulsos suicidas son el aspecto más delicado y peligroso que debe valorarse adecuadamente al inicio de un tratamiento. Durante los últimos años se ha observado este hecho más en varones que en mujeres, posiblemente porque en ellos existe más el impulso de ingerir bebidas alcohólicas y fármacos que pueden originar dependencia o con el fin de utilizar sus efectos desinhibidores para moderar su angustia, y en algunas ocasiones para tener valor de quitarse la vida.

Físicamente, el aspecto de las personas delata a éstas como depresivas: por su rostro triste, insatisfecho, la actitud decaída y la postura inclinada, son claros indicios de este estado. A medida que la depresión se hace más profunda tiene lugar una pérdida progresiva del interés por el aspecto y el cuidado de su persona. (Sturgeon, (1981)



Un retardo psicomotor es un síntoma que se asocia a menudo con la depresión, implica una inhibición aparente y un decaimiento de los movimientos corporales y mentales, así como una disminución de los movimientos espontáneos y de los gestos expresivos.

En la depresión los síntomas somáticos, pueden enumerarse los siguientes:

Perturbaciones en el sueño. Son éstas un problema generalizado y pueden ser tan intensos como diferentes. Las personas deprimidas se quejan de la dificultad de dormirse, de desasosiego, de despertarse durante la noche o a horas tempranas de la madrugada, de la imposibilidad de volver a conciliar el sueño, de pesadillas. Se sienten como si el dormir no les hubiera aprovechado o como si el sueño hubiera sido muy ligero. Otros duermen en demasía cuando se hallan deprimidos.

Anorexia. Síntoma que se presenta en casi todos los cuadros agudos, pero que puede ser la única molestia que aqueja a la persona, en otras ocasiones puede haber un deseo compulsivo de comer con el correspondiente incremento de peso.

Pérdida de la libido. La pérdida de la libido es común en los deprimidos. Abarca desde la disminución del interés espontáneo de la actividad sexual hasta una marcada obsesión contra el sexo.

Dolores y Males. Los deprimidos se quejan de síntomas físicos que afectan a todos los sistemas de organismo; sequedad de boca, dolores y males, cefaleas, neuralgia, sensación de opresión en el pecho, dificultad para engullir.

Aparato digestivo. Con frecuencia está implicado en las quejas del sujeto, la dispepsia, aerofatiga, náusea y otros síntomas que se diagnostican generalmente como "colon irritable", son elementos comunes que se presentan en el síndrome depresivo.

Alteraciones cardíacas. Palpitaciones, disnea nerviosa, algias cardioráxicas, etc., son trastornos por los que el deprimido acude al cardiólogo.



Rasgos de ansiedad. Pueden quejarse de indecisión, de tensión, temores vagos o específicos y multitud de preocupaciones. Pueden además sufrir de temblor y los accesos de sudoración comúnmente asociados a los estados de ansiedad.

El comienzo del cuadro depresivo puede ser súbito y estar aparentemente relacionado con algún problema serio de tipo económico, familiar, laboral o sentimental, a este tipo de cuadros depresivos se les llama reactivo. En ocasiones el principio del cuadro es insidioso, sin motivo aparente que lo justifique; el mismo sujeto se sorprende de sentirse triste al considerar que por el contrario todo ocurre para estar feliz; a este cuadro se le llama depresión endógena.



2.6 CLASIFICACION

En la literatura sobre la depresión predomina una confusión debida muchas veces a la proliferación de categorías. Al tratar el problema de la clasificación, J. Mendels (1982) presenta una relación de algunos de los subtipos de depresión que se han descrito.

Una lista reducida incluiría las depresiones psicóticas, neuróticas, reactivas, involutivas, agitadas, endógenas, psicogénicas, sintomáticas, preseniles, seniles, agudas, crónicas y, naturalmente, la psicosis maniaco-depresiva y la melancolía (mayor o menor), así como la depresión alcohólica y los síntomas depresivos resultantes de trastornos orgánicos.

En general, todas las formas de depresión anteriores comparten algo unitario:

Las depresiones reactivas son con mucho las más comunes, el setenta y cinco por ciento de todas las depresiones son reacciones a algún acontecimiento externo, como la muerte de una persona querida, este tipo de depresiones presentan ciclos temporales regulares, por lo general no responden a las terapias físicas, como los fármacos y la descarga electro-convulsiva (DEC), no se hallan predispuestas y suelen presentar síntomas algo más débiles que la depresión endógena.

Las depresiones endógenas por su parte, son una respuesta a algún proceso endógeno o interno desconocido, estas depresiones no son desencadenadas por ningún acontecimiento externo; generalmente presentan ciclos temporales regulares y pueden ser bipolares o unipolares. La depresión bipolar recibe el nombre de maniaco depresiva, el individuo se pasa repetidamente de la desesperación a un estado de ánimo neutro, de ahí a un estado maníaco hiperactivo y superficialmente eufórico, para volver a la desesperación, pasando por el estado neutro. A principios de siglo, todas las depresiones eran llamadas erróneamente enfermedades maniaco-depresivas, pero actualmente se sabe que normalmente la depresión se produce sin manía, y que la manía puede ocurrir sin depresión.



La depresión unipolar endógena consiste en una alternancia regular de desesperación y neutralidad, sin aparición de manía. Las depresiones endógenas responden a menudo al tratamiento con fármacos y a la DEC, y pueden tener un origen hormonal; también pueden hallarse genéticamente predispuestas y sus síntomas suelen ser más graves que los de las depresiones reactivas

Lo anterior es una visión resumida de los tipos de depresión que existen y debido a que la clasificación del síndrome depresivo siempre ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias, la dicotomía entre cuadros depresivos psicóticos y neuróticos ha sido siempre un problema para la clasificación de los trastornos mentales. Este problema se ha incrementado al presentarse en los últimos años un gran número de cuadros depresivos cuya clasificación no corresponde a ninguno de los cuadros anteriores, ya que es un hecho común para cualquier psiquiatra clínico, y aún para el médico general, que gran número de pacientes con trastorno de tipo depresivo no pueden ser considerados como neuróticos ni mucho menos como psicóticos.

La clasificación de los trastornos afectivos se encuentra en dos manuales, donde se ubican toda la gama de depresiones y su posible etiología, este tipo de manuales ayuda al profesional de la salud a brindar un mejor diagnóstico cuando se trata de depresión: ICD-10 y el DSM-III-R.

La versión provisional del ICD-10 (Sartorius y cols., 1988) (Tabla A), considera ocho categorías en el capítulo de trastornos del humor (afectivos). Como datos más significativos, cabe señalar la desaparición de la depresión neurótica, que queda recogida en esta clasificación como distimia, y de la personalidad depresiva, así como la inclusión de los trastornos esquizoafectivos en el capítulo de los trastornos afectivos.

El reciente DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de la American Psychiatric Association, versión castellana efectuada por Valdés y cols., en 1988) (Tabla B) establece algunas modificaciones sobre su predecesor el DSM-III. Se sustituye el término de trastornos afectivos por el de trastornos del estado de ánimo, los cuales quedan redefinidos y reducidos a dos grandes apartados: trastornos bipolares y



trastornos depresivos, por desaparición de los antiguos grupos (TA mayores; otros TA específicos y TA atípicos). Las ventajas de una clasificación como esta es contar con una herramienta para realizar estudios epidemiológicos que proporcionen información sobre el estado de salud mental de las poblaciones en diversos contextos, es de ayuda también, en los diagnósticos clínicos, para evaluar y afinar los tratamientos clínicos y las estrategias de prevención.



**TABLA A. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)
SEGÚN LA ICD-10**

F30 Episodio maniaco

F30.0 Hipomanía

F30.1 Manía

F30.10 Con humor congruente

F30.11 Con humor incongruente

F31 Episodio depresivo

F31.0 Intensidad leve a moderada

F31.00 Síntomas biológicos

F31.11 Con síntomas psicóticos

F31.110 Con humor congruente

F31.111 Sin humor congruente

F32 Trastorno afectivo bipolar

F32.0 Episodio actual hipomaniaco o maniaco (F30)

F32.1 Episodio actual depresivo (F31)

F32.2 Episodio actual mixto

F32.3 En remisión

F33 Trastorno depresivo recurrente

F33.0 Intensidad leve a moderada

F33.00 Sin síntomas biológicos

F33.01 Con síntomas biológicos

F33.1 Severa

F33.10 Con síntomas biológicos

F33.11 Con síntomas psicóticos

F33.110 Con humor congruente

F33.111 Con humor incongruente



F34. Episodios afectivos persistentes

F34.0 Ciclotimia

F34.1 Distimia

F35. Otros trastornos del humor (afectivos)

F35.0 Otros episodios afectivos únicos

F35.1 Otros trastornos recurrentes afectivos

F35.2 Otros trastornos afectivos

F36. Trastornos esquizoafectivos

F36.0 Trastorno esquizomaniaco

F36.1 Trastorno

F39. Trastorno afectivo no especificado

TABLA B. TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO (DSM-III-R)

Trastornos bipolares

Trastorno bipolar

Mixto

Maníaco

Depresivo

Ciclotimia

Trastorno bipolar no especificado

Trastornos depresivos

Depresión mayor

Episodio único

Recurrente



Distimia

Trastorno depresivo no especificado

Es evidente que la depresión es considerada como un problema de salud pública, que no sólo afecta al género femenino, sino también al masculino, por lo que es importante tomar las acciones que se puedan llevar a cabo en esta área para reducir la incidencia de esta enfermedad en etapas críticas por las que atraviesa el hombre.



CAPÍTULO III

SUICIDIO



3.1. CONCEPCIÓN DEL SUICIDIO

El suicidio es una realidad humana, que ha existido desde nuestros antepasados; no es un acto que afecte al que lo comete, sino a la sociedad en general; las causas, los porqués, el acto mismo, influye en todo el entorno, esto es: a la familia, familiares cercanos y aún los lejanos, los amigos, el médico, el sacerdote, los testigos si los hubo, entre otras cosas. (Reyes, 1999). El suicidio es un acto específicamente humano, personal, pero también un acto social, en tanto que tiene raíces en la sociedad y afecta siempre a los demás: a la familia y la comunidad (De la Fuente, 1994). Es un fenómeno que ha estado siempre presente en la historia de la humanidad, los documentos históricos y literarios más antiguos hablan del suicidio en los diversos pueblos de la Tierra, puesto que la muerte es el acontecimiento universal. En el hombre contemporáneo, el suicidio es un fenómeno presente y progresivo. (Marqués, 1999).

Por definición, el suicidio es toda muerte que resulta, mediata e inmediatamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, a sabiendas de que va a producir ese resultado. La tentativa de suicidio es el mismo acto, pero es interrumpido antes de que de como resultado la muerte (Durkheim, 1987). La palabra suicidio procede del latín, y se compone de dos términos: sui, de sí mismo, y caedere, matar. Es decir, significa matarse a sí mismo (Rojas, 1984).

Hay muchas y diversas clasificaciones respecto al suicidio, dependen de la disciplina científica o del interés personal del investigador. Se revisarán los más relevantes autores:

Emile Durkheim publicó en 1897, un libro que es ya un clásico: *"El suicidio"*. Su visión sobre el tema es desde el punto de vista sociológico, el cual sostiene que se puede comprender y explicar mejor el suicidio, aunque se trate de un fenómeno individual, si se le toma como una reacción debida a las peculiaridades de la sociedad. Propone tres diferentes tipos de suicidio, encerrados en dos conjuntos: uno caracterizado por la integración y otro por la regulación.



En el primero, están el **Suicidio Egoísta**: Que resulta de la alineación del individuo respecto de su medio social. Ese tipo es común allí donde factores culturales como el de los encarnados por el protestantismo subrayan el individualismo y el esfuerzo centrado en el yo (Raison, 1970; citado por Durkheim; 1987). El individuo se orienta más por sus intereses particulares que por los de su grupo de referencia. Dentro de esta categoría entrarían muchos suicidios: el amante defraudado, el empresario en quiebra, el estudiante que no logra satisfacer las exigencias académicas de sus padres o el poeta que no encuentra un sentido al existir. Para cada uno de estos personajes, poco o nada importa lo que los demás piensen o sientan sobre su situación, mayor dolor y abatimiento que el que ellos están padeciendo no existe, y eso es precisamente lo que se desea evitar (Reyes, 1999).

Durkheim (1987), en dos sistemas religiosos, comenta que la intolerancia religiosa, cuando es muy fuerte, produce a menudo un efecto contrario: en lugar de impulsar a los disidentes a respetar más la opinión, les habitúa a desinteresarse de ella. Cuando se siente alrededor una hostilidad irremediable, se renuncia a desarmarla y se tiene una obstinación insistente en las costumbres más reprobadas, en el caso de los protestantes y los católicos, los dos prohíben el suicidio con la misma precisión; no solamente lo castigan con penas morales de una extrema severidad, sino que el uno y el otro enseñan igualmente que más allá de la tumba comienza una vida nueva, en la que se castigará las malas acciones, y en el número de estas últimas incluye el suicidio, a pesar de ello algunos católicos y protestantes se suicidan, por la razón, descrita anteriormente por Durkheim.

El **Suicidio Altruista** es el que se encuentra en sociedades rígidamente estructuradas que ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal, y hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral. El comportamiento de los pilotos Kamikazes en la Segunda Guerra Mundial, tendría que ser catalogado en este tipo. (Durkheim, 1987. Reyes, 1999). Lo cometen personas que toman como algo propio ciertos valores de la sociedad, que sacrifican su vida por un ideal tan fuerte, que no les importa tampoco perder su identidad. (Reyes, 1999). La motivación de la muerte está originada en la



estructuración social, la muerte en sí misma no es tan importante como el preservar el mantenimiento de un estado de cosas. Durkheim, señala que una individuación excesiva conduce al suicidio, una individuación insuficiente produce los mismos efectos. Cuando el hombre está desligado de la sociedad se mata fácilmente, también, se mata cuando está integrado con demasiada fuerza en ella. En este tipo de suicidio, si el hombre se mata no es porque se arroge el derecho de hacerlo, sino porque cree que ése es su deber, cosa bien distinta. Si falta a esta obligación se le castiga con el deshonor y también, lo más a menudo, con penas religiosas. La sociedad hace presión sobre él para que se destruya, es ella la que determina las condiciones y circunstancias que hacen exigible esta obligación. Para fines sociales existe una dependencia tan estrecha que excluye toda idea de separación, y para determinar de que dependen esos suicidios es necesario saber que para que la sociedad pueda constreñir así a ciertos miembros suyos a matarse, es preciso que la personalidad individual se cuente por poca cosa, porque desde que empieza a constituirse, el primer derecho que se le reconoce es el de vivir; todo lo demás se le suspende en circunstancias muy excepcionales como la guerra, pero esta misma débil individualidad no puede tener más que una sola causa, el hecho de que el individuo ocupe tan poco lugar en la vida colectiva, es preciso que esté totalmente absorbido en el grupo y, por consiguiente, que éste se hallé muy fuertemente integrado. Desde luego es más natural que esté aún menos protegido contra las exigencias colectivas, y que la sociedad, por el menor motivo, no duda en ponerle fin a una vida que ella estima en tan poco. La palabra altruismo expresa bastante bien el estado aquel en que el yo no pertenece, en que se confunde con otra cosa que no es él, en que el polo de su conducta está situado fuera de él, en uno de los grupos de que forma parte. Por ello, Durkheim, llama suicidio altruista al que resulta de un altruismo intenso. (Durkheim, 1987).

Cuando se está habituado desde la infancia a no hacer caso de la vida y a despreciar a los que le tienen excesivo apego, es inevitable deshacerse de ella con el más ligero pretexto. Los suicidios altruistas facultativos, son aquellos que son menos exigidos por la sociedad que cuando son estrictamente obligatorios, este tipo de suicidio se considera como falta de existencia propia, la impersonalidad está aquí llevada a su máximo; el altruismo se encuentra en estado agudo, es claro que cuando se mata con esta



espontaneidad no tiene mucho apego a la existencia, de la que se forma, por consiguiente, una representación más o menos melancólica.

Mientras que el suicidio egoísta, se debe a un exceso de individuación, y está triste porque no ve nada real en el mundo más que el individuo; el suicidio altruista, tiene por causa una individuación demasiado rudimentaria, además de que la tristeza del altruista imperante procede, al contrario, de que el individuo le parece destituido de toda realidad. El uno está desligado de la vida porque no percibiendo ningún fin al que puede dedicarse, se siente inútil y sin razón de ser; el otro porque tiene un fin, pero situado fuera de esta vida, que se le parece desde entonces como un obstáculo.

La sociedad no es solamente un objeto que atraiga, con una intensidad desigual, los sentimientos y la actividad de los individuos, es también un poder que los regula, existe una relación entre la manera de ejercer esta acción reguladora y el porcentaje social de los suicidios, es conocida la influencia agravante que tienen las crisis económicas sobre la tendencia al suicidio, un ser vivo cualquiera no puede ser feliz, y hasta no puede vivir más que si sus necesidades están suficientemente en relación con sus medios, de otro modo, si exigen más de lo que se les puede conceder, estarán contrariadas sin cesar y no podrán funcionar sin dolor. Un movimiento que no puede producirse sin sufrimiento tiende a no reproducirse, las tendencias que no están satisfechas se atrofian, y como la tendencia a vivir no es más que el resultado de todas las otras, tiene que debilitarse si las otras se aflojan, esto es, por mucho placer que el hombre experimente al obrar, al moverse, al esforzarse, aún es preciso que se sienta que sus esfuerzos no son vanos y que al marchar avanza.

Ahora bien, no se adelanta cuando no se marcha hacia algún fin, o lo que viene a ser lo mismo, cuando el objeto a que se tiende es el infinito, es decir, cuando se persigue un fin inaccesible por hipótesis es condenarse a un perpetuo estado de descontento, sin duda el hombre llega a esperar contra toda razón; y hasta cuando es irrazonable, la esperanza tiene sus goces, puede suceder, pues, que ella le sostenga algún tiempo, pero no podría sobrevivir indefinidamente a las decepciones repetidas de la experiencia; en estas



condiciones no se está unido a la vida más que por un hilo muy tenue y que a cada momento puede romperse.

Por lo tanto, **El Suicidio Anómico**, es el que se da cuando un fallo o dislocación de los valores sociales lleva a una orientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida. Eso puede resultar de perturbaciones temporales como la guerra o las crisis económicas; de factores personales como una rápida movilidad social; o de cambios en la estructura social como los relacionados con la industrialización de los países subdesarrollados, que socavan la autoridad tradicional y los valores establecidos (Raison en Durkheim 1987). Esta es tal vez la categoría que más se presta a confusiones ya que es fácil confundirse con los suicidios egoístas.

El elemento fundamental en el suicidio anómico es la inexistencia de norma (anomia), y por lo tanto no existe un parámetro por el cual guiarse. Las estadísticas señalan como el aumento de los suicidios, que se da en el período de postguerra y no precisamente durante está. (Durkheim, 1987)

La palabra suicidium parece que se había utilizado en Francia en el siglo XVII, pero clásicamente el empleo de la palabra suicidio es atribuido en 1734 al abate Prévost o en 1737 al abate Desfontaines. Deshaies (1947) lo define en un sentido más amplio, como el acto de matarse de una manera generalmente consciente, utilizando la muerte como un medio o un fin. (Citados por Sarro y de la Cruz, 1991)

Stengel señala que suicidio significa el acto fatal, y el intento suicida el acto no fatal de autoperjuicio llevado a cabo con un consciente intento autodestructivo, no obstante, de ser vago y ambiguo, añade que, el acto suicida, entonces, es una pauta de conducta muy compleja que refleja tendencias en conflicto y cuyo desenlace depende de su fuerza relativa y de factores imprevisibles, las actitudes con respecto al suicidio están ligadas a la ideología acerca de la muerte. (Stengel, 1965).



Algunos filósofos aprobaban al suicidio y lo consideraban como una vía para la liberación del sufrimiento, otros como Pitágoras y Platón lo condenaban en absoluto. David Hume, en su ensayo sobre el suicidio declaraba que el hombre tiene derecho de disponer de su propia vida, Kant lo consideraba como una ofensa al igual que William James, psicólogo americano que sufría de grandes depresiones con ideas de suicidio. (Citado en Stengel, 1965).

En 1959, se formó un comité para el cual se examinaría si el suicidio tenía que ser punible por la ley, el cual estaba presidido por J.T. Christie, uno de los miembros era el doctor Doris Odium, quien había realizado una campaña contra la ley de suicidio durante muchos años y era el presidente de un comité conjunto de la British Medical Association y la Magistrates Association, las que habían estado durante mucho tiempo a favor de la revocación, y no fue hasta 1961 que el Suicide Act llegó a una conclusión exitosa: la campaña a favor de un cambio de la ley, por lo que el intento suicida dejó de ser un delito, aunque si se consideraba delito criminal ayudar, incitar, aconsejar o producir el suicidio en otra persona. Un ejemplo representativo del llamado actualmente suicidio asistido, es el que lleva a cabo el Dr. Kevorkian (Dr. Muerte), en Estados Unidos, se ha dedicado a ayudar a morir por su propia mano a las personas que desean suicidarse, incluso acondicionó una ambulancia para inyectar intravenosamente inocuo suero, pero con la posibilidad de que abriendo una válvula, el suicida permita entrar también un poderoso veneno. El médico se retira "prudentemente" y deja la decisión al suicida. (Herrasti, 1998).

Después de la aprobación del Suicide Act, el ministerio de salud expidió un memorándum a todos los médicos y autoridades correspondientes, que el suicidio debía ser considerado como un problema médico y social, además de que cada caso debía ser visto por un psiquiatra. (Stengel, 1965).

