

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**“PERFIL DE PERSONALIDAD EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS CON
INTENTO SUICIDA”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:**

BLANCA DELFIA ROJAS AGUIRRE

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. KARINA TORRES MALDONADO

REVISORAS DE TESIS:

MTRA. INDA GUADALUPE SAENZ ROMERO

MTRA. GABRIELA ROMERO GARCÍA

MTRA. MARIA TERESA GUTIERREZ ALANIS

MTRA. ARACELI LÁMBARRI RODRÍGUEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de pertenecer a ella y por contar con los mejores maestros.

A todos los catedráticos que durante el transcurso de la carrera compartieron conmigo sus conocimientos y experiencias, incrementando mi interés por la psicología clínica.

Estoy especialmente agradecida con la Lic. Karina Torres Maldonado por todo su apoyo en la dirección de este trabajo, por el tiempo dedicado, por sus importantes sugerencias y por su paciencia.

A los miembros del comité de tesis por sus valiosos comentarios:

Mtra. Araceli Lámbarri Rodríguez

Mtra. Gabriela Romero García

Mtra. Inda Guadalupe Saenz Romero

Mtra. Teresa Gutiérrez Alanís

También quiero agradecer al Lic. Alberto Galicia Montoya por su asesoría y apoyo en la parte estadística de este trabajo.

Al Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos por permitirme el acceso y la investigación en sus instalaciones.

A la Psicóloga Paty Galindo por su apoyo y por permitirme trabajar sus pacientes.

DEDICATORIAS

A mis papás por todo el amor, apoyo y comprensión que me han brindado siempre, por haber sido el mejor ejemplo para mí cómo personas. Y por formar una familia tan unida en las buenas y en las malas. No tengo palabras para expresar lo agradecida que estoy con ustedes dos. Los quiero mucho!!

Mamá gracias por enseñarme con tu ejemplo a luchar siempre por lo que deseo sin desertar.

A mis hermanos, Lalo, Pepe, Memo, Rocío, Lulú, Elizabeth y Jorge por el apoyo que he recibo de ustedes siempre que lo he necesitado y porque de diversas maneras me han demostrado su cariño. Los quiero!!

Lulú, gracias por tus valiosos comentarios para hacer más entendible el capítulo uno.

A todos mis sobrinos: Karen, Mary, Rodrigo, Desy, Alán, Denisse, Karlita, Claudia, Pepé, Beto, Fany, Paola, Jorgito, Viris, Miguel, Mely y Emmanuel porque llegaron a darle más alegría a nuestros momentos y porque a veces aprendo mucho de ustedes.

A mi esposo Oscar, por estar a mi lado y porque se que me das lo mejor de ti. Te amo!!

A todos los pacientes que hicieron posible esta investigación.

Y a todas aquellas personas a quienes en algún momento les ha dolido tanto la vida cómo para intentar huir de ella.

¿Por qué vosotros, hombres, cuando habláis de algo, en seguida decís: esto es bueno, esto es malo? Con eso, ¿habéis explorado las conexiones íntimas de la acción? ¿Sabéis con seguridad exponer las causas de por qué sucedió, de por qué tuvo que suceder? Si supierais esto, no emitiríais vuestros juicios con tanta ligereza.

Goethe.

“No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar que la vida vale o no vale la pena de que se la viva es responder a la pregunta fundamental de la filosofía.”

Albert Camus, El mito del Sísifo.

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
Cápítulo I : El Suicidio	
Algunas teorías sobre el suicidio	4
Factores predisponentes para el suicidio	8
Evaluación del riesgo suicida	15
Predicción	16
Tratamiento	16
Estadísticas de suicidios en el Distrito Federal.	18
Cápítulo II : Personalidad	
Personalidad	22
Características de las Escalas de personalidad	26
Cápítulo III : Suicidio y personalidad	
Suicidio y personalidad	55
Grupos psicóticos de riesgo suicida	56
Depresión y suicidio	56
Esquizofrenia y suicidio	57

Trastornos de personalidad y suicidio	58
Dependencia al alcohol y suicidio	59
Enfermedades orgánicas y suicidio	60
Trastorno obsesivo y suicidio	60
Estudio sobre suicidio en un hospital psiquiátrico	61
Suicidio en sujetos no psicóticos	64
Cápítulo IV: Metodología	
Justificación del problema	65
Objetivos	66
Hipótesis de investigación	66
Definición conceptual y operacional de variables	67
Variables de clasificación	67
Variables Independientes	67
Sujetos	69
Criterio de inclusión de los sujetos	69
Diseño de investigación	69
Tipo de investigación	69
Contexto y escenarios	69
Procedimiento	70

Instrumentos	70
Análisis de datos	75
Cápítulo V: Resultados	
Análisis descriptivo de la muestra final	76
Cápítulo VI : Discusión	85
Sugerencias y limitaciones	91
Bibliografía	92

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo conocer el perfil de personalidad, grupo de edad, estado civil y la escolaridad de pacientes psiquiátricos que incurrieron en intento suicida, con la finalidad de presentar propuestas para prevenir el suicidio. Los sujetos de la muestra fueron hombres y mujeres que fluctuaron entre 16 y 65 años,

Se abordaron teorías sobre el suicidio y sus factores psiquiátricos, sociales, psicológicos, psicoanalíticos y fisiológicos, así como de la personalidad y sus tipos.

Se realizó un estudio exploratorio con 56 pacientes psiquiátricos con intento suicida aplicándoles el MMPI-2 para conocer su perfil de personalidad. Se realizaron análisis de varianza entre las variables medidas para saber si existían diferencias estadísticamente significativas entre grupos, y se encontró que hay diferencias significativas respecto el sexo femenino con el perfil de psicastenia, así como del grado de escolaridad de licenciatura con el perfil de paranoia.

Los resultados se explican en términos de los rasgos asociados a tipos de personalidad, a los grupos de edad, estado civil y escolaridad en que fue mas frecuente el intento suicida, así como desde la perspectiva de algunas sugerencias para poder detectar y prevenir el intento suicida.

INTRODUCCION

El suicidio es un problema muy importante en el contexto de salud mental en todo el mundo y una de las causas más frecuentes de muerte en muchos países, las estadísticas sobre éste son cada día más alarmantes, esto ha conducido a diversos profesionales a ocuparse del tema desde diferentes enfoques trabajando en su conocimiento, tratamiento y prevención. Sin embargo el problema existe y continúa en aumento, esto provoca grandes conflictos no sólo en la persona que intenta suicidarse, sino en todo su entorno, alterando la dinámica de su núcleo familiar y en general todas sus relaciones interpersonales se ven muy afectadas, ya que en la mayoría de los casos la familia y las personas más cercanas al sujeto con conductas suicidas se sienten responsables de ello.

Algunas personas recurren al suicidio como medio para castigar a alguien, para llamar la atención y obtener el amor de alguien muy significativo en su vida. En estos casos el propósito del intento suicida puede no ser la muerte, sino comunicar algo a través del intento (celos, disgusto, ayuda, etc.). En otros casos el intento de suicidio si representa un síntoma de angustia aguda que refleja graves conflictos internos y en donde una persona ve la posibilidad de hallar el camino a aquello que en vida no encuentra. Esto nos llevaría a pensar en la cantidad de motivos que alguien tendría para decidir terminar con su existencia. ¿Quién puede decir cuál sería una buena razón para matarse?

El incremento en la frecuencia de suicidios está asociado con diversos factores que varían en dependencia del grupo de edad estudiado. Entre los jóvenes influyen la depresión y el aumento del consumo de drogas y alcohol; en los adultos mayores, las enfermedades que generan gran dolor o discapacidad y en los grupos laboralmente activos, otros factores de índole laboral y económica. Las personas con antecedentes de trastornos psiquiátricos tienen un mayor riesgo de cometer suicidio, son un grupo muy vulnerable debido a que han llegado a estar tan emocionalmente trastornados que muchas veces ya no pueden ejercer un juicio o control apropiados para no lastimarse a sí mismos; además de que la mayoría de los pacientes psiquiátricos independientemente de su patología presentan síntomas clínicos que representan más riesgo, como ansiedad, insomnio, desesperanza, dificultad de concentración, ideas de minusvalía, incapacidad, sentimientos de culpa, persistencia de ideas suicidas.

Pudiera ser que el perfil de personalidad sea un factor muy importante en este caso, ya que dependiendo de los rasgos de personalidad o en el caso de pacientes psiquiátricos de la patología en la personalidad se podría conocer a través de los rasgos inherentes a cada grupo conductas en relación al suicidio.

Por lo anterior, este estudio pretendió conocer qué perfil de personalidad en este grupo tiene más tendencia al suicidio con la finalidad de aportar elementos teóricos para prevenirlo.

En el presente trabajo se presentan inicialmente algunas teorías sobre el suicidio, diversos factores que pueden dar origen a esta conducta, predicción, tratamiento y estadísticas del mismo. También se hablara de la personalidad y sus tipos, así como de las pruebas de personalidad. Se concluye la parte teórica hablando de suicidio y personalidad, grupos psicóticos de riesgo suicida y suicidio en sujetos no psicóticos.

Más adelante se describe el método, resultados y discusión de un estudio realizado en un hospital psiquiátrico a pacientes que fueron ingresados por intento suicida, en donde se les aplicó el MMPI -2 para conocer su perfil de personalidad.

Los resultados obtenidos muestran que los intentos de suicidio varían de acuerdo a diferentes perfiles de personalidad; Se observó que sobre todo el perfil de esquizofrenia es un importante indicador de conducta suicida en general, esto implica características de reducción de contacto con la realidad y aislamiento; el perfil de Psicastenia es un importante indicador de conducta suicida en mujeres, esto sugiere poca tolerancia hacia si mismo y hacia los demás, además de búsqueda de patrones preestructurados de comportamiento y meticulosidad; El perfil de paranoia con escolaridad de licenciatura es un importante indicador de conducta suicida en hombres, esto se presenta con actitudes de desconfianza, cautela excesiva, suspicacia y tendencia a la sobre-interpretación de los estímulos llegando a presentar descargas impulsivas.

Se concluye el trabajo haciendo una reflexión respecto a la información obtenida y se espera haber proporcionado elementos para dar continuidad a la investigación del suicidio, así como despertar el interés por el tema.

PERFIL DE PERSONALIDAD EN PACIENTES PSIQUIATRICOS CON INTENTO SUICIDA

CAPITULO I

SUICIDIO:

El suicidio es un tipo de muerte socialmente estigmatizado que resulta de la autopercepción del sujeto de acuerdo con el contexto en que se desenvuelve; en este sentido los estados que lo caracterizan como ser biológico, psicológico y social determinarían su conducta autodestructiva.

Desde su planteamiento es un fenómeno que se sitúa entre lo colectivo y lo individual, entre lo privado y lo público.

La mayoría de los investigadores de las sociedades occidentales coinciden en que el suicidio es un fenómeno complejo en donde intervienen factores psicológicos, biológicos y sociales asociados. También es paradójico, ya que aunque su presentación es universal y transcultural se trata del fenómeno más individual que un ser humano puede realizar.

Algunos de sus factores sociales, psiquiátricos, genéticos, psicoanalíticos y psicológicos serán elementos de nuestro análisis, el cuál se enfocará en el intento de suicidio en pacientes psiquiátricos.

Entendiéndose por suicidio el acto de matarse uno mismo en forma voluntaria, se sabe que en todos los tiempos y en todas las sociedades ha existido, aunque el término suicidio es de acuñación reciente. La mayoría de historiadores aceptan que el primero en emplear la palabra suicidio fue el abate Desfontaines en 1737. La academia francesa lo inscribió en 1762 como sustantivo masculino, que indica el acto del que se mata a sí mismo.

Este es un acto íntimo en donde la personalidad desempeña un papel importante. Y aunque al parecer no hay una personalidad tipo para el suicidio, en general se trata de individuos con una rigidez psicológica, carácter inmaduro, impulsividad, hostilidad y serias dificultades para la resolución de problemas, todo ello acompañado de pensamientos negativos ante cualquier elaboración mental simple o compleja y por lo regular la dimensión subjetiva de esto es la idea de fracaso por alguna pérdida libidinal, un objeto real o un ideal social.

Diekstra (1989) describe el suicidio como un acto con un fin mortal, que se inicia deliberadamente y es realizado por el suicida con conocimiento o esperanza de muerte. La muerte es valorada por la persona suicida como una manera de solucionar o conseguir cambios deseados en la conciencia y las condiciones sociales.

A continuación se mencionarán algunas teorías referentes a este tema.

TEORIA SOBRE EL SUICIDIO DE MACKINNON

El suicidio puede proporcionar una oportunidad de recuperar cierto sentimiento de dominio de su destino a algunas personas deprimidas que creen que son incapaces de controlar su vida de otra forma, y que sólo podrán recuperar un sentimiento de autonomía y estimación propia decidiendo matarse, ya que la muerte para ellos no sólo es desaparición como persona física sino que puede ser una manera de resolver sus conflictos. El fenómeno clínico observado de mejoramiento del estado de ánimo del paciente después de que ha decidido privarse de la vida se relaciona con este mecanismo.

Un impulso para cometer suicidio puede relacionarse con un impulso para matar a alguien. El suicidio puede servir como medio de controlar las agresiones a sí mismo, como un medio de volver la agresión contra el yo, o como un medio de matar a otra persona que ha sido psicológicamente incorporada por el individuo suicida. Aunque estos mecanismos son muy diferentes, su efecto es análogo. Una persona que inconscientemente desea matar a alguien puede tratar de suprimir su propia vida (Mackinnon, 1973).

La vida podrá parecer intolerable en determinadas circunstancias, y el suicidio podrá proporcionar un medio de escape de una situación dolorosa o humillante.

Puesto que nadie tiene una experiencia personal de su propia muerte, el significado psicológico del morir varía de una persona a otra y se relaciona con otras experiencias a las que está simbólicamente asociado. La muerte podrá significar aislamiento y soledad, sueño apacible y permanente, o reunión mágica con aquellas personas que ya murieron. Ideas más complicadas se basarán en convicciones religiosas o espiritualistas relativas a la vida después de la muerte. Cada uno de estos significados podrá ser atractivo en determinadas circunstancias, y el motivo para el suicidio podrá tener más que ver con estos equivalentes simbólicos de la muerte que con la muerte misma (Mackinnon, 1973).

El método concreto de suicidio que el paciente tiene en vista o intenta, proyecta a menudo luz sobre el significado inconsciente del acto. Por ejemplo, la persona que toma una dosis excesiva de píldoras somníferas estará acaso equiparando la muerte con un sueño prolongado, en tanto que el empleo de armas de fuego sugiere a menudo ira violenta. Los modos dramáticos de muerte, tales como la autoinmolación suelen ser intentos de comunicar sentimientos dramáticos al mundo. El paciente que se sirve simultáneamente de métodos múltiples, tales como píldoras y ahogamiento, está luchando a menudo contra su propio deseo de vivir y trata de asegurarse de que no estará en condiciones de cambiar de pensamiento en el último momento (Mackinnon, 1973).

Para él, la mayoría de los individuos han internalizado prohibiciones contra el asesinato y además, el propio egoísmo narcisista actúa como disuasivo concreto de dicho acto. Sin embargo, si un individuo se ha identificado con un progenitor u otra persona significativa que cometió suicidio, la situación es distinta. En efecto, la frecuencia de suicidio entre los hijos de padres que cometieron suicidio es varias veces mayor que la de la población en general. Estos individuos no habrán logrado desarrollar las coerciones internas usuales, y no pueden juzgar la conducta suicida severamente, porque hacerlo equivaldría a renegar de sus padres.

Y en estos casos el hijo del suicida no sólo sufre de la separación y la pérdida, sino que vive también con el progenitor superviviente un periodo de congoja y separación.

Algunos pacientes desean poner sus vidas en manos del destino, actuando en una forma que corteja el peligro, pero permite la posibilidad de escape. La conducta que acompaña semejantes sentimientos va desde la ruleta rusa, a tomar dosis excesivas de píldoras cuando uno tiene probabilidades de ser descubierto a tiempo, o a conducir simplemente el auto en forma peligrosa en condiciones arriesgadas. Si se salva, podrá interpretarlo como un signo mágico de que está perdonado y será atendido, y la intensidad de sus impulsos suicidas disminuirán.

Considera que los individuos propensos a una conducta impulsiva en general tienen más probabilidades de actuar bajo la presión de impulsos suicidas. La combinación de depresión e impulsividad se relaciona con la alta frecuencia de suicidios en los pacientes alcohólicos y en aquellos que presentan síndromes mentales orgánicos agudos (Mackinnon, 1973).

TEORIA SOBRE EL SUICIDIO DE KAPLAN

Para Kaplan (1987) el suicidio puede ser el resultado de un deseo de escapar de una situación difícil o de querer herir a una persona o a una institución. Refiere este mismo autor que este fenómeno parece surgir del sentimiento de que la vida es tan insoportable que la muerte es la única vía de escape del dolor, la enfermedad terminal, las pérdidas económicas y otras circunstancias similares. El suicidio experimenta desesperanza y desvalimiento, conflictos ambivalentes entre la vida y el estrés continuado, sin posibilidades evidentes de cambio o mejoría. Estos sentimientos y actitudes son señales de peligro. El próximo paso es el intento autolítico.

Kaplan pensaba que el proceso suicidio se va gestando poco apoco y pasa por tres fases bien definidas. En una primera fase el individuo se plantea la posibilidad de quitarse la vida como solución frente a unos determinados problemas, reales o aparentes. A esta podría llamarse fase de ideación suicida, una vez planteada la posibilidad se pasará a la segunda fase o período de ambivalencia, en que aparecen las dudas y se enfrenta el instinto de vida a las tendencias autodestructivas. Este periodo podría ser importante para la prevención, pues muchas veces el sujeto expresa de una u otra manera su intención de suicidarse. Esta fase puede ser breve; se trataría de una reacción en cortocircuito, un suicidio poco meditado y muy impulsivo. Es característico de personalidades infantiles, inmaduras, explosivas o en estado de intoxicación por sustancias psicoactivas (alcohol, cocaína, estimulantes sintéticos). Por el contrario, en las depresiones melancólicas, esta fase acostumbra ser bastante lenta, a veces de una duración de varios meses. Y en la tercera fase el individuo ya ha tomado la decisión de suicidarse. En este momento el sujeto presenta una cierta tranquilidad, pues sus dudas se han disipado; se podría decir que es la calma que precede a la tormenta. Hay que prestar atención a los indicios o actos preparatorios de cómo llevar a cabo técnicamente el suicidio.

Una vez tomada la decisión, se pasa al acto. Es entonces cuando se escoge el método que se utilizará para llevar a cabo el suicidio. Es evidente que la elección de un método u otro va a

dar información, muchas veces valiosa, cuando se está atendiendo a una persona que acaba de efectuar una tentativa. El autor señala que no hay demasiada correlación entre la gravedad médica y la gravedad psicológica en muchos de los intentos de suicidio.

Se pueden considerar dos tipos de métodos utilizados: a) violentos, y b) no violentos. Generalmente, el hecho de que un individuo escoja un método violento y, además, de una gran seguridad letal, como puede ser la precipitación desde un lugar elevado, es indicativo de que hay una finalidad real de morir, independientemente del resultado.

Los métodos más frecuentes utilizados son los siguientes:

- Métodos traumáticos: armas de fuego, arma blanca, precipitaciones, aplastamiento, procedimientos químicos, ingestión de cáusticos y quemaduras.
- Métodos por asfixia: suspensión, sofocación, sumersión, inhalación de vapores tóxicos y electrocución.
- Métodos tóxicos: venenos y fármacos en general, aunque tienen una especial relevancia los psicofármacos.

Menciona que además del método utilizado, es importante analizar el escenario donde se ha cometido el intento. En algunas ocasiones es casi imposible que el suicida sea descubierto, al menos en un tiempo prudencial, lo cual evita cualquier posible ayuda. Otras veces, el intento se efectúa a sabiendas de que las personas que están cercanas se van a enterar y, por lo tanto, estarán obligadas a intervenir. Es evidente que, en este último caso, lo que realmente se busca no es la muerte, sino exponer a los demás la necesidad de ayuda o de cambio de una situación hasta el momento insostenible según opinión del afectado. En este caso, el intento de suicidio no sería la expresión de un deseo de morir, sino un deseo de cambio y de una nueva forma de vida.

Desde esta perspectiva, Farberow (1969) señaló tres grupos:

- 1.- Los que desean realmente morir.
- 2.- Los que dejan al azar la supervivencia
- 3.- Los que desean ser salvados

Hay una tendencia dentro de la clase médica de minusvalorar este último grupo, muchas veces calificando el intento como una simple manipulación histeroide. Es cierto en muchos casos, pero no se tiene que olvidar que muchos suicidios consumados, al analizarlos a posteriori, presentan antecedentes de tentativas de suicidio de este tipo. Una tentativa previa de suicidio es uno de los factores de riesgo a considerar.

Edwin Schneidman (citado por Kaplan, 1987) definió el suicidio como "el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución". De este modo, el suicidio no es fortuito o inmotivado, sino que constituye un alivio para un problema o una crisis que produce un sufrimiento intenso.

ETIOLOGÍA DEL SUICIDIO

Entendemos por etiología el estudio de los factores que son causa, y es importante conocer los factores que pueden ser causa en el comportamiento suicida, ya que en la práctica clínica diaria esto ayudaría a valorar el potencial suicida de un paciente.

La etiología del suicidio es multifactorial y su incidencia parece incrementarse día con día. Algunos de los factores que podrían ser causa del suicidio son los siguientes:

FACTORES PSIQUIÁTRICOS

El trastorno psiquiátrico es el factor más implicado en el fenómeno del suicidio.

Los trastornos del estado de ánimo son los que presentan más incidencia respecto a la epidemiología del suicidio.

Las toxicomanías, incluido el alcoholismo, son otros de los factores, después de la depresión, que influyen más en el suicidio. Siguen, aunque con menor incidencia la esquizofrenia, la personalidad límite y la epilepsia. Durante los periodos de depresión de los pacientes esquizofrénicos es cuando hay más vulnerabilidad para el suicidio (Vallejo, 1998).

Los hallazgos neuroquímicos sugieren la presencia de una disfunción serotoninérgica subyacente a la depresión, a la conducta suicida, a la impulsividad y a la agresividad (Jimenez G, 1997).

El mismo doctor habla a cerca de una investigación en donde Asberg demuestra que en los estudios bioquímicos postmortem los sujetos suicidas presentaban concentraciones bajas de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cerebroespinal (LCE), Además noto que mientras más violentos habían sido los métodos utilizados para matarse menor era su nivel de (5-HIAA). Esto les dio pauta para desarrollar esta línea de investigación en sujetos con intento suicida y detectaron en pacientes deprimidos a un subgrupo con concentraciones bajas de (5-HIAA) y en un estudio de seguimiento durante un año el 20% de los sujetos consumó el suicidio, por lo que esta medición se preconizó como un posible marcador biológico.

En México, la investigación sobre la conducta suicida se ha realizado primordialmente en las áreas epidemiológicas y social, y en menor proporción en la clínica, enfocándose pocas veces a la población psiquiátrica.

FACTORES SOCIALES

La primera contribución importante al estudio de las influencias sociales y culturales en el suicidio la realizó el sociólogo francés Emile Durkheim en 1897. Intentando explicar modelos estadísticos, Durkheim dividió los suicidios en cuatro categorías sociales: egoístas, altruistas, anómicos y fatalista.

El suicidio egoísta se aplica a los que no están bien integrados en ningún grupo social. La falta de integración familiar explicaría por qué los solteros son más vulnerables al suicidio que los casados y por qué las parejas con hijos constituyen el grupo más protegido.