En 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS), empleó la expresión de acto suicida para referirse a todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero



móvil, esto es, todo hecho intencional es considerado como intento suicida. (Sarro y de la Cruz, 1991).

La palabra suicidio se puede referir no a un acto singular, sino también a una variedad de conductas que lo acompañan; por ejemplo: deseos, pensamientos, intención, intentos, gestos y muchas cosas más. McIntosh opina que no tenemos todavía ni una sola palabra, ni una definición completa que encierre lo que él piensa como un juego complejo de conductas que son consideradas como suicidas. El suicida en potencia, es una persona que está sufriendo de una terrible y profunda, desesperanza. Por eso, para él, la única salida viable es la muerte. Y por eso busca, y, en ocasiones, una y otra vez con toda perseverancia y constancia, hasta que logra su fatal cometido. (Reyes, 1999).

Shneidman 1976 (citado en Sarro y de la Cruz, 1991) propuso una nueva clasificación de la muerte para presentar un concepto autodestructivo, en contraste con las cuatro categorías de muerte (muerte natural, accidental, suicidio y homicidio) aceptadas internacionalmente. Aportó los conceptos de muerte intencionada, que corresponde al suicidio; muerte no intencionada, que es la natural, y la muerte subintencionada en la que la persona fallecida participó consciente o inconscientemente en acelerar su propia muerte con conductas de riesgo con cierto grado de responsabilidad, permitiendo su propio óbito, ya que implica un juego con la propia vida, aunque sea de forma accidental, por indiferencia o descuido.

Por su parte, el Dr. Karl Menninger, en su libro *"El hombre contra sí mismo"*, contempla también, el **Suicidio Crónico** (conceptualizado por Shneidman como muerte subintencionada): Lo realizan aquellas personas que nunca dispararán una pistola contra ellas mismas, pero que sí se van destruyendo lentamente, como sucede, por ejemplo, con los alcohólicos. El **Suicidio Localizado**: con este nombre de designa a aquellos casos en que los pacientes buscan sufrir enfermedades fingidas, policirugía, autoexplotación de sus dolencias, etcétera. Y el **Suicidio Orgánico**: hace referencia al factor psicológico de las enfermedades orgánicas. (Citado en Reyes, 1999).



Menninger distingue varios elementos en la idea de suicidio: el *deseo de muerte*, lo que busca el suicida en la muerte es ante todo tranquilidad, la anulación de tensiones, satisfacer el deseo de ser pasivo y dormir. Esta tranquilidad, que se expresa a través del fantasma del nirvana, podría acercarse, igualmente al placer sexual y a la saciedad en los lactantes. En efecto, la muerte puede investirse de toda serie de significados eróticos hasta llegar, a veces, a tener el sentido de un mero y simple orgasmo. (Morón, 1992)

Se debe distinguir entre el deseo consciente y el deseo inconsciente de morir, el primero es el resultado de diferentes circunstancias, a veces temporales, a veces contradictorias, existe un inconsciente deseo de no morir, por eso cuando se busca la propia muerte empujado únicamente por el deseo consciente de morir, se fallará en el intento, porque para matarse se necesitaría un verdadero deseo de morir. (Reyes, 1999)

El *deseo de matar* correspondería esencialmente a un deseo oral pasivo, reproduciendo el deseo infantil de volver al seno materno. Es interesante notar que a ese fantasma reconfortante que es la unión con la madre, se suma a veces, el del renacimiento y la idea de sobrevivencia o inmortalidad que se encuentra frecuentemente asociada con la de la muerte. (Morón, 1992) Reyes, citando a Menninger, llama al deseo de muerte, el deseo de ser matado, se trata del mayor grado de masoquismo, y se debe al implacable y estricto superyó, pues es ahí donde están todas las prohibiciones y todas las obligaciones, gran parte de nuestros actos conscientes, están motivados por el inconsciente, lo que hace que muchas veces, se sienta culpa, sin haber una explicación, el que tiene culpa merece ser castigado; como la culpa se vuelve rabia, nace y se fortifica una conducta autoagresiva; el inconsciente no distingue entre fantasía y realidad, así, el simple pensamiento de desearle un mal a un ser querido (deseo de matar) puede ser el fruto de intensos sentimientos de culpa, como si en realidad se hubiera destruido a dicha persona u objeto, lo cual trae consigo una intensa rabia contra uno mismo, por eso alguien que esté padeciendo de una depresión profunda, rara vez comete un asesinato, salvo el del propio yo. El deseo de matar es, generalmente, inconsciente, pero en ocasiones se hace consciente, en tal caso es muy común que se reprima y se disfraza con actitudes de amor, protección u obediencia; por lo que el sentimiento de culpa que



brotan de estas circunstancias, unido al material reprimido, provoca y, en muchas ocasiones de manera muy intensa, el deseo de ser matado.

El *deseo de matarse* no es el elemento menos importante de esta trilogía, aunque se dijo "nadie se suicida sin haberse propuesto matar al otro". Dentro del corazón de todo hombre está, a lo mejor dormido, el instinto de destrucción, para el ser humano la rabia es natural; lo es la ira en cualquiera de sus manifestaciones; destruir, nos enseña Menninger, es, llanamente, el deseo de matar en sentido primitivo: propósito de autodefensa, por supuesto, en la mayoría de los casos, este deseo queda inhibido y el principal inhibidor, que brota también de la vida instintiva, es el amor. Si éste es tan fuerte que llegue a neutralizar a los impulsos destructivos, entonces se estará hablando de formación de vida, no de supresión, si no lo es tanto, cambiará el objeto de destrucción: se tendrá un desplazamiento, mecanismo de defensa.

Este componente agresivo se manifiesta en los casos de suicidio pasional, donde la idea de dañar profundamente, precede con frecuencia a la del suicidio. Es, igualmente el vuelco de la agresividad hacia sí mismo donde se sobrentiende la tendencia del depresivo quien, mediante su suicidio, alcanza incluso a agredir a su objetivo. En el melancólico, que busca destruir el objeto incorporado, el raptó suicida aparece también como un asesinato. Este giro aún en la melancolía, no es siempre perfecto, como lo subrayan Nacht y Recamier con respecto al suicidio colectivo, verdadero asesinato altruista. (Morón, 1992)

El *deseo de estar muerto* da otro significado al suicidio, que se toma como un castigo que es necesario sufrir o como una autopenitencia y particularmente como una castración. Gira hacia el masoquismo y hacia la culpabilidad inconsciente, y hace intervenir el sadismo del superyo. Con mucha frecuencia el suicidio se representa el precio que el sujeto debe pagar para satisfacer sus deseos libidinosos. Este componente autopunitivo prevalece en ciertas formas de suicidio especialmente en las automutilaciones, verdaderos suicidios parciales.



Estos diferentes elementos que propone Menninger, pueden existir en forma aislada, más en las tentativas serias como en los raptos melancólicos, estos diversos componentes se asocian e imbrican. Es imposible demostrar cómo se articulan, sin referirse a la estructura del Yo y a la relación objetiva, según los diferentes casos. (Moron, 1992)

Existen otras clasificaciones acerca del suicidio, el Patológico y No Patológico. El **Suicidio Patológico**, se puede dividir de manera general, en **Conductas Autodestructivas Directas que ponen en peligro la propia vida**, es decir, son aquellas personas que realizan el acto con la intención expresa de matarse: Darse un tiro, ahorcarse, arrojarse al vacío etcétera, y las **Conductas Autodestructivas indirectas que ponen en peligro la propia vida**, que serían, como ejemplo, las actividades de alto riesgo: manejo de automóviles a velocidades imprudentes, alpinismo, alcoholismo, drogadicción y otras muchas, en las que no se busca la muerte, sino el placer de sentir sensaciones propias de cada uno de estos deportes o acciones, sabiendo, sin embargo, el riesgo que se está corriendo. (Reyes, 1999).

Entre las diversas especies de muerte hay algunas que presentan el rasgo particular de que son obra de la víctima misma, que resultan de un acto cuyo autor es la misma persona; es cierto, por otra parte, que este mismo carácter se encuentra en la base que se funda comúnmente la idea de suicidio. Poco importa, por lo demás, la naturaleza intrínseca de los actos que producen este resultado. Aunque por regla general nos presentemos el suicidio como una acción positiva y violenta que implica cierto empleo de fuerza muscular, puede ocurrir que una actitud puramente negativa o una simple abstención produzcan idéntica consecuencia.

El suicidio es el acto de desesperación de un hombre que no quiere vivir. Pero, en realidad, y puesto que el suicida está ligado a la vida en el momento que se la quita, no deja de hacer abandono de ella, y entre todo los actos por los que un ser viviente abandona aquél de entre todos los bienes que pasa por el más precioso, hay rasgos comunes que son, evidentemente, esenciales; cuando la abnegación llega al sacrificio cierto de la vida, se trata, científicamente, de un suicidio.



Las causas de la muerte, en su mayor número, están fuera de nosotros más que en nosotros, y no nos afectan hasta que nos aventuramos a invadir su esfera de acción. (Durkheim, 1987).



3.2. ETIOLOGIA

De forma general, se revisarán las causas que pueden llevar a una persona a decidir terminar con su vida; un hombre comienza a cometer suicidio mucho antes de llegar al acto suicida y mucho antes de empezar a vivir la circunstancia detonante, nunca se podrá saber verdaderamente los motivos por los cuales un hombre decidió terminar con su vida, pues no se podrá interrogar a su cadáver, ni tampoco se podrá confiar plenamente en los motivos conscientes que dejó escritos en alguna nota, o por sus familiares. Pero hay muchas personas que intentaron el suicidio y no pudieron matarse. Gracias a ellas existen varios y profundos estudios, fruto de la observación de estos casos, que nos llevan a conocer las causas más comunes y frecuentes (Reyes, 1999). El motivo consciente es, por lo general, sólo el último factor precipitante dentro de una multiplicidad de causas (Stengel, 1965).

La decisión final de un individuo de poner fin a su vida probablemente está influida tanto por su estado psicológico como por la situación en que se encuentra, y una cosa refuerza la otra, sin importar cuál se produjo primero. Ninguno de los concomitantes es suficiente para explicar el suicidio, de hecho, todos ellos, ya sean personales o situacionales, tienen un nivel muy bajo como factores de predicción y la mayoría de los individuos que los experimentan no se suicidan, esto es, porque cada suicidio es un acto sumamente personal e idiosincrásico, y tenemos que proponer el concepto de que hay una vulnerabilidad psicológica que los predispone al suicidio y que contribuye a la forma en que el individuo reacciona ante una situación. Sin embargo, lo anterior no significa que la sociedad y otros factores no influyan en la decisión de suicidarse, un suceso de la vida puede tener efectos catastróficos sobre una persona, pero otra puede escapar de él incólume o, paradójicamente, estar mejor capacitada que antes para hacer frente a la vida. (Morgan, 1983).

La conducta suicida se entiende actualmente como multideterminada y el resultado de una interacción entre efectos del estado y rasgos relacionados. Varios factores de riesgo han sido extensamente estudiados: desórdenes psiquiátricos y de la personalidad,



variables genéticas, factores biológicos y tensiones psicosociales. Los factores sociales y familiares, los eventos negativos en la vida y las enfermedades médicas pueden interactuar con los factores antes mencionados en tres formas principales para producir actos suicidas: como factores predisponentes incrementando la vulnerabilidad, como factores precipitantes o como factores contribuyentes. (Báez Reyes, R., 1999).

Para cada grupo social existe una tendencia específica al suicidio, por eliminación, resulta que el suicidio debe depender necesariamente de causas sociales y constituir por esto un fenómeno colectivo, sólo puede haber tipos diferentes de suicidio en cuanto sean diferentes las causas de que dependan, puede constituir los tipos sociales del suicidio clasificándolos, no directamente y según sus caracteres previamente descritos, sino ordenando las causas que los producen. Si se quiere saber de qué distintas confluencias resulta el suicidio, considerado como fenómeno social, es en su forma colectiva, es decir, a través de los datos estadísticos, como hay que considerarlo desde el primer momento. Es preciso tomar como objeto directo del análisis la cifra social e ir del todo a las partes (Durkheim, 1987).

El suicidio es verdaderamente democrático, como la muerte misma, no respeta nivel cultural, religión, clase social o profesión; cualquier ser humano puede en un momento de su vida, sentir y estar convencido de que la vida no tiene sentido por diversas causas (Quezada, 1999). En la búsqueda de las causas de suicidio, se tropieza con muchas dificultades, cada suicidio es en muchas formas un suceso único, que sólo tiene que ver con el individuo que lo realiza y con su propia situación en la vida (Morgan, 1983). En la etiología del suicidio se han encontrado desequilibrio en neurotransmisores y predictores genéticos, trastornos psiquiátricos, falta de habilidad para resolver problemas, haber experimentado abuso sexual o físico, algunos aspectos o problemas de identidad y orientación sexual, disponibilidad de armas de fuego, abuso de sustancias tóxicas, desempleo, problemas laborales y conyugales, mediante el método de la autopsia psicológica, se identificaron como factores de riesgo: El abuso de alcohol y drogas, intentos de suicidio previos, depresión y trastornos afectivos, como hipomanía y psicosis maniaco depresiva, conducta antisocial o agresiva y antecedentes familiares de suicidio.



(Quezada, 1999). Algunas influencias y causas que llevan al hombre a tomar la decisión de acabar con su vida, se describen a continuación:

INFLUENCIAS FISICAS

El estado atmosférico, ya estaba contemplado por Hipócrates, como capaz de influir sobre el comportamiento humano. Actualmente está admitido, en forma aproximativa, que las depresiones barométricas bruscas y la hipotensión electrostática son depresivas y vagotónicas, mientras que la hipertensión barométrica y la hipertensión electrostática son excitantes y simpaticotónicas. A través del sistema neurovegetativo, las influencias atmosféricas podrían ejercerse sobre la tonalidad afectiva, la emotividad y la impulsividad. La influencia que ejerce el clima sobre el ser humano es una antigua creencia, ya en el siglo XIX la incidencia meteorológica y la tasa de suicidios, fue planteada críticamente por Esquirol (1838) y, sobre todo, por Durkheim (1928). La relación de las variaciones estacionales con la tasa de suicidios consumados aporta algunos datos significativos, en diversos estudios se objetiva una mayor frecuencia de suicidios consumados en primavera y al inicio del verano, descendiendo en invierno, y en otros, el incremento se observa en otoño, pero las razones de estas variaciones son desconocidas, aunque se han dado todo tipo de explicaciones. En Estados Unidos, en ambos sexos, se registraban más suicidios en primavera y a finales del verano, observándose tan sólo diferencias estacionales según el método suicida utilizado por los hombres y las mujeres. En Barcelona ciudad, en los años 1983-1987, Martí y Corbella (1988) objetivaron una distribución estacional homogénea del registro de los suicidios consumados, con pequeñas oscilaciones mensuales en los hombres y con un incremento en los meses de mayo, junio y julio en las mujeres (Citados en Sarro de la Cruz, 1991).

Las influencias geo-demográficas se observan en las variaciones de frecuencia del suicidio por regiones. Según Halbwachs (1930), en el período 1922-25, las tasas anuales de suicidio en un millón de habitantes fue de 60 en Noruega, 86 en Italia, 110 en Inglaterra, 137 en Bélgica, 147 en Dinamarca, 148 en Suecia, 152 en Baviera, 221 en



Prusia, 229 en Francia, 293 en Austria, 334 en Sajonia; la diferencia varía de uno a cinco según los países, el factor demográfico cede el paso a la densidad y actividad sociales; el suicidio es más frecuente en las ciudades que en el campo. (Morón, 1992)

Las influencias somáticas: La frecuencia del suicidio aumenta con la edad. La raza podría influir, pero la definición y criterios son motivo de reservas: Los judíos, que son vistos por Durkheim como refractarios al suicidio, son por el contrario particularmente proclives. Los negros, con una reputación de poca incidencia a la supresión, se matan tanto o más que los blancos, por lo menos en América del Norte (USA), en los primitivos, salvo en sacrificios rituales, es raro el suicidio, según Z.Zilboorg (1936). Los conceptos de *temperamento*, biotipología, no ofrecen aquí ninguna aplicación precisa, la actividad eléctrica cerebral no es suficiente para que el electro-encefalograma suministre el trazo precursor de la conducta suicida. En cuanto a las crisis *fisiológicas* de la pubertad, la menopausia y la andropausia, ameritan cierta atención, se sospecha desde hace tiempo que la menstruación juega cierto papel, (Hipócrates, Esquirol). Se registró una mayor incidencia de suicidios dentro del período menopausico, favoreciendo el desequilibrio neuropsíquico y las reacciones cataclísmicas (Citados en Morón, 1992).

INFLUENCIAS PSICOLOGICAS:

La herencia, para Morón interviene en forma menos directa y menos simplista de cómo lo concibieron originalmente varios autores, el hecho muy conocido de "familias con tendencia al suicidio"; Según él, la herencia predispone a la psicosis, no a la conducta suicida (Morón, 1992). Sin embargo, el suicidio parece tener una agrupación familiar, sugiriendo que los factores genéticos pueden jugar un papel en esta conducta; las anomalías en el metabolismo de las monoaminas, incluyendo el metabolismo de la serotonina y la dopamina central disminuidas pueden estar implicadas en la conducta suicida. En la actualidad un gen candidato para el intento suicida es el gen de la triftofano hidroxilasa (TPH), la cual es una enzima estimada como limitante de las vías metabólicas para la serotonina. Se ha visto una verdadera alteración de la función serotoninérgica en el suicidio completo y en las alteraciones psiquiátricas, el decremento en el transporte de



la serotonina (5-HT) y en los enlaces reducidos de imipramina o paroxetina al cerebro y 5-HT platelada toman sitios transportadores en pacientes con depresión y víctimas de suicidio y define al transportador de 5-HT (5-HTT) como gen candidato. (Báez, 1999, III Congreso Internacional de Tanatología y Suicidio). La existencia de suicidios de personas cercanas o en el núcleo familiar aumenta el riesgo de suicidio por el antecedente familiar de suicidio positivo, este riesgo elevado parece ser el resultado en parte de la alta probabilidad de heredar un trastorno psiquiátrico, sobre todo un trastorno afectivo. Sin embargo, el antecedente familiar de suicidio constituye un riesgo adicional independientemente del diagnóstico del individuo (Rubenstein & Federman, 1992).

Es hasta la fecha claro, que lo que es susceptible de ser heredado es la predisposición a ciertos trastornos principalmente de carácter depresivo, más no en si misma, una predisposición a la idea suicida, está puede surgir más como el producto de un aprendizaje familiar añadido a un problema de depresión. En este sentido, Sorenson y Rutter realizaron una investigación centrada en los patrones trasgeneracionales de suicidio, encontrando como los antecedentes familiares de suicidio y de desordenes mentales estaban asociados con el aumento del riesgo suicida (Sorenson y Rutter, 1991).

La constitución mental representa un papel sin lograr con ello definir una constitución "suicidógena" especial, se encuentran todas las variedades de carácter en los suicidas. Empero ciertas disposiciones características (emotividad, impulsividad, labilidad, dominancia afectiva, etc.) inclinan más hacia las reacciones suicidas. Asimismo, desde el punto de vista intelectual, se observan todos los niveles, desde la debilidad mental hasta la inteligencia genial. Se favorece particularmente la reacción suicida cuando la constitución mental implica una franca disposición mórbida, sobre todo de orden depresivo, cuando se favorece la reacción suicida. (Morón, 1992)

Predisposición. Los fracasos, bastantes frecuentes en las personalidades más o menos mórbidas, encuentran en la reacción terminal, ya sea en un sentido de una rebelión hiperesténica, o bien en un sentido de abandono hipóstenico; basta entonces una situación conflictiva, un acontecimiento ocasional penoso (luto, decepción,



preocupaciones económicas, rivalidad, etc.) para desencadenar la conducta autoconstructiva. La florescencia de una psicopatía engendra un conflicto objetivo y sobre todo subjetivo que influye del mismo modo (Morón, 1897). Menninger, propone como causas la predisposición suicida, son aquellas personas que tienden a reaccionar a las situaciones de estrés con actos suicidas, esta predisposición podría estar basada sobre ciertos rasgos de personalidad, que forman parte del bagaje innato del individuo, o sobre experiencias previas que inclinarían al individuo a reaccionar de esa manera, o bien de las dos. Por otro lado el papel de las experiencias previas, es decir, en un estudio se encontró que las personas que se habían suicidado o que lo habían intentado presentaban en su historia un hogar desecho en la infancia (Citado por Stengel, 1965). La muerte de personas muy cercanas, al igual que el divorcio puede funcionar como un precipitante bastante serio de la conducta suicida, en el proceso de duelo que las personas experimentan, pueden surgir fantasías de suicidio en el curso del primer mes de la muerte de la persona, la interpretación que se hace a esta fantasía se centra alrededor de la idea de que la persona intenta tener una forma o medio de reunión con el ser perdido. Definitivamente las circunstancias que rodean la muerte de la persona y el tipo de relación que se guardaba con ella, pueden influir en tales fantasías (Slaikeu, 1988).

En cuanto a la personalidad previa, se llama personalidad a las cualidades durables de la constitución psicológica de un individuo, y su evaluación debe basarse necesariamente en las pautas de conducta, pensamientos y sentimientos, a través de un tiempo prolongado, la predisposición al suicidio a través de la estructura de la personalidad es, lo repetimos, difícil de investigar; la evaluación de las notas de suicidio en los casos de hospital ha sugerido que los pacientes psiquiátricos que se quitan la vida a menudo son más agresivos, exigentes, dependientes e insatisfechos que los demás, además presentaban actitudes irritables y pugnaces, conducta impulsiva y errática con deficiencia de dominio propio, tendencia a ser callados y poco comunicativos, o perfeccionistas y autocríticos. (Morgan, 1983).