El suicidio altruista se aplica a los que llegan al suicidio por la excesiva integración en un grupo, siendo el suicidio el resultado de la integración y la falta de individualización por ejemplo, el soldado japonés sacrifica su vida en combate.

El suicidio anómico se aplica a quienes tienen alterada su integración social y no pueden seguir las normas de conducta habituales, es decir su integración al grupo esta alterada o distorsionada, de manera que están privadas de sus hábitos de conducta; La anomia explica por qué un cambio drástico en su situación económica hace a la gente más vulnerable de lo que era antes. En la teoría de Durkheim también se considera anomia la inestabilidad social y la desintegración de los valores de la sociedad.

El suicidio fatalista se daría como resultante de un exceso de reglamentación; con individuos que se sienten violentamente aplastados por una excesiva disciplina, y es el suicidio de algunos jóvenes que no resisten la disciplina que se les impone al efectuar un servicio militar.

Para Durkheim, sólo los condicionantes sociales eran las que abocaban al individuo a un comportamiento suicida.

Fue el primero en afirmar que el suicidio varía en razón inversa al grado de integración de la sociedad religiosa, de la sociedad política y de la sociedad doméstica. Y que este representa un fenómeno constante y que los actos individuales no pueden explicar; por ello, el acto suicida sería resultante de un condicionamiento de conjunto, englobando influencias sociales, religiosas, familiares y culturales.

Una buena integración a la comunidad donde se pertenece, una correcta estructuración familiar y adecuadas relaciones de vecindad y de amistad serían condiciones sociales importantes para preservar al individuo de un comportamiento suicida.

Vallejo (1998) considera que una familia desintegrada, con los padres separados o en permanente conflicto, no sólo conduce a los hijos a la sociopatía y a la adicción a las drogas, sino que aumenta el riesgo de suicidio. Y que las creencias religiosas son un factor influyente como protector del suicidio, especialmente en los países donde la religión católica es mayoritaria y está arraigada en la cultura popular.

Menciona el autor que el aislamiento social ha sido una de las causas o uno de los factores mencionados por la mayoría de autores como favorecedores de la conducta suicida, y que este vendría determinado por la suma de una serie de factores favorecedores, aunque algunos de ellos tienen un mayor peso.

Viendo el suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural Guadalupe Manzo Guerrero publicó un artículo en el 2005 para la Escuela Nacional de Antropología e Historia en donde

habla del suicidio como una forma de expresar la agresión y hostilidad en nuestra sociedad, ya que es bien sabido que el sistema capitalista ha sido precursor de la lucha individualizada del hombre por la supremacía, porque éste funge en la sociedad como ente funcional de una superestructura económica, donde se le concede un valor meramente económico, su esencia carece de identidad y tiene como fin último la competitividad; este valor central de la doctrina neoliberal incita una competencia entre naciones, regiones, empresas e individuos, y al ser introyectada en la sociedad se ejerce violencia como mecanismo para lograr los objetivos, o es una medida de escape por no haberlo conseguido.

En este sentido el sujeto de nuestra sociedad abanderado por la individualidad interactúa en un sistema de competencia buscando conducirse hacia un estado de bienestar de manera consciente o inconsciente sobre los demás, de tal forma que por ejemplo, cuando no vive estresado por obtener empleo, lo hace por hacer que su salario alcance a satisfacer sus necesidades; pero si no se acerca a ese estado de bienestar social económico deseado presenta una sintomatología depresiva que según Aarón T. Beck en su obra "Terapia cognitiva de la depresión" (1998) surge a partir de tres elementos: una visión negativa de sí mismo, tendencia a interpretar las experiencias en forma negativa y una visión negativa acerca del mundo. Esta sintomatología puede dar lugar a una conducta suicida, considerando además que las ideas de suicidio pueden interpretarse como una expresión extrema al deseo de escapar a problemas que parecen irresolubles e intolerables (como la falta de empleo y/o salario).

Por otra parte, las políticas sociales como las de la educación en el caso de México no están diseñadas en conformidad con la dinámica laboral, ya que existe una falta de proyección de carreras u oficios, y se carece de una adecuada distribución de recursos humanos respecto de las necesidades sociales, así como una falta de correspondencia entre la preparación del individuo y el nivel de cualificación de los puestos de trabajo, lo cual da como resultado poca correspondencia entre oferta y demanda. Esta situación deja al individuo vulnerable a la hora de obtener un empleo, y si lo consigue los salarios son raquíticos; este hecho crea una insatisfacción respecto del trabajo, agregándosele el desconocimiento de la educación como fuente de capital humano capaz de mejorar su calidad de vida. Estas situaciones dejan al individuo expuesto a la violencia, si no por actos de criminalidad sí por el suicidio, como medida de escape a problemas que parecen ser intolerables (Manzo, 2005).

FACTORES PSICOLÓGICOS

Considera Vallejo (1998) que frente al fenómeno conductual del suicidio hay unos factores más implicados que otros como favorecedores de su consumación. Estos vendrían definidos por una personalidad borderline especialmente impulsiva, individuos con un fuerte sentimiento de desesperanza y baja autoestima. Y por último, individuos con escasos recursos psicológicos y adaptativos para poder afrontar determinados acontecimientos vitales, como pueden ser la pérdida de una persona querida, un quebranto económico o el ingreso en prisión, por citar algunos de los que se presentan con más frecuencia.

Existen factores que protegen al individuo del suicidio, son los denominados motivos para seguir viviendo: los fuertes sentimientos religiosos que ya se han citado, la responsabilidad hacia la familia, el rechazo social del suicidio o una gran capacidad de lucha con recursos para enfrentarse a la vida, son factores a tener en cuenta al valorar al potencial suicida.

Las teorías psicológicas recientes creen que se puede aprender mucho sobre el funcionamiento psicodinámico de los pacientes suicidas a partir de sus fantasías sobre lo que ocurriría y cuáles serían las consecuencias si se llegasen a suicidar. Tales fantasías suelen consistir en deseo de venganza, poder, control o castigo; expiación de la culpa, sacrificio, escapar o dormir; salvación, renacimiento, reunión con los muertos o una vida nueva. Los suicidas que con más probabilidad ejecutan sus fantasías suicidas pueden haber perdido un objeto amado o haber sufrido una herida narcisista, experimentando emociones abrumadoras, como la ira y la culpa, o se identifican con una víctima del suicidio.

Los pacientes deprimidos pueden tratar de suicidarse justo cuando parecía que se estaban recuperando de la depresión. Un intento de suicidio puede causar la desaparición de una depresión de larga duración, especialmente si satisface la necesidad de castigo del paciente. Asimismo, los pacientes suicidas pueden utilizar la preocupación por el suicidio como una vía de rechazo de la depresión intolerable y el sentimiento de desesperanza. Un estudio realizado por Aaron Beck (1990) muestra que la desesperanza es uno de los indicadores más precisos de riesgo suicida a largo plazo, incluso que estaba más ligada a la consumación del suicidio que la experiencia subjetiva de la depresión.

La terapia debe ir encaminada a corregir los pensamientos negativos y a infundir esperanza en el mismo proceso terapéutico.

ENFOQUE PSICOANALÍTICO:

Sigmund Freud (1915) ofreció la primera explicación psicoanalítica al problema del suicidio. En su artículo "Duelo y Melancolía", y afirma que el suicidio representa la agresión dirigida hacia dentro, contra un objeto introyectado, cargado libidinalmente de forma ambivalente. Freud dudaba de que pudiera darse un suicidio sin el deseo previo, reprimido, de matar a otra persona.

Para llegar a esta conclusión hizo una diferenciación precisamente entre el duelo y la melancolía. Y menciona que el duelo es la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción, como la patria, la libertad, un ideal, etc. Y a pesar de que el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, nunca se considera un estado patológico, no se remite al médico para su tratamiento. En cambio la melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí, que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. En este caso la pérdida es de naturaleza más ideal. El objeto puede no estar realmente muerto, pero se perdió como objeto de amor. Y

en algunas ocasiones se sabe que hay una pérdida pero no se atina a discernir con precisión lo que se perdió y con mayor razón el enfermo puede apresar en su conciencia lo que ha perdido. También sucede que se sabe a quién se perdió, pero no lo que se perdió en él. Parecería según esto que en la melancolía existe una pérdida de objeto sustraída de la conciencia, a diferencia del duelo, en el cual no hay nada inconsciente en lo que atañe a la pérdida.

En ambos casos el objeto amado ya no existe más y es necesario quitar toda libido de sus enlaces con él. Pero a ello se opone una gran renuencia, ya que las personas no abandonamos tan fácil una posición libidinal. Y esa renuencia puede alcanzar tal intensidad que produzca un extrañamiento de la realidad y al mismo tiempo una retención del objeto por vía de una psicosis alucinatoria de deseo.

Además, el melancólico muestra algo que falta en el duelo: una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico, un enorme empobrecimiento del yo. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo mismo. Y según el autor sólo este sadismo revela el enigma de la inclinación al suicidio; ya que para él ningún neurótico registra propósitos de suicidio que no vuelva sobre sí mismo a partir del impulso de matar a otro.

En este caso el suicidio sería la manera de decirle a otro hasta donde su desprecio fue mortal. A veces para culparlo, otras para destruirlo a partir de las consecuencias culpabilizadoras de su acto, que parecería como un mensaje mortífero dirigido a otro; pero disfrazado de altruismo o autosacrificio.

También, en el capítulo VIII de "Psicopatología de la vida cotidiana" (1901). Freud considera que nunca se puede excluir que un suicidio sea el desenlace del conflicto psíquico, y lo relaciona con las lesiones autoinferidas cuando aparecen como síntomas patológicos en las psiconeurosis graves, y aún en los casos normales como castigo ante la culpa. Considera que los daños en apariencia casuales, son en verdad lesiones que el sujeto mismo se inflige, pues existe una tendencia a la autopunición que saca partido de una situación externa que por casualidad se le ofrece o incluso la crea, hasta alcanzar el efecto dañino deseado. Por supuesto que esto ocurre por un propósito inconsciente.

Propone que junto al suicidio deliberado consciente, existe también una autoaniquilación semideliberada con un propósito inconsciente que explota un riesgo mortal enmascarado. Considera que la tendencia a la autoaniquilación está presente, con cierta intensidad, en un mayor número de personas que el de aquellas en donde la observamos abiertamente. Las lesiones inflingidas a sí mismo son un compromiso entre la pulsión (de autoaniquilación) y las fuerzas que todavía se le contraponen. Aún en el suicidio consumado, la inclinación autodestructiva estuvo presente desde mucho tiempo antes con menor intensidad, o bien como una tendencia inconsciente y sofocada. De este modo podemos sospechar que ciertos accidentes mortales de apariencia casual, se tratan en realidad de suicidios tolerados inconscientemente; y viceversa; el sujeto puede entregarse al intento inconsciente de suicidio porque conscientemente no quería perpetrarlo.

Para Otto Fenichel (1966) en los suicidas existe una intensa lucha al tratar de aplacar al superyó mediante la sumisión; ya que éste se comporta como lo menciona Mario Elkin (1998)

como un déspota caprichoso que utiliza la pulsión de muerte para ensañarse en el yo y en esta furia arrastra todo el sadismo y lo torna masoquismo que exige al sujeto el sacrificio de su vida. Todo este mecanismo destructivo va dirigido hacia alguien o algo amado que ha causado una herida narcisista en el sujeto.

El perdón que buscan no puede ser logrado, porque aquella parte de la personalidad a la que está cortejando, se ha tornado, por la regresión, desordenadamente cruel y ha perdido la capacidad de perdonar.

Decía también Fenichel que "El Suicidio del depresivo es una vuelta del sadismo contra la propia persona, y la tesis de que nadie se quita la vida sin haber intentado antes matar a otro, es comprobada por el suicidio de los depresivos. Desde el punto de vista del yo, el suicidio es una expresión del hecho de que la terrible tensión producida por el superyó se ha hecho insoportable."

La pérdida de la autoestima es tan completa que se abandona toda esperanza de recuperarla. "El yo se ve desamparado por el superyó, y se deja morir". Tener el deseo de vivir significa poseer cierta dosis de autoestima, sentirse apoyado por las fuerzas protectoras del superyó.

Hay otros actos suicidas que tienen un carácter mucho más activo, afirmándose como intentos desesperados de imponer a toda costa la cesación de la presión del superyó.

Esto significa que el suicidio se lleva a cabo porque las esperanzas e ilusiones de una tranquilizadora gratificación se hallan vinculadas a la idea de suicidio. Los análisis de tentativas de suicidio demuestran realmente a menudo que se ha establecido una vinculación entre la idea de estar muerto o de morir y ciertas fantasías placenteras. Estas clases de esperanzas se encuentran más en primer plano en los casos de suicidio que no son del tipo melancólico y en los cuales la introyección y las luchas entre el superyó y el yo no desempeñan ningún papel. A menudo lo que se busca en las tentativas de suicidio no es la "destrucción del yo" sino ciertos fines libidinosos que, por desplazamiento, han quedado vinculados a ideas que objetivamente acarrearán la autodestrucción, aun cuando no fue ésta su intención. Estas ideas pueden ser la esperanza de reunirse con una persona fallecida, una identificación libidinosa con un muerto, el anhelo oceánico de unión con la madre, o incluso simplemente el orgasmo, cuyo logro puede haber llegado a tener su representación en la idea de morir. Las fantasías específicas vinculadas a la idea de morir pueden ser conjeturadas a menudo por el método con que se ha intentado o planeado el suicidio (Fenichel, 1996).

En la melancolía, las ilusiones llenas de esperanzas, vinculadas a la idea de suicidio, se relacionan con el perdón y la reconciliación, que han de ser forzados mediante la máxima sumisión y rebelión simultáneas, la muerte del superyó castigador, y el restablecimiento de la unión con el superyó protector, unión que pone fin a todas las pérdidas de autoestima con la restauración del primitivo paraíso de la omnipotencia oceánica.

Para Lacan (1975) Tanto el suicidio como el intento de suicidio son actos fallidos, porque morir es la única condición de triunfar frente al otro o salir del otro, cuando ese otro puede ser la madre, la familia, la sociedad; y se rechaza integrarse a la cadena significativa en la que fueron integrados a su pesar.

También menciona el mismo autor (1957) que el suicidio es un acto narcisista ya que el suicida más que cualquier otro sujeto aspira de manera más radical a volverse un signo eterno para el Otro.

FACTORES FISIOLÓGICOS:

Genética: Se ha sugerido un factor genético en el suicidio y los estudios muestran que el suicidio se presenta más en algunas familias. Por ejemplo, en cualquier etapa de la vida, los antecedentes familiares de suicidio están presentes con una frecuencia significativamente mayor en quienes han tratado de suicidarse que en los que nunca han hecho un intento. En un estudio se encontró que el riesgo de suicidio para los parientes de primer grado de pacientes psiquiátricos que se habían suicidado era casi 8 veces mayor que el de los parientes de pacientes que no lo habían hecho. En otro estudio longitudinal de una comunidad Amish se encontraron 26 suicidios en tan solo cuatro familias; en ellas había una importante carga genética para el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar I y otros trastornos del ánimo (Kaplan, 1987).

Los factores genéticos para el suicidio pueden ser los implicados en la transmisión del trastorno bipolar I, la esquizofrenia y la dependencia del alcohol, que son los trastornos mentales asociados más frecuentemente al suicidio. Pero también puede haber un factor genético independiente para el suicidio o asociado a la transmisión genética de un trastorno mental (Kaplan, 1987).

También se han estudiado los posibles marcadores periféricos de conducta suicida. En los pacientes deprimidos se han encontrado asociaciones entre la conducta suicida y los siguientes hallazgos: niveles elevados de cortisol plasmático tras la administración de dexametasona, respuesta exagerada de cortisol plasmático a la infusión de 5- hidroxitriptófano, escasa respuesta de la hormona estimulante del tiroides a la infusión de la hormona liberadora de tirotrópina, anomalías en la conductancia de la piel, alteración de los valores de las catecolaminas en la orina y, disminución de la recepción de serotonina o de la unión de imipramina marcada en las plaquetas (Kaplan, 1987).

En las muestras de sangre de un grupo de voluntarios sanos se analizó la monoaminooxidasa plaquetaria encontrándose que los que tenían los niveles más bajos de esta enzima poseían una prevalencia de suicidio en sus familias hasta 8 veces mayor que quienes mostraban niveles altos de la enzima.

Algunos estudios han encontrado hipertrofia ventricular o anomalías en los electroencefalogramas en algunos pacientes suicidas (Kaplan, 1987).

Desde el punto de vista neurobiológico, el suicidio está relacionado con un déficit en la biodisponibilidad de la serotonina, que ocasionaría aumento de la impulsividad y conductas

agresivas más frecuentes. A partir de los estudios de Asberg se ha observado disminución de los receptores presinápticos a nivel de la corteza frontal con un aumento de la densidad de los receptores postsinápticos 5HT2 y disminución del 5HIAA, el metabolito de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo. Otros investigadores han encontrado alteraciones en el metabolismo de la dopamina, que nos ayudan a entender la mayor frecuencia de intentos de suicidio y suicidio consumado que se observa en pacientes con enfermedad de Huntington o de Parkinson (Cisneros, 2005).

EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA:

La evaluación del riesgo o potencial suicida se hace sobre la base de dos elementos esenciales: el primero se fundamenta en el conocimiento de la dinámica de la conducta suicida y el otro, en el análisis de los factores que intervienen.

Hay que tener en cuenta la finalidad y la intencionalidad del acto. Entre las más frecuentes se encuentran:

- 1.- Sentimientos de desesperanza al no alcanzar determinados objetivos, y tal hecho se vive como un fracaso irreversible.
- 2.- El comportamiento suicida se utiliza como una vía de escape ante situaciones opresivas que no se sabe cómo afrontar.
- 3.- El suicidio es utilizado como forma de llamar la atención ante una situación desesperada. Es una forma indirecta de solicitar ayuda.
- 4.- El intento de suicidio se utiliza de chantaje para lograr determinados cambios en la actitud de los demás y lograr así unos beneficios secundarios.
- 5.- No se encuentra sentido a la vida y sólo hay sentimientos negativos. El hecho de vivir es penoso, doloroso e irresistible. Se ve el suicidio como la única solución a este estado. Es típico de las psicosis afectivas.
- 6.- La soledad y el aislamiento hacen que la vida pierda sentido, ya que no se puede compartir, lo que es frecuente en las personas de edad avanzada.

PREDICCIÓN:

Los clínicos deben valorar el riesgo de suicidio de un paciente concreto en función del examen clínico.

Los médicos deberían explorar siempre la ideación suicida como parte de la evaluación del estado mental, especialmente si el paciente está deprimido. Se le debería preguntar directamente: "¿Piensa o ha pensado alguna vez en suicidarse?". Ocho de cada diez personas de las que llegan a matarse avisan su intención. El 50% dice abiertamente que quiere morir. El que un paciente confiese un plan de acción es un signo especialmente peligroso, así como cuando ha amenazado con suicidarse y pasa a un estado de tranquilidad y menor inquietud. Los médicos deberían estar especialmente preocupados cuando aparezcan los siguientes factores:

- 1.- Tentativa previa o fantasías suicidas
- 2.- Ansiedad, depresión, agotamiento
- 3.- Disponibilidad de medios de suicidio
- 4.- Preocupación por el efecto del suicidio en los miembros de la familia
- 5.- Verbalización de la idea suicida
- 6.- Preparación del testamento, resignación después de una depresión agitada
- 7.- Crisis vital reciente, como duelo o intervención quirúrgica inminente
- 8.- Historia familiar de suicidio
- 9.- Pesimismo o desesperanza persistentes.

TRATAMIENTO:

La mayoría de los suicidios de los pacientes psiquiátricos puede evitarse, especialmente los relacionados con las enfermedades del estado de ánimo. Más difícil es el abordaje de pacientes que sufren un trastorno de personalidad grave, con elevado componente de impulsividad y violencia, como lo indica la evidencia de que la valoración inadecuada o el tratamiento incorrecto se asocian al suicidio. Algunos pacientes experimentan un sufrimiento tan grande e intenso, o tan crónico y sin respuesta al tratamiento, que su suicidio se percibe como inevitable. Otros pacientes tienen graves trastornos de personalidad, son muy impulsivos y cometen el suicidio espontáneamente, a menudo en estado de intoxicación, disforia o ambos. La valoración del potencial suicida requiere una historia psiquiátrica completa, un cuidadoso examen del estado mental del paciente y una especial atención a los síntomas de depresión, la ideación suicida, intenciones, planes e intentos. La ausencia de planes para el futuro, el reparto de las posesiones personales, hacer el testamento o haber sufrido una pérdida reciente, todos a la vez, suponen un alto riesgo de suicidio. La decisión de ingresar al paciente a un hospital psiquiátrico depende del diagnóstico, de la gravedad de la depresión y de la ideación suicida, de la capacidad de afrontamiento de paciente y de su familia, de sus medios de vida, el apoyo social y la ausencia o presencia de los factores de riesgo de suicidio.

Tratamiento ambulatorio u hospitalario:

Determinar si se hospitaliza al paciente con ideación suicida es la decisión clínica más importante. No todos estos pacientes requieren hospitalización; algunos pueden ser tratados ambulatoriamente. La ausencia de un apoyo social sólido, los antecedentes de conducta impulsiva y un plan de suicidio estructurado son indicaciones de ingreso. Para decidir si es viable el tratamiento ambulatorio, los médicos deben emplear un abordaje directo, preguntando a los pacientes considerados como suicidas potenciales si acceden a pedir ayuda cuando lleguen a un punto crítico en el que no se sientan capaces de controlar sus impulsos suicidas. Los pacientes que pueden llegar a este acuerdo con un médico se afirman en la creencia de que tienen fuerza suficiente para controlar tales impulsos y solicitar ayuda.

El ingreso hospitalario urgente se indica en el caso de que el paciente con alto riesgo de suicidio no pueda hacer este compromiso y así se debe aconsejar al paciente y a su familia. Si el paciente rechaza la hospitalización, la familia debe hacerse responsable de acompañar al paciente las 24 horas del día.

Según Schneidman, el clínico cuenta con varias medidas preventivas para tratar con un posible suicida: disminuir su angustia modificando el entorno estresante del paciente con la colaboración de su cónyuge, jefe o un amigo; crear un apoyo real, reconociendo que el paciente formula una demanda real y ofrecer alternativas al suicidio. En el hospital, los pacientes pueden recibir medicación antidepresiva o antipsicótica, según se indique; también dispone de terapia individual, terapia de grupo y terapia de familia; el paciente recibe el apoyo del servicio social del hospital y una sensación de seguridad. Aplicar otras medidas terapéuticas depende del diagnóstico del paciente. Por ejemplo, si se asocia una dependencia del alcohol, el tratamiento debe dirigirse a mitigar este problema.

Los pacientes que tienen varios intentos de suicidio son difíciles de tratar y agotan a quienes se hacen cargo de ellos. Si son firmes en su propósito, ni la observación constante por enfermeras especiales, ni el aislamiento o la contención mecánica pueden evitar el suicidio. La terapia electroconvulsiva puede ser necesaria para algunos pacientes muy deprimidos, que a veces necesitan varios ciclos de tratamiento.

Como medidas útiles para el tratamiento de los pacientes deprimidos con riesgo suicida se propone el examen de las pertenencias del paciente y de las personas que llegan a la sala, buscando objetos que pueden usarse para cometer el suicidio; hay que repetir esta inspección en las épocas de exacerbación de la ideación suicida. Lo ideal es ingresar a este tipo de pacientes en una planta cerrada, donde las ventanas sean irrompibles y la habitación del paciente pueda situarse cerca del puesto de enfermería para intensificar la observación.

La psicoterapia de apoyo puede aliviar alguno de los intensos sufrimientos del paciente.

Los pacientes que se están recuperando tras una depresión con ideación suicida tienen un riesgo especial. Cuando mejora la depresión, los pacientes se encuentran con más energía y pueden ejecutar sus planes de suicidio. A veces, los pacientes deprimidos con o sin tratamiento, se muestran repentinamente en paz consigo mismos, pues han tomado la decisión secreta de suicidarse. Los médicos deben sospechar de tal cambio clínico, que puede llevar a un intento de suicidio.

En los servicios de urgencias de los hospitales generales se atienden muchos intentos de suicidio, sin deseos ni fantasías de muerte, lo que se ha llamado conducta parasuicida, en que el intento es utilizado para solucionar determinadas situaciones de conflicto. En estos intentos que acostumbra ser banales, desde el punto de vista médico-quirúrgico, ya que por regla general se utilizan fármacos con dosis muy por debajo de las letales o los pacientes se autolesionan con pequeños cortes en las muñecas, es muchas veces una buena estrategia retener al paciente en el hospital 24-48 horas para que la angustia, la tensión y la situación conflictiva que han motivado el intento disminuyan de intensidad y no generen nuevos comportamientos parasuicidas.

Las primeras recomendaciones para la familia del paciente con intento suicida es que mantenga al paciente bajo una vigilancia disimulada y procuren que no tenga a su alcance fármacos, armas de caza o cualquier otro elemento que le pudiera facilitar el acto suicida.

El tratamiento desde el punto de vista psiquiátrico con el uso de antipsicóticos atípicos o de segunda generación ha mostrado disminuir los síntomas depresivos, y en el caso de la clozapina, inhibe conductas agresivas y por lo tanto disminuye la frecuencia de las ideas y actos suicidas. Los estudios de Meltzer con 421 pacientes a los cuales se les prescribió clozapina mostraron una reducción del 80% en la ideación suicida. El autor sugiere que la disminución del componente suicida es el resultado de la modulación de la clozapina a nivel de serotonina, dopamina, noradrenalina y acetilcolina. Meltzer afirma que la clozapina es efectiva porque posee una acción antidepresiva al actuar sobre diferentes neurotransmisores, mejorar la función cognoscitiva, disminuir los síntomas negativos, mejorar los sentimientos de desesperanza y desencadenar escasos síntomas extrapiramidales (citado en Cisneros, 2005).

ESTADÍSTICAS DE SUICIDIOS EN EL DISTRITO FEDERAL EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS

Una de las fuentes primarias sobre el suicidio consumado en nuestro país es el Servicio médico forense (SEMEFO), que entre otras funciones reúne y registra la información de los certificados de defunción desglosándolos por edad, sexo, métodos, estado civil, etc.

A continuación se presentan datos generales más recientes que tiene el servicio médico forense sobre suicidio en nuestro país.

-Sexo: Los hombres consuman el suicidio con una frecuencia cuatro veces mayor que las mujeres, valor que se mantiene constante en todas las edades. Sin embargo, las mujeres lo intentan cuatro veces más que los hombres (serie histórica de SEMEFO 2000-2006).

-Métodos: La tasa más alta de suicidios consumados se da por asfixia quedando muy por encima, casi el 200% más que los demás métodos que son: armas de fuego, traumatismos e intoxicaciones (serie histórica de SEMEFO 2000-2006).

-Edad: Los suicidios han sido menos frecuentes en los niños y en los ancianos que en los jóvenes y adultos durante los últimos 6 años, la tasa más alta de suicidios consumados se ha presentado en personas de 20 a 40 años (serie histórica de SEMEFO 2000-2006).

-Estado civil: El matrimonio reforzado por los hijos, parece disminuir el riesgo de suicidio. Es mucho más frecuente el suicidio en personas solteras y en quienes están aislados socialmente y tienen antecedentes familiares de suicidio (serie histórica de SEMEFO 2000-2006).

-Ocupación: Los empleados en general es la categoría ocupacional con el mayor índice de suicidio, quedando muy por encima del segundo y tercer lugar que son trabajadores por cuenta propia y estudiantes. Este rubro ha cambiado en los últimos años ya que anteriormente el trabajo en general protegía contra el suicidio y ahora los desempleados, jubilados y amas de casa quedan en cuarto, quinto y sexto lugar (serie histórica de SEMEFO 2000-2006).

-Escolaridad: El primer y segundo lugar lo ocupan las personas que sólo han concluido la secundaria y la primaria, quedando en tercer lugar los profesionistas, y ha sido menos frecuente en personas sin instrucción ocupando octavo y último lugar (serie histórica de SEMEFO 2000-2006).

-Causas: En la mayoría de los suicidios se ignoran las causas, en segundo lugar pero muy por debajo de los casos en que se ignoran las causas se ha reportado suicidios por depresión y en tercer lugar por problemas psiquiátricos y conductuales, en los últimos años el suicidio por problemas económicos ha sido menos frecuente quedando en séptimo y último lugar (serie histórica de SEMEFO 2000-2006).

-Sitio de muerte: El suicidio en el hogar es el más frecuente, quedando muy por encima casi un 400% del segundo lugar que son los hospitales y del tercero que es la vía pública, el sitio que se reporta en último lugar es el interior de un vehículo quedando en noveno y último lugar (serie histórica de SEMEFO 2000-2006).

-Por día de la semana: El día de la semana que es más frecuente el suicidio es en domingo, quedando en segundo lugar el lunes y en tercero el sábado; el día de la semana que es menos frecuente el suicidio es en jueves (serie histórica de SEMEFO 2000-2006).

-Salud física: La relación entre el suicidio y la salud física es significativa. Se estima que una enfermedad física es un factor contributivo importante de los suicidios. En estos casos el porcentaje aumenta con la edad. Hay siete enfermedades del sistema nervioso

central que aumentan el riesgo de suicidio: epilepsia, esclerosis múltiple, traumatismo craneal, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Huntington, demencia y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Todas estas enfermedades se asocian a trastornos de ánimo y los pacientes con epilepsia disponen de barbitúricos y otras medicaciones con las que se pueden quitar la vida (Kaplan, 1987).

Algunas afecciones endocrinas se asocian a un aumento del riesgo de suicidio: la enfermedad de Cushing, el síndrome de Klinefelter y la Porfiria. Los trastornos del ánimo también acompañan a estas enfermedades. Dos trastornos gastrointestinales asociados con mayor riesgo de suicidio son la úlcera péptica y la cirrosis, ambos presentes en alcohólicos. La hipertrofia prostática tratada con prostatectomía y la enfermedad renal tratada con hemodiálisis son dos problemas urogenitales con mayor riesgo de suicidio; en ambas afecciones pueden tener lugar cambios de ánimo (Vallejo, 1998).

Los factores asociados con la enfermedad y que contribuyen tanto a los suicidios como a los intentos de suicidio son: la pérdida de movilidad, especialmente cuando la actividad física es importante en la ocupación laboral en el ocio; la desfiguración, especialmente entre las mujeres y el dolor crónico intratable. Además de los efectos directos de la enfermedad, los efectos secundarios- por ejemplo, la pérdida de estatus laboral y la interrupción de las relaciones personales- son factores pronósticos (Vallejo, 1998).

Ciertos fármacos pueden producir depresión, que puede llevar al suicidio en algunos casos. Entre estos fármacos están la reserpina, los corticosteroides, los antihipertensivos y algunos antitumorales (Kaplan, 1987).

-Salud mental: Factores psiquiátricos con relevancia en el suicidio son el abuso de sustancias, los trastornos depresivos, la esquizofrenia y otros trastornos mentales (Vallejo, 1998).

La hospitalización psiquiátrica previa por cualquier causa incrementa el riesgo de suicidio. En los adultos que cometen suicidio, hay diferencias significativas entre jóvenes y viejos, tanto para los diagnósticos psiquiátricos como para los antecedentes. Un estudio en San Diego California, demostró que los diagnósticos de abuso de sustancias y trastorno de personalidad antisocial aparecían más frecuentemente entre suicidas menores de 30 años y los diagnósticos de trastorno de ánimo y trastornos cognoscitivos eran más frecuentes en los suicidas de 30 años y edades superiores. Los factores de estrés asociados con el suicidio en los menores de 30 años eran la separación, el rechazo, el desempleo y los problemas legales (Vallejo, 1998).

-Pacientes psiquiátricos: El riesgo de suicidio de los pacientes psiquiátricos es 3 a 12 veces mayor que el de los que no lo son. El grado de riesgo varía según la edad, sexo, diagnóstico y si se trata de un paciente ingresado o ambulatorio.

Los pacientes que frecuentan los servicios de urgencias también tienen mayor riesgo de suicidio, especialmente los que padecen crisis de ansiedad. Un estudio indicó que estos

pacientes tienen una tasa de suicidio más de 7 veces mayor que la tasa de la población general ajustada para edad y sexo (Vallejo, 1998).

Se han revisado diferentes perspectivas sobre el suicidio que van desde la que menciona que éste es un fenómeno primariamente socioeconómico cultural o los que opinan que es un error pensar que las causas de este son externas, ya que estas causas sólo deparan la oportunidad decisiva para un acto que había estado madurando ya hace tiempo.

Sea cual sea la perspectiva que se tome, como sociedad se ha estigmatizado al suicidio, diciendo de quien lo intenta o ejecuta está loco o tiene desórdenes mentales, lo cierto es que este acto es fruto de la desesperación sea latente y se haya exteriorizado en un cortocircuito emotivo o sea derivación del nihilismo consciente; parece que todo intento de suicidio está íntimamente ligado con la forma en que el individuo afronta los problemas y con su temperamento, carácter, impulsos, tendencias, instintos, habilidad, moralidad y todas las actitudes que han sido elaboradas en el curso de su vida; es por eso que en este estudio es importante conocer más acerca de la personalidad, ya que ésta desempeña un papel muy importante en este acto.

Por lo citado anteriormente es necesario en el siguiente capítulo hacer una revisión sobre lo que es la personalidad y sus características, con la finalidad de comprender de que manera los tipos de personalidad se pueden relacionar con el suicidio.

CAPITULO II

PERSONALIDAD

Es fundamental para esta investigación conocer más acerca del estudio de la personalidad, ya que se cree que ésta puede jugar un papel muy importante en el suicidio.

El significado primitivo de la palabra personalidad era máscara. Esta etimología concuerda con las definiciones más populares que son de efecto exterior, en donde lo principal es la apariencia, no la organización interior y se refieren a un cierto conjunto de cualidades que resultan socialmente agradables. Algunos ejemplos de dichas definiciones con esa orientación social son las siguientes:

- El efecto total (suma de los efectos parciales) ejercido por el individuo sobre la sociedad.
- El modo de comportarse o de actuar que influye con éxito sobre otras personas.
- Las respuestas de otras personas al individuo en cuanto estímulo.

Menciona Allport (1971) que incluso en tiempos muy antiguos la palabra personalidad tenía otro significado, entre ellos el actor que la máscara ocultaba, es decir, el verdadero conjunto de sus cualidades internas y personales. Es cierto que la impresión que ejercemos en otras personas y la reacción de las mismas son importantes factores en el desarrollo de nuestra personalidad, pero estaríamos equivocados si confundiéramos los efectos externos de la personalidad con su totalidad.

Algunos filósofos y psicólogos definen la personalidad como una entidad objetiva, como algo que existe realmente, que tiene una historia y existencia propia y que no debe confundirse con la sociedad ni con las percepciones que otros individuos tienen de una persona. Las definiciones que ofrecen ellos son de estructura más interna:

- Personalidad es la organización mental total de un ser humano en cualquiera de los estadios de desarrollo. Comprende todos los aspectos del carácter humano: intelecto, temperamento, habilidad, moralidad y todas las actitudes que han sido elaboradas en el curso de la vida del individuo.
- El conjunto de todas las disposiciones, impulsos, tendencias, apetencias e instintos biológicos innatos del individuo, unido a las disposiciones y tendencias adquiridas por experiencia.

Para Allport no hay definiciones correctas o incorrectas, dice que los términos solamente pueden ser definidos de modo que sean útiles para propósitos determinados. Y propone la siguiente definición.

“Personalidad es la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos.”

El concepto organización aparece en esta definición porque este término implica también el proceso recíproco de desorganización, especialmente en las personalidades anómalas en las que se produce una progresiva desintegración.

El término psicofísico nos recuerda que la personalidad no es ni exclusivamente mental ni exclusivamente neural (física). Su organización requiere el funcionamiento de la mente y del cuerpo en una unidad.

El término sistema en la definición es porque todo sistema es un complejo de elementos en mutua interacción. Una costumbre es un sistema, como lo es también un sentimiento, un rasgo, una característica, un concepto, un estilo de conducta. Estos sistemas existen en el organismo en estado latente incluso cuando no son activos.

La conducta y el pensamiento sirven para la supervivencia y el crecimiento del individuo. Son modos de adaptación al medio y de acción sobre él mismo originados por la situación ambiental en que se encuentra el individuo, modos elegidos y dirigidos por los sistemas psicofísicos comprendidos en nuestra personalidad.

Allport (1971) afirma que la diferencia entre dos especies cualesquiera de vertebrados subhumanos no es tan grande como la diferencia que hay entre la personalidad de un ser humano y la de otro ser humano.

Hemos de tratar a la personalidad como una unidad que existe ante nosotros, que posee en sí una estructura interna, y esta es lo que una persona es realmente, independientemente del modo con que otras personas perciben sus cualidades o de los métodos mediante los cuales son estudiadas; ya que las percepciones o los métodos pueden ser erróneos.

Podemos considerar a la constitución física, el temperamento (clima químico o interno en el que se desarrolla la personalidad) y la inteligencia como materiales de la personalidad, y aunque estos dependen en gran parte (aunque no exclusivamente) de lo que se ha recibido de la herencia; estos experimentan con los años una maduración durante el transcurso del desarrollo de la personalidad. Estos también pueden modificarse a causa de influencias médicas, quirúrgicas y nutritivas, como también por acción del aprendizaje y de las experiencias que tienen lugar en el curso de la vida.

Menciona Noyes y Kolb (1951) que lo que se llama anormal no es sino una expresión exagerada o desequilibrada de lo normal. Son una forma de conducta o un modo de vivir que es el producto lógico (aunque implique desadaptación social) de la dotación original particular del individuo, la influencia moldeadora en el hogar, las experiencias traumáticas que modifican el desarrollo de la personalidad, el stress y los problemas que surgen del interior de la vida emocional e instintiva del individuo, la incapacidad de la persona para encarar las tensiones de los problemas mencionados, el tipo de reacciones de autodefensa que el individuo utiliza en forma habitual para hacer mínima la angustia. Por lo tanto lo que se llama trastorno mental debe considerarse como pautas de reacción humana cuyo movimiento se inicia ante un stress.

Así como los objetos mecánicos se deforman cuando se someten a una tensión más allá de los límites de su elasticidad, si la personalidad se sujeta a tensiones productoras de angustia más allá de los límites de su capacidad para adaptarse, puede desorganizarse tanto en la conducta exterior como en la conducta simbólica. Todos, sin duda, tenemos esferas psicológicas vulnerables al stress, no importa cuán saludable parezca ser nuestra adaptación. Si las experiencias del individuo tocan estas áreas y el grado de su naturaleza angustiante excede a

la capacidad de la persona para manejar dichas tensiones por medio de métodos de adaptación saludables, el individuo se verá obligado a enfrentar dichas tensiones con métodos neuróticos o psicóticos. Si el stress se repite o se acumula, las defensas normales de la persona ya no son suficientes y se agota su capacidad de adaptación. No obstante, es incorrecto considerar que el stress por sí solo es el factor que precipita los trastornos mentales. Tiene que tratarse de un stress particular para una persona en especial, y quizá en un momento determinado.

PRUEBAS DE PERSONALIDAD:

Una forma de saber que tanto se ha desorganizado la personalidad de un sujeto cuando se ha sobrepasado el límite de su capacidad para readaptarse ante el stress es con la aplicación de tests, estos son un recurso más con que se cuenta a la hora de evaluar y tratar de conocer determinados aspectos de una persona. A pesar de que jamás se podrá dar una última palabra sobre las habilidades o condiciones de una persona por la sola aplicación de una prueba de este estilo, sí se puede pensar que son un medio más objetivo y más seguro que la apreciación personal de un entrevistador.

Los tests son contruídos y estandarizados en un mismo proceso, mediante el cual se prueba con muchos sujetos y se tabulan y analizan los resultados para cada zona y para cada cultura antes de ser liberados para su uso. Son además sometidos a pruebas de validez y confiabilidad.

La validez es la que nos garantiza que sí se esté midiendo lo que se dice que se va a medir y no otra cosa diferente. Es decir, Los tests no son un grupo de preguntas reunidas al azar y sin un propósito claro o con multiplicidad de propósitos, sino que tienen un fin específico y abarcan un ámbito claramente definido.

La confiabilidad es la que hace referencia a los resultados arrojados. Un test es confiable cuando al aplicarlo a un individuo por distintos evaluadores, el resultado no difiere significativamente. Es decir, se trata de que los resultados del test no dependan ni del momento de aplicación, ni del evaluador ni de variables externas no controlables.

Cuando los tests han cumplido con estas condiciones, son herramientas útiles tanto al psicólogo como a las organizaciones en una gran cantidad de circunstancias. Pero deben ser aplicados con cuidado y con pleno consentimiento de las personas sometidas a ellos. Este tipo de pruebas ofrece resultados cuya utilidad se limita a lo que el test mismo ofrece, es decir, no se pueden utilizar los resultados de un test de personalidad para evaluar aptitudes verbales o mecánicas de un individuo.

En la evaluación de pruebas de personalidad y tests de aptitudes es una regla fundamental la consideración de que no hay personalidades buenas ni malas, sino que hay personas que se adecuan mejor que otras a un tipo determinado de tareas. Las pruebas psicológicas no sirven para juzgar a las personas sino para evaluar las tendencias y capacidades pero jamás serán una

verdad incontrovertible ni certeza completa sobre las personas. Los resultados de un test cualquiera que sea deben ser contextualizados y analizados junto con otros procesos. Cualquier decisión en otro sentido que se tome apoyándose en estas pruebas será subjetiva y posiblemente irrespetuosa para con las personas. Desde el punto de vista de la personalidad no hay seres humanos mejores ni peores que los demás, sino diferentes.

El acercamiento objetivo a la evaluación de la personalidad está caracterizado por la confianza en utensilios de medida estructurados y estandarizados, que típicamente son del tipo auto-informes. La estructura refleja la tendencia a utilizar estímulos directos, como preguntas concretas sobre la opinión de las personas acerca de uno mismo, e instrucciones no ambiguas sobre cómo realizar la prueba.

Los sesgos de respuesta son actitudes o estilos al responder los cuestionarios de personalidad. Algunas personas responden de manera incorrecta para presentarse más favorablemente o para complacer al examinador. Otras personas pretenden aparentar ser peor de lo que son realmente. Un test bien diseñado, como el Inventario Multifásico de Personalidad de (Minnesota MMPI), tiene escalas especialmente diseñadas para detectar este tipo de respuestas y ajustar las puntuaciones adecuadamente.

MMPI

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI). Este inventario de autoinforme es el más utilizado, y el instrumento de evaluación objetiva de personalidad que se ha estudiado con mayor detenimiento. El MMPI fue desarrollado en 1937 por Starke Hathaway, psicólogo y J. Charnley McKinley, psiquiatra. El test se revisó y actualmente se llama MMPI-2. Este test consiste en más de 500 frases –como “Estoy preocupado sobre temas sexuales”; “Algunas veces molesto a los animales”; “Creo que se han aliado en mi contra”- a las que el sujeto debe de responder verdadero o falso.

El MMPI-2 puntúa 10 escalas clínicas estándar, cada una de las cuales ha sido derivada empíricamente (es decir, para desarrollar las escalas se utilizaron grupos homogéneos de pacientes psiquiátricos). Los elementos de cada escala fueron seleccionados por su capacidad para separar a los pacientes médicos y psiquiátricos de los sujetos control normales.

ESCALAS DE VALIDEZ.

L: Escala de sinceridad: Una escala de lo deseable socialmente derivada de manera no empírica. Sus elementos tienden a reflejar comportamientos considerados como deseables desde un punto de vista social, pero que se realizan pocas veces. La puntuación puede indicar actitudes defensivas, incultura, psicosis o procesos, dependiendo de varios factores.

F: Escala de infrecuencia: Mide la tendencia a respaldar ciertas respuestas estadísticamente extrañas (menos del 10% de la muestra normal originaria). Es útil para detectar la incultura, la simulación, el pánico, la confusión, la psicosis y procesos de personalidad.

K: Escala de supresión: Se usa para ajustar matemáticamente las escalas, de manera que reduzca el número de falsos positivos y falsos negativos. Sirve para determinar la actitud general del paciente ante el test y es un indicador de ciertas variables de personalidad.

ESCALAS CLINICAS.

Existen diez escalas clínicas estándar de personalidad que puntúa el MMPI -2 las cuales están numeradas y se suelen denominar por números, más que por nombres, particularmente cuando se codifican puntuaciones con una desviación alta. Obtener una puntuación alta en una de esas escalas no implica que el sujeto padezca una enfermedad, pero sí tiene que ver con las características de su personalidad. Por ejemplo, un 8 en la puntuación de esquizofrenia no indica que el paciente sea necesariamente esquizofrénico. Recientemente se ha indicado que algunos factores como la religión y la raza, son variables potenciales en las respuestas del MMPI.

CARACTERÍSTICAS DE LAS DIEZ ESCALAS DE PERSONALIDAD DEL MMPI -2

ESCALA 1 (Hs) Hipocondriasis

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales algunos de los criterios para el diagnóstico de Hipocondría son los siguientes:

- 1.- Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.
- 2.- La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.
- 3.- La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- 5.- La duración del trastorno es de al menos 6 meses.

Menciona Lucío Gómez-Maqueo (1995) que los pacientes que obtienen puntuación alta en esta escala expresan en forma constante sus conflictos psicológicos y emocionales por medio de una canalización somática, y manifiestan persistentemente y a menudo en forma extrema sus preocupaciones relacionadas con su salud física. Son pacientes generalmente egocéntricos que se quejan mucho de sus síntomas, no aceptan con facilidad el hecho de que la sintomatología que presentan tenga un origen psicológico, ni tampoco se dan cuenta de que en realidad requieren psicoterapia para resolver el interés extremo que muestran acerca de su salud.

Las características del grupo psiquiátrico que obtienen alta puntuación en esta escala son: cansancio, tendencia a la inactividad, letargo, sensación de enfermedad, insatisfacción, actitud derrotista acerca del tratamiento, egoísmo, narcisismo y pesimismo.

En estos pacientes los deseos agresivos y hostiles hacia los demás son convertidos a través de la represión y el desplazamiento en molestias físicas, la hipocondría también se interpreta como una defensa contra la culpa, el sentimiento innato de maldad y como una expresión de una autoestima baja, para estos pacientes el dolor se convierte en el castigo merecido.

Otras personas se refugian en enfermedades para llamar la atención, eludir responsabilidades, aplazar o evitar decisiones, desarrollar compasión o mantener a alguien a su lado, por lo que sus enfermedades se convierten en el punto medular de todas sus pláticas.