Los intentos suicidas tienen el efecto de llamar la atención, Stengel (1965) quizá fuese el primero en subrayar el "efecto de llamar la atención", comenta que para el paciente el



intento suicida significa la muerte y la supervivencia, y frecuentemente un nuevo comienzo, en cambio para los parientes significa penas y duelo, algunas veces crea la situación peculiar de que alguien que ha muerto y revivido está vivo con ellos al tiempo que hacen duelo por él, todo esto engendra una tendencia a la renovación y la revisión de las relaciones humanas de parte de todas las personas afectadas, además comenta que con frecuencia el intento de suicidio, ha resultado la única señal de alarma eficaz para movilizar la ayuda médica y social que ha sido necesaria por largo tiempo, el intento suicida puede ser un útil estímulo para lograr cambios de la situación de una persona, y que ponen en movimiento fuerzas constructivas, aunque es igualmente cierto que si ocurre repetidas veces puede llevar a un deterioro de la situación de vida. (Stengel, 1965)

Ocasionalmente, la cólera ciega hacia los demás parece ser la motivación principal, con la intención de hacer que lo lamenten, como señalan Whitlock y Schapira (1967, citado en Morgan, 1983). Asimismo, se ha advertido ya que el motivo expresado también implica, a menudo, interés y angustia por los demás, a un deseo de comunicar que se necesita ayuda, la función de atraer la atención, representa primordialmente un intento superficial de manipular la situación en la vida coaccionando a los demás, o quizá de evitar las responsabilidades y las repercusiones de una conducta insensata (Morgan, 1983).

El hecho de presentar una baja autoestima, ocasiona que las personas, vivan un autorrechazo doloroso y humillante, además, por si fuera poco lo anterior, por su nula autovaloración, llegan a juzgar que el mismo pensamiento del suicidio no es sino un signo de debilidad, cobardía o locura, lo que forma un círculo vicioso que, con toda facilidad, termina en la autodestrucción definitiva. Aquellos que presentan una baja autoestima pueden ser aquellas personas que han sufrido vejaciones, violaciones, abandonos, desde niños, con mucha frecuencia tales víctimas viven continuos sentimientos de culpa, de vergüenza, de soledad, de aislamiento y de indiferencia por la vida, por lo que muy fácilmente sufrirán una depresión profunda y muchas veces una fuerte ideación suicida (Reyes, 1999).



Una causa de suicidio, y no rara, es el perfeccionismo, los perfeccionistas tienen un muy pequeño umbral para la frustración, dado que su autoestima depende de sus logros, pueden llegar a sentirse que no valen como personas, por las fallas cometidas, son personas que viven en creciente ansiedad porque todo lo deben hacer de manera perfecta; pero al mismo tiempo desestiman sus propias habilidades, por lo que temen que nunca podrán alcanzar sus objetivos, la capacidad que tienen para admitir sus errores y perdonarlos es casi nula, así que cualquier equivocación que puede juzgarse como normal, para ellos es intolerable.

En otro apartado, se encuentra el solitario, el que está aislado socialmente, ciertamente que son buenos algunos momentos de soledad en la vida de todo ser: esa soledad buscada y deseada que ayuda para que uno pueda encontrarse a sí mismo en lo profundo de su interior, pero la soledad a la que se hace referencia, es la patológica, las personas que lo padecen, son aquellas que normalmente son incapaces de relacionarse con otros, casi nunca podrán desarrollar un sistema adecuado de apoyo que les sirva como válvula de escape a sus sentimientos negativos. (Reyes, 1999).

Factores personales. *La edad y el sexo.* En todas las edades, las tasas de suicidio correspondientes a los hombres son más altas que las de las mujeres, y aumentan agudamente con la edad. En años muy recientes, las tasas de las personas de más edad han mostrado tendencia a disminuir, y en cambio algunos grupos de adultos jóvenes de uno y otros sexos muestran una persistente tendencia a aumentar desde principios de la década de 1970 (Morgan, 1983). El sexo es una variable que incide en la probabilidad de la acción suicida, revisando las estadísticas de diferentes localidades y en diferentes años se ha podido determinar la siguiente tendencia: por cada hombre que hace un intento de suicidio, existen 3 mujeres que realizan intentos, pero por cada mujer que logra cometer suicidio existen 3 hombres que logran su propósito, esto es equivalente a decir, que el 75% de los suicidios consumados son efectuados por hombres. La proporción puede cambiar un poco de un lugar a otro pero a la fecha, esa es la tendencia que sigue vigente (Sarro y De la Cruz, 1991; Kaplan, Sadock & Grebb, 1994; Freedman, Kaplan y Sadock, 1984; Maris, 1992).



En cuanto a la edad, se tiene como premisa que las tasas de suicidio va en aumento con la edad (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994; Freeman y Reinecke, 1995). Se deben analizar varios puntos, son mayores las tentativas en las personas jóvenes que en las personas de edad. Un fenómeno que ha estado alarmando a los expertos en los últimos años, es el incremento en las tasas de suicidio que se ha ido observando en el grupo de edad comprendido entre los 15-25 años en el curso de los últimos 20 años (Slaikeu, 1988; Maris, 1992; Eldrid, 1993; Garrison, 1992). Kaplan, Sadock y Grebb mencionan un incremento en un 40% del suicidio en el rango de edad mencionado, registro elaborado entre los años 1970 y 1980, este aumento en jóvenes de 15 a 24 años se ha observado principalmente en los hombres (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994). En cuanto al *Estado Civil*, los suicidios se relacionan con el estado civil de la persona de la siguiente manera: está más presente entre las personas solteras, separadas y viudas que entre las casadas, en las personas casadas, existe mayor incidencia entre quienes no tienen hijos (Maris, 1992; Wilson, 1991). La variable estado civil por si sola no explica el aumento o disminución en el riesgo de suicidio, sino que está relacionada con otras variables como son el sexo, edad y aislamiento social (Sarró y De la Cruz, 1991).

Kreitman (1977) observó que el riesgo del suicidio aumentó con la edad, en forma más marcada y desde más temprano en los hombres, el excesivo consumo del alcohol fue un problema dominante de la edad mediana, también particularmente en los hombres. (Citado en Morgan, 1983).

Enfermedad crónica. Las personas que se suicidan particularmente son las de edad avanzada, debido a que sufren con más frecuencia de una enfermedad física, esto se relaciona generalmente con síntomas depresivos graves, y se ha calculado que es un factor que contribuye al suicidio en el 29% de los casos, probablemente más aún en los viejos; una enfermedad crónica que amenaza la vida tiene mucho que ver con el riesgo de suicidio, más aún cuando están presentes otros factores como síntomas depresivos graves, esto está estrechamente relacionado con la forma en que se consumen diversos fármacos en el tratamiento de la enfermedad física, ya que pueden ellos mismos



aumentar el riesgo de suicidio, no sólo porque pueden consumir los medicamentos erróneamente, sino también por el hecho de que en ciertos individuos vulnerables su acción farmacológica directa puede precipitar una depresión grave. (Morgan, 1983).

Padecer una enfermedad de carácter crónico y más aún si conlleva a la incapacidad del sujeto, es otra condición que se considera como riesgo para el suicidio. Este factor presenta una alta asociación con la edad, siendo más probable el padecer enfermedades crónicas con el incremento de los años, de la misma manera, la presencia de estados depresivos, reactivos a la enfermedad misma, aumentaría más el riesgo (Slaikeu, 1988)

El dolor físico que no se quita o no disminuye suficientemente, o el miedo a ciertas enfermedades, pueden ser otras de las frecuentes causas, que, más que causas, son fuertes detonantes que pueden llevar a alguien al suicidio, por el hecho de que pueden aparecer angustias, culpas y rabias insoportables. (Reyes, 1999).

INFLUENCIAS SOCIALES

Un tópico frecuente sobre el suicidio es que esta conducta es una consecuencia de la civilización –urbanización, economía, etc.-, y la opinión más generalizada era la que insistía en la escasa o nula presencia de suicidios en los pueblos primitivos, pero tanto si se valora en el ámbito social como individual, el suicidio existe y ha existido en todas las épocas y culturas (Sarro y de la Cruz y Cols, 1991).

La familia. La frecuencia del suicidio es mayor entre los célibes que entre los casados, entre los viudos que entre los casados, entre los casados sin hijos que entre los casados con hijos (Durkheim, 1897). Es menor en la estructura matrimonial que en la familiar, en particular influye la presencia de los hijos, como lo dijo Halbwachs en 1930 y lo aseveran los sociólogos contemporáneos (citado en Morón, 1992). Una vida familiar no gratificante, culpígena, que llene de frustraciones y de rabias, suele ser una de las causas más frecuentes de Suicidio, sobre todo en un pueblo como el mexicano, que tanto valor da a la vida familiar (Reyes, 1999).



Un asunto amoroso desgraciado, el fuerte deseo de morir que lleva al acto suicida cuando no se alcanza el amor que una persona necesita, ha sido, desde siempre, una de las causas más frecuentes y aceptadas, sobre todo hablando de edades tempranas: adolescencia y principio de la juventud. Abundan las historias de Romeos y Juliets incluso en los tiempos presentes, pero también se da, con menos frecuencia desde luego, en la etapa de madurez. Esta realidad presenta una contradicción: indica el deseo intenso de amar, de vivir con la persona amada, pero, por otra parte, muestra un intolerable sufrimiento por la frustración de esta necesidad; y así se hace el intento suicida; sólo que, quien lo comete, desea ardientemente, más que morir, ser salvado, y que su objeto de amor llegue a ser consciente de la intensidad de su pasión y de cuánto lo necesita. En la vida cotidiana, el suicidio por amor, no es tan romántico como lo presenta el cine, la novela, o la poesía, y es mucho menos frecuente que lo que nos hace creer la literatura universal. (Reyes, 1999). El sentido de vida-muerte que los jóvenes suicidas dan a sus relaciones afectivas, deriva de su necesidad de recapitular y aliviar la intensa infelicidad que ha vivido en sus relaciones familiares (Stengel, 1965; Reyes, 1999).

En la *infancia*, es cierto que el suicidio consumado es muy infrecuente antes de los 12 años, pero existe, una de las razones para explicar la baja tasa de suicidios en estas edades es la aceptación de que el niño no vive la muerte como un fin y, por eso, en el ámbito cognitivo, no puede plantearse el suicidio. Incluso, algunos autores valoran que en la infancia ni puede hablarse de actos de suicidio, pues falta la comprensión del significado total de la muerte (Sarro y de la Cruz y cols, 1991).

El suicidio en los menores de 14 años es poco conocido epidemiológicamente, sobre todo en las estadísticas oficiales, como por ejemplo en las estadísticas de Estados Unidos, en donde se tiende a no clasificar los suicidios como causa de muerte en los niños menores de 10 años que, aunque es infrecuente, seguramente se encubre con el diagnóstico de muerte accidental, probablemente por la actitud de rechazo de aceptar la muerte voluntaria en la infancia (Pfeffer, 1986, citado en Sarro y de la Cruz y cols, 1991). Orbach y cols. (1987) valoran que hay un acuerdo creciente ante la idea de que la tendencia hacia



la conducta suicida del adolescente y del adulto se forma durante la infancia, en el acto suicida del niño aparecen aspectos similares al del adolescente, como la planificación, los métodos, la depresión y la percepción de la muerte y, sobre todo, el hecho de que en estas edades, también puede ser un proceso prolongado y no un acto manipulativo o impulsivo. Rosenn (1982) expone las creencias erróneas más frecuentes sobre la conducta suicida en la infancia: se considera que no existen suicidios antes de los 6 años y que estos actos son infrecuentes en los años de latencia; que no es posible que aparezca una depresión grave en la infancia, ni a nivel psicodinámico ni evolutivo; que el niño no entiende que la muerte es irreversible, por lo tanto no puede ser considerado suicida; que los intentos de suicidio en los niños son impulsivos y no una expresión de preocupaciones prolongadas; que durante la infancia no puede plantearse un acto suicida seriamente, ni en el ámbito cognitivo ni físico; que la mayoría de los actos suicidas en la infancia son manipulativos y poco agresivos; que aunque la amenaza de suicidio es frecuente en algunos niños no tienen métodos a mano para matarse y que si hay un acto autodestructivo en ellos es casi siempre una respuesta a un desencadenante inmediato.

Sin embargo a partir de estudios epidemiológicos y clínicos se investigan los factores de riesgo suicida en la infancia y preadolescencia, que son tan heterogéneos y multideterminados como los de los adultos (Sarro y de la Cruz y cols, 1991). Pfeffer (1986) señala como factores de riesgo; la depresión, el deseo de morir, la desesperanza, la indefensión, la preocupación sobre la muerte, el concepto de muerte como algo temporal y agradable, y la depresión y/o los actos de suicidio en los padres. Se valora que hay una menor incidencia de suicidios en los más jóvenes porque existe una mayor identificación con la familia, por poseer una menor capacidad de abstracción del pensamiento que conlleva una menor tendencia a la depresión, y por tener menos sentimientos de soledad (Citado en Sarro y de la Cruz y Cols, 1991).

La necesidad de expiación desempeña, también, un papel, un factor, muy importante en los deseos suicidas, el hecho de vivir con grandes sentimientos de culpa y una imperiosa necesidad de autocastigo, las emociones subyacentes que tenía eran de autodesprecio e inutilidad, el miedo a la vida y una necesidad de ser castigado por el odio que sentía hacia



sí mismo, el suicidio se presenta como la manera de pagar por la culpa y los pecados. (Reyes, 1999).

En jóvenes, la muerte de uno de los padres puede ser una de las causas más frecuentes de suicidio, a partir de 1936 hay estudios en los que se demuestra la relación existente entre la muerte de uno de los progenitores y la posterior conducta suicida de los hijos, como lo prueba la investigación de G. Zilboorg, comprobaron que hay una significativa correlación entre el suicidio y la muerte de un padre, está ha sido una de las causas más frecuentes de suicidios consumados, más que de intentos suicidas: posiblemente tal reacción se deba a una cierta incapacidad de aceptar dicha muerte, es decir, la no-resolución de la pérdida del objeto de amor, seguida de una impotencia para soportar los menoscabos amorosos durante los años de juventud. En cambio, no hay una relación significativa entre la separación o divorcio de los padres y la posterior conducta suicida del joven, más bien sería por la pérdida del amor, de la intimidad, de la espontaneidad en la relación, de la cercanía, y otros factores similares, acerca de la vida familiar, lo que los lleva a esta conducta, y es entonces que buscan un estilo de vida provocativo y de defensa, en donde sus contactos sociales son superficiales, presentan grandes dificultades para relacionarse íntimamente y se manifiesta su rebeldía, para ocultar su verdad: la terrible depresión que está viviendo y el miedo de pasar por una separación familiar, a pesar de lo infelices que hayan sido. (Reyes, 1999).

La profesión interviene en la medida en que implica un cierto nivel intelectual y un determinado género de vida (Morón, 1992). Algunas de las causas son el desempleo, la tasa de suicidios aumenta entre los desocupados, más que con la población empleada (Stengel, 1965). No obstante, sería erróneo atribuir todo suicidio a una persona sin trabajo o a la desocupación, según Sainsbury, "parecería que el desocupado experimenta en forma exagerada la perturbación encontrada en todas las clases en tiempos de súbitos cambios económicos. Esto último es el factor común causante tanto del suicidio como de la desocupación, y de ese modo, en alguna medida, da cuenta de la asociación entre ambos" (Citado en Stengel, 1965).



En la religión clásicamente, las tasas de suicidio eran mucho más elevadas entre los protestantes que entre los católicos, entre los católicos que entre los judíos. En trabajos recientes se demuestra un cambio estadístico, si los protestantes se suicidan más que los católicos (198 protestantes por 100 católicos en 1926), los judíos se matan mucho más que los católicos (341 judíos por 100 católicos en 1926). El incremento del porcentaje judío es regular desde 1855; la distancia que media entre protestantes y católicos disminuye en razón de la proporción más marcada del porcentaje católico. No es la estructura religiosa la que actúa, como lo afirma Durkheim, sino el tipo de civilización, dice Halbwachs (citado en Morón, 1992). El estudio de Durkheim (1928) señalaba el carácter protector de la religión, entre miembros de determinadas comunidades religiosas hay una menor proporción de suicidios, aunque existen importantes excepciones, lo que plantea que los prejuicios religiosos pueden influir en la fiabilidad estadística, y mientras que algunos autores como Durkheim señalan el carácter protector de la religión, otros no encuentran ninguna relación con la pertenencia a una determinada confesión religiosa, por ejemplo, Austria, país de mayoría católica, tiene una de las tasas más elevadas de suicidio; por lo tanto la valoración actual sobre el papel preventivo de la religión en los suicidios, en el mundo occidental, es que no es un factor decisivo (Sarro B. De la Cruz, 1991).

Los acontecimientos políticos, sociales y económicos Las crisis económicas tienden a aumentar la frecuencia del suicidio, la situación personal interviene; Durkheim pudo escribir sin que se tratara de una paradoja: "La miseria protege", no son los barrios pobres, sino los barrios ricos que representan el mayor índice de suicidios. La estructura y densidad social son condiciones más generales en los efectos globales, susceptibles de tener una incidencia sobre las conductas individuales. (Morón, 1992., Durkheim, 1987)

En el ámbito histórico se han descrito suicidios por causa de la política por personas que tenían un cargo político, en la época contemporánea la política no parece tener ningún papel significativo en el suicidio; se ha sugerido que por ejemplo, las altas tasas de suicidio de la ciudad de Berlín Oeste, que representaban el doble del resto de Alemania, no sólo eran debidas al aislamiento geográfico sino también a aspectos sociales,



culturales y políticos (Sarro B. De la Cruz, 1991). En cuanto a las guerras como un acontecimiento político, social y económico, Durkheim (1928) valoró que la integración social en tiempo de guerra aumentaba, por lo que disminuía el riesgo de suicidio, pero el papel de la guerra en esta disminución de la tasa de suicidio, como en muchos otros factores, sólo puede formularse a través de hipótesis inverificables (Schneider, 1982, citado en Sarro B. De la Cruz, 1991).

Los mass media (medios masivos de comunicación) A nivel de efectos, se puede considerar que los medios parte de los componentes socio-culturales de un país, pueden intervenir en la elección de los modos de suicidio al crear en alguna forma los modelos; en cambio no parecen intervenir en el porcentaje de suicidios. En el nivel de las causas o procesos de socialización, los medios juegan también un importante papel entre los factores socioculturales que permitan la elaboración de la personalidad e integración social; amplificados por ellos, los mismos elementos de desocialización (crisis, guerras, conceptos de familia, de profesión, religión y eventos sociales) generan frustración y angustia, y de ahí conductas patológicas, de auto o de heteroagresividad, que por cierto pueden, en ciertas circunstancias y sujetos, producir también un deseo de renovación, de innovación, o de reforma. Por lo tanto los medios de comunicación tienen un rol ambivalente con respecto a la desintegración social. (Morón, 1992) En 1986, en un informe a la Organización Mundial de la Salud, en el que analizaban distintas estrategias para prevenir el suicidio, se recomendaba estimular y coordinar la investigación sobre los posibles efectos de imitación provocados por los medios de comunicación, se sugirió que el aumento de las tasas de suicidio en los últimos años había coincidido con la aparición de información sobre suicidios ficticios o reales en la prensa y la televisión (Sonneck, 1988 citado en Sarro). Sin embargo, los efectos de la imitación y sus causas son contradictorios por la complejidad del acto suicida, no es una solución hacer del suicidio un tema tabú por temor a la imitación influida por los medios de comunicación, sino que se precisan investigaciones más exhaustivas que ofrezcan un uso práctico de la información sobre el suicidio, y que excluyan el riesgo de la posible imitación. Ringel (1988) propone la necesidad de crear un clima psicológico apropiado que no estimule la glorificación del suicidio como muestra de valor humano ni su condena, pero tampoco que



se mantenga una actitud indiferente sobre este acto humano. Ross (1985) observa que los argumentos sobre el temor al contagio y manipulación de la información del suicidio en la juventud están compuestos por diversas formas de negación y ambivalencia, al no aceptarse que los jóvenes puedan pensar en la muerte.

Stengel (1965) valora que el solo impulso de la imitación es improbable que conduzca al suicidio, pues no existe una predisposición innata al suicidio, los suicidios colectivos de grupos o comunidades han sido por un rechazo a sobrevivir, debido, en general, a sus creencias patrióticas o religiosas. Rojas (1984) opina que la imitación surge cuando entre el acontecimiento visto o escuchado y el observador hay una sintonía afectiva y factores provenientes de lo que denomina psicología de las necesidades (citado en Sarro B. De la Cruz, 1991). La posibilidad de que la información de los mass-media pueda ser responsable de aumentar los suicidios es una afirmación difícil de demostrar, se ha considerado como acontecimientos de imitación la posible influencia que pueden ejercer los actos suicidas de familiares y amigos, sobre todo en etapas de desarrollo como en la infancia y adolescencia, o en periodos de intensa vulnerabilidad.

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

En una proporción muy variable según diferentes autores, el suicidio se inscribe en el marco de una afección mental; se impone una clara precisión: el estudio de los antecedentes no siempre es confiable para destacar la existencia de la afección, se sabe, en efecto, que el suicidio es frecuentemente el síntoma revelador de una afección hasta entonces desconocida, a partir de entonces va a constituir, uno de los elementos de diagnóstico y también del pronóstico de quien ha sobrevivido (Morón, 1992).

Estudios realizados en varios países han revelado persistentemente un aumento en las tasas de suicidio de las personas que han estado bajo atención psiquiátrica en algún momento anterior, o que estaban recibéndola cuando se quitaron la vida (Organización Mundial de la Salud, 1968. Citado en Morgan, 1983).