La interpretación distorsionada de los síntomas físicos llegan a tener tal peso en su mente y sus conductas que su calidad de vida se ve totalmente afectada y pueden llegar a presentar cuadros clínicos muy peligrosos.

Menciona José Luis Catalán (2004) que la hipocondriasis es la relación atormentada con el cuerpo que delata la presencia oscura de lo que al no poderse decir, elaborar o matizar, sólo obtiene atención en la superficie de la piel, en la contracción muscular, en espasmos sin sollozo, fruncido de cejas sin pensamiento, dolor sin herida que lo produzca.

ESCALA 2 (D) DEPRESIÓN.

Según el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales los criterios para el diagnóstico depresivo son:

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las

actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. insomnio o hipersomnia casi cada día
5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Menciona Mackinon (1973) que el individuo deprimido siente que su seguridad está amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarle. Todas las facetas de la vida, emocionales, cognoscitivas, fisiológicas, y sociales, podrán verse afectadas.

En los síndromes depresivos moderados, el paciente trata activamente de aliviar sus sufrimientos. Solicita ayuda de los demás o trata de resolver sus problemas reconquistando mágicamente un objeto de cariño perdido o reforzando su vigor. A medida que la depresión se hace más crónica o más grave, el paciente renuncia. Tiene la impresión de que los demás no quieren o no pueden ayudarle, y de que las cosas nunca más mejorarán.

La persona deprimida no sólo se siente mal, sino que es, típicamente, su peor enemigo. Las tendencias autodestructoras o masoquistas y depresivas coexisten con frecuencia en el mismo individuo. El suicidio, complicación dramática de las depresiones serias, constituye un fenómeno de importancia capital en la comprensión del funcionamiento psicológico de la persona deprimida.

El diagnóstico está justificado por síntomas distintos del afecto consciente del paciente. Un síndrome corriente implica síndromes somáticos manifiestos, asociados a la negativa de trastorno afectivo, y estos pacientes son vistos a menudo por médicos distintos del psiquiatra.

Según Mackinon las características clínicas son las siguientes:

Los síndromes depresivos implican un trastorno afectivo característico, retraso y constricción de procesos de pensamiento, espontaneidad lenta y reducida de la conducta, relaciones sociales empobrecidas y cambios fisiológicos que resultan aumentados por preocupación hipocondriaca.

En cuanto al afecto la persona deprimida experimenta un descenso de su estado de ánimo. Lo describe como tristeza, melancolía o desesperación.

El paciente deprimido pierde el interés por la vida. Sus apetitos se reducen antes de que su conducta manifiesta se vea afectada y, en las depresiones benignas, pasa por los movimientos del comer, del sexo o del juego, pero con poco entusiasmo. A medida que su depresión progresa, acaba sintiendo indiferencia por aquello que anteriormente había constituido sus ocasiones principales de placer.

La ansiedad, es la respuesta psicológica al peligro, y se ve a menudo cuando el individuo tiene la impresión de que se está perfilando una amenaza contra su bienestar. En las depresiones graves o crónicas, la ansiedad podrá desaparecer y estar reemplazada por apatía y retraimiento. Este es un cuadro corriente en pacientes que han renunciado y se sienten desesperanzados, su retraimiento le protege del dolor de sus propios sentimientos internos.

La despersonalización desempeña una función defensiva similar en estados depresivos más agudos. Los aspectos más familiares de la identidad personal del paciente parecen extraños. Este ya no sigue experimentando sus reacciones físicas o emocionales como parte de sí mismo y, en esta forma, se protege de sentimientos dolorosos.

El enojo es manifiesto en el afecto de los pacientes deprimidos. Podrá expresarse directamente, como cuando el paciente se queja de que no se le quiere y se le trata mal, en tanto que, en otros casos, es más sutil, y los sufrimientos del paciente entristecen la vida de los que lo rodean.

Sus pensamientos estereotipados prestan un color monótono a su conversación. El individuo moderadamente deprimido podrá combatir su depresión dirigiendo conscientemente sus pensamientos a donde sea. El paciente psicóticamente deprimido cavilará acerca de incidentes menores de su juventud que son recordados con sentimiento de culpabilidad y miedo de un severo castigo. Para otros pacientes, el sistema explicativo engañoso podrá reflejar un desplazamiento grandioso, como en las fantasías relativas a la destrucción del mundo o las ilusiones nihilistas de que el universo ha llegado a su fin. Otros utilizan una simbolización concreta, convenciéndose de que su cuerpo está enfermo y se está pudriendo, aunque puedan negar acaso todo trastorno emocional.

Los temas que no entran en la mente del paciente son tan importantes como los pensamientos con los que está preocupado. Experimenta dificultad en recordar las alegrías del pasado, y su visión de la vida es gris, con tandas periódicas de negro. No es raro que el paciente pinte su estado de ánimo como de larga duración y gradual en su progreso, en tanto que otros describen los síntomas como relativamente recientes y abruptos. En cierto sentido, el paciente tiene razón: en efecto, ha estado simplemente escondiendo su depresión frente a los demás y, tal vez, frente a sí mismo. Al mejorar, este proceso podrá invertirse y, en las fases iniciales de la recuperación, el paciente deprimido se dice a menudo mucho mejor de lo que se siente en realidad. Esto podrá conducir a un optimismo prematuro por parte del terapeuta y constituye uno de los factores que contribuyen al riesgo aumentado de suicidio cuando el paciente empieza a mejorar.

No sólo está trastornado el contenido mental del paciente, sino que sus procesos cognoscitivos están también deformados. Sus pensamientos están disminuidos en cantidad y, aunque pueda ser sensible, el paciente muestra poca iniciativa o espontaneidad. Responde a preguntas, pero no ofrece nuevos datos o temas, y su vida mental presenta poca variedad. Comprende lo que se dice y contesta apropiadamente, pese a que su pensamiento sea más lento y su lenguaje pueda ser acaso imperfecto e inseguro.

En cuanto a su conducta menciona Mackinon que la lentitud caracteriza tanto la vida entera del paciente deprimido como sus procesos mentales. La conducta orientada o intencional está disminuida. Las actividades que selecciona son pasivas y a menudo socialmente aisladas.

El mismo autor aborda los síntomas físicos de estos pacientes y dice que la depresión va acompañada de cambios reales en el funcionamiento fisiológico. La velocidad metabólica del paciente es más baja, su funcionamiento gastrointestinal es anormal, su boca está seca, dándose además cambios en casi toda función del cuerpo que se encuentra bajo el control neurohormonal. Las dolencias más corrientes comprenden dificultad en dormirse, en despertar tempranamente en la mañana, fatiga, pérdida de apetito, estreñimiento, pérdida de libido, dolor de cabeza, dolor de la nuca, dolor de espalda, sequedad y ardor de boca, con un gusto desagradable. La elección específica de síntomas somáticos posee significado simbólico para el paciente. Los síntomas corrientes relativos a la boca y al sistema digestivo se asocian con la importancia de motivos e intereses orales en los individuos depresivos. Otros síntomas poseerán un significado más individual.

En sus relaciones sociales, La persona depresiva anhela el cariño de otros, pero deja de corresponder en una forma que recompense a la otra persona o que refuerce la relación. En los estados depresivos moderados, podrá darse un aumento de actividad social, buscando el paciente la compañía de otros para distraerse de su dolencia. Al empeorar la depresión, el paciente no puede enfrentarse a sus amigos y se retrae en sí mismo. Adivinando que constituiría una carga para los demás, sufre en silencio amargo. El aspecto hostil y agresivo de su conducta es aparente para aquellos que lo rodean, aunque el paciente mismo no lo perciba.

Mackinon contempla las diferencias que hay en la depresión psicótica neurótica y congaja normal y menciona que el contacto del individuo psicóticamente deprimido con el mundo real está afectado. Podrán presentarse retraimiento social burdo, alteraciones preceptuales, o preocupaciones mentales que dificultan el funcionamiento cognoscitivo normal. Alguna medida de alivio se obtiene si puede evitar las realidades dolorosas del mundo, retrayéndose a un substitutivo ilusorio menos amenazador. Los síndromes depresivos psicóticos, especialmente del tipo involutivo, se subclasifican con frecuencia como "agitados" o "retardados". El paciente agitado se pasea de un extremo a otro del cuarto, retorciéndose las manos y lamentando su destino. Da una impresión general de ansiedad intensa, pero los rasgos de su cara y el contenido de sus pensamientos revelan su depresión. El paciente retardado muestra inhibición de la actividad motora, que podrá progresar hasta llegar al estupor.

El paciente neuróticamente deprimido sigue funcionando en el mundo real y sus sentimientos depresivos son o moderados o parecen apropiados a los precipitantes externos. El espectro va desde la reacción de congoja normal, a través de la depresión neurótica, hasta la depresión psicótica. Hay varios rasgos que diferencian este síndrome normal de la depresión patológica.

El individuo afectado de congoja no padece una disminución de amor propio. No se siente irracionalmente culpable. Podrá tener algo de insomnio pero los síntomas somáticos son moderados y pasajeros. Podrá sentir que su mundo ha llegado a su fin, pero sabe que se recuperará. Finalmente la congoja es un estado autolimitado, que raramente se prolonga más allá de seis meses.

La mayoría de los episodios depresivos, tanto psicóticos como neuróticos, se remontan a alguna causa externa precipitante.

Los modelos biológicos de depresión y los psicodinámicos coinciden en que la capacidad de los síndromes depresivos de comunicar dependencia desamparada y de provocar atención afectuosa sugiere que los mecanismos depresivos pueden poseer valor de adaptación, y que la capacidad de desarrollarlos podrá haber sido seleccionada en el curso de la evolución.

La pérdida de un objeto amado es el precipitante más corriente de depresión. Esta pérdida suele ser la muerte o la separación de una persona querida. En otros casos, se trata de una pérdida psicológica interna resultante de la perspectiva de que uno va a ser rechazado por su familia o sus amigos.

Tal vez la base psicodinámica más simple para esto es el enojo del paciente ante la pérdida por abandono del objeto querido. El paciente deprimido desplaza su enojo hacia personas substitutivas, de las que espera que reemplazarán su pérdida y seguirán satisfaciendo sus necesidades. Esta hostilidad coercitiva se manifiesta con frecuencia hacia el terapeuta. El paciente quiere que el médico reemplace la pérdida personalmente y no se limite, simplemente a facilitar el proceso curativo. Y si el médico, como es inevitable, no lo hace, el paciente se siente defraudado y amargado.

El paciente se siente culpable por sus sentimientos hostiles hacia otros y teme asimismo expresar su enojo directamente. Se siente inadecuado y está convencido de que no puede sobrevivir sin el cariño y la atención de los demás. Toda expresión exterior de hostilidad es peligrosa, ya que podría destruir lo que más necesita. La vuelve contra sí mismo, en forma de autoacusación y una condena, lo que constituye una característica cardinal de la depresión. El amor y el respeto de sí mismo de la persona normal la protegen de su autocrítica destructiva. Estos factores de soporte son gravemente deficientes en la persona deprimida, y esta podrá torturarse a sí misma despiadadamente, sufriendo una vergüenza y una culpabilidad extrema.

Refiere Mackinon que el masoquismo es un rasgo de carácter central de los individuos deprimidos. Una de sus formas moderadas implica la incapacidad de evitar el infortunio. En los

estados más graves, aparece una conducta activamente autodestructora, que culmina en actos manifiestos de suicidio.

Para algunos individuos el dolor constituye un requisito previo necesario para gozar del placer.

El paciente repara sus errores reales o imaginarios por medio de su conducta masoquista.

Otro mecanismo de la conducta masoquista se refiere a la seguridad y la comodidad proporcionada por lo que es familiar. El niño cuya vida está marcada por castigos frecuentes, sólo podrá sentir afecto si es maltratado, y se sentirá inseguro si se queda por algún tiempo sin castigo.

La conducta masoquista puede presentar gran ganancia secundaria. En efecto, la gente suele compadecer al miserable o desafortunado, y el paciente podrá extraer satisfacción de esta simpatía de los demás. El masoquismo puede servir como defensa contra la depresión pero no todos los pacientes masoquistas están deprimidos. Al igual la manía puede servir de defensa contra la depresión pero no todos los pacientes depresivos son maniacos.

ESCALA 3 (Hi) Histeria.

Son sujetos cuya característica principal es la necesidad de ser o sentirse el centro de atención, por lo que tienden a hacer lo necesario para asegurar dicha posición y para ello, recurren a situaciones emocionales excesivas o demostraciones abrumantes de afecto.

Menciona Mackinon que a causa de su vivacidad, simpatía, imaginación y encanto, el histérico es un paciente favorito del psiquiatra. En términos generales, los histéricos son personas atractivas que aportan mucho, con su encanto y su sensibilidad, al medio ambiente que los rodea.

Su lenguaje, aspecto físico y la manera general de este paciente son un poco dramáticos y exhibicionistas. Estos pacientes suelen ser atractivos y parecen más jóvenes de la edad que tienen. En ambos sexos se da un fuerte interés por el estilo y la moda, que atrae inmediatamente la atención sobre su aspecto físico.

Representa, pero no simula, su personaje, un personaje hiperexpresivo en la mímica y dramático en su contenido. Exhibicionista e imaginativo, encubre la realidad que no le agrada para construir un mundo más acorde con su portentosa fantasía, que puede llevarle hasta la mitomanía.

Es inestable e incontrolado en sus manifestaciones afectivas, que bajo la apariencia de una calurosa empatía traducen una auténtica pobreza emocional. Se ha dicho que se quiere a sí mismo a través de los otros. Por esto, pasa de la incondicionalidad y desbordante afinidad al desprecio más descarnado.

Su sugestionabilidad se manifiesta tanto a nivel clínico, lo que puede hacer variar la aparición o desaparición de un síntoma, como en la relación interpersonal, lo cual le hace vulnerable a la influencia de otras personas, siempre y cuando éstas no intentan socavar o cambiar la estructura existencial del personaje.

Refiere Mackinon que aunque el histérico tenga dificultad en experimentar sentimientos reales de amor y amistad, su presentación superficial da una impresión totalmente contraria.

Este paciente es simpático y se relaciona con los demás con cordialidad aparente, aunque sus reacciones emocionales sean lábiles, variables y, en ocasiones, excesivas. Mientras que el obsesivo trata de evitar el contacto emocional, el histérico anda buscando constantemente la relación personal. En cualquiera relación en que el histérico no perciba contacto emocional, experimenta sentimientos de fracaso y, con frecuencia, critica al otro individuo, tachándolo de aburrido, frío e indiferente. El hecho de no conseguir respuestas simpatizantes de los demás le podrá conducir, a menudo, a depresión o enojo, lo que podrá expresarse en un ataque de mal humor.

La paciente histérica da la impresión de servirse de su cuerpo como instrumento para la expresión de cariño y ternura; pero la motivación proviene de un deseo de obtener aprobación, admiración y protección, más bien que de un sentimiento de intimidad o de placer sexual general (Mackinon, 1973).

El histérico masculino propende más a exhibir una conducta seudoIndependiente, que puede reconocerse como defensiva a causa de las respuestas emocionales de miedo o enojo excesivos que la acompañan. La mujer histérica se presenta como desamparada y dependiente, teniendo necesidad de las respuestas constantes del médico con objeto de dejarse guiar en toda acción, actúa como desvalida, como si sus propios esfuerzos no contaran para nada, con frecuencia sus familias los consideran como niños todavía (Mackinon, 1973).

Estos pacientes requieren una gran dosis de atención por parte de los demás, y no están en condiciones de entretenerse a sí mismos, por consiguiente, el aburrimiento constituye un problema constante de los pacientes histéricos, ya que se consideran a sí mismos como obtusos y carentes de estimulación. Buscan constantemente la estimulación externa.

El histérico niega toda responsabilidad por la situación en la que se encuentra, quejándose de que: "no sé por qué las cosas siempre han de ocurrirme a mí".

Su carácter se presenta como la antítesis del carácter rígidamente obsesivo, mostrando un carácter desordenado, falta de preocupación por la puntualidad y dificultad en la organización de los detalles mecánicos de la vida.

Los aspectos narcisístico y vano de su personalidad se manifiestan en una preocupación por su aspecto externo y por la cantidad de atención recibida de los demás, tiene la necesidad de ser siempre el centro de atención.

La seducción es el arma que el histérico utiliza para alcanzar su posición ventajosa y lograr ser el centro permanente de atención. Tanto en las relaciones sentimentales como en las humanas se mueve a este nivel. En la consulta intenta igualmente seducir al terapeuta con sus actitudes, anécdotas, ingenio, etc., todo a fin de conseguir una atención especial.

Pese a la apariencia de persona sexualmente activa, el paciente histérico presenta una importante problemática sexual. Su conducta sexual forma parte de toda la máscara con que recubre su existencia, una fachada tras la cual se esconde un profundo conflicto. Incapaz de amar, el personaje histérico no puede desprenderse de sí mismo y entregarse libremente al otro, por lo que la frigidez en la mujer y la impotencia u otras disfunciones en el varón son habituales en estos pacientes.

Histeria masculina: Estos pacientes se describen como personas con mala adaptación a las diferentes eventualidades de la vida, por lo que buscan escapar del problema refugiándose en la enfermedad. En el histérico típico, los rasgos de personalidad no difieren sustancialmente de los que presentan las mujeres. Captar la atención es el objetivo de su existencia. Desde el cuidado por las cosas más superficiales, como el aspecto físico, hasta las conductas aparentemente más altruistas, cualquier fórmula puede utilizarse para conseguir el fin deseado.

Quizá, sin el dramatismo de la mujer histérica, en el varón también aparece sistemáticamente una sexualidad problemática. Homosexualidad exhibicionista, impotencia y eyaculación precoz son los trastornos más frecuentes en estos sujetos que paradójicamente pueden pasar por seductores, dada su tendencia a la conquista (prototipo Don Juan).

Los síntomas somáticos se describen en forma dramática e incluyendo dolores de cabeza, dolores de espalda, síntomas de conversión y, en la mujer, dolor pelviano y trastornos menstruales.

Refiere Mackinon que en cuanto a sus mecanismos de defensa, a diferencia de la mayoría de los demás síntomas neuróticos, las defensas histéricas eficaces no son directamente dolorosas en ellas mismas y, por consiguiente, ofrecen potencialmente un gran alivio del dolor mental. Sin embargo, se desarrolla falta de satisfacción madura, sentimiento de soledad y depresión, como resultado de la inhibición del paciente.

Si bien la represión constituye la defensa básica en todas las neurosis, se encuentra con mayor frecuencia, en forma pura, en el histérico. Las fallas de memoria, la amnesia histérica y la falta de sentimiento sexual son manifestaciones clínicas de represión.

El soñar despierto y la fantasía son actividades mentales normales que desempeñan un papel importante en la vida emocional de toda persona, pero el paciente histérico prefiere la

satisfacción simbólica proporcionada por la fantasía a la satisfacción disponible en su vida real, ya que con esta última estimula la ansiedad edipal. Sus fantasías infantiles se proyectan sobre el mundo exterior a través del empleo de una conducta histriónica. Las personas emocionalmente significativas en la vida del paciente son incluidas como participantes, de modo que su mundo real se conforma con su soñar, desempeñando el paciente el papel de personaje central en el drama. La autodramatización y el soñar despierto manifiesto defienden al paciente contra los peligros imaginarios que acompañan la intervención madura en el mundo adulto. Al propio tiempo, el paciente tiene la seguridad de que sus necesidades narcisísticas y orales serán satisfechas. Actuando dramáticamente los sueños, el paciente reduce la soledad del mundo de la fantasía y evita la ansiedad y el sentimiento de culpabilidad edipales que acompañan la conducta adulta madura. Las falsedades construidas contienen a menudo elementos que poseen significado psicológico en términos del pasado y revelan tanto el deseo como las defensas edipales.

El histérico se sirve de una emocionalidad intensa como defensa contra sentimientos más profundos, la seducción y la simpatía superficial con el sexo opuesto permiten evitar sentimientos más profundos de intimidad, con la vulnerabilidad al rechazo consiguiente.

-Identificación: El histérico podrá identificarse con el progenitor del mismo sexo o con un representante simbólico, en un intento anheloso de derrotarle en la lucha competitiva por el cariño del progenitor del sexo opuesto. El histérico puede identificarse con el progenitor muy querido del sexo opuesto o con su representante simbólico. Esto tiene lugar cuando el paciente siente que tiene menos probabilidades de éxito en la competición edipal. Un tercer tipo de identificación se basa en la envidia. Aquí, la importancia de la otra persona para el paciente reside en el hecho de que alguna experiencia en la vida de dicha persona estimula en él sentimientos de envidia. En el adulto maduro, estas identificaciones parciales se han fundido, pero esto no ocurre en el histérico.

-Somatización y conversión: Los pacientes histéricos expresan impulsos y afectos reprimidos a través de síntomas somáticos. El término "síntoma de conversión" se refiere a la disfunción selectiva del sistema nervioso motor o sensitivo, en tanto que la descarga autónoma anormal se ha designado como "somatización". El trastorno presenta rasgos tanto de inhibición como de descarga patológica, variando la proporción relativa según los diversos síntomas. Por ejemplo, la parálisis de conversión refleja un grado mayor de inhibición, en tanto que el "ataque histérico" manifiesta una descarga mayor del impulso del impulso inaceptable. El rubor demuestra tanto inhibición como liberación a través del sistema nervioso autónomo. La elección particular de los síntomas por el paciente está influida por muchos factores, incluidos los condicionantes físicos como psicológicos. Los factores físicos comprenden predisposiciones orgánicas o el efecto directo de enfermedad o lesión de un sistema de órgano determinado. En tanto que los factores psicológicos que influyen sobre la elección del órgano comprenden el acontecimiento histórico, el significado histórico general del órgano afectado y el significado

particular que posee para el paciente a causa de algún episodio traumático o a causa de identificación con personas que tienen una enfermedad física emparentada. Los síntomas de conversión tienden a reflejar el concepto que de la enfermedad tiene el paciente. Por consiguiente, los síntomas burdos son más corrientes en individuos de menos cultura médica. Los pacientes que trabajan en la profesión sanitaria simularán síndromes complejos.

-Regresión: En el histérico, hay una regresión selectiva en las funciones del ego y un retorno al periodo de la vida del paciente durante el cual se establecieron sus inhibiciones. La regresión selectiva proveniente de conflictos relativos a la sexualidad genital podrá conducir a un nivel oral o anal de adaptación, aunque el mismo conflicto se expresará en el síntoma regresivo.

- Negativa y Aislamiento: Los histéricos niegan tener conciencia del significado tanto de su propia conducta como de la conducta de los demás. Esta ausencia de conciencia es mayor en las áreas de la conducta seductora y manipuladora y en la ganancia secundaria que acompaña sus síntomas. Niegan sus fuerzas y habilidades, contribuyendo así más a la fachada de desamparo. Estos pacientes niegan asimismo las emociones dolorosas, con la consecuencia de que el aislamiento se desarrolla como una defensa contra la depresión y, si esto no da resultado, recurrirán a la deformación y a la falsa representación para evitar enfrentarse a su infelicidad.

- Externalización: Es la evitación de responsabilidad por la conducta de uno. El paciente cree que sus acciones no cuentan, y considera tanto el éxito como el sufrimiento como causados en su vida por otras personas.

ESCALA 4 (Dp) Desviación Psicopática.

Son personas que no siguen las normas de la sociedad y a menudo rompen las leyes, es mucho más frecuente este trastorno de personalidad en hombres que en mujeres. Sus síntomas incluyen:

- Violar la ley repetidamente
- Engañar repetidamente
- Impulsividad
- Irritabilidad, agresividad, peleas físicas en repetidas ocasiones
- Ignorar la seguridad propia y la de otras personas
- Irresponsabilidad, p.e. con respecto al trabajo, familia, finanzas
- Falta de culpa.