TRASTORNOS AFECTIVOS: DEPRESION

En el caso de los trastornos afectivos, padecer depresión, se considera un buen predictor de la ideación suicida (Petersen, Compas, Brooks-Gunn y otros, 1991). Por otro lado, es indiscutible la estrecha relación que puede haber en ciertos suicidios y los trastornos afectivos, sin embargo, no todo caso de depresión finalmente acabará en suicidio, al igual que no todo caso de suicidio es el resultado de una depresión. Simplemente, existe una alta correlación entre ambos eventos y no necesariamente habría que pensar para todos los actos, en línea de causalidad: "En los pacientes con depresión recurrente, el 15% cometen suicidio" (Rubenstein & Federman, 1992). De manera semejante Maris menciona como se ha estimado que al menos un 15% de las personas diagnosticadas con depresión, cometerán suicidio y que dos terceras partes de quienes se han suicidado, padecían algún trastorno afectivo (Maris, 1992).

Una revisión de las averiguaciones y de los registros médicos de los suicidios han revelado que ciertas enfermedades mentales tienen una relación particularmente alta con el riesgo de suicidio: las más comunes, por amplio margen, son las enfermedades depresivas y la dependencia del alcohol. Con respecto a la depresión, alrededor de la mitad de los suicidas presentan síntomas de una enfermedad depresiva en las semanas que preceden a su muerte. Las personas de más de 40 años con una enfermedad depresiva grave son particularmente vulnerables al suicidio y esta clase de enfermedad es cuatro veces más probable que termine en suicidio en los hombres que en las mujeres (Morgan, 1983). La depresión de acuerdo a Morón, se divide en Estados depresivos reaccionales, es decir, en el curso de un acontecimiento doloroso, el suicidio aparece como una llamada de auxilio y en Estados depresivos neuróticos; que señalan la descompensación de un estado neurótico hasta entonces bien tolerado, el paso al acto es función de la estructuración de las defensas, las veleidades pueden permanecer en el dominio de la obsesión suicida, sin embargo ciertos factores de identificación o de imitación pueden favorecer el paso hacia el acto. (Morón, 1992).



a melancolía bajo todas sus formas y en todos los niveles de su evolución: es el pozo donde se elabora mejor la idea de la muerte, el dolor moral, la culpabilidad, la autoacusación y hasta de la inhibición, prohibiendo toda descarga dirigida hacia el exterior. Más temible es el suicidio largamente premeditado, cuidadosamente disimulado, a veces cometido con cierta serenidad, que traduce el deseo de muerte del melancólico.

En la Esquizofrenia: Es mayor la frecuencia de las reacciones auto-agresivas en el esquizofrénico, es decir, en tanto primera señal de afección; en la convalecencia, la tentativa de suicidio puede indicar un momento de ansiedad, desencadenar impulsivamente un acceso catatónico, e inscribirse en el cuadro de un delirio paranoide. No es raro en el esquizofrénico aparentemente estable, que reaccione mediante el suicidio a las dificultades de una readaptación social.

Las enfermedades psicóticas de esta clase frecuentemente ocasionan importantes trastornos del comportamiento y pueden causar intervalos recurrentes de hospitalización. (Morgan, 1983) En un estudio de Shneidman, Farberow y Leonard, en 1962; señalaron que en la etapa de aparente mejoría y disminución de la plenitud de los síntomas esquizofrénicos constituye un riesgo particular de suicidio, pues se supone que el paciente ha recobrado algún discernimiento sobre su enfermedad y se enfrenta a la perspectiva de tratar de valerse por sí mismo de nuevo en la comunidad, este es un paralelo interesante con la gran incidencia de suicidios de los depresivos poco tiempo después de que los den de alta en el hospital (Morgan, 1983).

Epilepsia: Si el suicidio sucede raramente, la conducta suicida en cambio, es uno de sus aspectos más frecuentes en este trastorno. Se encuentra en todas sus formas, desde el suicidio por impulso consciente, hasta el suicidio, automático o confuso-onírico sin olvidar el suicidio depresivo del sujeto que ya no soporta su enfermedad y el suicidio característico con valor de chantaje (Morón, 1992). Cuando la epilepsia se complica con la depresión hay un aumento considerable del riesgo de suicidio, y la necesidad que tiene el epiléptico de fármacos anticonvulsivos tales como el fenobarbital, que en dosis exageradas son letales, naturalmente es un problema importante. También se producen



situaciones peligrosas cuando las complejas dificultades de su comportamiento ponen al epiléptico en conflicto con los demás, particularmente cuando hay dudas sobre el verdadero grado de su problema (Morgan, 1983).

Trastornos de la personalidad: Los hombres con trastornos de personalidad, debido a su imposibilidad de adaptación a un medio cualquiera, están más expuestos al suicidio. (Morón, 1992). Tanney señala que un diagnóstico de desorden mental es un factor que incrementa el riesgo al suicidio, dado que es más prevalente en la población hospitalaria psiquiátrica comparativamente con la población en general, sin embargo, es necesario aclarar que el desorden como tal no es la causa del suicidio. Existen al menos tres grupos de entidades que se observan frecuentemente en personas que realizan intentos o suicidios consumados, están los trastornos afectivos, luego los trastornos psicóticos y por último dos trastornos de personalidad: el antisocial y el límite (Tanney, 1992).

Dentro de los trastornos de personalidad, los que implican mayor riesgo de suicidio son el antisocial y el límite, sin embargo, la consumación del suicidio es más bien baja comparativamente con otras patologías, como la depresión, pero mucho más alta con respecto a la población general. De hecho, los intentos de suicidio se consideran como un elemento para el diagnóstico de estas dos entidades según el DSM-IV (1994). Estas dos entidades tienden a confundirse en su diagnóstico al compartir algunos elementos comunes como son la alta impulsividad, el consumo de drogas y la volubilidad afectiva, estas características son las que más frecuentemente se observan en muchos de los intentos de suicidio fallidos. Por otra parte, si se tiene en cuenta la condición de género, se pueden identificar algunas diferencias. El trastorno de personalidad antisocial y el consumo de drogas, tiene mayor prevalencia en los varones, por otra parte, el trastorno de personalidad límite y la depresión son mucho más prevalentes en las mujeres. De esta manera, el trastorno de personalidad no es factor único, sino que interactúa muy estrechamente con otras condiciones del individuo y otras patologías (Tanney, 1992).

Las *psicosis orgánicas* también están relacionadas con el gran riesgo de suicidio, en las etapas avanzadas, hay pérdida de la introspección como consecuencia de un grave



deterioro intelectual y menoscabo de la memoria, pero inicialmente puede haber una marcada depresión con ideas suicidas, porque el paciente no puede apreciar lo que le está sucediendo (Morgan, 1983).

FARMACODEPENDENCIA Y ALCOHOLISMO

Los problemas de consumo de drogas, al igual que el abuso del alcohol, se consideran condiciones que aumentan el riesgo del suicidio. Concretamente, el alcoholismo como tal, se le considera un buen predictor de riesgo de suicidio (Maris, 1992). Las tasas de suicidio en los alcohólicos son mayores comparadas con la población normal. Miles al analizar la literatura referente a los factores asociados al aumento del riesgo de suicidio, estimó que el 15% de los individuos que padecían de alcoholismo se suicidaron. Lo significativo de este descubrimiento se destaca por el hecho de que menos del 1% de la población general muere por esta causa (Freemann y Reinecke, 1995). Otras estadísticas ofrecen un rango de dispersión más amplio, ubicando la muerte por suicidio en la población alcohólica entre el 5% y el 27% (Monras, Marcos y Ramón, 1993). Maris señala como al menos el 18% de la población alcohólica comete suicidio (Maris, 1992). Eldrid no restringe las elevadas tasas de suicidio solo en la población de alcohólicos, sino que también incluye a los abusadores de otras sustancias.

Las razones pueden ser:

- A título de chantaje (en busca de droga)
- En estados depresivos secundarios
- En la embriaguez depresiva debida al alcohol
- En los estados confuso-oníricos de una psicosis alcohólica sub-aguda o aguda (delirium tremens); las depresiones reaccionales asociadas al alcoholismo son muy suicidas y privativas de las mujeres.

La *dependencia del alcohol* se da, cuando la ingestión de alcohol ha alcanzado un grado tal que causa problemas, entonces se produce una dependencia patológica; se dice que



una persona es crónicamente adicta al alcohol cuando éste afecta su salud mental o física y por ello existen importantes complicaciones socioeconómicas. Las muestras en ensayo de los niveles de alcohol en la sangre de los suicidas, tomadas poco después de su muerte, parecen indicar que casi la mitad de los varones y una quinta parte de las mujeres habían tomado cantidades considerables de alcohol pocas horas antes de su muerte. (Morgan, 1983).

El alcohol es, un depresivo del sistema nervioso central y sus efectos farmacológicos directos pueden producir depresión del ánimo, esto se refleja en la estrecha relación entre la adicción al alcohol y la enfermedad depresiva, y en la posibilidad de que las personas tendientes a la depresión consuman alcohol en un intento de aliviar su congoja; la reducción de la inhibición y la liberación del comportamiento agresivo, efectos directos del alcohol, pueden producir el factor precipitante en alguna persona que de otra manera no tendría valor para emprender su autodestrucción.

Los individuos con graves trastornos de la personalidad constituyen entre un tercio y la mitad de todos los casos, los trastornos de personalidad de tipo sociopático llevan a la destrucción de la vida familiar, a una subcultura de violencia, alcohol, abuso de drogas, y frecuentemente a uno o más episodios de "intento de suicidio". De hecho tales suicida pueden ser un reflejo del aumento masivo de los "intentos de suicidio" en años recientes. La tensión crónica de la situación se vuelve cada vez más grave en estos individuos, que se suicidan en vista de las repetidas peleas, la desintegración social y su grave aislamiento de quienes los rodean.

Cuando una persona está alcoholizada o intoxicada por algún componente químico, sentirá que sus problemas aumentan y el estrés se torna inaguantable, estas condiciones llevan al suicidio; estudios recientes muestran que el abuso de estas sustancias, más si se está cursando una depresión profunda, lleva, casi por necesidad, a la autodestrucción total e irreversible (Reyes, 1999).



3.3. APROXIMACIONES TEORICAS SOBRE EL SUICIDIO

A continuación se verán algunas teorías:

ENFOQUE PSICOANALITICO

Las teorías psicológicas dieron comienzo con Freud, él cual propuso al suicidio como una manifestación extrema del instinto de muerte dirigido contra sí mismo (Citado por Chávez, 1982). El punto de vista psicoanalítico se basa primordialmente en el concepto de Freud de depresión y en su postulación de la existencia de un instinto de muerte, Freud llegó a la conclusión de que había dos clases de impulsos: a uno le llamó "instinto de vida, Eros o impulso sexual" y al otro lo designó como "instinto de muerte, Thanatos o impulso agresivo o destructivo", ninguno puede funcionar independientemente del otro ya que están fusionados en cantidades variables (Citado por Gómez, 1996).

La fusión de estos impulsos aparece en la resolución del Complejo de Edipo y en la formación del súperego, idealmente, la fusión de los impulsos eróticos con los impulsos agresivos los libera de su cualidad destructiva, permitiendo la sublimación de estos últimos de manera que el individuo será capaz de hacer una contribución productiva positiva al proceso de su vida. Los impulsos hostiles surgen cuando el organismo se ve frustrado en satisfacer sus necesidades.

La agresión puede dirigirse hacia adentro, proceso que puede afectar la esfera orgánica en el desarrollo de enfermedades somáticas, o en la esfera mental, en la falta de dominio de sí mismo, en la excesiva severidad del superego, en los estados depresivos y en las tendencias autodestructivas o suicidas.

En 1917, Sigmund Freud escribió su trabajo "*Duelo y Melancolía*" en el que se describe el proceso depresivo de la siguiente manera: La relación del amor de una persona hacia otra, se ve primero minado por una herida o desilusión real; como resultado de esto, el sujeto se identifica con el desilusionante, ahora está perdido y amado, de manera que



parte de su ego llega a verse en cierta forma, como el equivalente del ser amado-abandonado. (Freud, S; 1973)

Por lo tanto, la persona está disgustada consigo misma, en vez de dañar al ser amado se hace daño a si mismo. El tipo de persona que incurre en este patrón de comportamiento fue llamado por Freud como narcisista, incapaz de amor maduro y con fijación oral. En conexión con esto, Freud explica la tendencia al suicidio como una proyección hacia si mismo de los sentimientos sadistas asesinos que se abrigan contra el ser amado que abandona y lo lastima.

Es sobre todo en el marco de las investigaciones sobre la melancolía, posteriores a los primeros trabajos de Freud, cuando los psicoanalistas enfrentaron el problema del suicidio; relativamente existen muy pocos estudios dedicados a dicho tema, entre ellos conviene citar los de K. Menninger, G. Zilboorg, A. Garma, H. Hendrick y en Francia, la contribución de L. Courchet y R. Barande. Estos trabajos llevan a encarar el problema del suicidio bajo tres aspectos principales: el de su significado general para el inconsciente; el de su dinámica en función de las diferentes estructuras del YO y la relación objetiva; finalmente el del origen instintivo de las pulsiones suicidas con respecto a la dualidad de los instintos. (Citados por Morón, 1992)

Es también en *Duelo y Melancolía* que explica como se lleva a cabo el Duelo y que es necesario diferenciarlo de la Depresión, el proceso de duelo 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 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 a otros propósitos. Después de la muerte de un ser querido existen sentimientos de amor y hostilidad hacia



él mismo; la identificación con el objeto perdido que se da como parte del proceso de duelo.

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.

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 y 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; en el melancólico observamos el deseo de comunicar a todo el mundo sus propios defectos, éste podría ser 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 ante el objeto, es cuando puede darse muerte, el yo queda dominado por el objeto.

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.

De acuerdo a Freud un instinto o una pulsión es un constituyente psíquico determinado genéticamente, que cuando opera, produce un estado de excitación o tensión psíquica. En 1920 postula la existencia de una pulsión a la que llamó instinto de vida o "eros", está incluye todos los instintos de autoconservación y desarrollo del yo, y que también es un medio de neutralizar los instintos de muerte o "thanatos", el cual es responsable de las tendencias destructivas, y definitivamente tiende a la muerte, es así que puede conducir al suicidio. (Citado por Matus, 1990)

(Freud, 1973) señala que existen instintos de vida y de muerte, y que los instintos de vida contrarrestan a los instintos de muerte, pero estos no bastan para impedir la autodestrucción, se necesita destruir a los demás para no destruirse a sí mismo, de acuerdo a esta deducción, el instinto de destrucción se convierte en un derivado del instinto de muerte, los impulsos destructores pueden orientarse de nuevo hacia dentro y aparecer como impulsos que tienden a lastimarse a sí mismo, si la salida hacia afuera, se inhibiera, se intensifica la autodestrucción.

En el suicidio el instinto de muerte se manifiesta de manera más pura, es entonces que dicho acto constituiría el producto de instintos tanáticos inadecuadamente elaborados, no dirigidos hacia fuera o no amalgamados convenientemente con los instintos de vida.

Con respecto a la agresión autodirigida Abadí (1973) comenta que el suicidio es un acto de sadismo 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 el que seguramente es más intenso el peligro del suicidio es en la melancolía.

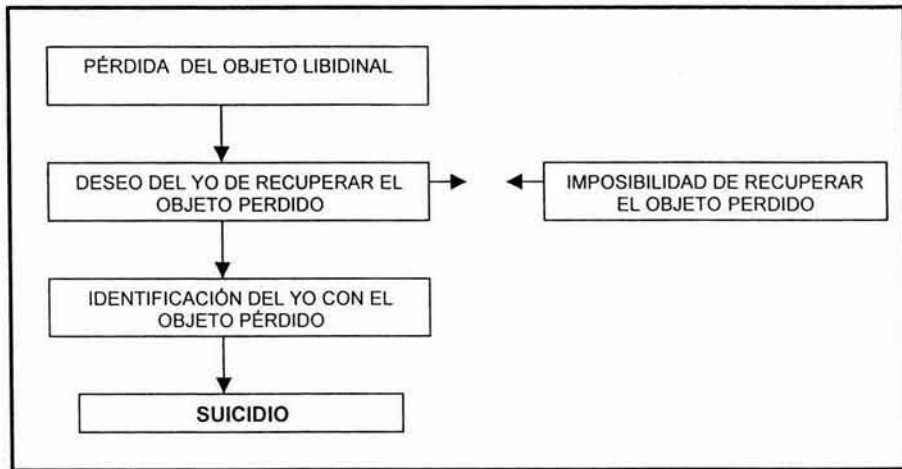
Cuando hay pérdidas, por ejemplo, la muerte de uno de los pares, el quebrantamiento económico, etc., el individuo las siente como pérdidas irreparables, para él la vida carece



de interés, ya que considera incapaz de satisfacer gran parte de sus deseos, Freud respecto a ello comenta 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 la melancolía y el suicidio.

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.

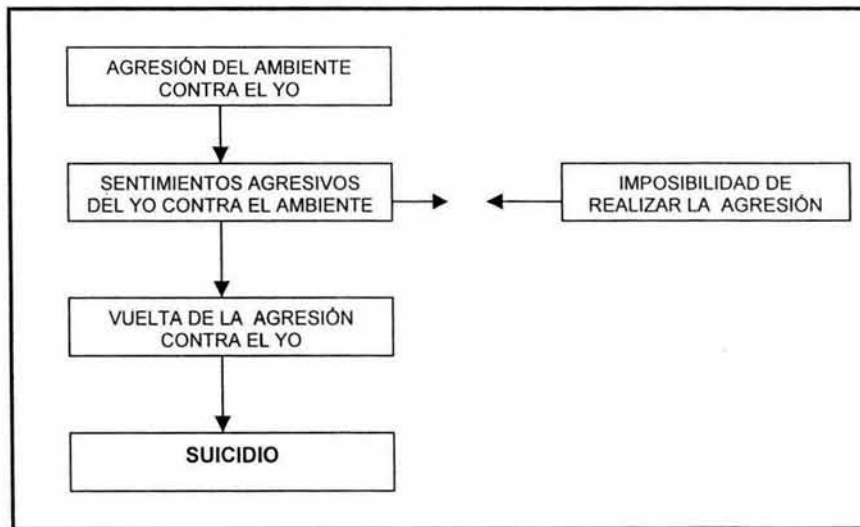
Resumiendo las consideraciones de Abadí (1973), psicoanalíticamente se puede trazar el siguiente diagrama:





Matus (1990) comenta "el suicidio es un medio de matar a otra persona que ha sido psicológicamente incorporada por el individuo suicida".

Abadí (1973) opina que el origen de las ideas de suicidio pueden encontrarse también en la agresión que el ambiente dirige hacia el objeto, en ocasiones la agresión que no se puede dirigir hacia el exterior, conduce al suicidio, lo anterior se entiende mejor desde el siguiente diagrama:





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. Por ejemplo, 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. (Loza, 1995)

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 auxilio.**

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 fuera, 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 señala que: "Todos los que tratan de explicar el suicidio ponen el acento en la importancia de la falta de amor en la causalidad del mismo", es así, que el suicidio puede tener como significado una llamada de atención, ansiosa y angustiada, se juega con la



muerte con el objeto de producir un cambio interpersonal y con el reproche de no haber prestado suficiente atención. (Stengel, 1965, pág. 58)

En relación con el suicidio, Jung considera que es la suposición de que el self sólo ocasionalmente puede experimentarse de manera consciente (generalmente en la forma de una experiencia religiosa), en la que se crea una situación en que la muerte parece más deseable o menos espantosa que la vida. Este estado es un prerequisite necesario (aunque no suficiente), para un acto suicida. (Citado en Gómez, 1996)

El principio de morir y renacer permanece a la esencia del proceso evolutivo de la vida, Jung propone el deseo inconsciente de un renacimiento espiritual como crucial en el suicidio. Así la persona escaparía de las condiciones presentes intolerables y podría apresurar el tiempo y regresar al vientre de su madre, para ser un niño sano y salvo. La muerte en este sentido se concibe claramente como la muerte del ego que ha perdido contacto con el self, y por lo tanto con el significado de la vida.

El ego tiende a retornar al seno de la "Magna Mater" tiene a la vez un aspecto dador de vida y otro aspecto destructor de vida, paralelos al lado oscuro y al lado brillante del self. Por lo tanto la jornada nocturna tiene siempre el peligro de terminar en destrucción en vez de renacimiento.

Por su parte, la teoría de Adler considera al individuo como un ser sociable, dice que no puede considerársele como aislado, sino como parte de un contexto social; para Adler la deficiencia en el interés social es el común denominador de los niños problema, alcohólicos, así como de los suicidas. Es así como el interés social es el criterio para apreciar la salud mental, enfatizó la inferioridad, el narcisismo y la baja autoestima como las características de una víctima potencialmente suicida. El interés social es la capacidad de entender y aceptar la interacción social de la vida humana individual, de "empatizar" con nuestro prójimo y por lo tanto, de estar en armonía con el mundo social y el universo. (Citado por Gómez, 1996)



El interés social es innato en la forma de una disposición, potencialidad o aptitud para leer, cantar o nadar. También debe ser "adiestrado" y "ejercitado", sin lo cual su desarrollo se estanca, cuando el interés social se desarrolla, como otras capacidades, se convierte en parte de la meta de éxito del individuo.

El anhelo egocéntrico del éxito personal es lo que Adler llama la "disposición neurótica". Los factores ambientales no son determinantes absolutos del estilo de vida, como tampoco lo son los factores biológicos. Solamente proporcionan mayores o menores probabilidades, la última palabra la dice el individuo, que debe entenderse como ser creativo que usa en la formación de su estilo de vida los factores que encuentra en su camino.