Considera Mackinon que una conducta es psicopática cuando la satisfacción de motivos básicos adquiere importancia dominante. Las funciones de control y regulación del ego son deficientes y el individuo busca satisfacción inmediata con poca consideración de otros aspectos del funcionamiento psíquico o de las demandas de la realidad externa. Los objetivos

principales de la conducta psicopática están en evitar la tensión que resulta cuando los impulsos no se satisfacen; evitar la ansiedad que aparece cuando la frustración es inminente, y proteger además al ego de sentimientos de inadecuación.

Según el autor se encuentran mecanismos psicopáticos en todo individuo. Hay momentos o situaciones en que las necesidades adquieren un carácter urgente, o en que los controles interiores no se han desarrollado y las funciones ejecutivas del ego se utilizan directamente para obtener satisfacción. Cuando los mecanismos se convierten en el modo principal de adaptación, hablamos de tipos de personalidad psicopática.

En cambio los rasgos del carácter psicopático, tienen por objeto asegurar la satisfacción de impulsos y proporcionar la seguridad y el alivio de tensión resultantes. Hay en aquel poca consideración para las demandas de la conciencia; la afectividad es superficial, y se da poca capacidad para tolerar la ansiedad. El hecho de que el carácter psicopático no desarrolle defensas neuróticas adecuadas hace que resulte necesario para él escapar de la frustración y la ansiedad, en contraste con el carácter neurótico que cuenta con mecanismos mentales que controlan la ansiedad mientras proporcionan la satisfacción parcial de impulsos temidos. El individuo psicopático elude la responsabilidad y evita situaciones que exponen su déficit afectivo. El individuo psicopático es relativamente indiferente a sus objetos, aparte de sus relaciones con él. Sólo ve a las demás personas como fuentes potenciales de peligro o satisfacción, preocupándose poco, en cambio, por su seguridad, comodidad o placer. Los impulsos interiores se experimentan como urgentes y abrumadores, y el aplazamiento o la substitución no parecen posibles. Finalmente, el sentimiento que resulta, para aquel, de satisfacer sus impulsos posee una calidad de tensión, alivio o saciedad, más bien que de la felicidad más compleja, con sentimientos de ternura hacia objetos y con la autoestimación aumentada que caracteriza al neurótico.

Menciona Mackinon que el individuo psicopático que no desarrolla control sobre la expresión de sus necesidades básicas, conserva impulsos relativamente primitivos como motivos primarios. Así, pues, la conducta oral es predominante y los derivados sintomáticos de la oralidad, tales como la adicción son corrientes. Los afectos dolorosos se toleran mal, y la capacidad para el placer maduro y la afectividad positiva está afectada. El paciente con un predominio de mecanismos psicopáticos suele mostrar deficiencia en: 1) sus impulsos básicos y su manera de tratarlos; 2) su afectividad, incluidas ansiedad, culpa y capacidad para el placer; 3) sus relaciones de objeto, y 4) los patrones resultantes de la conducta manifiesta.

Los impulsos son representaciones mentales de necesidades y motivos que forman la fuerza impelente detrás de toda conducta. Algunos pacientes psicopáticos experimentan sus impulsos como egosintónicos, es decir, sienten que quieren actuar de acuerdo con ellos, en tanto que otros tienen un sentimiento subjetivo de una fuerza externa urgente. Por ejemplo, El adicto es incapaz de posponer la satisfacción, debido al sentimiento de que cada oportunidad podrá ser la última y él debe, por consiguiente, aprovecharla. Esta filosofía de la inmediatez va acompañada de una falta de preocupación por las consecuencias de la conducta.

Para Mackinon el individuo psicopático es impaciente y hedonista, pero los actos que usualmente van acompañados de placer para los demás sólo pueden procurarle a él un alivio transitorio de tensión. Los placeres que experimenta tienen una calidad oral primitiva y corresponden más a respuestas fisiológicas que a relaciones interpersonales. La bebida, la inyección, la oportunidad de satisfacción sexual o la adquisición de propiedad brindan una disminución pasajera de un apremio interno de obtener satisfacción. No se produce desplazamiento alguno de duración en su economía psíquica, ningún cambio en la percepción de sí mismo o en su relación con los demás. El paciente neurótico que contrae una relación sexual agradable desarrolla una nueva actitud hacia su pareja, refuerza su autoestimación y enriquece su vida personal en una forma que dura mucho más que los efectos del acto sexual físico. El paciente psicopático suele experimentar el acontecimiento más bien como alivio que como una necesidad física.

Dice este mismo autor que la incapacidad del paciente de controlar o modular sus impulsos conduce a explosiones de agresión. Estas podrán ser activas o pasivas y, aunque pueden ser desencadenadas por desaires relativamente poco importantes, implican reacción a alguna frustración. El déficit del paciente en materia de empatía y preocupación por los demás puede conducir a crueldad y sadismos extremos, aunque, en forma característica, aquel presentará poca reacción emocional, posteriormente a su propia conducta.

El individuo psicopático pretende que su conducta impulsiva es agradable. Y sus explosiones de enojo pueden desaparecer tan repentinamente como se iniciaron, y el paciente podrá estar tranquilo, casi hasta el punto de desinterés, a continuación del episodio. No acierta a comprender por qué los demás atribuyan tamaño significado a su violencia.

El psicópata tiene una tolerancia muy baja para la ansiedad, y muchos mecanismos psicopáticos tienen por objeto prevenir una ansiedad inclusive mínima, defenderse contra ella, o aliviarla. La amenaza más ligera de que sus necesidades no serán satisfechas conduce a molestias insoportables. El psicópata hará grandes esfuerzos para garantizar su seguridad, pero frustraciones frecuentes son inevitables, de lo que resulta una tensión difusa constante. Una defensa corriente es la negativa, y una apariencia de compostura externa conduce a la pretensión errónea de que dichos pacientes no experimentan ansiedad. Sin embargo, esta negativa sólo puede mantenerse si existe la seguridad de satisfacción constante. Si no existe esta posibilidad y falla la negativa, entonces ansiedad, depresión, ira y conducta impulsiva son corrientes.

En los pacientes psicopáticos se da una tolerancia disminuida de culpa y en algunos casos la falta relativa de culpa, y esto se relaciona por completo con el desarrollo temprano del paciente. Experimenta los precursores más primitivos de culpa. Podrá sentir vergüenza y temor de la desaprobación pública por su conducta inaceptable o se sentirá deprimido si su conducta es expuesta. Sin embargo, no ha desarrollado un sistema internalizado autónomo de controles de la conducta, que funcione sin la amenaza de descubrimiento y proporcione medios de regulación de los impulsos, antes de que conduzca a una conducta manifiesta. Este paciente

reduce al mínimo su conducta desafiante, con objeto de allanar el curso de sus relaciones sociales.

Todas sus respuestas afectivas poseen una cualidad superficial. El paciente podrá recorrer todas las emociones, inclusive cierto sentido dramático, pero sus sentimientos no convencen. Cuando el afecto simulado o de fachada es penetrado, suelen encontrarse sentimientos que el paciente describirá como depresión, pero que más bien parecen una ansiedad libremente flotante, mezclada con vacuidad y una falta de relación con la demás gente. Estos pacientes buscan estímulo del exterior para llenar su vacío interno, y cualquier experiencia es mejor que el sentimiento tenso y aislado del que están tratando de escapar. La fachada afectiva del paciente psicopático es a menudo más convincente a primera vista, pero los sentimientos que hay detrás son superficiales y producen poca empatía.

El interés emocional del paciente psicopático está centrado narcisísticamente en sí mismo. Las demás personas son figuras transitorias en su vida: van y vienen, o se las puede reemplazar por medio de substitutos, con poco sentimiento de pérdida. El paciente psicopático se preocupa más por la manera de satisfacer sus necesidades, de modo que su estilo básico en las relaciones interpersonales está en congraciarse, aprovechar y explotar. Ve a los demás más bien como vehículos para su satisfacción, y se preocupa menos por la ruptura de relaciones concretas.

El psicópata trata de ser alguien, porque siente que, en otro caso, no es nadie en absoluto. Teme la pasividad en sus relaciones personales. Una gran parte de su conducta agresiva tiene por objeto evitar un sentimiento de sumisión.

Debido a que sólo se interesa por aquello que puede obtener de los demás, este paciente elige a personas de influencia o posición. No se interesa por los pobres o los que no cuentan con influencia, a menos que pueda obtener favores de otros manifestando dicho interés.

Su conducta antisocial comprende una diversidad de trastornos, tales como mentir, hacer trampa, robar y hacer uso de drogas.

La incapacidad del paciente, de diferir la satisfacción, su control deficiente de los impulsos, la falta de culpa y la intolerancia de la ansiedad contribuyen a crear una incapacidad para considerar las consecuencias de los actos. Al propio tiempo, las restricciones sociales usuales son menos importantes para el psicópata, ya que la superficialidad de sus relaciones de objeto y su falta de emocionalidad cordial y afectuosa le hacen indiferente a la pérdida de los lazos sociales. El paciente cree que ha sido tratado injustamente en el pasado y que su conducta actual contribuirá a nivelar la balanza.

La elección específica de conducta perversa o antisocial posee significado simbólico. Por ejemplo, el exhibicionista suele estar preocupado por el carácter adecuado de su equipo sexual y busca tranquilizarse a partir de las reacciones de los demás. Algunos patrones de robo repetitivo reflejan el sentimiento de que el individuo ha estado injustamente privado de algo que le corresponde en derecho.

ESCALA 5 (Mf) Masculino femenino.

Esta escala fue diseñada para saber que tan cómodo se siente el sujeto con el conjunto de conductas, actitudes, intereses, características y valores que la sociedad establece como apropiadas o inapropiadas en función de su sexo.

Una puntuación alta no implica que sea homosexual el sujeto, sólo puede que sea poco convencional.

ESCALA 6 (Pa) Paranoia.

Al hablar Mackinon sobre la persona paranoide menciona que siempre está tensa, ansiosa y básicamente insegura acerca de sí misma. Desconfía de los demás y sospecha de sus intenciones, buscando en su conducta significados y motivos escondidos. Tiene pocas amistades íntimas y aunque pueda tener contacto con muchos otros se ve a sí mismo como un solitario.

La persona paranoide se ve a sí misma como el centro del universo y considera los acontecimientos en términos de la relación que tiene con ella. Todos los actos, actitudes y sentimientos de los demás los comprende el paranoide y reacciona a los mismos, en términos de dicha referencia para con él. No tiene conciencia de sus propios impulsos agresivos, pero teme en cambio ser atacado y tratado de modo injusto por los demás, a los que considera como irresponsables e indignos de confianza, justificando en esta forma su propia conducta secreta y excluyente.

Menciona el autor que viven con un resentimiento crónico, ya que su incapacidad para relacionarse en forma realista con los demás le hace sentirse torpe e incómodo en situaciones sociales. Toda desatención la resiente como un rechazo personal, es disputador y pendenciero, manifestando impaciencia y explosiones emocionales de enojo en situaciones en que otros son capaces de contenerse. Al igual que el carácter narcisista, la persona paranoide expresa resentimiento acerca de la impresión que tiene de no ser querido y apreciado del mundo. Sin embargo, el paranoide va más allá, y atribuye motivos malévolos a los que no le aprecian.

Su preocupación compulsiva por la lealtad y la devoción constituye un tenue disfraz de dicho resentimiento oculto. La desconfianza del paciente paranoide se encuentra a la base de su preocupación por la interpretación literal y el cumplimiento rígido de normas y reglamentos. Al propio tiempo, es incapaz de apreciar el espíritu de las normas, y suele interpretarlas sin tener en cuenta los sentimientos de los demás. Se sirve asimismo de las normas para controlar la expresión directa de su propia agresión. Las propias violaciones menores del paciente conducen a un temor exagerado de ser descubierto pero, al propio tiempo busca escapatorias que le permitan expresar algo de su agresión, aunque negando el significado de su conducta.

Los pacientes paranoides crean una impresión de capacidad e independencia, que hace que ni necesiten ni acepten ayuda de otros. Tienen la convicción de sus opiniones e insisten en que tienen la razón. Su falta de tacto y sus actitudes de superioridad, arrogancia y grandeza

chocan a las demás personas. Los paranoides se resienten con los demás si estos no los hacen objeto de una apreciación inmediata. Estos pacientes pretenden con frecuencia haber obtenido reconocimiento de alguna autoridad antes de haberlo merecido mediante una realización apropiada.

Desarrolla con frecuencia un celo misionero y espera convertir el mundo en un lugar más perfecto, pero pierde de vista cómo tratar a sus semejantes en la realización de su propósito. Interpreta sus adversidades, desilusiones y frustraciones no como algo fortuito, sino como resultado de la malevolencia personal de otro. Es incapaz de solicitar cariño directamente, y sólo puede obtenerlo a través del dolor, de autosacrificio y de humillación. La intensidad de sus demandas es exorbitante y tiene que llevarlo forzosamente a la desilusión. Incapaz de aceptar la satisfacción real de su necesidad de cariño, él la substituye por ideas de venganza. Su principal placer proviene de observar las calamidades y los fracasos de otros, más bien que de su propio éxito.

El éxito crea también dificultad para la persona paranoide. Espera, en efecto, que los demás reaccionarán a su éxito con celos intensos, y que no tardará en convertirse en víctima de su furor vengador. Por consiguiente, su aceptación del éxito conduce a temor y anticipación de castigo. No disfruta más del hecho de ganar que de su papel de perdedor. No cree en su éxito o le quita valor para evitar el sentimiento de que ha superado a sus competidores. En sus vidas privadas, el aspecto masoquista se pone más de manifiesto, con el ascetismo como un rasgo eminente.

Muchos de los problemas del paciente provienen de su sentido constante de humillación por su fracaso en controlarse y disciplinarse a sí mismo y su medio ambiente apropiadamente. Cuando se da cuenta de alguna deficiencia, reacciona como si hubiera envilecido públicamente y todo el mundo se estuviera riendo de él. Le resulta difícil disculparse por una trasgresión e igualmente difícil aceptar las excusas de otros. El paranoide confunde el perdón con la confesión de haberse equivocado.

La envidia constituye un rasgo de carácter paranoide eminente. Las personas paranoides están más preocupadas por los privilegios y satisfacciones que reciben los demás que por su propia existencia de privación.

La persona paranoide es sumamente celosa a causa de su incapacidad de querer y de sus pronunciadas necesidades narcisistas. Siente un deseo intenso de ser querido y un temor igualmente intenso de traición.

Los pacientes paranoides poseen una tendencia depresiva subyacente. Clínicamente cuando una defensa paranoide deja de ser eficaz, los sentimientos depresivos abruma al paciente. El suicidio no es raro en pacientes paranoides agudos. La persona paranoide cree que no se le quiere, que no se le ha querido y que nunca se le querrá. Sintiéndose perseguida, se considera a sí misma como perdedora, y su vida transcurre en sufrimiento, en manos (según su punto de vista) de otros. Inclusive el paciente con delirio de grandeza pierde, ya que se enfrenta inevitablemente a la realidad al no realizar aquellas visiones delirantes. La persona paranoide es un pesimista eterno y el temor y la desconfianza del sexo opuesto impiden a este paciente establecer una relación amorosa, excepto en su imaginación. La persona sobre la cual dicha

fantasía es proyectada representa simbólicamente tanto a alguien del pasado como a una parte de sí mismo.

Mackinon aborda los mecanismos de defensa mas frecuentes en este tipo de pacientes y dice que a negativa primitiva constituye una defensa significativa en todas las personas paranoides para evitar la conciencia de los múltiples aspectos dolorosos de la realidad. La fantasía sirve para reforzar su negativa, este mecanismo se encuentra a la base tanto de las ideas de grandeza como de otros sentimientos de omnipotencia. También se sirven de la formación reactiva para defenderse de la conciencia de su agresión, de sus necesidades de dependencia y de sus sentimientos de simpatía o afecto. En esta forma está protegido contra la traición y el rechazo por otros.

La persona paranoide trata primero de enfrentarse a sentimientos dolorosos e impulsos inaceptables por medio de la represión, al fallar recurren a la negación, a la formación reactiva y a la proyección, para hacer frente a los sentimientos que no están apropiadamente reprimidos.

La persona paranoide está consumida por enojo y hostilidad. Incapaz de hacer frente o de aceptar la responsabilidad de su ira, proyecta su resentimiento y enojo sobre los demás. Confía luego en las normas para protegerse a sí mismo de actos de ataque o discriminación imaginarios, que representan sus propios impulsos proyectados. El paciente niega el significado agresivo de su propia conducta y es insensible. Si el paciente con delirio de persecución es capaz de reconocer algo de su enojo, se da cuenta de que es una respuesta apropiada a la persecución de que es objeto por parte de su mundo imaginario. El paciente con delirio de grandeza tiene más probabilidades de creer que otros están resentidos contra él porque es tan grande. Por supuesto, se considera estar, por encima del sentimiento de enojo. El mecanismo de la proyección permite al paciente imaginar que es querido por alguien hacia quien se siente atraído, o podrá servirse de la proyección como defensa contra impulsos inconscientes que considera inaceptables en él mismo.

Los síntomas paranoides comprenden regresión a niveles anteriores de funcionamiento. Esta regresión afecta la personalidad entera. La regresión del superego la revela el retorno a etapas tempranas de formación de conciencia, cuando el paciente temía ser vigilado por sus padres.

-Psicosis paranoides.- La mayoría de las psicosis paranoides son esquizofrénicas, pero esta reacción tiene también lugar en síndromes mentales orgánicos. La psicosis esquizofrénica paranoide suele tener un comienzo gradual, el paciente se retrae del contacto emocional con las demás personas de su vida y regresa a un estado de preocupación narcisística consigo mismo. El punto de vista psicoanalítico clásico de las ideas delirantes es que sirven como una función reparativa. El paciente que ha estado preocupado consigo mismo desplaza su interés de su cuerpo y trata de restablecer contacto con las personas de las que se había retraído. No está en condiciones de conseguirlo, y el mundo se le aparece en consecuencia como caótico y desorientador. En su estado narcisístico regresado, el paciente no acierta a percibir el sentido de la conducta de los demás y busca desesperadamente la clave que le explique sus acciones.

Los conceptos erróneos que surgen representan el esfuerzo del paciente para organizarse y restablecer contacto con el mundo real. Se utiliza el término "seudocomunidad" para describir el grupo de personas reales e imaginarias que están unidas (en la mente del paciente) con el propósito de llevar a cabo alguna acción contra él. A medida que el paciente se va convirtiendo en un participante más activo en su seudocomunidad, se comporta en una forma psicótica más burda. El mundo imaginario del delirio tiene también por objeto proteger el ego del dolor de la realidad.

El delirio es una interpretación errónea fija de la realidad, basada en la negativa, la formación reactiva y la proyección. Refleja un grado de confusión entre el ego y el no ego. La capacidad de formación de delirio, más bien que el tipo específico de delirio, es lo que constituye la patología básica del paciente.

El contenido de las ideas delirantes del paciente está condicionado por sus conflictos psicodinámicos, por los valores culturales generales de la sociedad en que vive y por las características específicas de la familia en la que ha sido educado.

El delirio de persecución es la forma más corriente del delirio en los pacientes paranoides. El persecutor representa no sólo el objeto ambivalísticamente querido, sino también una proyección de aspectos del paciente mismo. Suele haber alguna base real para las proyecciones paranoides, aunque resulte fuertemente exagerada por el paciente. La tendencia de este a deformar la realidad se ve favorecida además por la sensibilidad particular del paciente a los motivos y sentimientos inconscientes de los demás. Sin embargo no puede distinguir los sentimientos inconscientes de aquellos de los propios.

Los delirios de persecución suelen reflejar los problemas sociales de preocupación de la cultura en la que el paciente reside.

Los sentimientos de gran talento artístico o inventivo o de ser uno un mesías son los que constituyen el sentimiento más corriente de los delirios de grandeza. El paciente podrá darse o no cuenta de que sus capacidades imaginarias no son apreciadas por el resto del mundo. La grandeza compensatoria ayuda a la proyección tanto en la defensa del ego contra el pleno significado del acceso a la conciencia de impulsos inaceptables, como la desviación de sentimientos de inadecuación.

-Erotoomía o delirio de ser amado.- Estas ideas delirantes ocurren con más frecuencia en pacientes femeninos. El sistema básico del delirio de grandeza se centra y fija en un individuo, por regla general un varón mayor. La paciente siente que dicho individuo se ha enamorado de ella y le está comunicando su amor a través de diversos signos y señales secretos.

-Delirio somático.- Estos pacientes presentan una forma de patología más severa que los designados como hipocondriacos. Sus preocupaciones se han fijado en una parte determinada de su cuerpo y han adquirido proporciones delirantes. La elección específica de síntomas tiene siempre significado psicodinámico.

-Delirio de celos.- Aunque todos los pacientes paranoides son excesivamente celosos, esto sólo puede considerarse como delirio cuando el paciente ha construido un sistema organizado.

ESCALA 7 (Pt) Psicastenia.

La puntualidad, la escurpulosidad, la pulcritud, el orden y el cumplimiento estricto de las obligaciones son rasgos de carácter de la personalidad obsesiva, estos pueden ser rasgos sumamente adaptativos, de gran valor social, aunque para el individuo obsesivo esta conducta no esta motivada por fuerzas maduras, sanas, constructivas, sino que proviene de un miedo subjetivo o un aplacamiento simbólico, para evitar el castigo de transgresiones de las que el paciente se da perfecta cuenta, aunque no lo haga el médico. Sus rasgos incluyen muchos opuestos y aparecen inclusive en la misma persona en el mismo momento. Las contradicciones aparentes desaparecen si recordamos que el origen de dichos rasgos tiene sus raíces en conflicto de desafío y obediencia, ira y miedo.

El obsesivo mira su reloj, en lugar de consultar sus sentimientos, para ver lo que va a hacer a continuación. Suele servirse del dinero y de su posición, más bien que del afecto, como fundamento de su seguridad emocional. El dinero llega a representar la fuente más íntima de estimación de sí mismo, y es tratado con el secreto y privilegio que otros reservan para detalles más íntimos de sus relaciones amorosas.

-Defensas derivadas de conflicto

El paciente obsesivo ha de mantener sus emociones contradictorias y de hecho, todas las emociones en general lo más secretas posibles, y aun secretas no solamente frente al terapeuta, sino también frente a sí mismo.

Esto conduce a uno de sus mecanismos de defensa más característicos: el aislamiento emocional, prefiere operar, en efecto, como si la emoción no existiera, y tratara de sentir con la mente.

La evitación de afectos tan dolorosos como el miedo y la ira es fácil de comprender, pero el obsesivo está más ansioso todavía de evitar el afecto, la cordialidad y el cariño. En su vida temprana, las emociones que normalmente acompañan la intimidad tuvieron lugar en el contexto de relaciones de dependencia. Por consiguiente, reacciona a sus emociones de afecto con sentimientos dependientes e impotentes, que estimulan temores de ridículo y rechazo posibles. Las experiencias placenteras se posponen, porque el placer es peligroso en sí mismo. El obsesivo es eficaz para planear la felicidad futura, pero no puede relajarse cuando llega el momento para disfrutarla. Su evitación del placer se basa en un sentimiento de culpabilidad inconsciente. Paga un elevado precio por evitar su miedo y su ira reduciendo al mínimo su contacto emocional con los demás. Vive una aguda vida secreta interior, que teme compartir con quien sea.

Incapaz de experimentar cariño y afecto, el obsesivo los substituye por respeto y seguridad. Esto conduce a un deseo de apego dependiente a otros, pero esta dependencia es percibida como una forma de sumisión y falta de adaptación. El obsesivo suele responder evitando la satisfacción de dependencia que anhela y, por consiguiente está con frecuencia deprimido. El paciente podrá no darse cuenta de su depresión, ya que la trata, juntamente con otras emociones, por vía de aislamiento.

ESCALA 8 (Es) Esquizofrenia

Según el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales algunos de los criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia son los siguientes:

Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. ideas delirantes
2. alucinaciones
3. lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada.

Este paciente padece trastornos en diversas áreas de la función psicológica. La dificultad más aparente puede comprender patrones de conducta y relaciones interpersonales manifiestos, procesos mentales subjetivos o inclusive regulación fisiológica (Mackinon, 1973).

Un paciente podrá presentar una gran variación en la sintomatología, tanto en un momento dado como en el curso de su vida. La enfermedad podrá estar tan circunscrita, que parezca una psicosis orgánica aguda, o podrá ser inseparable de la personalidad básica. Como un trastorno de carácter. Podrá recurrir con tanta regularidad, que se la pueda designar de "periódica". En cualquier momento, podrá haber una incongruencia llamativa en diversas áreas de las funciones del paciente. Fragmentos incongruentes de conducta pueden coexistir en una sola persona. Por ejemplo, un joven dedicará una atención meticulosa a su peinado, pero dejará de lavarse o de bañarse durante varios días.

Presenta un trastorno en la regulación y la expresión de sus afectos o sus emociones.

La experiencia emocional subjetiva del paciente podrá estar disminuida, aplanada, o embotada. Además, experimenta dificultad para expresar y comunicar las respuestas

emocionales de las que se da cuenta. Gradaciones más sutiles del tono sentimental se pierden, y la emocionalidad que emerge parece a menudo exagerada. Los sentimientos cordiales y positivos son esporádicos e inseguros. En alguna forma, el paciente los teme, como si su existencia independiente proseguida se viera amenazada por el hecho de sentir ternura por otra persona. Cuando aparece el afecto, este está dirigido a menudo hacia un objeto poco usual. Por regla general, el paciente esquizofrénico sentirá más libremente afecto por alguien con quien tenga poco contacto real, o a quien los demás consideran muy por debajo suyo en cuanto a posición social.

Este déficit afectivo conduce no sólo al extrañamiento con los demás, sino también a la incapacidad de gozar de la soledad resultante. El paciente es una persona solitaria y disgustada. La ausencia de placer caracteriza su vida entera, aunque raramente constituya la dolencia alegada. El esquizofrénico experimenta conflicto interior acerca de su misma existencia, y los placeres, inclusive menores, parecen estar fuera de su alcance. En contraste, el paciente neurótico conserva en la vida áreas de placer, y puede gozar intensamente en actividades que permanecen fuera de conflicto. La sensación de una actuación dramática resulta de la defensa del paciente en aislarse emocionalmente en respuesta a una situación turbadora. En esta forma, permanece distante tanto de sus propios sentimientos como de aquellos de los demás.

Las componentes físicas y orgánicas del afecto podrán adquirir importancia central. Por supuesto, estas componentes están presentes en todo el mundo, aunque se substraigan con frecuencia a la percepción consciente. El paciente esquizofrénico tendrá con frecuencia perfecta conciencia de ellas, pero negará su significado emocional y las explicará como respuesta a estímulos físicos; así, por ejemplo, un paciente ansioso atribuirá las gotas de sudor de su frente a la temperatura de la habitación.

Los sentimientos del paciente parecerán ser acaso inapropiados al contenido aparente de su pensamiento, o bien a la situación de la entrevista, o ambas cosas a la vez. Sin embargo, las respuestas emocionales son siempre apropiadas a la experiencia interior del paciente, aunque esta pueda permanecer oculta a los ojos del entrevistante.

Experimenta dificultad en organizar sus pensamientos según las normas usuales de la lógica y la realidad. Sus ideas emergen en una sucesión confusa y desconcertante. Todo aspecto concebible de organización es potencialmente deficiente. En cierto sentido, la confusión del paciente sirve como mecanismo inconsciente de defensa, obscureciendo el tema desagradable.

Estos defectos cognoscitivos producen otros efectos secundarios. La circunstancialidad y el carácter tangencial podrán enojar al oyente y podrán convertirse en vehículo para la expresión de hostilidad.

El margen de atención del esquizofrénico podrá estar reducido, y él experimentará dificultad en cuanto a desplazar el foco de sus pensamientos.

El esquizofrénico podrá experimentar también dificultad con el aspecto simbólico del lenguaje, dificultad que se manifiesta por su tendencia hacia un pensar inapropiado concreto o abstracto. No sólo están trastornadas las conexiones entre palabras, sino que las palabras mismas tienen un margen de significado distinto de aquel que es generalmente aceptado por

los demás. Interpretará con frecuencia las palabras en una forma extrañamente literal. Las funciones del lenguaje, que normalmente son autónomas se complican con sentimientos sexuales o agresivos. A las palabras aparentemente cotidianas se les atribuyen significados especiales. Además de esta dificultad en cuanto a organizar su pensamiento y en mantener un nivel apropiado de abstracción, el paciente esquizofrénico podrá acentuar rasgos oscuros, mientras ignora las cuestiones principales.

En sus formalizaciones conceptuales, es frecuente que tomen la parte por el todo, pasando de lo abstracto a lo estrictamente concreto o viceversa. Las metonimias, la aglutinación de ideas y mezcla de significaciones conducen a un pensamiento de peculiar simbología, que nos resulta absurdo e incomprensible. Esto corresponde al carácter específicamente paralogico del pensamiento esquizofrénico, que nos recuerda el pensamiento mágico-primitivo y el lenguaje onírico. En otras ocasiones, se pueden observar en el discurso del enfermo asociaciones inconexas que son fruto de silogismos incorrectos.

El delirio esquizofrénico se caracteriza fundamentalmente por arrancar de un estado de ánimo concretado por la pérdida de libertad. Este primer estado es denominado como "trema". Propone cinco formas de presentación clínica, pero en realidad cada una de ellas participa de todas las demás. Dichas formas de presentación son: a) conductas sin sentido; b) depresión inicial con matices de culpabilidad; c) factores reactivos; d) desconfianza, y e) humor delirante, que constituye la más clara expresión de esta vivencia de "estar atrapado en un mundo del que no se puede salir". La extrañeza de su propio cuerpo o de la situación en que está inmerso corresponde a la vivencia de despersonalización que presentan estos pacientes que muchas veces se prolonga más allá de estas fases iniciales del trastorno.

La auténtica vivencia delirante primaria que se impone a través de "nuevas significaciones" (las personas u objetos dejan de tener su sentido habitual y significan otra cosa) y se expresa con percepciones y representaciones delirantes, es denominada por Conrad "apofania". En primer lugar, se tratará de una apofania externa: "Las cosas ya no serán las mismas de antes; tendrán otro sentido en relación con el sujeto". Se refiere a apofania interna cuando ya no son los objetos externos que adquieren nuevas significaciones, sino que es el mismo pensamiento el que las posee sobre el mundo. Cuando el paciente tiene la sensación de que "todo gira en torno a si" habla de anastrophé, que es el tercer estadio, en el que el yo se manifiesta a si mismo y ocupa el punto medio del mundo, mientras que en la apofania se vivencia la alteración del mundo y de sus objetos en relación con el sujeto.

Fenómenos tan característicos de la esquizofrenia como la difusión y la sonorización del pensamiento, y el eco y el robo son característicos, de la fase apofánica interna. La inserción y el pensamiento impuesto o controlado junto a los descritos son síntomas que el paciente vive de una forma casi cenestopática, por lo que su ubicación taxonómica cabalga entre los trastornos del pensamiento y los de la sensopercepción.

Conrad describe la fase "apocalíptica", que se manifiesta clínicamente por la desorganización del pensamiento, desintegración del lenguaje, alucinaciones auditivas y, en general, contenidos delirantes que dada su desestructuración se compara con producciones oníricas.

La plasticidad de los delirios esquizofrénicos puede verse modificada por factores ambientales y culturales. La tecnificación y sofisticación de la sociedad provocan que los delirios de control y autorreferenciales se enriquezcan con estos temas y películas como el exorcista provocasen delirios de posesión diabólica, tema no especialmente frecuente en la esquizofrenia.

Presenta trastornos Sensoperceptivos que son alteraciones de la conciencia de la realidad del mundo que les rodea.

Presenta alucinaciones psíquicas auditivas que toman la forma de voces que critican e injurian al paciente o incluso lo amenazan. Cuando estas voces ordenan determinados actos, se denominan "fonemas imperativos". Serán fonemas dialogados si el paciente entabla conversación con las voces. No siempre adoptan la forma de voz, sino que en ocasiones el paciente las refiere como gritos, aullidos o murmullos ininteligibles. Con frecuencia en la exploración clínica, el enfermo habla de que provienen del interior de su cabeza, además de tener, en parte, el matiz de oírlas dentro de su cabeza, no gozan de las características de claridad, nitidez y pertenencia absoluta al espacio exterior. En delirios de temática místico-religiosa o de temática sexual, se producen alucinaciones auditivas que el paciente puede vivir en forma agradable, ya que abundan contenidos proféticos y de grandeza que se incorporan dando mayor consistencia interna al propio delirio. Lo mismo ocurre con la sonorización y con el eco del pensamiento.

El paciente esquizofrénico dedica una gran parte de su tiempo a fantasías que tienen poco significado para el mundo exterior. Podrán ser extravagantes o auténticas, pero poseen significado para el paciente. Para el esquizofrénico, lo mismo que para cualquier otra persona, las fantasías representan un retraimiento respecto a la realidad y un intento de resolver problemas construyéndose uno un mundo privado. Y él no está seguro de donde termina la fantasía y, en ocasiones su conducta manifiesta sólo puede comprenderse en términos de su realidad interna.

Cuando la apreciación de la realidad está intacta dichos pensamientos están limitados a su vida mental, pero, si el paciente es incapaz de diferenciar entre fantasía y realidad, aquella se convierte en la base de una idea delirante. A menudo estas ideas son de carácter religioso o filosófico, ya que las luchas del paciente con el carácter de su propia existencia se generalizan en cuestiones acerca del significado del universo. La religiosidad es un síntoma corriente, y los pacientes esquizofrénicos se han orientado con frecuencia hacia estudios de las religiones orientales o hacia la filosofía existencial, antes de buscar más directamente la terapéutica.

Carece típicamente de iniciativa y motivación: está aburrido, desganoado y es apático. No se preocupa por lo que ocurre y no tiene interés en hacer algo, temiendo que cualquier actividad pueda ponerlo de manifiesto como inapropiado y ridículo. Al igual que la ausencia aparente de afecto, la ausencia aparente de motivación puede servir como medio de evitar molestias. Conduce a menudo a frustración y desconfianza en los demás, aumentando así el aislamiento del paciente.

El esquizofrénico insistirá en la falta de percepción de impulsos internos, inclusive en las áreas más elementales de la conducta. Menciona Mackinon 1973 un ejemplo en donde un joven

con anorexia nerviosa dejó de comer durante varias semanas, pero pretendía no tener hambre. Más adelante, al mejorar, preguntaba cuántas veces se suponía que había de tener sed y cuántas veces había de beber agua del refrigerador. Mediante este mecanismo, el paciente negaba la responsabilidad de sus deseos, pero, al mismo tiempo, estaba en condiciones de satisfacer sus necesidades mínimas. En casos extremos, el paciente seguirá ciegamente el consejo del médico, sin consideración de lo que es mejor para él, negando al propio tiempo su relación verdadera con el médico como persona separada.

La conducta del paciente esquizofrénico es a menudo desorganizada e inapropiada. Persigue objetivos que son ajenos, incongruentes u obviamente inadaptados. Esta conducta caótica podrá ofrecer datos valiosos acerca de sus sentimientos y motivos contradictorios.

Experimenta dificultad en relacionarse con otros. Tiene pocos amigos y no confía en la gente. Aunque algunas veces sea capaz de empatía y sensibilidad poco corrientes para con los demás, podrá permanecer indiferente, con todo, frente a las emociones más fuertes. Sus conocidos propenden a responder evitándolo, con lo que aumenta su aislamiento y soledad. Cuando desarrolla una amistad, esto tiene lugar a menudo con alguien que es solitario, o que explota al paciente a cambio de su compañía.

Este patrón alterado de acción recíproca social se experimento primero en las relaciones del paciente con su familia. La confianza, la simpatía y la capacidad de relacionarse con los demás se desarrollan en los años primeros del niño. Los estudios de las familias de los pacientes esquizofrénicos revelan una alta frecuencia de psicopatología parental y desórdenes sutiles de comunicación. El niño que se crea en este medio ambiente no desarrolla las habilidades que son necesarias para la adaptación social eficaz. No siente que pueda fiarse en su comprensión de cómo piensan o cómo sienten los demás, y desconfía inclusive de la percepción de sus procesos mentales. Aprende a protegerse manteniendo una distancia emocional y prefiriendo su propio mundo autístico a las experiencias compartidas en el mundo de los demás. Este paciente podrá estar tan sediento de afecto y contacto emocional que antes que retraerse de las relaciones personales, ignorará los peligros más obvios y suspenderá su juicio crítico en busca de aquellas experiencias.

Tiene reacciones emocionales para con los demás, que son simultáneas y contradictorias. Sin duda, se encuentra ambivalencia en todas las relaciones humanas importantes, pero la mayoría de las personas logran mantener el lado menos aceptable de sus sentimientos fuera de su conciencia. Las experiencias familiares tempranas del esquizofrénico, en cambio, estimulan una ira tan intensa y proporcionan unos controles tan inapropiados, que la represión resulta imposible. La ambivalencia consciente del esquizofrénico se extiende a todas sus relaciones y contribuye a su conducta errática e inconsciente en sus contactos con los demás.

La desconfianza, el miedo de intimidación, la ambivalencia y la dependencia adherente del esquizofrénico influyen todos ellos en sus contactos humanos.

Emplea patrones de conducta basados en técnicas que lo han protegido en el medio ambiente familiar.

Los síntomas secundarios tales como alucinaciones, ilusiones, ideas delirantes y conducta extravagante son los derivados espectaculares de trastornos primarios en el pensamiento y

el sentimiento. Las respuestas anticipadas de otros individuos impedirían a las personas normales exhibir semejante conducta extravagante. El paciente esquizofrénico, en cambio, no está afectado en esta forma, aunque se dé cuenta de las reacciones de los demás. Su patología fundamental no sólo proporciona el material para el desarrollo de síntomas secundarios, sino que destruye también el mecanismo que normalmente los comprobaría e inhibiría.

Sus síntomas representan intentos de adaptarse al déficit primario del paciente, de defenderle contra la ansiedad, de reparar el daño psicológico causado por su enfermedad y de ayudarlo a restablecer el contacto con el mundo real. Por ejemplo, las alucinaciones brindan una oportunidad de externalizar los conflictos interiores, proporcionando al propio tiempo al individuo un sentido de importancia y satisfacción narcisística y protegiéndolo de la soledad. Un síntoma extravagante, al igual que cualquier otro, es un intento inapropiado de resolver un conflicto acerca de la expresión de un impulso, proporcionando al propio tiempo satisfacción parcial, con una inhibición resultante del funcionamiento sano. El síntoma puede utilizarse como medida de la psicopatología del paciente, pero constituye una conducta significativa y comunicativa que brinda la comprensión potencial de sus pensamientos y sentimientos.

Experimenta tanto deseo como temor de fundirse en una unión simbiótica con otra gente. Inicialmente, esto provenía de su intento de mantener una relación con su madre, pero se extiende luego a otros individuos de su vida y al entrevistante.

Las dificultades del paciente esquizofrénico en cuanto a distinguirse él mismo de los demás contribuyen a un sentido defectivo del yo. Esto se complica frecuentemente con distorsiones de la imagen física, basadas en la percepción de la actitud poco usual de sus padres para con su cuerpo. El individuo normal construye un sentido de identidad personal integrando la percepción y el concepto de su cuerpo, su conciencia de pensamientos y sentimientos, y los valores y objetivos que ha absorbido de su familia y la sociedad. Si algunos de estos componentes faltan o son inconscientes con los demás, la capacidad sintética de su ego le permite resolver la discrepancia y crear una imagen viable de sí mismo. El esquizofrénico, en cambio, tiene defectos de cada uno de dichos componentes y, además le falta la capacidad integradora necesaria para la tarea de la síntesis. Por consiguiente, no consigue establecer un sentido normal de identidad personal. Con frecuencia, tomará prestada una identidad de otro.

Tiene necesidades de dependencias aumentadas y una capacidad disminuida para satisfacerlas. Su psicopatología reduce sus habilidades de adaptación. La confianza en sí mismo y la apreciación de su capacidad para ir adelante en el mundo están también afectadas, y él se ve inclusive como menos capaz de enfrentarse a la realidad de lo que es en verdad.

Este paciente abriga sentimientos hostiles y de enojo que él percibe como abrumadores. Estos sentimientos se relacionan con su conflicto acerca de la simbiosis y la individualización.

Está ansioso, temiendo que sus sentimientos hostiles salgan a la superficie y se le permita destruir a otros. Se siente inadecuado e impotente, compensa esto demostrando su dominio sobre otros y tratando de exagerar su poder.

Aunque Los pacientes esquizofrénicos tengan algunas características especiales, sus problemas y conflictos son los mismos que los de los individuos neuróticos o normales: esperanzas y temores acerca de la familia, el trabajo, el sexo, la edad, la enfermedad, etc. Es

un individuo con una forma poco usual de pensar, sentir y hablar acerca de los mismos temas de los que todos nosotros hablamos, sentimos y pensamos.

La defensa más corriente que se encuentra en la entrevista con este paciente es la que implica su uso inconsciente de la desorganización. Su estilo poco usual de pensamiento adopta con frecuencia significado defensivo. Esta desorganización pone el interés del entrevistante a prueba y sirve para impedir la comunicación eficaz. Aunque sea posible comprender el contenido de la comunicación del paciente desorganizado, es importante considerar el proceso mismo de la desorganización y su efecto sobre la relación en vías de desarrollo entre el entrevistante y el paciente.

Siente una gran necesidad de intimidad y reserva. Esto proviene de su dificultad por establecer una identidad individual y en distinguir la imagen de sí misma de las imágenes de otros miembros de su familia. En esta búsqueda de intimidad, el esquizofrénico tiende a retraerse de la socialización normal.

Se repliega sobre sí mismo y se aísla de la realidad objetiva para vivir en un mundo de representaciones fantásticas.

El mundo autista es para los pacientes tan real como la realidad y puede serlo incluso más que el mundo exterior. El autismo debe considerarse algo más que una ruptura con la realidad y un rechazo de ella o un grado máximo de introversión. Este algo más presupone la culminación del "ser" esquizofrénico, a través del contenido simbólico que intenta superar el síndrome disociativo y se constituye en un mundo particular autístico. Este hecho muestra su diferencia con el individuo confuso o el melancólico (que no son autistas), ya que no forman su propio mundo; con otros criterios y otros sistemas de valores, luchan o se adaptan a su mundo habitual.

Dos características esenciales del mundo autista. La primera de ellas es que resulta un mundo cerrado e impenetrable. Sus propias normas y leyes internas (a menudo ligadas al pensamiento mágico) lo convierten en un universo inasequible, que, cuanto más compacto y rico es, más alejado está de nosotros. La segunda característica incide en el campo de las relaciones interpersonales. El mundo autista impide estas relaciones por la pérdida del contacto con la realidad. Los sentimientos habituales en las relaciones humanas (amor, odio, etc.) son transformados en fuerzas psíquicas desprovistas de vida. En lenguaje psicodinámico hablaríamos de un retorno al establecimiento de relaciones objetales de la libido.

El mundo autístico es la expresión de una necesidad de destrucción del sistema de la realidad, especialmente de las relaciones interhumanas.

A partir de los trabajos de Fromm-Reichmann, en los que se acuña el término de "madre esquizofrenógena" (agresiva, dominante, pero insegura, etc.) Lidz distingue dos tipos de familias del esquizofrénico según sea el sexo de éste. En el caso de que el enfermo sea varón, los padres tienden a mantener unas relaciones entre sí, en las que se aceptan e incluso se apoyan, por parte de un miembro (generalmente la madre), graves trastornos conductuales e ideatorios del otro cónyuge. En el caso de que la paciente sea una esquizofrénica, uno de los padres manifiesta actitudes hostiles y de rechazo hacia el otro, minando soterradamente el afecto de la hija hacia éste. En otras palabras, para Lidz la esquizofrenia sería esencialmente

un estilo de vida adoptada por el paciente para escapar de los conflictos irresolubles (dada su irracionalidad) a los que le somete la familia.

Wynne y Singer proponen que el flujo de la comunicación interfamiliar es disruptivo por la idiosincrasia de cada miembro que participa en ella. Estas peculiaridades producen el desarrollo de una comunicación verbal única en esta familia y no necesariamente comprensible para cualquier persona ajena a ella. El problema aparece cuando el niño tiene que relacionarse con otros estilos comunicativos.

El grupo de Palo Alto sugiere que los esquizofrénicos no han aprendido a discriminar de forma apropiada entre varios modelos de comunicación. Esta dificultad estaría ligada al uso de mensajes de doble vinculo serían: a) el individuo participa en una relación bastante intensa (que le impide huir), es decir, le resulta absolutamente importante distinguir con precisión el tipo de mensaje que le están comunicando a fin de responder de forma adecuada; b) el individuo se siente atrapado en una situación en la que otra persona que participa en la relación expresa dos tipos de mensajes contradictorios, en los que uno niega el otro, y c) el individuo se ve incapaz de hacer comentarios acerca de los mensajes que se están expresando, con el fin de saber a cuál de ellos debe responder; no puede realizar una formulación metacomunicativa.

ESCALA 9 (Ma) Manía:

Según el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales algunos de los criterios para el diagnóstico de Manía son los siguientes:

1. autoestima exagerada o grandiosidad
2. disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
3. verborreico
4. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
5. distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
6. aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora
7. implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

Se caracteriza por una excesiva actividad física y sentimientos de euforia extremos que son muy desproporcionados en relación a cualquier acontecimiento positivo.

Los síntomas maníacos se desarrollan típicamente de forma rápida en pocos días.

En las fases precoces (leves) de la manía, la persona se siente mejor que habitualmente y a menudo aparece más alegre, rejuvenecida y con más energías.

Una persona maníaca está generalmente eufórica, pero también puede estar irritable, reservada o francamente hostil. Generalmente cree que se encuentra muy bien. La actividad mental se acelera (fuga de ideas). La persona se distrae fácilmente y constantemente cambia de tema o intenta abordar otro nuevo. Disminuye su necesidad de sueño. Una persona maníaca se implica en varias actividades de forma inagotable, excesiva e impulsiva.

La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

La manía se comprende mejor como una defensa contra la depresión. Es el producto de la negativa y la inversión del afecto. Este paciente se centra en las debilidades de los demás para evitar pensar en las propias (Mackinon, 1973).

ESCALA 0 (Is) Introversión Social:

Esta escala fue diseñada para saber que tan introvertido o extravertido es el sujeto.

Una puntuación alta indica introversión y en este caso la persona se enfoca más hacia sus pensamientos y sentimientos interiores, es tímido y con tendencia a apartarse de contactos sociales, inclinación a la meditación y a filosofar.