Las observaciones generales de Adler sobre el suicidio son las siguientes:

- Las tendencias suicidas, como la depresión, a la que se relacionan estrechamente, se desarrollan en individuos cuyo método de vida, desde la temprana infancia, ha dependido de las cualidades y el apoyo de otras personas. Siempre tratarán de "descansar en otros", esperan y exigen que los demás cumplan sus deseos, tienen una pseudoconciencia de su valor para los demás, esperan siempre resultados favorables, son malos perdedores e incapaces de participar en el juego al parejo de sus compañeros.
- Desde la temprana infancia, la estima por sí mismos es claramente baja, como puede deducirse de sus continuos intentos de lograr mayor importancia, la persona suicida es ambiciosa y vanidosa, la perspectiva del suicidio le da la sensación de ser dueño de la vida y de la muerte, este sentimiento es la "expresión suprema de la meta de superioridad en lado inútil de la vida". Su pensamiento está centrado en la propia persona más que en un problema o en otras personas.
- El estilo de vida del suicida potencial se caracteriza por el hecho de que lastima a otros cuando sueña que los otros lo hieren o cuando el mismo se lesiona,



ocasionalmente, el suicidio se combina con la agresión abierta, como en los casos en que va precedido de homicidio, el suicidio puede tomarse como un acto de reproche o venganza, en este aspecto se parece también a la depresión, al alcoholismo y la adicción a las drogas, que constituyen formas de ataques velados contra las personas a quienes imponen pena y cuidado; en el suicidio como en la depresión, el sentido de vida emplea quejas, duelos y sufrimientos para influir sobre los demás y crear simpatías aparecen en las notas escritas por los suicidas.

De acuerdo con Horney, el hombre no nació con tendencias auto-destructivas innatas como lo pretenden las doctrinas freudianas, para estudiar el suicidio desde el punto de vista de Horney, debe considerarse el desarrollo de las neurosis, ya que ambos tienen su origen en las mismas fuentes. Las neurosis que incluye la mayoría de los suicidios, representa un fracaso en el crecimiento social, así como en el individual, en el sentido más concreto, representa el fracaso en el desarrollo del self. (Citado por Gómez, 1996)

La dependencia neurótica se inicia en la primera infancia, esta forma debe distinguirse de la dependencia natural que caracteriza la relación óptima entre la madre y el hijo, es decir, es neurótica cuando la madre está dominada por la angustia, se convierte en un poder sobre su hijo en lugar de una compañera de él, debido a su propia inseguridad, crea en el niño actitudes de ansiedad, patrones de contradicción, falta de interés, negligencia y falta de sensibilidad a sus propias necesidades individuales.

Estas actitudes de los padres hacia los hijos, inducen un proceso llamado "Angustia Básica", dicho proceso es el resultado del intento del niño por crear para sí mismo una posición sólida, estas formas de orientación exterior aparecen eventualmente como patrones de autoritarismo, abnegación o renunciación.

Otra fase del crecimiento neurótico ocurre cuando el niño se ve sometido a constantes demandas contradictorias, estas generan una angustia que el niño debe dominar aprendiendo a disfrazar estas demandas, a fin de satisfacerlas todas. Si tiene éxito, desarrollará nuevos sentimientos de superioridad; en el caso contrario, tendrá



constantemente la sensación de estar desgarrado interiormente. La fase final es la formación del yo idealizado, en la que la persona ha formalizado los conceptos que tiene sobre sí misma y ahora espera que los demás reconozcan, para la época en que cualquier persona llega a este estado de desarrollo, se habrá desviado mucho del desarrollo del yo idealizado y del verdadero yo, ahora más o menos subdesarrollado, fue denominada por Horney la "alineación del yo". Esta alineación es extremadamente importante en relación con el suicidio. Un impulso repentino de odio hacia sí mismo, en un marco de alineación grave, puede contribuir mucho al desenlace de suicidio.

OTROS TEORICOS

Otro teórico llamado Bromberg dice que el suicidio es, obviamente un síntoma y no una entidad clínica y aunque el suicidio puede servir como una forma de castigo para la persona que antes se negó a darle amor al sujeto o como una búsqueda de paz (o reunión con el objeto amado) o también como un escape a ciertas dificultades insoportables. (Citado por Gómez, 1996)

Fundamentalmente las bases del suicidio radican en el hecho mismo de un instinto de muerte, que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio.

Menninger, describe que el comportamiento suicida surge cuando el impulso sexual se convierte en impulso agresivo, dando lugar al comportamiento destructivo, el proceso en el melancólico, en quien hay una verdadera explosión agresiva dirigida contra sí mismo, se describe como de carácter regresivo incorporativo, en el que la agresión aparece como un medio de posesión (destrucción), la autodestrucción ocurre debido a la confusión entre sujeto y objeto. (Citado por Gómez, 1996)

Según Menninger, el suicidio es un acto de autoasesinato, el individuo involucrado deberá tener el deseo de matar, el deseo de que se le mate y el deseo de estar muerto.



Para Durkheim, el suicidio se relaciona con el grado de integración de los sujetos en el grupo donde vive. Propone que hay dos tipos de causas extrasociales que tienen influencia sobre la tasa de suicidios, las disposiciones orgánicas-psíquicas y la naturaleza del medio físico, para él, el suicidio es contagioso, y se hace sentir principalmente en los individuos cuya constitución los hace más fácilmente accesibles a todas las sugerencias en general y a las ideas suicidas en particular; porque no sólo se sienten impelidos a reproducir todo lo que les impresiona, sino que tienden por sobre todo, a repetir un acto por el que sienten alguna inclinación.

Para cada grupo social existe una tendencia específica al suicidio que no explican ni la constitución orgánico-psíquica de los individuos, ni la naturaleza del medio físico, por eliminación resulta que debe depender necesariamente de causas sociales y constituir por sí misma un fenómeno colectivo.

Actos morales como el suicidio se reproducen con una uniformidad, no solamente igual, sino superior, debemos admitir del mismo modo que dependen fuerzas exteriores a los individuos, sólo que esas fuerzas no pueden ser más que morales y fuera del hombre individual no hay en el mundo más ser moral que la sociedad, así que es preciso que sean sociales. Es importante reconocer su realidad y concebirlas como un conjunto de energías que nos determinan a actuar desde afuera.

De acuerdo con los autores revisados, hay una pérdida de emoción positiva, que desde el psicoanálisis se entendería como una "herida narcisista" que afecta intensamente, está herida narcisista, son sentimientos de inadecuación personal, vacío, frustración y pérdida de integridad corporal, sentimientos de desesperanza y una baja autoestima. Estos sentimientos están precedidos, no por sentimientos de culpa, sino por un terrible vacío y vergüenza intensa, que pueden ser motor para el suicidio.



3.4 DEPRESION Y SUICIDIO

De acuerdo a Hendin, las diversas motivaciones que conducen al suicidio difieren tanto en intensidad como en calidad en forma marcada, su enfoque psicoanalítico explica el suicidio con base a la depresión y a la ira contra alguna persona u objeto amoroso, fundamentada en Duelo y Melancolía. (Gómez, 1996)

En años recientes en investigaciones hechas por Rado (1938), se ha demostrado que los estados de depresión implican una adaptación de dependencia. La ira del paciente y su repliegue interior se interpreta como un deseo o un llamado insatisfechos de depender de alguien. Rado también señala la naturaleza expiatoria de la ira dirigida contra sí mismo, y su mal encauzado propósito adaptativo de reparación, con la esperanza de ser perdonado y reconciliarse con el objeto de frustración.

La depresión ha sido considerada por todos los observadores como una respuesta a la pérdida de un objeto amado o un retroceso en la vida. A menudo, la depresión ocurre sin ninguna precipitante evidente. Los sueños y fantasías de tales pacientes revelan la necesidad que tiene una persona en particular, de la que se ven privados, lo que da lugar a frustración, ira, repliegue interior y depresión.

Las actitudes y fantasías del paciente en relación con la muerte y el acto de morir son extremadamente importantes en la motivación del suicidio, exista o no depresión. Además cuando los pacientes tienen fantasías en las que la muerte es un medio de gratificación, el suicidio es un gran peligro. Estas fantasías no siempre son inconscientes.

La expiación indudablemente desempeña un papel en las fantasías mencionadas como lo desempeña la depresión. La expiación es un importante factor de motivación en el suicidio, ya sea que exista o no, una fantasía placentera relacionada con la muerte, o una depresión. El carácter expiatorio del suicidio está de acuerdo con el interesante hecho clínico de que la depresión a menudo desaparece después de un intento de suicidio, como si hubiera cumplido una penitencia. (Farberow, 1969)



Desde el punto de vista psicoanalítico del Dr. Hendin, la muerte tiene el significado inconsciente de abandono, el joven considera su suicidio o amenaza de muerte como una represalia. Las experiencias infantiles del paciente, en términos de abandono y repudio, son tan importantes para valorar el caso, como la manera en que aprendió a manejar la agresión.

Las causas del suicidio son variadas, el motivo consciente es, sólo el último factor precipitante dentro de una multiplicidad de causas. El hombre contra sí mismo, por ejemplo, fue el título de un libro de Karl Menninger, Psiquiatra Americano (citado por Farberow, 1973) en el cual toda clase de conducta hostil a la salud y la vida es interpretada como la expresión del instinto de muerte dirigido contra el yo, de la cual el suicidio se consideraba una manifestación extrema.

Es el estudio de las fantasías de suicidio lo que ha arrojado algo de luz sobre la comprensión de los actos suicidas. En la fantasía el suicidio es a menudo un medio para obligar a otros a expresar su amor incluso después de la propia muerte. (Stengel, 1965)

Sin embargo, tan sólo los motivos conscientes no pueden explicar de modo satisfactorio los actos de suicidio, ya que únicamente ciertas personas reaccionan de esa manera al estrés emocional. Las personas que tienden a reaccionar a las situaciones de estrés con actos suicidas son llamadas predisuestas al suicidio.

La predisposición suicida podría estar basada sobre ciertos rasgos de personalidad que forman parte del bagaje innato del individuo, o sobre experiencias previas que inclinarían al individuo a reaccionar de esa manera, o bien las dos. Los factores nombrados en primer término fueron discutidos por los primeros psicoanalistas que concibieron la posibilidad de una agresión constitucional anormalmente poderosa, dirigida contra el Yo en ciertas condiciones psicológicas. El papel de las experiencias previas ha recibido mucha atención de los psicoanalistas, lo que concuerda con su énfasis en los factores ambientales.



De acuerdo con Farberow (1969), los mecanismos psicológicos internos pueden afectar o dar lugar al problema de la autodestrucción en el individuo se refieren básicamente a la intención, esto es, la fuerza del deseo de eliminarse a sí mismo, y a la organización del ego especialmente las estructuras de carácter que tienden a inhibir o facilitar la realización de la intención autodestructiva.

La intención abarca el concepto de la motivación, este incluye tanto la motivación consciente como la inconsciente, cada una de las cuales puede contribuir de manera importante a las tendencias autodestructivas de una persona. La intención consciente incluye los aspectos de propósito, significado y grado de lucidez del comportamiento autodestructivo, al alcance de la mente consciente del sujeto. Cuando un paciente se da cuenta muy bien del efecto de sus amenazas y/o de sus intenciones autodestructivos sobre los demás, el elemento manipulativo de su comportamiento asume gran importancia.

Todos los factores dinámicos presentes en las personas autodestructivas se encuentran en cierto grado, en las personas normales. Sin embargo, cuando los factores dinámicos considerados más importantes para la autodestrucción existen con gran fuerza en una persona, y particularmente cuando dos o más de estos factores son muy fuertes, aumenta la posibilidad letal. Los factores dinámicos importantes para Farberow son los siguientes: Depresión, particularmente cuando se acompaña de ansiedad, tensión y agitación; hostilidad y culpa (éstos parecen encabezar a los impulsos motores que pueden dirigirse contra el propio ser); y necesidades de dependencia, particularmente si el individuo se ha sentido frustrado y amenazado en grado considerable.

Aunque los estudios que prevalecen utilizan una muestra general de la población, estos indican que los hombres sufren de depresión la mitad de la proporción de las mujeres; las estadísticas acerca del suicidio en los Estados Unidos y en otras naciones industrializadas, señalan dramáticamente una historia diferente:



En todas las edades, razas; los hombres cometen suicidio de 3 a 5 veces más que las mujeres. Casi 3 de 4 de los suicidios en Estados Unidos, fueron cometidos por hombres blancos.

El suicidio está directamente relacionado con la edad, a menudo que aumenta la edad del hombre aumenta así mismo el riesgo de cometer suicidio. La proporción de hombres que cometen suicidio probablemente es fortalecida e influenciada por una cultura de fascinación por la violencia, las tradiciones nacionales, que apoyan la compra y la portación armas de fuego; por otro lado las normas culturales, insisten que es mejor que los niños peleen o actúen con agresión, antes de expresar cualquier señal de tristeza, depresión o que tengan que ver con sus sentimientos lastimados. En el contexto de la depresión, la violencia, la ira o la agresión puede frecuentemente volcarse contra sí mismo, ocasionando el suicidio.

La evidente pérdida de sentido de vida, seguida de disrupciones familiares y de relaciones sociales dan como resultado el suicidio; la conducta autodestructiva con frecuencia se relaciona con una influencia perjudicial, en hombres específicamente se incrementa el riesgo con el alcoholismo, el abuso de sustancias, deterioro de la salud, negación del problema de salud, actividad compulsiva a trabajar y actividades imprudentes. La socialización de los hombres es demandada por la sociedad como devotos del riesgo y de la conducta autodestructiva.

Muchos hombres al crecer, se encuentran con numerosas experiencias que los llevan a confrontarse con su mortalidad, la acumulación de muertes de amigos, familiares, compañeros de vida son ejemplos obvios de experiencias que forzan la confrontación del hombre con su lapso de vida limitado. La conciencia existencial enfocada a las limitaciones de la vida, puede resultar abrumador para muchos hombres, que pueden elegir la muerte a enfrentar los problemas de vida (pérdida de relaciones, dificultades de empleo, problemas de salud, pérdida de un rol activo).



La elección del suicidio por parte de cualquier sujeto, lo enfrenta con las limitaciones humanas y la fragilidad que puede representar el esfuerzo humano para recobrar el control de la vida.

Una realidad innegable es que más mujeres que hombres presentan depresión, pero muchos, muchos más hombres que mujeres cometen suicidio, lo que no niega el hecho de que muchos hombres que padecen de depresión ponen fin a su vida, cometiendo suicidio. El suicidio se presenta entonces, como una respuesta extrema a todas las predicaciones del hombre, es la luz al final del túnel, puesto que la fantasía de paz y libertad, se ven eclipsados por el sufrimiento y el dolor.



3.5 EPIDEMIOLOGÍA

Aunque la epidemiología tenga sus inicios en el estudio de las enfermedades transmisibles y su enfoque primario haya sido el estudio y control de las epidemias, desde fines del siglo XIX esta disciplina se ha expandido y se ha acercado a los padecimientos crónicos y degenerativos (como el cáncer) y a otros problemas en donde el concepto mismo de enfermedad es de difícil aplicación (como los accidentes). (Borges, G; Mondragón, L; 2003)

La epidemiología es el estudio de la ocurrencia de la enfermedad (en sentido amplio) y de la atención a la salud. Al referirse a conducta suicida, se debe distinguir entre dos fenómenos, el *suicidio consumado* y el otro constituido por un conjunto más amplio que es la ideación suicida, los planes suicidas y el intento suicida. (Borges, G; Mondragón, L; 2003)

El suicidio, desde una perspectiva epidemiológica, es la muerte resultante de un acto autoinfligido con la intención deliberada de matarse. Los intentos de suicidio, son conductas que producen un gran malestar y sufrimiento psíquico, además que son antecedentes fundamentales de un posterior suicidio consumado. (Borges, G; Mondragón, L; 2003)

Al analizar la situación del suicidio consumado desde un contexto internacional, se puede observar que México es uno de los países con las estadísticas más bajas de suicidio, sin embargo, en un análisis comparativo, muestra dos puntos relevantes, uno es el descrito anteriormente, es decir, que México en el contexto internacional, tiene baja mortalidad por suicidio y que las tasas de mortalidad por suicidio son más elevadas que las de las mujeres. (Borjes, G; Mondragón, L; 2003)

Las tasas de mortalidad por suicidio en México se han venido incrementando consistentemente en los últimos 30 años. En 1970 la tasa de mortalidad por suicidio en varones en México fue de 1.8 y en el año 2001 fue de 6.1 (un crecimiento del 239%). En



las mujeres la tasa de mortalidad por suicidio en México fue de 0.4 en 1970 y en el año 2001 de 1.3 (un incremento del 225%). Esta situación de crecimiento sostenido de la mortalidad por suicidio es una de las características principales de la epidemiología en México. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que México es uno de los países en donde la mortalidad por suicidio ha presentado un nivel de crecimiento más elevado en el contexto internacional, junto con la India. (Borjes, G; Mondragón, L; 2003)

El crecimiento de suicidio consumado es mucho más importante y sostenido entre los varones mexicanos que entre las mujeres mexicanas. (Borjes, G; Mondragón, L; 2003)

Investigaciones realizadas en el Servicio Médico Forense (SEMEFO), del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, en el año de 1999, informan:

TIPO DE MUERTE	MASC.	FEM.	TOTAL
MUERTE SÚBITA	1309	439	1748
HECHOS DE TRANSITO	1267	365	1632
HOMICIDIOS	1165	155	1320
ACCIDENTES EN EL HOGAR	495	289	784
SUICIDIOS	395	104	499

CASOS DE SUICIDIO

POR EDAD Y SEXO	MASC.	FEM.	TOTAL
DE 00 A 10 AÑOS	2	0	2
DE 11 A 20 AÑOS	79	24	103
DE 21 A 30 AÑOS	155	32	187
DE 31 A 40 AÑOS	70	19	89



POR ETIOLOGÍA	MASC.	FEM.	TOTAL
DEPRESIÓN	219	62	281
SE IGNORA	144	37	181
PROBLEMAS PSIQUIATRICOS COND.	13	3	16
PROBLEMAS FAMILIARES	7	2	9
PROBLEMAS SENTIMENTALES	8	0	8
POR CELOS	2	0	2
PROBLEMAS ECONOMICOS	2	0	2

La situación de la mortalidad por suicidio en el Distrito Federal en el año 2001, de acuerdo a la Secretaría de Salud, señala que la tasa de mortalidad por suicidio en hombres fue de 6.1 y en las mujeres de 1.3 para toda la República; en el Distrito Federal, estas tasas fueron de 7.1 y 1.6, respectivamente, siendo éstas la 14ª tasa más elevada en el país para los hombres y la 10ª más elevada en el país para las mujeres. (Borjes, G; Mondragón, L; 2003)

El Servicio Médico Forense (SEMEFO), es el servicio encargado de realizar las necropsias por muertes violentas, incluyendo los suicidios del Distrito Federal; debido a que reporta todas las muertes que ocurran independientemente de la residencia de la víctima, las tasas que reportan son algo mayores que las reportadas por la Secretaría de Salud para el Distrito Federal. En 1990 ocurrieron 318 muertes por suicidio en el Distrito Federal y 439 en el año de 2002, lo que arroja un crecimiento del 38%, la tasa de mortalidad por suicidio en el Distrito Federal en hombres fue de 8.3 y de 1.8 para las mujeres, es decir, que por cada suicidio femenino en el Distrito Federal hay casi cinco suicidios masculinos. (Borjes, G; Mondragón, L; 2003)

La depresión y el suicidio generalmente se solapan y se vuelve un círculo vicioso difícil de deshacer, el solapamiento de síntomas es común observarla en psicología, por lo que es importante contar con una nueva alternativa para prevenir la depresión y con ello posibles suicidios.



Numerosos autores mencionan que desde la antigüedad hasta nuestros días se han ocupado del suicidio, presentándolo como un acto autodeterminado, como un derecho o como una sentencia. Usando un criterio científico y una actitud psiquiátrico-social, el suicidio es una situación, de la cual el suicida es un emergente, es decir, un condensador de las fuerzas agresivas de su medio.

Los seres humanos han tenido, como los demás organismos, una serie de mecanismos adaptativos, los cuales se han desarrollado a fin de proporcionar satisfacción a ciertas necesidades instintivas dentro de su marco de referencia. Cuando estos mecanismos adaptativos se tornan inadecuados para procurar la satisfacción deseada, uno de los resultados posibles es la utilización de actos de autoanulación y autodestrucción.

Como se puede observar en las tablas anteriores, el suicidio se encuentra entre los primeros cinco tipos de muerte, mientras que los hombres de 21 a 30 años presentan el mayor número de muertes por suicidio, lo cuádruple que las mujeres; mientras que la depresión en hombres se encuentra como primera causa para tomar la decisión de suicidarse.

Aunque no existen estadísticas confiables e incluso un subregistro de casos, se puede considerar que la depresión y el suicidio ya pertenecen a un problema de Salud Pública que se presenta en toda la población, sin embargo, es importante señalar que el suicidio consumado es un problema que afecta principalmente al sexo masculino.

Desde que los datos del suicidio son examinados fielmente, la realidad severa del impacto de la depresión en hombres es obvia. Los estudios de suicidio han descubierto firmemente que los hombres de todas las edades presentan un enorme riesgo de suicidio más que las mujeres.



ESTIMACION ANUAL DEL SUICIDIO POR 100 000
POR EDAD Y GENERO

EDAD	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS
15-19	18.5	3.7	6.08
20-24	27.2	4.0	7.35
30-34	25.5	5.3	4.81
35-39	25.2	5.9	4.27

Anderson, Kochanek & Murphy, 1997. Murphy, 1998.