En el introvertido es decisivo el mundo subjetivo, regido por principios absolutos, rígido e inflexible, delicadeza en los sentimientos, inclinado al análisis de sí mismo y la autocrítica, compensación en la fantasía. (Jung, 19 CP. Allport, p. 501)

Los introvertidos no necesitan a los demás para estar contentos, tratan de entender las situaciones con más interés y son más reflexivos.

Eysenck en su obra Readings 1971 describe las características o rasgos de la siguiente manera:

Son persistentes, rígidos, subjetivos, irritables, tímidos, tranquilos, retraídos, introspectivos, le gustan más los libros que las personas, se muestra reservado y distante, excepto con sus amigos íntimos, tiende a ser previsor, a desconfiar de los impulsos del momento; no le gustan las sensaciones fuertes, toma en serio las cosas cotidianas y prefiere llevar una vida ordenada; controla estrechamente sus sentimientos, raramente se conduce de una manera agresiva y no se coleriza fácilmente, es un poco pesimista, concede gran valor a los criterios éticos y es una persona en la que se puede confiar.

El introvertido evita la gente en masa y contactos espontáneos con personas desconocidas, así como la espontaneidad de sí mismo, ya que posee una fuerte autocrítica.

Una puntuación baja indica extroversión, en este caso el interés en general de la persona estará dirigido hacia afuera de sí mismo, domina la realidad exterior y social. Está

directamente orientado a la realidad objetiva, regido por lo práctico y necesario, se adapta fácilmente a situaciones nuevas, la vida afectiva no está finamente moldeada, presenta débil autocrítica, acción directa, compensación real.

El extravertido típico es sociable, le gustan las reuniones, tiene muchos amigos, necesita de personas con quien charlar y no le gusta trabajar solo; busca emociones fuertes, se arriesga, hace proyectos y generalmente es un individuo impulsivo, despreocupado, poco exigente, optimista, prefiere el movimiento y la acción; tiende a ser agresivo, no posee un gran control sobre sus sentimientos (Eysenck, 1971).

Por su naturaleza sociable y dependiente del grupo evitará situaciones de aislamiento, que comporten silencio o soledad, o contacto personas frías y distantes.

Dada la naturaleza de la personalidad de los sujetos tanto introvertidos como extravertidos, van a evitar los contextos situaciones y circunstancias que vayan en contra del gradiente de su personalidad.

En el capítulo anterior se habló de que el trastorno psiquiátrico es el factor más implicado en el fenómeno del suicidio, pero se pretende conocer cuál de las escalas clínicas (o grupo de características) son las que más se relacionan con el suicidio y si es que hay relación.

CAPITULO III

SUICIDIO Y PERSONALIDAD

Decía Georg Siegmund (1903) que es opinión común que el hombre normal no se suicida y que quien lo hace padece alguna anormalidad.

Es verdad que algunos psicóticos son propensos al suicidio, sobre todo en las formas depresivas y en las fases de la melancolía circular.

Ringel (Viena) sostiene que los psicóticos sólo representan un 14 % de los suicidas totales; Laubenthal, repasando su material clínico admite hasta un 18%. Puede defenderse, según todas las estadísticas médicas, que el número de suicidas psicóticos es menor que el que podría suponer la opinión popular y las estadísticas oficiales. Por tanto, alrededor de las cuatro quintas partes de los suicidios no proceden de causas psicóticas.

No quiere decir esto que las cuatro quintas partes de suicidas sean normales.

No hay duda de que muchos hombres se suicidan sin ser enfermos mentales o sin haber dado jamás muestras de su psicopatía.

Si ocasionalmente se ha afirmado que ningún suicida es completamente normal, esta afirmación encierra cierta verdad; podría inquirirse si existe el hombre completamente normal.

Si se repasan algunos casos, llama la atención la banalidad de los argumentos y la facilidad con que decidieron suicidarse. Una situación penosa o difícil que no se ha dominado, la emotividad que sobrepujó a la razón. Después ellos mismos consideran el intento como una majadería que llamó la atención innecesariamente y que en el mejor de los casos se olvida inmediatamente.

No se trata de simas y abismos trágicos en la vida psíquica, sino de deficiencias. El intento de suicidio no significa, en la mayoría de los casos plenitud de posibilidades humanas, sino carencia de ellas. Obedece, en lo más íntimo, a un encogimiento rayando en lo patológico de la capacidad de acomodación a las necesidades reales y realizables de la vida, y a las posibilidades limitadas de estructuración en las relaciones sociales.

No se trata como cree erróneamente Freudell (1952) de un encogimiento patológico en la emotividad del momento presente, sino de la pérdida natural de una dimensión psíquica profunda, en la que se admira la propia existencia como un valor absoluto y en la que se maquinan defensas contra los asaltos de la afectividad.

Según este autor la sugestibilidad de muchos individuos prueba que no están preparados para los cortos circuitos emotivos; que son sorprendidos por su afectividad, la cual puede inducirles a hacer cosas de las que se arrepienten luego amargamente.

La situación en la que se verifica el suicidio no tiene nada de normal. Se trata, en la mayoría de los casos de situaciones extremas inevitables en la vida humana. Son situaciones sin salida, desesperantes; representan casi siempre el fin de una evolución que acaba en la neurosis.

Para él la sublevación de la emotividad en lo más profundo del alma puede significar un esfuerzo supremo por apartar la contrariedad, hasta el punto de quitarse la vida. El individuo autónomo y dueño de sí mismo, en tales circunstancias, hará uso del supuesto derecho a terminar con su vida. La persona religiosa, por el contrario, resistirá esta asecha, en la persuasión de que la contrariedad es enviada también por Dios.

GRUPOS PSICOTICOS DE RIESGO SUICIDA

Aunque se mencionó anteriormente que no todas las personas propensas a cometer suicidio son psicóticas, es importante saber que los pacientes psiquiátricos también forman un grupo de elevado riesgo en relación a la mortalidad y a la morbilidad por suicidio.

Dentro de una comunidad, el hospital psiquiátrico suele verse como el último recurso para el tratamiento de una persona que ha llegado a estar tan emocionalmente trastornada que ya no puede ejercer un juicio o control apropiados para no lastimarse a sí misma; y el hospital asume por lo menos, la responsabilidad de cuidar la seguridad física y el bienestar del paciente con tendencias suicidas. Además, uno de los mayores problemas a los que se enfrenta el personal del hospital psiquiátrico es valorar el posible comportamiento suicida de cualquier paciente que se encuentre en la institución (Farberow, 1969).

De acuerdo a Vidal y Alarcón (2000), luego de los trastornos del estado de ánimo, los trastornos fronterizos y las psicopatías, las esquizofrenias son la población psiquiátrica de mayor riesgo suicida.

En una investigación que realizó Blanca Sarró (1991) se observó que el riesgo de suicidio es especialmente elevado en los pacientes con diagnóstico de depresión, esquizofrenia y alcoholismo, pero que los actos de suicidio pueden ocurrir en general en la mayoría de los pacientes psiquiátricos. Describe los trastornos psiquiátricos con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad suicida que mostró su investigación.

DEPRESION Y SUICIDIO

Dentro del grupo de los psicóticos los trastornos del ánimo son los diagnósticos que suelen asociarse con el suicidio.

Todo estado depresivo puede conducir a la idea o al acto suicida, pero no todo suicidio es el resultado de una depresión. Se acepta que la mortalidad en los subtipos de depresión es más alta en la depresión mayor con sintomatología psicótica y que hay más morbilidad en los trastornos distímicos, y no hay unanimidad en cuáles son los síntomas clínicos que representan más riesgo, pero se han descrito algunos como ansiedad, insomnio, desesperanza, dificultad de concentración, ideas de minusvalía, incapacidad, sentimientos de culpa, persistencia en idea suicida (Sarró, 1991).

El aislamiento incrementa las tendencias suicidas en los pacientes deprimidos.

El paciente depresivo da numerosos avisos de su ideación suicida y en este grupo de pacientes quizás podría evitarse el suicidio si se identifica correctamente el diagnóstico de depresión y se realiza una terapéutica farmacológica adecuada.

ESQUIZOFRENIA Y SUICIDIO

La Esquizofrenia posee diversas manifestaciones clínicas: síntomas psicóticos negativos, cognoscitivos y síntomas afectivos como la disforia, las ideas y conductas suicidas, la desesperanza y la depresión; síntomas que indudablemente alteran la función social y ocupacional de los pacientes dificultando sus relaciones interpersonales disminuyendo su calidad de vida.

Estos pacientes presentan altos niveles de fragmentación social, deprivación económica y ruptura familiar. Es por esto que los esquizofrénicos con un buen funcionamiento premórbido y que luego de una recaída mejoran, adquieren cierta conciencia de enfermedad y pueden darse cuenta hasta cierto punto de los efectos devastadores de su enfermedad y ver el suicidio como una alternativa razonable ante el temor a una nueva internación. Es decir ante una visión negativa de su futuro y dificultándose su reinserción en la sociedad se suicidan o lo intentan después del alta en el hospital.

Los neurolépticos, como el haloperidol y las fenotiacinas, producen síntomas similares a la depresión, al intensificar el déficit dopaminérgico a nivel de la corteza prefrontal y producir síntomas extrapiramidales, que como se comentó anteriormente limitan la actividad diaria y las relaciones interpersonales, disminuyen la autoestima y menguan la calidad de vida del paciente (Cisneros, 2005).

Kaplan y Sadock (1999) destacan como factores de riesgo suicida en pacientes con este diagnóstico: ser joven, sexo masculino, soltero, intento previo de suicidio, tener cierta conciencia de enfermedad, vulnerabilidad a la depresión y alta reciente del hospital. El riesgo aumenta aun más con la acatisia y la interrupción brusca de los neurolépticos.

El número de recaídas, una mala respuesta a la medicación y una prolongación de los internamientos también son factores que aumentan el riesgo de suicidio en estos pacientes.

Henri Ey (1960) sostiene que es en la forma de comienzo monosintomática de la esquizofrenia donde se dan con más frecuencia episodios impulsivos (fundamentalmente de asesinato pero también de suicidio o de autocastración). En cuanto a las formas clínicas, es en la Hebefrenocatatonía donde hay más riesgo de suicidio. En los momentos de estupor o agitación, los pacientes presentan brotes de impulsividad que pueden terminar en el suicidio o el asesinato.

La esquizofrenia presenta ansiedad e inhibición depresiva que puede llegar a la inmovilidad. El paciente puede cometer brutales intentos de suicidio como: golpearse la cabeza contra la pared, tirarse contra el piso, infligirse mutilaciones o tratar de ahogarse con la almohada, ponerse el pelo o puño en la boca para no poder respirar o rechazar la comida (Azpiroz, 2006).

En los últimos trabajos se valora que el riesgo de mortalidad suicida en los esquizofrénicos es 20-70 veces superior al de la población general. Como factores de riesgo suicida en este grupo, destacan los antecedentes de tentativas de suicidio, la presencia de un síndrome depresivo, predominio de sintomatología psicótica negativa, gravedad de la descompensación psíquica y las recaídas frecuentes. Se ha mencionado un mayor riesgo si hay alucinaciones auditivas que ordenan el acto suicida o si hay ideas delirantes paranoides de contenido persecutorio. La existencia de acontecimientos vitales negativos y el aislamiento social contribuyen de manera importante a aumentar el riesgo suicida, sobre todo si están asociados a dificultades socioeconómicas crónicas (Sarró, 1991).

Kaplan y Sadock (1999) sostienen que debido a que los clínicos asocian más los riesgos suicidas con los trastornos del estado de ánimo que con otros trastornos psicóticos tienden a dejar de lado su estudio en los pacientes esquizofrénicos. Además, ocurre frecuentemente que la depresión en el paciente esquizofrénico se diagnostica a veces erróneamente como aplanamiento afectivo (confundiéndose con los síntomas negativos de la propia enfermedad). Otros síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios, desorganizaciones del comportamiento) son más exuberantes, lo que puede provocar que los elementos depresivos pasen desapercibidos. El aplanamiento afectivo parecería encubrir el espectro de lo depresivo.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y SUICIDIO

Una elevada proporción de los suicidas tiene dificultades o trastornos de personalidad. El tener un trastorno de personalidad puede determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores, como los trastornos depresivos o el alcoholismo; conduciendo a problemas en las relaciones personales y en el ajuste social; precipitando acontecimientos vitales indeseables; deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental y creando conflictos con los que le rodean, incluidos los familiares, los médicos y el personal hospitalario.

Casi el 20% de los pacientes con un trastorno de crisis de ansiedad y fobia social hacen intentos de suicidio infructuoso. Si se asocia con depresión, aumenta el riesgo de que el intento sea un suicidio consumado (Solomon y Arnon, 1979).

En algunos casos de trastornos neuróticos se interpreta el acto suicida, como una expresión manipulativa o una demanda de atención de sus conflictos intra e interpersonales, dado que sus estructuras básicas de personalidad presentan rasgos de inmadurez, inestabilidad, impulsividad, disforia y escasa o nula tolerancia a la frustración, lo cual los hace más vulnerables. En su revisión sobre suicidio, neurosis y trastornos de personalidad. Seager

(1986) concluye que la tasa de suicidio consumado entre estos pacientes es 20 veces superior a la de la población general, este autor se plantea si el suicidio en estos subgrupos es una respuesta depresiva frente a los acontecimientos vitales estresantes, o una consecuencia de la propia vulnerabilidad personal, que se expresa con síntomas neuróticos o con conductas psicopáticas, o con abuso de sustancias (Sarró, 1991).

DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y SUICIDIO

Hasta el 15% de los suicidas son alcohólicos. Alrededor del 80% de los alcohólicos suicidas son hombres, lo que refleja la proporción del sexo en el alcoholismo. Esto quiere decir que son un grupo de riesgo. Las características de estas personas que se suicidan son similares a las personas suicidas no alcohólicas, predominando el ser varones, de edad media, solteros, con antecedentes de tentativas previas, constando una hospitalización durante el año anterior y con acontecimientos vitales adversos, y sobre todo, (Murphy, 1986) destaca la de la pérdida muy reciente de una persona significativa. Como en otros subgrupos de riesgo suicida, algunos suicidios de éste podrían ser prevenidos. (Robins, 1959) obtuvieron que un 77% de ellos habían comunicado sus ideas de muerte.

Las características sociodemográficas señalan que este grupo ha iniciado la ingesta alcohólica precozmente, aumenta la ingesta de alcohol diariamente, es más frecuente un antecedente familiar de alcoholismo y presenta, además, otros diagnósticos psiquiátricos, sobre todo de trastorno depresivo mayor, trastorno antisocial de la personalidad y abuso de otras sustancias.

El alcoholismo puede facilitar la conducta suicida o puede ser una forma de conducta suicida crónica. El suicidio y el alcoholismo pueden estar motivados por causas similares. También se ha valorado que los actos de suicidio pueden realizarse bajo la influencia de la intoxicación alcohólica, que facilita el impulso suicida, o al final de un largo proceso alcohólico asociado a sentimientos de culpa y desesperanza.

En estudios realizados en diversos países se ha encontrado un aumento del riesgo de suicidio entre quienes consumen sustancias en exceso. La disponibilidad de una cantidad de sustancia letal, el consumo de drogas intravenoso, la asociación con trastorno de personalidad antisocial, una vida caótica y la impulsividad son algunos de los factores que predisponen a los adictos a la conducta suicida, especialmente cuando están disfóricos, deprimidos o intoxicados.

Solomon y Arnon (1979) apuntan una tasa de suicidios en adictos a los narcóticos de 20 o 30 veces superior a la de la población general.

ENFERMEDADES ORGANICAS Y SUICIDIO

Es frecuente la creencia de que los actos suicidas están relacionados con una enfermedad orgánica, dolorosa o terminal. Whitlock (1986), en su revisión sobre este tema, concluye que son pocos los suicidios desencadenados por esta causa, a no ser que vayan unidos a un trastorno depresivo, pero ello no invalida el dato de que un número significativo de personas que se suicidan padezcan una o más enfermedades físicas, a menudo crónicas, y que en las personas de edad la presencia de un trastorno orgánico doloroso y/o que representa un grado elevado de invalidez, sea, al menos, un factor determinante para buscar la propia muerte (Zendejas, 2006).

Se observa un riesgo de suicidio superior al esperado en las enfermedades del sistema nervioso central, las neoplasias malignas y en los trastornos gastrointestinales, urogenitales y del aparato locomotor. Sin duda, algunas enfermedades físicas preceden o favorecen el realizar actos suicidas, pero la asociación es compleja y muchas veces contradictoria, por lo que no es difícil llegar a la conclusión de que sean las distintas enfermedades por se factores precipitantes de la depresión y el suicidio.

Mauri (1988), en su revisión sobre la conducta suicida en enfermos somáticos, indican que es más frecuente en los varones, aumentando la incidencia con la edad, especialmente a partir de los 50 años, y el riesgo es mayor si el individuo es viudo o separado, si se encuentra en situación de desempleo o jubilación y si vive en un medio rural. También enumeran, entre otros factores precipitantes, el dolor, la invalidez, la cronicidad, el descubrir un pronóstico nefasto, el miedo a la muerte o a una agonía prolongada, la falta de apoyo emocional por parte de la familia, del personal del hospital o de la comunidad, y el ingreso en un centro sanitario. Se debe tener en cuenta que la vulnerabilidad suicida que se asocia con las enfermedades físicas, casi siempre es por una reacción depresiva ante el trastorno somático.

La prevalencia de la depresión y la ideación suicida en los enfermos terminales es un aspecto importante en la investigación actual, en que las asociaciones pro eutanasia proponen el suicidio como una alternativa racional en estos pacientes.

TRASTORNO OBSESIVO Y SUICIDIO

Decía Georg Siegmund (1903) que lo típico del síntoma obsesivo consiste en que los incentivos al suicidio brotan de un poder anónimo y amenazan al yo. El yo consciente no se confunde en ningún caso con los pensamientos suicidas, por el contrario, es refractario a él. No hay inclinación personal al suicidio, como se descubre en el caso de ciertos pesimistas que juegan con el pensamiento del suicidio como un objeto halagador.

En muchos de los casos los suicidas con síntomas obsesivos no son atraídos por el suicidio como muchos otros enfermos, a quienes sus allegados han de impedir la ejecución real; pero el pensamiento suicida puede seducirles como intento, como fascinación. Los impulsos de esta índole pueden provenir del ello; es algo análogo al instinto natural de autoconservación, con la diferencia de que se orienta sorprendentemente a lo opuesto a la vida.

El famoso novelista ruso Tolstoi vivió esta experiencia y nos habla de ella en su obra autobiográfica "Mis confesiones" menciona que en la cumbre de sus días fue inquietado con la aparición de una obsesión psíquica íntimamente ligada con el problema fundamental del sentido de vida. Una fuerza irresistible lo impulsaba a quitarse la vida, fuese como fuese. Esa fuerza era más fuerte que su misma voluntad. "Deseaba con toda mi alma alejarme de la vida".

Tolstoi sentía ese impulso obsesivo como algo extraño a él mismo, como algo irracional y absurdo que quería sacudir de sí. Esos impulsos no se dejaban ahuyentar, sino que se hacían fuertes e irresistibles.

Si Tolstoi no se suicidó fue porque secretamente creía en la posibilidad y realidad del sentido de la existencia. Buscó la luz en todas las ciencias, en la filosofía y en las creencias religiosas de los pueblos. Y como lo menciona Georg Siegmund el mero hecho de buscar indica que aún no se ha perdido la fe, que aún se ven posibilidades, ya que sólo puede iniciarse una búsqueda en la hipótesis de que existe. Y parece que esta fe inextirpable en el sentido de la vida fue lo que mantuvo a Tolstoi y le impidió terminar con su vida.

Norman L. Farberow (1958) Como parte de un proyecto de investigación sobre suicidio realizó un estudio sobre personas que se habían suicidado mientras se encontraban internadas en algún hospital psiquiátrico. Los pacientes pertenecían a 37 hospitales diferentes de todos los Estados Unidos, y la investigación se realizó de 1955 a 1958. Se encontraron con que el mayor número de los suicidios consumados en dichos hospitales (en proporción altísima) correspondió a pacientes diagnosticados como esquizofrénicos. Y el panorama de los resultados fue así: Los pacientes esquizofrénicos internados en hospitales psiquiátricos, y que se suicidaron, fueron en su mayoría personas que sufrían tensión grave. La mayoría (más del 70%) tenía antecedentes de intentos previos de suicidio o de ideas suicidas. En condiciones de "stress" estas personas se mostraban muy tensas, inquietas e impulsivas. Solicitaban o exigían que se hiciera algo para aliviar sus tensiones, aunque lo que querían, o la manera como lo pedían, era variable, dependiendo de las características individuales. Parecían impelidos a encontrar cierto tipo de alivio, inclusive haciendo algo ellos mismos, si su tensión no disminuía. (entre el grupo de suicidas esquizofrénicos, el suicidio ocurrió en casi todos los casos cuando parecía haber indicios de mejoramiento en la organización y control en el paciente. Menciona Farberow que los datos obtenidos de esta investigación indican que casi en todos los casos estudiados, el suicidio fue un acto en cierto modo organizado y planeado por el paciente, en un aparente esfuerzo por liberarse de la situación intolerable de su vida, de la que no veía otra manera de escapar. Al parecer tenían buenas razones para autodestruirse, aunque de acuerdo con el diagnóstico clínico eran esquizofrénicos en el momento de hacerlo. En este estudio algunos de los casos suicidas eran pacientes inconformes, estos pacientes ingresaron al hospital en estado de psicosis aguda, desconectados de la realidad, muy trastornados y agitados, hiperactivos y a menudo agresivos. Los pacientes que eran capaces de darse cuenta de que se encontraban en un hospital, exigían que se les dejara salir, a menudo tenían delirios de omnipotencia y notoria falta de sentimientos de inferioridad, de quejas somáticas y de molestias físicas. Las características distintivas de estos pacientes fueron no sólo un

comportamiento agitado y activo, sino también un rechazo completo al hospital y a la idea de que estaban enfermos. La comprensión interna de su enfermedad era limitada, y su cooperación parecía en realidad ser un esfuerzo organizado para lograr salir del hospital. Con la conducta inquieta, impulsiva y agresiva que habían mostrado estos pacientes ante cualquier tensión, no serían capaces de aceptar en forma pasiva una situación difícil y, por lo tanto, la autodestrucción era el único escape posible.

Algunos de los casos de suicidio en este mismo estudio eran pacientes que se habían caracterizado en el hospital por un alto grado de dependencia y parecían bastante satisfechos de su internamiento, la mayoría de estos pacientes dieron pruebas de mejorar en el hospital, fue solamente cuando se pensó en darles permisos para salir que renació la tensión y la ansiedad que antes habían mostrado en condiciones de estrés. Era evidente que el paciente sentía gran conflicto y ambivalencia hacia su ambiente familiar, que para él constituía una situación de extrema tensión. Hubo algunos pacientes suicidas en el estudio, que confiaban mucho en el hospital y se daban cuenta de que estaban enfermos, pero su actitud se volvía muy negativa al darse cuenta de que la ayuda que esperaban tardaría en llegar, mostraban su disgusto de estar hospitalizados y su comportamiento era cada vez más trastornado. Junto con su insatisfacción, se agudizaban los síntomas: inquietud, demandas de atención, depresión, ideas suicidas, quejas somáticas contra el consejo médico. Literalmente, no tenían un lugar a donde ir, pues no podían salir del hospital, ni tolerar sus angustias y necesidades insatisfechas dentro de él.