TOMANDO EN CUENTA LA DEPRESION

La proporción del suicidio masculino presentado en la tabla anterior ilustra la forma alarmante de suicidio en hombres deprimidos; los hombres cometen suicidio 2 a 1 con respecto a las mujeres, esto es con jóvenes adolescentes, un incremento mayor se da en ancianos 20 a 1 o 15 a 1.

En hombres y mujeres que realizan un intento de suicidio o se suicidan, se ha encontrado que sufren de algún desorden psicológico o psiquiátrico y en el 90% de los suicidios consumados, los sujetos padecían de depresión mayor.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), la causa que motivo el acto se representa en el siguiente cuadro:

SUICIDIOS	CAUSAS									
	CAUSA AMOROSA	PROBLEMAS ECONÓMICOS	DISGUSTO FAMILIAR	ENFERMEDAD INCURABLE	ENFERMEDAD MENTAL	REMORDIMIENTO	SE IGNORA	OTRA CAUSA		
TOTAL	2459	165	100	247	155	119	31	1466	176	
HOMBRES	2056	127	91	191	132	102	25	1234	154	
MUJERES	403	38	9	56	23	17	6	232	22	

MOVIL PRINCIPAL: SUICIDIOS POR CAUSA QUE MOTIVO EL ACTO SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA DE OCURRENCIA Y SEXO, 1997. (INEGI)



El suicida es una persona que previamente ha aprendido que el suicidio es un comportamiento posible, concebible y que constituye una respuesta "adecuada" a determinadas situaciones. El suicida es culpabilizado, transgrede el tabú de la muerte, porque en una sociedad en la cual la muerte es un tabú, el suicida es el individuo que confronta a ella y además la exhibe. (Quezada, 1999)

El suicidio consumado es un problema que afecta principalmente al sexo masculino, como causas de suicidio se pueden considerar los divorcios, las crisis económicas, así como el alcoholismo, la mayor incidencia ha ocurrido en el sureste de la República Mexicana. (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática: Estadística de Intentos de Suicidio y Suicidios)

La gran mayoría de los estudios son de tipo transversal, el trabajo para los futuros investigadores es pasar a diseños más analíticos, además que es necesario la unificación de criterios entre investigadores y organizaciones con el objeto de reportar datos más confiables. (Borges, G; Mondragón, L., 2003)

Investigadores del Instituto Mexicano de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, señalan la necesidad de que existan estudios sobre la conducta suicida, que pongan énfasis en los factores históricos y culturales, centrándola en su dimensión subjetiva y socio-cultural; así como diseñar estrategias de prevención e intervención, a partir de las políticas demográficas (por la mortalidad del suicidio) y del desarrollo de programas educativos y de salud. (Borges, G; Mondragón, L., 2003)

La presente tesis propone un nuevo enfoque con respecto a la depresión y posibles suicidios en varones, tomando en consideración lo planteado por los investigadores antes mencionados. Las Redes de Apoyo Social, se plantean como una alternativa para disminuir la tasa de mortalidad por suicidio en varones.



CAPÍTULO IV

REDES DE APOYO SOCIAL



4.1 CONCEPTO DE REDES DE APOYO SOCIAL

Actualmente las líneas de investigación se centran en los recursos de redes sociales o apoyo social, esto a causa de que se ha observado que la presencia de recursos sociales está asociada con la salud física y mental (Holahan y Moos, 1987; Séller y Swindle, 1983; Moos y Mitchell, 1982, citados en Aduna, 1998)

Distinción entre Redes de Apoyo y Apoyo Social

Las Redes de Apoyo son consideradas como un conjunto de relaciones sociales que rodean al individuo en la que en cada nodo se encuentra otra persona con la que se mantiene algún vínculo con determinadas características. La Red de Apoyo sirve para describir la estructura de los vínculos entre los individuos; en tanto que el apoyo social se refiere al apoyo que es suministrado, precisamente a través de la conducta o de acciones de los miembros que forman parte de una red (SECOI, 1999).

Algunas de las características importantes propias de la red que han sido consideradas por los investigadores son: el tamaño, la densidad (magnitud en la que los miembros de una red pertenecen a otra red), el contenido de los vínculos (magnitud en la que las relaciones involucran más de un tipo de contenidos o transacción), la direccionalidad o reciprocidad de las relaciones, la durabilidad de las relaciones, la intensidad o cercanía emocional de las relaciones, la frecuencia de los contactos, la dispersión y la homogeneidad de la red.

La Red es un conjunto de relaciones sociales que rodean al individuo y en la que cada nodo se encuentra otra persona con la que se mantiene un vínculo con determinadas características. El apoyo social es un apoyo suministrado a través de conductas o acciones de los miembros de una red. Las Redes Sociales son personas, instituciones o instancias que forman parte del contexto del sujeto, a los cuales se recurre en busca de apoyo ante situaciones de conflicto, dificultad o desconocido.



La metáfora de red expresa la noción de que los miembros en la red están vinculados al sujeto focal y entre ellos mismos a través de sus relaciones de apoyo. El tamaño de la red puede considerarse como una medida del número de personas que potencialmente pueden o que actualmente proporcionan apoyo al individuo. (Aduna, 1998)

Funciones de la Red

- Identidad social del individuo
- Obtención de nuevos contactos
- Provisión de apoyo emocional
- Ayuda Material
- Servicios
- Información

Características de la Red

- Estructurales: Tamaño, densidad.
- Interacción: Contenido de vínculo, reciprocidad, discrecionalidad, cercanía emocional, frecuencia de contactos, dispersión, etc.

El Apoyo Social se ha definido como Información que lleva a las personas a creer que son amadas, estimadas y que forman parte de una red de comunicación y de obligación mutua. (Aduna, 1998)

Caplan (1974) define los sistemas de apoyo social como conjuntos sociales continuos (principalmente interacciones continuas con otro individuo, una red, un grupo o una organización) que proporcionan a los individuos oportunidades de retroinformación acerca de ellos mismos.



De acuerdo con Caplan, las personas involucradas en el sistema de apoyo social:

- a. Ayudan a los individuos a movilizar sus recursos psicológicos.
- b. Comparten sus tareas.
- c. Les proporcionan recursos tangibles o habilidades y/o les proporcionan entendimiento cognoscitivo y guía que puede mejorar el manejo de la situación.

Los apoyos sociales son un recurso importante para el hombre, no sólo los protege contra el estrés y sus síntomas sino que también pueden ayudar a mejorar sus vidas. Se ha encontrado que el bienestar subjetivo se relaciona con la calidad de los vínculos sociales con los hijos, la familia y los amigos. La calidad subjetiva de las relaciones sociales es más importante para el bienestar que la cantidad objetiva. (Rice)

El apoyo social ha sido conceptualizado de diversas maneras. Una idea básica que se encuentra en varios de los intentos de conceptualización es que el apoyo social debe considerarse como un proceso interactivo en el que puede obtenerse ayuda emocional, instrumental o financiera a partir de una red social (Bowling, 1991). Por ejemplo, Cobb (1976) define el apoyo social como la información que conduce al sujeto a creer que es querido, amado y estimado; que es miembro de una red de obligaciones mutuas. Thoits (1982), por su parte, lo considera como el grado en que las necesidades básicas de una persona son satisfechas a través de la interacción con otros; en donde, las necesidades básicas incluyen el afecto, la estimación o consentimiento, la pertenencia, la identidad y la seguridad. Otros autores lo han conceptualizado como el intercambio de recursos entre al menos un receptor y un proveedor de estos recursos, intentando ampliar el bienestar de los receptores (SECOI, 1999).



Uno de los planteamientos sintetiza mejor las diferentes visiones conceptuales de apoyo social es el de O'Reilly, quien lo define como:

"Proceso interactivo en el cual acciones o conductas particulares pueden tener un efecto positivo sobre el bienestar social, psicológico o físico de un individuo". (Citado en Formación de facilitadores en salud mental comunitaria, 1999; pág. 2)

En términos generales, se asume que la presencia de relaciones personales cercanas con otros, el grado de integración del individuo con su entorno y el contar con ciertos recursos sociales y psíquicos permanentemente se encuentran relacionados positivamente con la salud de éste.

A la diversidad conceptual le corresponde una diversidad en la manera en que se ha operacionalizado el apoyo social. A manera de ejemplo, mencionemos que algunas veces se pone el acento en el tipo de fuente que provee la ayuda sin considerar la ayuda suministrada (emocional, material, etc.) y no se da suficiente importancia a la fuente, etc.

Clasificación de tipos de apoyo social

Jacobson (1986) propone diferentes tipos de apoyo social (Citado por Aduna, 1998):

- **Apoyo Emocional:** Se refiere a la conducta que favorece sentimientos de confort y lleva al individuo a sentir que es admirado, respetado y amado y que otros están disponibles para proporcionarle cuidado y seguridad.
- **Apoyo Cognoscitivo:** Se refiere a la información, conocimiento y/o consejo de otros que ayudan al individuo a entender su mundo y a ajustarse a los cambios dentro de él.
- **Apoyo Material:** Se refiere a las bondades y servicios que le ayudan a resolver problemas prácticos.



Tolsdorf, propone una clasificación de las variables relevantes a las redes de apoyo social (Citado por Aduna, 1998):

- Estructurales: Describen las características morfológicas básicas de la red (p. Ej. Tamaño o número de los individuos en la red; densidad o la extensión en la que los miembros de la red se conocen entre ellos.
- Contextuales: Describen la calidad cotidiana de las relaciones de la red, tal como si la red fuera similar a una familia nuclear y extendida.
- Funcionales: Describen la clase y el número de funciones que los miembros de la red representan para el individuo, estas funciones incluyen apoyo material y psicológico, consejo y servicios.

Las Redes con características de alta densidad:

- Promueven más apoyo social (Hirsh, 1979, citado en Aduna, 1998),
- Ejercen un mayor nivel de influencia social y de control sobre la conducta de sus miembros (Laumann, 1973, citado en Aduna, 1998),
- Tienen mayor involucramiento y compromiso afectivo y
- Pueden conservar y controlar los recursos existentes y movilizar ayuda rápidamente (Wellman, 1981, citado en Aduna, 1998).

Con respecto a la conceptualización del apoyo social, Cobb (1976; cit. En Thoits, 1982) y Barrera y cols. (1981 en Aduna 1998, sugieren que el apoyo debe concebirse como información que guía al sujeto a creer que:

1. Es amado e importante para alguien.
2. Es apreciado y valorado,
3. Pertenece a una red de comunicación y obligación mutua.

Este enfoque es más preciso y permite claras implicaciones para su operacionalización.



La definición de Caplan et al., (1977; cit. En Thoits, 1982), señala que el apoyo es el grado en que un individuo necesita encontrar el afecto, aprobación, pertenencia y seguridad entre otros, es decir, el apoyo social estaría reservado para las funciones de las interacciones y relaciones sociales.

El apoyo social parece motivarse por el hecho de tratar de obtener ayuda en problemas personales, así como por el alivio requerido ante emociones perturbadoras.

Una definición con implicaciones claras para la medición es la de House (1981, cit. En Sarason, 1990), quien ha definido el apoyo social como una transacción interpersonal que involucra uno o más de los siguientes elementos:

1. Interés emocional (gusto, amor, empatía),
2. Ayuda instrumental (bienes y servicios),
3. Información (acerca del ambiente) y
4. Reconocimiento (Información relevante hacia la auto-evaluación).

Thoits (1985), sugirió que el apoyo social más comúnmente se refiere a las funciones de ayuda efectuadas por un individuo para la gente que le es significativa.

Investigaciones sobre Apoyo Social

Sarason y Col., 1985, realizaron estudios de laboratorio, los cuales mostraron que los sujetos con alto apoyo social son calificados como más atractivos y habilidosos socialmente. Estos individuos, a su vez, reportan mayor optimismo sobre sus vidas que los que tienen bajo apoyo. (Citados por Aduna, 1998)

El bajo apoyo social se relaciona con un locus de control externo, dificultad para persistir en las tareas, altos niveles de interferencia cognoscitiva y una insatisfacción relativa con la vida. El bajo apoyo social también está asociado con preocupación excesiva, auto preocupación y dificultad relativa para enfocar la atención sobre una tarea particular.



Se ha encontrado que el apoyo dentro del ambiente familiar opera como un factor de resistencia al estrés para las mujeres pero no para los hombres. Este hallazgo es consistente con el de que las mujeres tratan con el estrés volcándose hacia otra gente, mientras que los hombres responden al estrés con retiro social, el cual se asocia con conductas inadecuadas.

Por otra parte, la asertividad interpersonal es una variable que teóricamente podría ser vital en los intercambios afectivos de apoyo social. Las personas asertivas desarrollan confianza y satisfacción en su habilidad para interactuar efectivamente con otros. Los que no son asertivos no tienen confianza en sus sentimientos creencias y opiniones y es menos probable que sean directos en situaciones sociales no placenteras.

Los estudiantes universitarios que son menos asertivos reportan más aislamiento que los asertivos.

Se espera que los individuos asertivos que experimentan altos niveles de estrés presenten conductas interpersonales efectivas en el proceso de apoyo social. Esto podría incluir los requerimientos apropiados para recibir asistencia de otros, declinar ofrecimientos de ayuda inapropiados y defender derechos personales. Estas conductas proporcionan habilidades importantes para el afrontamiento adaptativo bajo estrés y pueden ser instrumentales para aumentar los efectos positivos de las relaciones sociales.

El entrenamiento en asertividad, entonces puede ayudar a las personas a adquirir conductas interpersonales para acceder y usar efectivamente el apoyo en su ambiente social natural.

Los efectos benéficos del apoyo social, en gran parte, son medidos cognoscitivamente, ya que la percepción de apoyo puede influir sobre la interpretación de los estresores, el conocimiento de las estrategias de afrontamiento y el auto-concepto.



El apoyo es proporcionado a través de una red social del individuo, debiendo tomarse en cuenta que el ambiente físico afecta el desarrollo, mantenimiento e intercambios dentro de una red (Séller y Swindle, 1983; Wellman, 1981). (Aduna, 1998)

En 1976 fue publicado el artículo de J. Cassel titulado "**La contribución del ambiente social a la resistencia del hospedero**". En dicho artículo, tomando como base distintos estudios, el autor lleva a cabo una reflexión teórica sobre la problemática relativa a los vínculos y relaciones existentes entre el ambiente social que rodea a los individuos y su estado de salud, enfermedades y riesgos de morir; introduce la idea de la importancia que puede tener el apoyo social en el estado de salud. Desde entonces, se han llevado a cabo numerosos estudios que pretenden conceptualizar los factores de ambiente social y en particular de apoyo social, así como establecer los vínculos entre dichos factores y el estado de salud de los individuos. (Citado por Formación de facilitadores en salud mental comunitaria, 1999; pág. 1)

Los análisis de redes sociales incluyen una determinación de tamaño que es el total de personas en una red.; por supuesto que el tamaño de la red de un individuo no determina cuál es la frecuencia de interacciones de apoyo del individuo, sin embargo, parece razonable la predicción de que la frecuencia de interacciones de apoyo social se relacionará positivamente con el número de personas que integra la red.

Red de Apoyo Social

Con el fin de superar estos problemas teóricos, en la literatura más reciente sobre el tema, aparecen clasificaciones complejas que combinan varias dimensiones del apoyo social, en la red. Suurmeijer y col., proponen una tipología que combina el tipo de apoyo con la temporalidad del mismo, sintetizado en dos grupos y cuatro dimensiones: apoyo emocional contra el instrumental y apoyo en situación de crisis (problema orientado) vs el apoyo de cada día.



Para O'Reilly "es un proceso interactivo en el cual acciones o conductas particulares pueden tener un efecto positivo sobre el bienestar social, psicológico o físico de un individuo". (SECOI, Formación de Facilitadores en Salud Mental Comunitaria, 1999; pág. 2), a través de la red que tenga el individuo y el apoyo social que obtenga de dicha red.

En este contexto se da la emergencia del concepto de Redes de Apoyo Social, cuyo planteamiento es un cambio promisorio en la explicación, prevención y tratamiento de una amplia gama de padecimientos, a través de su fortalecimiento con el individuo. La relación con la familia, amigos y entorno social, con los niveles y la calidad actuales de la interacción y el apoyo social, esas redes de apoyo social mantienen una fuerte asociación con el bienestar subjetivo. Algunas líneas de investigación indican que contar con una variedad de redes de apoyo social, familiares y no familiares, contribuye al bienestar psicológico (Citados en Formación de facilitadores en salud mental comunitaria, 1999). Lo importante es la calidad de las redes de apoyo social; debido a que en ocasiones las redes de apoyo social negativas pueden incrementar la depresión y el estrés. (Citados en Formación de facilitadores en salud mental comunitaria, 1999).

El aumento acelerado de los niveles de pobreza y marginación, el incremento de la población, el desempleo y otros factores entre otros, han propiciado el incremento en hombres depresivos y con un aumento de estrés exagerado, la falta de apoyo social en esos momentos puede ser crítico y llevar al hombre a tomar una decisión equivocada en contra de su vida, por ello es que en los últimos años el interés de los investigadores y diseñadores de políticas de salud es que se dirijan más hacia modelos de explicación y de medidas de solución, insertados en un contexto de interacción de factores ubicados en su mayoría en el campo de las ciencias sociales, y de la interacción del individuo con sus redes sociales. (Aduna, 1998)

La mayoría de estos estudios, llevados a cabo en el área de la salud, se ubican o guardan alguna relación con la línea tradicional de investigación desarrollada dentro del campo de la sociología y antropología, relativa a las redes sociales y la conducta de los individuos.



Así , en los estudios de salud es frecuente encontrar intentos de conceptualización sobre apoyo social desde la perspectiva de los modelos de redes sociales.

Tal vez uno de los aspectos más importantes en los estudios de redes sociales son las funciones que la misma cumple y muy particularmente el suministro de apoyo social. Se considera que las funciones que puede cumplir una red tiene que ver, por ejemplo, con mantener la identidad social del individuo, la obtención de nuevos contactos sociales y el apoyo social, entendido como la provisión de apoyo emocional, ayuda material, servicios e información.

El apoyo social está representado por las redes sociales, es decir, las personas, instituciones o instancias que forman parte del contexto del sujeto, a las cuales se recurre en busca de apoyo ante situaciones de conflicto, dificultad o desconocimiento; puede ser en mayor o menor grado efectivas a la solución de la problemática y pueden atenuar la carga que representa el estrés o las condiciones emocionales derivadas del mismo o facilitar el acceso a los servicios mediante la información y la orientación. (SECOI, Formación de Facilitadores en Salud Mental Comunitaria, 1999)



4.2 LAS REDES DE APOYO SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA SALUD

Dentro de la teoría epidemiológica se ha planteado que las condiciones sociales, y particularmente, las relaciones que establecen los individuos con su medio ambiente juegan un papel sobre la salud de los sujetos y las comunidades. En este sentido, es común encontrar referencias al respecto en un amplio espectro de la literatura generada en relación con la causalidad de la enfermedad.

Es a partir de la década de los setentas que, con base en la teoría de la multicausalidad, se ha desarrollado un notorio interés en la investigación sobre la interacción del individuo y el ambiente social; específicamente, su impacto en las condiciones de salud.

Este interés se fundamenta en la teoría de que el medio ambiente social tiene un efecto sobre lo que se ha denominado la "susceptibilidad del huésped" a la enfermedad; es decir, se asume que ciertas experiencias parecen volver más vulnerables a las personas a un amplio rango de enfermedades.

El apoyo social en relación con la salud ha sido investigando sobre todo tratándose de mortalidad y morbilidad, pero también se han realizado estudios enfocados a circunstancias particulares de la vida.

La utilización de servicios de salud implica de hecho un proceso de búsqueda de ayuda que incluye los siguientes elementos:

- Aparición de los síntomas o problemas de salud
- Percepción sobre la magnitud o gravedad
- Búsqueda de apoyo de la red social (apoyo informal)
- Búsqueda de atención profesional (apoyo formal)



Kroeger ubica a la red de apoyo social como elemento determinante en la búsqueda de ayuda, ya que funciona como mediadora entre los síntomas y la búsqueda de ayuda de apoyo formal e informal (Kroeger, 1983; citado en SECOI, 1999)

Los recursos sociales están relacionados con la probabilidad de permanecer sanos bajo estrés y con la rapidez para recuperarse de una enfermedad. Se ha demostrado empíricamente que existe una relación inversa entre apoyo social y varios índices de enfermedad física y mental. (Aduna, 1998)

Dentro del primer grupo de estudios, los de mortalidad, se destacan trabajos cuyos hallazgos concluyen que existe una asociación entre lo que se ha definido como pérdida o ausencia de apoyo social y un incremento del riesgo de muerte por diversas causas. El estudio de la mortalidad por causa específica se ha centrado principalmente en enfermedades del corazón y accidentes cerebrovasculares (Kaplan, et al., 1988).

En estos trabajos frecuentemente se han encontrado asociaciones entre bajos niveles de relaciones sociales, expresadas en número de contactos sociales, y por lo menos el doble de riesgo de muerte. También se han observado asociaciones entre la ausencia de vínculos sociales con núcleos como la familia, los amigos, la comunidad y sus organizaciones, con muerte prematura independientemente del estilo de vida y el estado de salud original. Algunos otros aspectos evaluados han sido el estado marital y la pertenencia a asociaciones tales como las iglesias.

Con base en este tipo de resultados, algunos investigadores han formulado dos teorías que explican la naturaleza de los efectos del apoyo social sobre la mortalidad. La primera es la teoría del efecto indirecto. Esta se fundamenta en la hipótesis de que altos niveles de apoyo social contribuyen a mejorar el estado de salud de la población a partir de un "control social" que promueve mejores conductas preventivas y prácticas adecuadas en salud. La segunda es la teoría del efecto directo. Esta considera que el apoyo social tiene la capacidad de atenuar la respuesta neuroendocrina activada ante situaciones estresantes.



Es importante resaltar que algunas investigaciones han ofrecido resultados contradictorios en lo que se refiere a la fuerza y dirección de la relación entre apoyo social y riesgo de mortalidad. Shye, en un estudio sobre diferencias de género, apoyo social y riesgo de mortalidad, encontró que el estado marital ejerce un papel protector sobre todo entre las personas del sexo masculino a pesar de que estos presentan un mayor riesgo de mortalidad. Los resultados observados en el trabajo de Greenwood quien, además de analizar el apoyo social evaluó otras variables como el estado socioeconómico, encontró que la sobrevivencia post-infarto no estuvo asociada con la pérdida de contactos sociales.

Al igual que para la mortalidad, los resultados de las investigaciones en morbilidad caracterizan el apoyo social como un factor que se relaciona positivamente con la salud.

Se han realizado estudios cuyos resultados sugieren que la valoración que hacen las personas del apoyo que podría estar disponible para ellas puede ser aún más importante que sus contactos interpersonales, esto es comprensible, dado que hay diferencias individuales en la necesidad de contactos con otros y que el significado personal de interés por estos contactos varía ampliamente. (Aduna, 1998)

Además la percepción de ser querido puede en sí misma promover la salud independientemente de que esta percepción sea exacta o no. Así en términos cognoscitivos, el apoyo social puede ser definido como la percepción de que uno es amado y estimado por otros. (Aduna, 1998)

En términos generales, los estudios sobre padecimientos crónicos encuentran relación entre apoyo social y el curso, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. En su conjunto, estos trabajos discuten el efecto del apoyo social entre la morbilidad. El efecto directo se establece basado en la idea de que la pérdida o ausencia del apoyo social genera estrés; mientras que el efecto indirecto se sustenta en el papel amortiguador o atenuante que tienen las relaciones de apoyo social activas.



Los resultados han dado lugar a que se caracterice de manera más precisa lo que significa apoyo social, de ahí que se hable de apoyo emocional, informacional e instrumental.



4.3 LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD COMO RED DE APOYO SOCIAL EN RELACIÓN A LA MASCULINIDAD

Los roles y estereotipos sociales, depositan sobre personas o grupos de personas una serie de características, son los encargados de mantener el orden de desigualdad en la sociedad patriarcal al establecer estas diferencias. Mientras que la mujer-femenina tiende a ser sensible, emocional, dependiente, se realiza como madre y ama de casa, es débil con respecto al hombre, etc. En tanto, que el hombre-masculino tiende a ser racional, poco emocional, independiente, es el proveedor de la familia, es dominador, fuerte, etc. (Quesada, 1999)

Se puede observar que en función de los roles y estereotipos propios de la feminidad y de la masculinidad, entre hombres y mujeres se han establecido una serie de diferencias que otorgan al hombre una posición de superioridad con respecto a la mujer en términos de poder: El hombre es el más fuerte, es la cabeza del hogar, más inteligente y experimentado, por lo que su mujer debe secundarlo, es decir, obedecerlo, de él depende la mujer, los hijos y en un momento dado adultos mayores (abuelos, padres); por tanto es quien debe dominar.

A través de los padres, escuela amigos, colegio, iglesia, medios de comunicación colectiva, médicos, juristas, etc., es como se va conformando la masculinidad, pero está no se ejerce tan sólo porque se conciba racionalmente en términos del entendimiento de conceptos e ideas sobre la misma; la construcción de la masculinidad implica un rompimiento con el ser emocional, el ignorarlo, minimizarlo y esconderlo tras la máscara de hombre dominante e invulnerable. (Quesada, 1999)

La razón por la que el hombre actúa de tal o cual forma, es que desde pequeño, las personas más importantes para él, como padres, hermanos y familiares, es decir, las redes de apoyo más importantes, lo orientaron hacia la racionalidad, valentía, el desarrollo de la fuerza física, la dominación; al mismo tiempo que inhibieron en gran parte la posibilidad de sensibilizarlo, de hacer contacto con sus afectos y exteriorizarlos, de



experimentar ternura y de disfrutar del contacto físico de los demás. Y todo esto, porque la sensibilidad, ternura y el contacto físico corresponden a roles y estereotipos femeninos, por lo que experimentarlos significaría, de acuerdo a la cultura, ubicarse en el lugar de la inferioridad, de las mujeres recibiendo como consecuencia la desaprobación de los demás a través de regaños, humillaciones, agresión psicológica y física, etc.

Algunos autores han denominado el fenómeno anterior como "castración emocional", y a la que accede el hombre por causa de la imperiosa necesidad de sentirse aprobados, seguros y queridos por los padres y/o por otras personas que son importantes emocionalmente para ellos durante la infancia. La castración emocional implica un desarrollo parcial de la personalidad y de las capacidades afectivas y sensitivas que como seres humanos poseen. Está limitación los lleva a una condición de impotencia e incapacidad para ser y relacionarse con ellos mismos y con todo lo que les rodea en términos emocionales, conlleva con ello una dosis muy elevada de frustración e ira.

Ante la situación de impotencia, la cultura propone la opción del ejercicio del poder patriarcal como una manera de sobrellevarla. El psicólogo social Erich Fromm, ha logrado identificar dos formas básicas de poder: "La palabra poder tiene un doble sentido, el primero de ellos se refiere a la posición del poder sobre alguien, a la capacidad de dominarlo: el otro significado se refiere al poder de hacer algo, de ser potente. Este último sentido no tiene nada que ver con el hecho de la dominación; expresa dominio en el sentido de la capacidad. Cuando se habla de impotencia se refiere a ese significado, no se quiere indicar con eso que no puede dominar a los demás, sino a la persona que es impotente para hacer lo que quiere. Así el término de poder puede significar una de estas dos cosas: Dominación o potencia, siendo que estas dos cualidades son mutuamente excluyentes. (Fromm, 1995)

El costo emocional de la vivencia de la masculinidad se incrementa y complejiza cuando al ser dominadores, violentos y discriminadores al mismo tiempo son dominados, violentados y discriminados (incluso por ellos mismos). El concepto de varón como factor de riesgo, es un eje para el trabajo en torno a la masculinidad, su construcción social y la



forma en que afecta la vida de las mujeres, el varón es factor de riesgo en cuanto a violencia se trata, la incorporación de la temeridad como prueba de lo masculino y con las consecuencias de la misma, no es "accidental" que los accidentes tengan entre los varones tan enorme aumento a partir de los 10 años. Al respecto, contamos con cifras generales, pero no hay muchos estudios que informen acerca de las circunstancias concretas en las que mueren hombres y mujeres. (Quesada, 1999)

La incorporación de las adicciones es otra de las formas del daño a sí mismo, esto ocurre en especial con el alcohol: aparte de la forma en que interviene en las muertes violentas es notable su efecto a través de las muertes por cirrosis hepática que se hacen más evidentes a partir de la tercera década de la vida.

El tabaquismo, aunque viene en aumento entre las mujeres, ha sido también una adicción masculina y explica porque el cáncer que más vidas toma entre la población masculina sea el broncopulmonar.

Cuando se habla de suicidio este generalmente se ve más como un problema femenino, la anterior aseveración es cierta, en cuanto al intento en donde por cada hombre que lo intenta hay más de tres o más mujeres que lo hacen, mientras que el suicidio consumado está proporción se invierte: tres suicidios de hombres por cada mujer a nivel nacional. Esto puede tener una estrecha relación con la dificultad masculina de enfrentar situaciones de derrota, de dolor, tristeza y soledad y agregado a esto, la incapacidad de pedir ayuda o de recurrir a sus redes de apoyo social, petición que supone debilidad y una situación de menor poder. En cuanto a edades, llama la atención que el suicidio aparece como cuarta causa de muerte de los 15 a 24 años (400 hombres en la ciudad de México en 1986), cuatro veces más que el suicidio femenino en ese grupo.

En el caso de la depresión, este tipo de etiqueta se aplica a los individuos pasivos que creen no poder hacer nada para aliviar su sufrimiento, y que se vuelven deprimidos cuando pierden a una fuente importante de apoyo; lo anterior se ejemplifica como una muestra de indefensión aprendida, aunque también se aplica a los pacientes agitados



que realizan muchas respuestas activas y que se vuelven deprimidos sin causa externa aparente. La indefensión aprendida no tiene porque caracterizar todo el espectro de las depresiones sino principalmente sólo aquellas en las que el individuo es lento para iniciar repuestas, se considera a sí mismo impotente y sin esperanza y ve negro su futuro, todo lo cual comenzó como reacción a la pérdida del control sobre la gratificación y el alivio del sufrimiento.

Un campo no abordado ni problematizado es el de la salud masculina aún cuando desde hace años las estadísticas gritan a la cara que existen problemas muy serios, las enfermedades, las causas, reflejan mucho la forma de vida, los procesos de socialización, los papeles en la sociedad, formas de ser del hombre en la cultura en la que se vive, así como la manera en que aprenden a manejar las emociones, en síntesis, el costo de ser hombre a partir de la manera en que los educaron. (Keijzer, 1994)

Existen problemas que se encuentran fuertemente ligados a la situación de género, como:

El Trabajo: constituye una actividad central dentro de la definición de lo masculino, aunque la mujer se incorpora cada vez más al ámbito laboral y en una gama cada vez más amplia de ocupaciones y una cantidad cada vez mayor de hombres se enfrenta al desempleo y al subempleo, la mayoría de trabajos en situaciones de riesgo (físico, químico y mecánico) y de desgaste laboral son aún ocupados por hombres. Esto, sin desmeritar el efecto de la doble jornada y la maternidad sobre la mujer.

La Socialización de género muy rígida y excesivamente diferenciada, determina la salud diferenciada en los hombres, la forma en que se aprenden a relacionar con la violencia, las emociones, el alcohol, los vehículos, así como la relación con las mujeres y otros hombres. La socialización masculina generalmente lleva a puedan parecer femeninas, a no mostrarse débil, en fin a negar partes humanas, lo cual lleva a distanciarse de sí mismo y abusar de su cuerpo.



A pesar de que los hombres nacen en mayor cantidad, la muerte masculina es más frecuente durante el embarazo, después del nacimiento y a lo largo de toda la vida. Bonino preocupado por la socialización masculina y su tendencia a conductas temerarias proponen que a los varones jóvenes los hay que definir como "grupo de riesgo" y desarrollar medidas destinadas a evitar estas muertes. Weinstein, señala que estas actividades implican "acciones que promocionan la revisión operativa y desde lo cotidiano de los mitos, modelos y estereotipos de masculinidad vigentes, condiciones, no sólo del sometimiento de la mujer, sino además del descuido suicida por la propia vida del varón.

En el caso de suicidio se presenta como la cuarta causa de muerte de los 15 a los 24 años (400 hombre en 1986), cuatro veces más que el suicidio femenino. Aunque el sentido común nos muestra que este problema es más común en la mujer, en realidad es que de cada 4 intentos de suicidio, 3 son por mujeres, mientras que de cada 4 suicidios consumados, 3 son de hombres.

No toda la problemática masculina se puede referir exclusivamente a la socialización de género, en el caso del homicidio, por ejemplo, hay circunstancias y tipos de homicidio que hay que diferenciar. Las estadísticas aportan muy poco en este aspecto, pero se sabe de la importante influencia de muertes por distintos tipos de violencia como la ligada a situaciones políticas, a la represión o relacionadas con el narcotráfico. Sin embargo, hay que reconocer también el asesinato entre conocidos y familiares y los que son producto de riñas en las cuales la violencia es un mecanismo central de resolución de conflictos.

En todo lo anterior, el alcohol juega un papel muy importante: El 82% de la población masculina ingiere bebidas alcohólicas contra el 44% de la femenina, además que las cantidades que ingieren los hombres son significativamente mayores. El alcohol interviene en un 60 % de los accidentes, en el 57% de los suicidios y en el 57% de las detenciones policíacas.

Algunos investigadores en el área de las adicciones entre ellos Wallace (1990) afirman que a pesar de que la familia no provoca que uno de sus miembros sea alcohólico, sin



darse cuenta puede provocar que su enfermedad persista. El impacto psicológico de la dependencia y la codependencia, en términos psicoanalíticos es una forma inconsciente del proceder conductual que favorece la persistencia del trastorno de un objeto siempre y cuando este trastorno sea utilizado inconscientemente en las perturbaciones del desarrollo emocional sujeto, siendo más notoria en las adicciones y en el alcoholismo. Sus causas siempre se remiten a la historia de las relaciones objétales.

El eje central del desarrollo de las relaciones de objeto es el proceso de la internalización, este proceso a su vez se subdivide en tres tipos que conforman la secuencia progresiva, estos son: La Introyección: es la reproducción y fijación de una interacción con el medio, a través de una conjunción de huellas mnémicas. La identificación es una forma superior de introyección que puede tener lugar sólo cuando las capacidades perceptivas y cognitivas del niño se han incrementado lo suficiente como para permitirle reconocer los roles en la interacción personal. En este caso el afecto es menos intenso y difuso y a medida que van integrándose las representaciones del sí mismo y del objeto libidinal agresivamente catectizadas, se amplía y profundiza el espectro de las disposiciones afectivas. La identidad del Yo representa el más alto nivel de organización de los procesos de internalización y se refiere a la organización general de las introyecciones y de las identificaciones, este tipo de internalización implica, la consolidación de las estructuras yoicas, relacionadas con el sentimiento de continuidad del sí mismo, con una coherente concepción global de las representaciones de objeto y la confirmación de esta coherencia en las interacciones entre el sujeto y el objeto. (Aronowitz, D. 1993)

Es difícil para el hombre el manejo de la emotividad, de los conflictos y de distintas relaciones, en pareja, familia (como padre), en el trabajo, en otros ámbitos donde se relaciona con mujeres y hombres y, finalmente, la relación consigo mismo. Para el hombre el alcohol sirve como válvula de escape en la expresión de la emotividad, para emociones como son, el enojo, tristeza o por el contrario la alegría y la ternura.



Las respuestas afectivas se determinan por la forma en que un individuo estructura sus experiencias de esta suerte, si la conceptualización de una situación de un individuo posee un contenido desagradable, dicho individuo experimentará una respuesta afectiva desagradable que corresponde a aquella.

Esta interrelación entre socialización, emotividad, alcohol sea la expresión de esta violencia a través de un mecanismo socialmente aceptado y justificado posteriormente bajo el argumento de "estar fuera de sí o de que no sabía lo que hacía", no es tan inconsciente como dice Menéndez. (Keijzer, 1994)

Es útil analizar el papel de las redes sociales en la problemática masculina. El hombre se constituye a través de presiones y límites impuestas por sus distintas redes sociales, por ejemplo. La red familiar y la red de relaciones en la escuela.

Una explicación global es que gran parte del perfil de la mortalidad masculina, a partir de la adolescencia, puede explicarse a partir de representaciones y prácticas riesgosas incorporadas en los procesos de socialización.

En esta socialización existen algunas claras ventajas para el varón que, con el tiempo y su estereotipamiento, se van transformando en características que van a tener un costo sobre su salud. Ejemplo de esto con una mayor independencia, la competencia y la incorporación de conductas violentas y temerarias en aspectos tan diversos como la relación con vehículos, adicciones, la violencia y la sexualidad. Se incorporan porque aparecen como son y son ventajosas dentro de las relaciones de poder entre géneros, son socialmente más valoradas y porque son asignadas desde pequeños a través de diversas redes e instituciones. Más que hablar de una determinación de esta socialización, se establecen presiones y límites que intervienen en la vida de hombres concretos.

El análisis de la conformación de la subjetividad, el manejo de sentimientos a nivel masculino es un buen punto de articulación entre la socialización y los daños a la salud.



Estos procesos de socialización se dan en el contexto de diversas instituciones y redes sociales como la familia, la escuela, la calle, el ámbito de trabajo y el de esparcimiento.

Brown (1978), encontró entre otros factores que las personas que no buscan apoyo social cuando están estresadas expresan rechazo para discutir sus problemas con otros. (Citado por Aduna, 1998). En el caso de los hombres, es difícil que manifiesten sus emociones, sobre todo en situaciones de depresión, ya que de otra manera se sentiría desenmascarado y posiblemente con su masculinidad disminuida.

En varios estudios, la evaluación del apoyo social ha consistido en pedir a los sujetos que identifiquen sus redes de apoyo social, p. Ej, las personas que conocen y que son fuentes potenciales de recursos de ayuda y asistencia. Es importante resaltar que cuando se le pide a las personas que indiquen a quienes acuden en tiempos de crisis y angustia emocional, típicamente citan a miembros clave de la familia y a amigos a los cuales consideran apoyos naturales. (Aduna, 1998)



4.4 LA RED DE APOYO SOCIAL COMO UNA ALTERNATIVA PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN Y POSIBLES SUICIDIOS

Para generar un Red, que colabore en la tarea preventiva, es preciso identificar el grupo representativo en el cual se encuentra inmerso el hombre, de tal forma que se inicie la concientización para iniciar el proceso de transformación. El enfoque integral es que las personas que rodean a la persona que está deprimida, tomen conciencia de que son parte del problema, y que haya una concordancia con el propósito de hacer algo que ayude a resolver la depresión que manifiesta la persona, esto en realidad sería el campo de la intervención preventiva, y con ello, quizá se prevea los suicidios en los hombres.

Debido a que la prevención sólo se logra con un genuino cambio de estilos de vida, a manera de resumen, la prevención afecta los estilos de vida de una manera tal que evita los riesgos y protege a los individuos en las vicisitudes de la vida, para que no vean afectado su desarrollo pleno. (Construye tu vida sin adicciones, Consejo Nacional contra las adicciones).

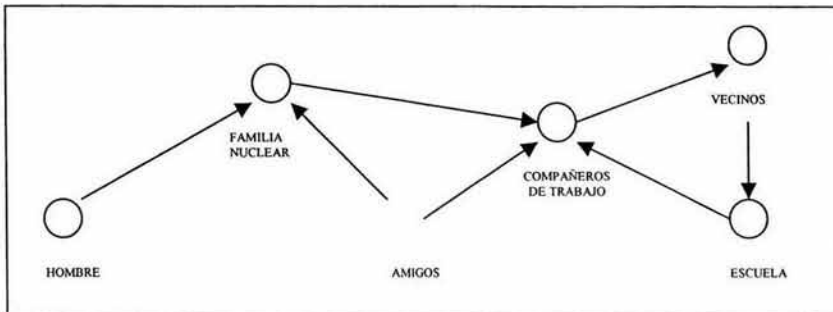
El interés de los problemas de la salud mental crece conforme se tiene advertencia de su importancia, estudios recientes muestran que por lo menos una quinta parte de todas las personas que acuden a los servicios generales de salud, padecen a causa de problemas psicológicos y que una proporción aún mayor, presenta una combinación de éstos con trastornos somáticos. (Folleto de Prevención en la Salud Mental del Instituto Mexicano de Psiquiatría)

Un fenómeno social que muestra la urgencia de reforzar las acciones preventivas en la salud mental, es la depresión en los hombres, el suicidio consumado que es más patente en ellos que en las mujeres, y la dificultad para expresar sus sentimientos, afectos, reacciones; en una palabra, la dificultad que por ser hombres llevan en si mismos, y que plantean un campo hasta ahora poco explorado y por lo tanto, una llamada de atención para todos los servicios de salud por prevenir la depresión en los hombres y posiblemente con ello se logre una disminución en las muertes por suicidio en este género.



Retomando el modelo de los sistemas de Bronfenbrenner, es similar a como se va entretejiendo una red de apoyo social, en el centro se encuentra el individuo que se encuentra en una etapa de crisis en el desarrollo de su vida, el cual muy posiblemente presente síntomas depresivos y tal vez ideas suicidas, enseguida se encuentra, la familia, los amigos, los compañeros de trabajo, la familia política, los vecinos, etc. Está distribución es tomando en cuenta, el primer contacto que pueda tener el hombre, puede ser distinto el orden, es decir, empezando por amigos, compañeros de trabajo, etc. Sin embargo, se le da más importancia a la familia por ser ésta, el primer contacto con el individuo. (Hansen, 2003)

De tal forma que al igual que el modelo de los sistemas, se van dando interacciones recíprocas o lazos en diferentes niveles del individuo, conceptuando lazos como un episodio de una relación social, la cual, esquemáticamente sería de esta forma:



Por supuesto, que el diagrama anterior es sólo para poder explicar a grandes rasgos la forma en que podrían interactuar las personas que tienen una relación con el hombre que se encuentra en crisis, dado que se sabe que muy pocas personas acuden a profesionales de la salud como un psicólogo, psiquiatra, psicoanalista o médico general, para hablar acerca de sus problemas personales, ya sea por dinero o bien como posiblemente sea el caso de los hombres, por temor de verse "al desnudo" ante una persona desconocida, por miedo a que puedan pasar por débiles, etc. La propuesta es que independientemente de las interacciones entre las personas, ya sea, de parentesco,



afectivo, lo que se trata es que las personas que se encuentran alrededor de la persona, sepa en un momento dado, diferenciar las crisis en el ciclo de vida, la depresión y más aún las ideas suicidas. Al tener conciencia de las consecuencias de no escuchar a la persona y no ayudarla en los momentos en que más necesita apoyo, será más fácil que sean esas personas que se acerquen al hombre que tiene problemas y le den todo el apoyo social que requiere para hacer frente a la problemática que tiene en esos momentos, que contribuyan todos de alguna manera, hasta formar una red de apoyo social fuerte, estable y que incluso no sólo ayude al hombre en cuestión, sino que sea útil para todos los integrantes de dicha red, en momentos críticos de la vida.

La premisa primordial es basarse en la familia, ya que se encuentra en constante contacto con el hombre, porque forma parte de ella y porque se ve afectado de diferentes maneras por los impactos socioeconómicos, reaccionando ante ellos, entre su familia y dentro de sí mismo. (Fortes de Leff, J. 1999)

El funcionamiento de cada miembro de la familia es interdependiente del funcionamiento de los otros miembros y está en relación constante con el contexto social, político, ideológico, económico y ambiental en que se desenvuelven.

Las crisis representan una fuerte tensión o carga energética que promueve un desequilibrio en la organización o estructura del sistema, el cual requiere ejercer algún cambio para restaurar su equilibrio. La tensión puede proceder desde dentro del sistema familiar (como en las crisis de desarrollo), sin embargo, la familia es aún la base de protección a la que se acogen los miembros, y tienden a la cohesión, la familia se expande a través de las redes familiares y sociales para sobrevivir; se acomoda a las condiciones externas ajustándose, constriñéndose y también, se adapta, desarrollando roles y actividades diferentes, reglas nuevas, para hacer frente a las demandas del exterior.



De tal forma, que como señalan Heller y Swindle en 1983, se trata de enfatizar el rol del individuo como un agente activo en el desarrollo y uso de una red, argumentan que la participación en organizaciones sociales proporciona a la gente la oportunidad de acumular recursos de apoyo social, sin embargo, la disponibilidad de los apoyos sociales puede estar restringida por las características sociales y personales de los receptores. (citados en Aduna, 1998) Es por ello, que el énfasis que se trata de dar en la presente investigación, es la importancia de las redes de apoyo social que el varón tiene y que en un momento determinado haga uso de ellas para superar una crisis, prevenir la depresión y con ello, tal vez disminuir el riesgo suicida en el género masculino.

EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA FORMACIÓN DE UNA RED

El psicólogo en la formación de una red, será de mediador terapéutico, cuyo objetivo consistirá en utilizar rápidamente el poder de la red así reunida para sacudir un sistema que se ha vuelto rígido, con el fin de permitir que ocurran aquellos cambios que los integrantes del sistema, más informados y compenetrados de su verdadera situación, desean y cuya ocurrencia depende de los que conforman la red.

Durante el proceso se da lo que se conoce como "efecto de red", que es aquel donde el grupo revive o crea una matriz sana, capaz de ocuparse del infortunio y las situaciones angustiosas de sus miembros con más eficiencia, rapidez y perdurabilidad, este efecto se inicia cuando los miembros advierten que forman parte de una particular constelación humana. La mediación terapéutica denomina "red" a dicha constelación y tiende a estrechar, estimular y cohesionar las nuevas asociaciones operando en el interior de estas. Lo primero que se percibe es una nueva sensación de libertad.

La red de un individuo cualquiera es la suma total de relaciones humanas que poseen significación perdurable en su vida. Es importante señalar varias definiciones de los personajes que en un momento determinado, juegan un papel importante en la Red.



EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LAS REDES DE APOYO SOCIAL

En la intervención terapéutica el efecto de red es un fenómeno que abre una nueva etapa en la interacción grupal, una vez que la gente ha experimentado este cambio inicial no puede volver a navegar en el mismo río de relaciones humanas. (Peck, R; Attneave, C.1990)

Cuando en el curso del intento de resolver una crisis, se induce dicho fenómeno en un grupo compuesto por un núcleo familiar, amigos, vecinos y parientes, en el que todos ellos han mantenido contacto continuo y variado entre sí; se produce una retribalización, es decir, se reviven relaciones que habían perdido su fuerza.

Así como las redes se componen de conexiones entre personas, algunas de las cuales tienen carácter central, también hay conexiones entre las redes, que permiten transmitir información con rapidez y movilizarse con eficacia.

Existen algunos términos que es preciso definir, con el fin de que haya un entendimiento homogéneo con respecto a las redes de apoyo social:

- o Mediador: Es el término equivalente al terapeuta, pero referido a un modelo distinto.
- o Activista de red: individuo capaz de suscitar la acción de los demás y de organizar su ejecución.
- o Familia: se la define habitualmente como todas las personas que habitan en una misma casa, tengan o no vínculos de sangre.
- o Familia Extensa: Designa el sistema de parentesco corriente y puede incluir relaciones adoptivas, tanto si son legales y formalmente reconocidas como si están meramente sancionadas por la costumbre y la tradición.



La mediación terapéutica consiste por lo común en:

- I. Redefinir la conducta presentada inicialmente como "síntomas" de un "paciente".
- II. Se expone esta situación ante los compañeros cotidianos del "paciente" y a unos pocos miembros cercanos de su red, en contacto diario e íntimo.
- III. Se invita y alienta a este grupo íntimo para que congregue a su red social de amigos, parientes, allegados y vecinos y se reúna con el equipo formado por los mediadores.

FASES DEL EFECTO DE RED

Las seis fases del ciclo en su progresiva secuencia en espiral:

- 1.- Retribalización: Promover acontecimientos que lleven a la próxima fase, hasta que el ciclo adquiere un impulso propio.
- 2.- Polarización: Consiste en descubrir y activar las posiciones y puntos de vista antagónicos que existen en la red. Fortalecimiento de lazos internos de la red.
- 3.- Movilización: Cuando la atención empieza a centrarse en la energía creada por la polarización, ha llegado la hora de movilizarla y canalizarla de forma positiva.
- 4.- Depresión: Es parte del proceso de pertenecer a una red, el enfrentamiento con una tarea difícil, ocasiona al principio resistencia, desesperanza e incluso desesperación.
- 5.- Apertura hacia la acción autónoma: El psicólogo debe saber cómo transferir la acción del equipo de mediación a la red misma.
- 6.- Agotamiento y entusiasmo: A la apertura de la acción autónoma le siguen el agotamiento y el entusiasmo del equipo y la red, luego viene el periodo de recuperación natural entre las sesiones, junto a otras ondas del ciclo.

Un estado de crisis es un criterio conveniente para decidir la reunión de la red, aunque probablemente no sea indispensable en todos los casos.



Es necesario que una vez que se opte por la formación de una red de apoyo social con el objeto de resolver algún conflicto, que presente un individuo, haya entre los integrantes y el mismo psicólogo, empatía hacia los hechos de realce emocional, sensibilidad necesaria para captar los estados de ánimo, finalmente es preciso que el psicólogo sepa dejar la red, cuando sea preciso delegando sutil y empáticamente su responsabilidad. El objetivo del profesional a lo largo del proceso de mediación en la red, es diseminar la responsabilidad en vez de acapararla. Las mediaciones en redes no son todavía comunes y tienden a ser empleadas con mayor eficacia en situaciones de crisis.

Si bien es cierto que las redes de apoyo social en México aún no tienen una aplicación práctica tan conocida y estudiada, como lo es el psicoanálisis u otras técnicas, lo que se intenta en esta tesis es de presentar dichas redes, como una alternativa para evitar que los varones, presenten una depresión cuya consecuencia pueda ser un suicidio; a través precisamente del apoyo que le puedan proveer sus seres queridos.

Para poder multiplicar el conocimiento acerca de este enfoque, es necesario que haya una promoción por parte de los profesionales de la salud, en centros de salud, centros comunitarios e instituciones educativas, con el fin de que la sociedad, tenga una alternativa más para hacer frente a la problemática en hombres, principalmente las crisis durante el ciclo de vida.



CONCLUSIONES



CONCLUSIONES

Los objetivos del presente trabajo fueron:

- Conocer las crisis por las que atraviesa el hombre en la juventud y la edad adulta del desarrollo, que lo puedan llevar a presentar depresión.
- Conocer la relación que existe entre la depresión y el suicidio en varones.
- Determinar la importancia de las Redes de Apoyo Social, como una alternativa para prevenir la depresión y disminuir con ello posibles suicidios.

Tomando en cuenta los objetivos planteados y al revisar a autores con diversos enfoques psicológicos, se considera que el desarrollo designa los cambios producidos por factores biopsicosociales que interactúan en un individuo.

Dado lo anterior, se parte de la teoría de los Sistemas Ecológicos de Bronfenbrenner, como la que más se acerca para explicar el presente estudio, sobre todo porque percibe al individuo como un sistema complejo en el que interactúan elementos sociales biológicos, cognitivos, emocionales y sociales que se encuentran estrechamente relacionados con el concepto de desarrollo, del que partimos para el análisis de este trabajo.

Por otro lado, porque pone énfasis en las interacciones directas con valores y actitudes (ideología) que dominan la cultura, punto medular, dado que la mayor parte de experiencias en el hombre son dadas por el exterior, de ahí que gran parte de su acervo, se deba al medio en que se desenvuelve.

Bronfenbrenner, conceptúa al ambiente como una serie de estructuras anidadas, donde el *Microsistema* es el nivel más interno, el individuo interactúa con las personas más cercanas, por ejemplo la familia nuclear; el *Mesosistema*, está conformado por las relaciones entre los entornos en que participa el individuo; el *Exosistema*, está formado por entornos en los que aunque no participa el individuo, influyen en el microsistema y el



Macrosistema, que está representado por valores y opiniones que forman un grupo social.

La Red de Apoyo Social, se propone que se origine desde el microsistema, que supone la familia y que sin duda puede ampliarse a los demás sistemas en que el individuo se desarrolle.

Lo anterior es una visión general del desarrollo humano, y de cómo las Redes de Apoyo Social tienen que ver con el mismo; particularmente la atención se centra en las crisis por las que atraviesa el hombre en la juventud y en la edad adulta, más específicamente en la crisis que presenta Erikson en la Teoría de las Etapas del Desarrollo Psicosocial, la llamada crisis de *Intimidad en comparación con el Aislamiento*, que va de los 20 a los 30 años de edad, el cual muestra que el individuo debe desarrollar la capacidad de compartir con otros sin temor a perder su identidad, lo que significa que ha superado exitosamente esta crisis, sin embargo, puede suceder lo contrario, el individuo puede optar por el aislamiento, es decir, sus relaciones serán frías, distantes y en general sin que haya un intercambio emocional, que lo llevará a encerrarse en sí mismo, lo que podría ocasionar que presente depresión y si no hay una red de apoyo social (alguien que lo escuché, guíe y ayude a superar la crisis) probablemente presente depresión, pensamientos y/o conductas suicidas.

Lo que nos lleva a señalar que la relación existente entre la depresión y el suicidio en varones es alta, debido a los datos que arrojan los estudios demográficos y a estimaciones anuales del suicidio que toman en cuenta variables como el sexo, la edad y la depresión.

La tendencia que presentan dichos estudios, es a señalar que aunque las mujeres son más proclives a presentar Intentos de suicidio por depresión, son los varones quienes con mayor frecuencia se suicidan por esta causa; y aunque existen varios planteamientos para tratar de dar una explicación, lo cierto es que el suicidio en varones es una realidad que afecta a la sociedad entera.



La mayoría de estos suicidios tienen como causa la depresión, si se concibe como enfermedad, puede ser prevenida e incluso curable, cuando se observa a un varón aislado, con fuertes sentimientos de aversión hacia si mismo, que se percibe así mismo como inútil y culpable; son elementos que pueden servir como puntos de referencia para ayudar al individuo a buscar ayuda profesional: psicólogos o psiquiatras, que en un momento dado, ayuden al individuo a superar la crisis en forma positiva y tenga un mejor plan de vida.

Algunos indicadores que pueden considerarse, para reconocer a individuos que se encuentran en riesgo, son los siguientes:

- Crisis en etapa del desarrollo psicosocial.
- Baja autoestima en el varón.
- Pobres relaciones interpersonales.
- Conductas autodestructivas, tales como: Drogadicción y/o alcoholismo.
- Problemas económicos.
- Problemas de pareja.
- Problemas familiares.
- Escaso control de impulsos.
- Resentimiento.
- Inestabilidad.
- Tensiones recientes.
- Violencia Intrafamiliar.

Justamente en el momento en que se observan los indicadores antes señalados, es que intervienen las Redes de Apoyo Social, dado que el varón se verá apoyado o sostenido, a través de conductas o acciones de los miembros que forman la red; retomando a la Teoría de los Sistemas de Bronfenbrenner, el individuo se verá fortalecido en todos los sistemas que conforman su ambiente hasta lograr superar la crisis que presentaba.

Las Redes de Apoyo Social no disminuyen el trabajo del psicólogo, sino más bien, de lo que se trata es de fortalecer su trabajo terapéutico, a través de la ayuda de las personas



que rodean al paciente y que puede ser útil para un mejor pronóstico del individuo que padece depresión y presenta conductas suicidas.

Al considerar a las Redes de Apoyo Social como un coadyuvante eficaz en la recuperación del paciente, no sólo ayuda propiamente al individuo a curar su depresión, sino que incorpora nuevamente al paciente a su entorno, con mayor seguridad, con lazos fortalecidos y con un mejor proyecto de vida. Logrando con ello, que el varón supere la crisis de la etapa del desarrollo en que se encuentra.

En un análisis exhaustivo de este tipo de redes y de los signos recurrentes que se manifiestan en la relación depresión-suicidio en hombres, se desprenden algunas recomendaciones, ya que son significativas y pudieran considerarse como medidas de prevención o indicadores de alerta para una intervención oportuna de las personas que rodean al individuo en riesgo, por lo que a continuación se enlistan:

- Promover las Redes de Apoyo Social en centros de salud, centros comunitarios e instituciones educativas, con el fin de concientizar a la población mexicana, acerca de la problemática que aqueja al hombre actual.
- Identificar a los hombres que atraviesan por una crisis en el ciclo vital.
- Reconocer la crisis de Intimidad/aislamiento en el ciclo vital en el varón.
- Identificar los recursos informales que se encuentran involucrados alrededor del individuo en riesgo: familia, amigos, compañeros, vecinos, para que en un momento dado sean ellos, una parte importante en la prevención de la depresión, al formar la red de apoyo social.
- Reconocer que la depresión es una enfermedad, que independientemente del género, debe ser hablada y tratada como otra enfermedad más, dejando a un lado el estigma de que la depresión es sólo para mujeres.
- Tomar conciencia de que el suicidio consumado, es un problema que afecta principalmente al sexo masculino, y promover las redes de apoyo social como una posible alternativa para prevenirlo.
- Reconocer la importancia de las Redes de Apoyo Social, a través de un papel activo para prevenir la depresión y posibles suicidios en varones.



La evidencia empírica permite plantear que sin duda la red de apoyo social incide en mayor o menor grado en todos los ámbitos del ser humano, lo anterior, abre una amplia expectativa en términos de utilidad que tendría la incorporación de la red de apoyo social al interior de las estrategias de investigación, prevención y tratamiento de la depresión en varones producida por crisis en la edad adulta.

Hace falta por supuesto, darle mayor énfasis a las investigaciones acerca del género masculino, desarrollar nuevas técnicas para resolver el problema de la depresión y el suicidio en hombres, sin embargo, la red de apoyo social puede representar un concepto clave en la reformulación de políticas y programas orientados a prevenir los problemas antes mencionados.

Desde luego que lo expuesto en esta tesis, no es la última palabra sobre el tema, ya que se sigue estudiando y avanzando en las investigaciones, sin embargo, lo que se pretende, es que el presente estudio sea una aportación al campo de la psicología, para propiciar investigaciones futuras en este campo y de esta forma se contribuya a la prevención de la depresión causada por crisis en el ciclo vital y posibles suicidios en varones.



BIBLIOGRAFÍA

Abadi, A. G, E. Garma, J. A. Gazzano, E.H. Rola y N. Yampey. (1973). *La fascinación de la Muerte*. Barcelona. Editorial Paidos.

Aduna, M. A.P. (1998). *Afrontamiento, Apoyo Social y Solución de Problemas en Estudiantes Universitarios, Estudio Experimental*. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UNAM.

Arieti, J. (1990). *Psicoterapia de la Depresión*. México, Editorial Paidos, 1ª Edición.

Aronowitz, D. (1993). *El Hermano Alcohólico: Su impacto Psicológico*. En Revista Aletheia, No. 12, I.I.P.C.S. México

Bleichmar, H.B. (1980). *La Depresión: Un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.

Borjes, G. Mondragón, L. (2003) *Epidemiología de la Conducta Suicida en la Ciudad de México*. Crónicas de la Ciudad de México a Pie. Año 1, No. 3.

Burín, M., Meler, I., (2000). *Varones: Género y Subjetividad Masculina*. Editorial Paidos.

Calderón, N.G., (1985). *Depresión: Causas, Manifestaciones y Tratamiento*. México. Editorial. Trillas.

Calderón, N.G. (1965). *Conceptos psiquiátricos en la medicina azteca, contenidos en el Códice Badiano escrito en el siglo XVI*. En Revista Facultad de Medicina, México, vol. VII, núm 4, pág. 229.

Caplan, G. (1966). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires, Editorial. Paidos.

Craig, G.J. (1994). *Desarrollo Psicológico*. México, Editorial. Prentice Hall.

Consejo Nacional contra las adicciones (1999). *Construye tu vida sin adicciones*. Servicios Comunitarios Integrados (SECOI).

De la fuente Ramón (1994). *Psicología Medica Nueva Versión*. Fondo de cultura Económica.

Durkheim, E. (1987). *El Suicidio*. México, Editorial. UNAM Clásicos.

Farberow, N. (1964). *¡Necesito Ayuda! Estudio sobre el servicio y su prevención*. México, Editorial La Prensa Médica.



- Fernández, M. (1988). *La crisis de la Pareja*. Trabajo presentado en el Congreso de Psicología Clínica.
- Flach, F.F. (1975). *La Fuerza Secreta de la Depresión*.
- Folleto de Prevención en la Salud Mental del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Fortes de Left, J. (1999). *Impacto de las crisis sociales, ambientales y económicas sobre la familia; crisis, familia y sociedad*. Servicios Comunitarios Integrados (SECOI).
- Freud, S. (1973). *Obras Completas. Tomo II*. Editorial Nueva Madrid.
- Fromm, E. (1995). *El miedo a la Libertad*. México, Editorial Paidós.
- Gómez, C. S. (1996). *Relación entre la ideación suicida y el nivel de estrés psicosocial en estudiantes en nivel medio y medio superior del Distrito Federal*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- González, N.J. (1987). *Una concepción masculina de la Relación del Objeto Amoroso*. México, IIPCS.
- Hansen, L.B. (2003). *Desarrollo en la Edad Adulta*. Editorial. Manual Moderno.
- Herrasti, Alicia (1998). *Aborto, Eutanasia y Suicidio Asistido*. Sociedad E.V.C.
- Hinostroza, C; Quijada, Y. (2003) *Seminario de Adolescencia*. Universidad de Concepción en el Departamento de Psicología.
- Keijzer, B. (1994). *Morir como Hombres*. Ponencia para el seminario de Masculinidad-PUEG/UNAM,
- Lara, A. (1999). *Género y Salud Mental Femenina*. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Lopez-Ibor, J.J. (1988). *The involvement of serotonin in psychiatric disorders and behavior*. British Journal of Psychiatry, 153 (suppl 3): 26-39.
- Loza, C. G. (1995). *Estudio de las características del paciente con conductas suicidas, usuario del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (SAPTEL)*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Maris, R.W., Berman, A.L.; Maltsberg, J.T.; Yufit, R.I. (1992). *Assessment and prediction of suicide*. New York, The Guilford Press.
- Matus, C. E. (1990). *El adolescente suicida*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Mendels J. (1982). *La depresión*. Barcelona. Editorial Herder.



- Morgan H. (1983). *¿Deseos de Muerte?. Breviarios*. Fondo de Cultura Económica.
- Morón P. (1987). *El suicidio*. México. Publicaciones Cruz O., S.A.
- Mondragón, L. Borges, G. Gutiérrez, R. (2001) *La Medición de la Conducta Suicida en México: Estimaciones y Procedimientos*. Salud Mental, Vol. 24, No. 6.
- Navarro, R. A.M. (1995). *Fantasías de suicidio en adolescentes deprimidos y no deprimidos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Quezada, G.J. (1999). *Panorama General sobre el Suicidio*. Tercer Congreso Internacional de Tanatología y Suicidio. México D.F. Hospital de Cardiología.
- Reich, W. (1985). *La revolución sexual*. México. Editorial, Planeta.
- Reyes, Z. (1999). *Suicidio, Curso Fundamental de Tanatología*. México. Editorial, Triple A Diseño.
- Rojas, E. (1984). *Estudios sobre el suicidio*. Barcelona. Salvat Editores S.A.
- Rubenstein, E., Federman, D. (1992). *Trastornos Afectivos y de Ansiedad en Scientific American Medicina*. Bogota.
- Sarro B, De la Cruz C. (1991). *Los Suicidios*. Ediciones Martínez Roca S.A.
- Sorenson, S.B.; Rutter, C.M. (1991). *Transgeneration patterns of suicide Attempt. Journal Of Consulting and Clinical Psychology*.
- Speck, R; Attneave, C. (2004) *Redes Familiares*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1a. Edición.
- Stanley M., Mann (1964). *Biological factors associated with suicide*. Review of Psychiatry 7: 334-352.
- Stengel, E. (1965). *Psicología del Suicidio y los intentos Suicidas*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Sturgeon, W. (1981). *Depresión*. Editorial Grijalbo, S.A.
- Tanney, B.L. (1992). *Mental disorder Psychiatric Patients and of Suicide*. The Guilford Press.
- Curso para Facilitadores de los Centros de Desarrollo Comunitario. (1999). Servicios Comunitarios Integrados (SECOI). Gobierno del Distrito Federal.
- III Congreso Internacional de Tanatología y Suicidio. Tomo II.