Una importante característica que distinguió a los pacientes esquizofrénicos no suicidas que participaron en el estudio de los suicidas fue su actitud pasiva, aceptante, en cierto modo indiferente, hacia la hospitalización y hacia todo lo que lo rodeaba en general. Aceptaban su hospitalización sin quejas ni exigencias y sin pedir que se les administrara tratamiento ni hacer objeciones por el que recibían. No parecían depender totalmente del hospital, pero tampoco parecían rechazarlo o resistirse a él. No pedían salir del hospital ni trataban de hacerlo sin permiso, tampoco parecían querer permanecer ahí; incluso algunas veces mostraban indiferencia al ser dados de baja del hospital. Este tipo de pacientes eran capaces de adaptarse a las tensiones que los rodeaban, se puede afirmar que no tenían necesidad de escaparse a ningún lado. A diferencia de los pacientes suicidas que se puede decir que su determinación era el resultado de hallarse en una situación de tensión a la que no encontraba otra salida.

Farberow sugirió que quizá algunos de los pacientes con tendencias suicidas simplemente no eran capaces de asumir las responsabilidades que impone nuestra sociedad, y que el forzarlos a enfrentarse a ellas podría desencadenar el suicidio. Estos pacientes parecían necesitar un lugar a donde ir, un refugio sagrado donde estuvieran protegidos de sus propias tensiones, impulsos y ansiedades. Si el ambiente hogareño no podía proporcionar este refugio, y por el contrario representaba un peligro en extremo, resultaba evidente que el hospital o alguna otra institución era indispensable para este fin, hasta que tales pacientes lograran desarrollar nuevos mecanismos de adaptación para poder enfrentarse con las situaciones difíciles de la vida.

Menciona el mismo autor que el número de suicidios entre los esquizofrénicos comparado con cualquier otro grupo es desproporcionadamente alto. Pero en esta investigación los suicidas no parecieron serlo necesariamente debido a la esquizofrenia, sino porque concurrieron en su contra otras fuerzas favorecedoras del suicidio. Estas parecen ser: a) una necesidad compulsiva de alivio de la tensión; esto es, un comportamiento inquieto, exigente, ansioso de encontrar soluciones en estado de stress; b) una situación de vida demasiado difícil o demasiado tensa para que el paciente pudiera afrontarla sin ayuda, y c) incapacidad de encontrar una mejor salida a sus dificultades. Al parecer la autodestrucción se llevaba a cabo en un intento, en cierto modo planeado y organizado, de librarse de situaciones tensas intolerables. Y una de las manifestaciones de la enfermedad puede ser el hecho de que estos pacientes no encontraran otra manera de escapar de sus problemas excepto por medio del suicidio, lo que implica una reducción del enfoque y una falta de flexibilidad características muy frecuentes en la esquizofrenia.

La conclusión del estudio de Faberow es que la mayoría de suicidios con pacientes psiquiátricos no se producen como resultado de actos delirantes. Si la psicosis es para estos enfermos un escape de tensiones intolerables de la realidad, quizá el alivio parcial del estado psicótico, logrado con medicamentos es hacer difícil o imposible el regreso a la psicosis protectora.

Una de las claves más precisas que parecieron distinguir a los esquizofrénicos suicidas de los pacientes control, fue su comportamiento en situaciones de stress que indicaba que el sujeto sentía una necesidad imperiosa de aliviar dicha tensión. Al analizar este impulso por aliviar la tensión, surge la pregunta de si ¿Es mayor el grado de tensión en el esquizofrénico suicida o, simplemente, es menos capaz de soportarla que los demás pacientes? Los pacientes esquizofrénicos no suicidas dieron la impresión de estar tan alucinados, delirantes, mudos, aislados, retraídos y preocupados como los pacientes esquizofrénicos suicidas; sin embargo esos casos carecieron de la inquietud, actividad y exigencia de aliviar su tensión que mostraron los esquizofrénicos suicidas. En muchos casos esquizofrénicos suicidas, la tensión que sufrían los pacientes parecía deberse a sus propios sentimientos y actitudes más que a un medio ambiente exterior verdaderamente angustiante.

También se observó que la coexistencia de extremos comportamientos fue más común entre los casos suicidas que en los casos controles; por ejemplo, muchos de los pacientes que se suicidaron tuvieron fases alternadas de comportamiento tranquilo y cooperativo y periodos de actuación agitada, agresiva y hostil. Estos extremos de comportamiento pueden representar diferencias básicas en patrones de conducta seguidos por los pacientes durante toda la vida, o pueden, simplemente, representar intentos desesperados por parte de los casos suicidas para sobrellevar la tormenta interna que los agobia.

SUICIDIO EN SUJETOS NO PSICOTICOS

En algunas personas no psicóticas la inclinación al suicidio parece presentarse porque sufren sencillamente una falta de sentido y finalidad en la vida.

Refiere Georg Siegmund que el hombre -ser racional- sólo puede vivir, cuando encuentra el porqué de su existencia. Y de no ser así intentará perderla a toda costa. Es decir la vida no sirve para nada si no se descubre su sentido.

Y si el intelectualmente adulto se plantea los problemas del sentido de la vida tal y como le entran por los ojos, por más que no los busque, no puede quedar satisfecho con tal de aliviar su existencia. Se le brinda directamente la oportunidad de robustecer su debilidad vital, de restablecerla y de abandonar el callejón sin salida que es la vida.

C.G. JUNG descubrió en la Psicoterapia contemporánea la neurosis de ausencia de sentido y sabe bien que la mayor parte de los individuos gravados con este tipo de neurosis han pasado la mitad de su vida. Los años inmediatamente posteriores a los cuarenta se caracterizan por períodos depresivos en los que ocupa el primer plano la cuestión del sentido de vida.

En el presente capítulo se revisaron algunos grupos de personalidad o perfiles en los que se puede presentar más frecuentemente el suicidio. Este trabajo esta dirigido a la investigación de las características de esos grupos, por lo que a continuación se describe el método utilizado en dicha investigación.

METODOLOGIA

JUSTIFICACION DEL PROBLEMA:

El suicidio es una de las causas de defunción más frecuente en el mundo. Según la OMS, las muertes por esta causa superan las 500 000 personas al año, y se sabe que por cada caso que termina en muerte existen unos 10 intentos suicidas. Cada día se efectúan unos 12 000 intentos de suicidios en el mundo. Algunos investigadores aseveran que el suicidio pasará a la décima posición como causa de mortalidad a escala mundial para el año 2020 (Reyes G, 2001).

El suicidio es un hecho complejo que requiere para su comprensión, de un enfoque interdisciplinario integral que abarque la influencia de factores de índole individual, social y familiar que induzca a una persona a intentar su autodestrucción.

En relación con la conducta suicida existen múltiples estudios que nos permiten acercarnos a la comprensión de la influencia de un grupo de factores de riesgo que pueden ser causa o indicadores de este tipo de comportamiento en las personas. Aquí se verán algunos de ellos.

Aunque el suicidio es un acto directamente social, porque intervienen en él valores, ideas y creencias que determinan la conducta del individuo. También es un acto meramente personal porque es el resultado de la autopercepción del sujeto de acuerdo con el contexto en que se desenvuelve, en este sentido los estados que lo caracterizan como ser biológico, psicológico y social determinarían su conducta autodestructiva.

Asímismo la autopercepción que tiene cada sujeto depende entre otras cosas de las experiencias que han tenido lugar en el curso de su vida, algunas de las cuales pueden llegar a desorganizar su personalidad y en algunos casos producir una progresiva desintegración.

Es opinión común pensar que el suicidio se presenta más frecuentemente en sujetos con personalidad desintegrada, pero según las estadísticas oficiales no es así, y solo una quinta parte de sujetos que intentan suicidarse presenta esa desintegración.

Este estudio está encaminado a esa población, en que los sujetos por diferentes circunstancias han sufrido alguna desintegración en su personalidad y se encuentran internados en un hospital psiquiátrico porque han intentado terminar con su vida.

Pregunta de investigación

¿Existe alguna relación entre el perfil de personalidad de pacientes psiquiátricos y el intento suicida que cometieron?

OBJETIVOS

- a) Conocer el perfil de personalidad a través de las escalas del MMPI-2 de pacientes psiquiátricos con intento suicida
- b) Conocer en qué grupo de edad es más frecuente el intento suicida en pacientes psiquiátricos
- c) Conocer en qué sexo es más frecuente el intento suicida en pacientes psiquiátricos
- d) Conocer cuál grado de escolaridad es el más frecuente en pacientes psiquiátricos con intento suicida
- e) Conocer qué estado civil es el más frecuente en pacientes psiquiátricos con intento suicida

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad y el perfil de personalidad de los pacientes psiquiátricos con intento suicida.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y el perfil de personalidad de los pacientes psiquiátricos con intento suicida.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre la escolaridad y el perfil de personalidad de los pacientes psiquiátricos con intento suicida.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre el estado civil y el perfil de personalidad de los pacientes psiquiátricos con intento suicida.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

Variables de Clasificación.

Datos sociodemográficos.

Sexo:

Definición conceptual: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra (Diccionario de la lengua española, 1999).

Definición operacional: La respuesta dada por el sujeto a la pregunta expresa.

Edad:

Definición conceptual: Periodo de tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo (Diccionario de Psicología, Umberto Galimberti, 2002).

Definición operacional: La respuesta dada a la pregunta sobre años de vida

Escolaridad:

Definición conceptual: Conjunto de cursos que en un establecimiento docente sigue un estudiante (Diccionario de la lengua española, 1999).

Definición operacional: La respuesta dada por el sujeto sobre la pregunta expresa.

Estado civil:

Definición conceptual: Condición jurídica de las personas, poniendo acento en la capacidad de obrar (Diccionario de la lengua española, 1999).

Definición operacional: La respuesta dada por el sujeto sobre la pregunta expresa.

Variable Independiente.

Perfil de personalidad:

Definición conceptual: Representación gráfica de los resultados que arroja el MMPI-2 que evidencia los resultados que alcanza un sujeto y que evalúa un número importante de tipos de personalidad y de desórdenes emocionales (Lucío G, 1994).

Y se divide en los siguientes grupos.

1.- **Hipocondría:** Preocupación anormal psiconeurótica acerca de la salud corporal.

Excesiva preocupación por procesos corporales, aunque no exista una base orgánica (Lucío G, 1994).

2.- **Depresión:** Marco mental negativo en donde el sujeto reporta una pobre moral, pérdida de la esperanza en el futuro, insatisfacción de la vida, estado de ánimo bajo, baja autoestima, pérdida de interés por las cosas y sentimientos de apatía (Lucío G, 1994).

3.- **Histeria:** Manifestación de patrones inusuales de características de personalidad compuesto por una asertividad negada y compleja, establecimiento de relaciones

interpersonales tensas, el individuo que la padece puede llegar a estar incapacitado súbitamente por problemas físicos, usualmente vagos y de origen desconocidos (Lucío G, 1994).

4.- **Desviación Psicopática:** Comportamiento que indica problemas familiares o conductas de manera agresiva, manipulación interpersonal e impulsividad (Lucío G, 1994).

5.- **Masculinidad-feminidad:** Tendencia hacia la masculinidad de un sujeto masculino o femenino. Reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre trabajo, relaciones sociales y pasatiempos en los que hombres y mujeres generalmente difieren (Lucío G, 1994).

6.- **Paranoia:** Patrones de conducta de suspicacia, desconfianza, creencias ilusorias, excesiva sensibilidad interpersonal, pensamiento rígido y externalización de culpa (Lucío G, 1994).

7.- **Psicastenia:** Trastorno de ansiedad con rasgos obsesivo-compulsivos; inadaptación general (Lucío G, 1994).

8.- **Esquizofrenia:** Trastorno severo que se caracteriza por conductas extrañas, experiencias inusuales y características especiales de sensibilidad; tendencia importante hacia el aislamiento y la apatía (Lucío G, 1994).

9.- **Manía:** Tendencia a actuar en forma eufórica, agresiva e hiperactiva (Lucío G, 1994).

10.- **Introversión social:** Personalidad que se caracteriza por extroversión, asertividad, sociabilidad y osadía o timidez, falta de autoconfianza, evitación de relaciones interpersonales y menosprecio (Lucío G, 1994).

Definición operacional:

Perfil de personalidad: perfil obtenido a través de las respuestas dadas por el sujeto a las 567 afirmaciones que conforman el MMPI -2, con dos opciones de respuesta (cierto y falso). Y se divide en:

- Hipocondriasis
- Depresión
- Histeria
- Desviación psicopática
- Masculinidad- feminidad
- Paranoia
- Psicastenia
- Esquizofrenia
- Manía
- Introversión social.

SUJETOS

El número de sujetos previstos para la muestra fue de 56 pacientes psiquiátricos, 46 mujeres y 10 hombres que oscilan entre los 16 y 65 años de edad, todos con historial de intento suicida.

CRITERIO DE INCLUSIÓN DE LOS SUJETOS

El criterio que se aplicó para seleccionar a los sujetos que participaron en esta investigación fue de pacientes que estuvieran internos en el hospital psiquiátrico regional de la clínica 23 del Instituto Mexicano del Seguro Social, que tuvieran intento de suicidio y que estuvieran en condiciones de responder al cuestionario.

Intento suicida:

Definición conceptual: Es un intento fallido de quitarse la vida y es fallido debido a los medios utilizados o a las circunstancias externas que lo impidieron. A diferencia del suicidio, generalmente considerado intencional, el intento de suicidio es definido como conraintencional, porque está favorecido, no tanto por un impulso autodestructivo, cuanto por una intención, aun cuando inadecuada, de afirmación de sí y de solicitud de ayuda. (Diccionario de Psicología, Umberto Galimberti, 2002).

Definición operacional: Variable o factor de ingreso al hospital psiquiátrico

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó un diseño cuasi experimental porque hubo asignación de grupos, sin embargo la muestra no fue aleatoria.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de un análisis correlacional y diferencial.

CONTEXTO Y ESCENARIOS

El levantamiento de datos se realizó en el Hospital Psiquiátrico Regional de la Clínica 23 del Instituto del Seguro Social.

PROCEDIMIENTO

Se acudió al Hospital Psiquiátrico anteriormente mencionado, se solicitaron expedientes en general para su revisión, se seleccionaron aquellos expedientes cuyo motivo de ingreso había sido el intento suicida. Se solicitaron entrevistas con dichos pacientes, se les aplicó examen mental para saber si estaban en condiciones de responder y de esa forma fueron seleccionados los pacientes a los que se les aplicó la prueba. Después de esto se les informó a los pacientes que se estaba realizando una investigación en la cual se requería de su colaboración. También se les explicó que las respuestas al cuestionario de ningún modo interferirán con el procedimiento que se llevaba en el hospital.

Posteriormente se les aplicó el cuestionario en forma individual o grupal pero en grupos muy reducidos para no perder el control.

INSTRUMENTOS

Se utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, en su versión 2 (MMPI - 2) (Lucío Gómez Maqueo, 1994) que consta de 567 reactivos.

Todas las escalas básicas del MMPI-2, se califican contando el número de reactivos respaldados en una escala particular, a través de las plantillas de corrección que se colocan sobre la hoja de respuestas permitiendo contar de manera visual las respuestas que el sujeto ha marcado en las escalas. Posteriormente los resultados de las hojas de respuestas se vacían en la hoja de perfil correspondiente trazando el puntaje bruto directamente en el lugar apropiado de la gráfica para formar el perfil de personalidad de cada sujeto. Una vez trazado el perfil se convierten los puntajes crudos en puntajes T, con el fin de comparar los puntajes de los sujetos con los puntajes de la muestra normativa. Las hojas de perfil proporcionan un resumen visual de la elevación de las escalas y de los patrones de las calificaciones.

El primer paso para la interpretación del MMPI-2 es someter cada hoja de perfil a los criterios de exclusión y a las escalas de validez (Lucio G, 1994):

Sin respuesta. hasta 29

Índice de Gough (F-K) hasta 9

Escala F (hasta 20)

Escala K

Escala Fp (infrecuencia de la página posterior), hasta 11

Escala INVER (inconsistencia de respuestas verdaderas), de 5 hasta 13

Escala INVAR (inconsistencia de respuestas variables), hasta 13

Un porcentaje de hasta 80% en respuestas verdaderas o falsas.

Posteriormente se realizó la interpretación de las escalas clínicas por medio de los puntajes T obtenidos, cada uno de ellos tiene un puntaje medio de 50 y una desviación estándar de 10. Al nivel del puntaje T=65 la elevación de las escalas toman significado clínico. El puntaje de la escala clínica más elevado refleja la probabilidad de que la personalidad del sujeto que contestó el cuestionario forme parte de ese grupo de criterio.

Los puntajes bajos en la mayoría de las escalas no se interpretan como presencia de cualidades específicas a excepción de las escalas 0 y 5 (Introversión social y Masculinidad-Feminidad) debido a que ambas tienen significado bipolar, y tanto puntajes altos como bajos arrojan información importante.

Escalas de Validez.

- "Sin respuesta". Número total de reactivos que fueron omitidos o respondidos simultáneamente como cierto o falso.
- Escala L (Mentira). Evalúa el grado de franqueza del sujeto al resolver la prueba. Pero también detecta intentos ingenuos del sujeto de dar una imagen favorable de sí mismo. Los reactivos señalan situaciones diarias a fin de evaluar la fuerza con que la persona se resiste a admitir hasta las más pequeñas debilidades de carácter o de la personalidad.
- Escala F (respuestas atípicas, integrada por 64 frases). Los reactivos examinan la frecuencia de las respuestas a cada reactivo por el grupo original de Minnesota e identifican a aquellos que tienen una dirección particular de menos del 10% de los normales. A causa de que pocas personas normales responden a un reactivo en esa dirección, una persona que lo responde así, estará manifestando una desviación en su respuesta. Un gran número de estas respuestas hace dudar acerca de que tanto el sujeto entendió las instrucciones de la prueba al momento de responder. También indica cuando un sujeto ha dejado de poner atención a lo que contesta y lo hace al azar. Kazan y Scheinberg (1945) señalan que una alta puntuación de esta escala debe considerarse como un índice de patología severa y afecta las demás escalas de la prueba.
- Escala K (integrada por 30 frases) Fue conformada para identificar la actitud defensiva de los pacientes. Aunque también sirve como índice de ciertas características de personalidad. El contenido de los reactivos cubre una extensión de características que muchos individuos prefieren negar acerca de sí mismos o de sus familias. Un puntaje alto en la escala K indica actitud defensiva y duda acerca de las respuestas en todos los reactivos.

Esta escala también se utiliza como un factor de corrección para algunas de las escalas clínicas, porque ante el efecto de una actitud defensiva al resolver la prueba, reflejado por la elevación del puntaje K, se debe determinar la extensión en la cual puntajes de las escalas clínicas deben ser llevados a fin de poder reflejar de forma más exacta la

conducta de las personas. Con el objetivo de corregir el efecto de las defensas en algunas de las escalas clínicas se agrega una porción del puntaje de K que va desde 0.2 hasta 1.0.

- Escala Fp (F posterior). Consta de 40 reactivos. Se realizó bajo los mismos criterios de la escala F con el fin de averiguar si un sujeto estaba contestando adecuadamente al inventario.
- Escalas INVAR y INVER (Inconsistencia de Respuestas Variables e Inconsistencia de Respuestas Verdaderas). Son escalas de validez diseñadas para complementar los indicadores tradicionales. No reflejan el contenido particular de algún reactivo. Proporcionan un índice de la tendencia de un sujeto a responder los reactivos de manera inconsistente o contradictoria, consisten en parejas de reactivos.

La escala (INVER) se basa en aquellos reactivos que se oponen en contenido y que por tanto el sujeto tendría que responder de manera distinta. Tiene sensibilidad con respecto a la tendencia a dar sólo un tipo de respuesta, si contesta verdadero a los dos reactivos lo estaría haciendo de manera inconsistente.

Escala (INVAR). Es aquella que detecta si el sujeto contesta inconsistentemente a dos reactivos que se esperaba tuvieran respuestas iguales. Y ayuda a interpretar un puntaje alto en la escala F.

- Escala 1 (Hs) Hipocondría: Consta de 33 reactivos. Los pacientes que obtienen puntuación alta en esta escala expresan en forma constante sus conflictos psicológicos y emocionales por medio de una canalización somática, y manifiestan persistentemente y a menudo en forma extrema sus preocupaciones relacionadas con la salud física. Son pacientes generalmente egocéntricos que se quejan mucho de sus síntomas, no aceptan con facilidad el hecho de que la sintomatología que presentan tenga un origen psicológico, ni tampoco se dan cuenta de que en realidad requieren psicoterapia para resolver el interés extremo que muestran acerca de su salud.
- Escala 2 (D) Depresión: Esta escala fue diseñada como una medida del cuadro psicológico que expresa baja moral, sentimiento de desesperanza y tristeza, apatía, evasión, convencionalismo, indiferencia, silencio, aislamiento, sumisión y timidez. Los pacientes con esta escala elevada además son muy controlados, indecisos, responsables, desconfiados en sus propias capacidades, pesimistas, evitan involucrarse en relaciones interpersonales y por ello mantienen relaciones a distancia y sin afecto. También se le llama "escala del estado de ánimo", ya que por medio de ella es posible encontrar estados emocionales momentáneos y transitorios.
- Escala 3 (Hi) Histeria: Consta de 60 reactivos. En los pacientes que obtienen puntuación alta en esta escala se encuentran características de personalidad idealista, ingenua, social, perseverante, comunicativa, afectuosa, sentimental, individualista, infantil, impaciente, inhibida, entusiasta, accesible y de colaboración en actividades sociales. Se

observa más la elevación de esta escala en mujeres y generalmente son irritables, se quejan con frecuencia, son dependientes, lisonjeras, devotas y amistosas.

- Escala 4 (Dp) Desviación Psicopática: Consta de 50 reactivos. Y la puntuación elevada en esta escala denota rebeldía, cinismo, hostilidad, desobediencia de las reglas establecidas en su grupo social, agresividad con las damas, egoísmo, resentimiento con la autoridad.
- Escala 5 (Mf) Masculinidad-Feminidad: consta de 60 reactivos. El principal fin de esta escala es obtener respuestas relacionadas con intereses que puedan definirse entre los que son propios de los hombres y de las mujeres, es decir, pertinentes a características propias de un sexo u otro. Para cualquier sexo, una puntuación elevada implica una orientación al sexo opuesto. Esto no significa que el sujeto con puntuación alta tenga inclinaciones homosexuales, sólo que no son muy tradicionalistas.
- Escala 6 (Pa) Paranoia: Consta de 40 reactivos. En los pacientes que obtienen puntuación alta en esta escala se encuentran características como ideas de referencia, sensibilidad en las relaciones interpersonales, actitudes sospechosas, rigidez, adherencia inflexible a ideas y actitudes, sentimientos o ideas de persecución, ideas de grandeza y percepciones inadecuadas. Generalmente estos rasgos pueden encontrarse en personas que aparentan estar bien orientadas en tiempo y espacio; integran sus ideas de referencia a la estructura de su pensamiento, pero la mala percepción pareciera estar en desacuerdo con sus habilidades e inteligencia.
- Escala 7 (Ps) Psicastenia: Consta de 48 reactivos. Las características de Psicastenia incluyen reacciones fóbicas y obsesivo compulsivas; excesivas dudas, dificultad para decidir, innumerables temores, preocupación obsesiva, actos compulsivos y ritualistas. Los sujetos con esta escala alta son perfeccionistas en sus exigencias consigo mismos como con otras personas. La tendencia a la tendencia obsesivo compulsiva se manifiesta por medio de angustia, inseguridad, desconfianza en sí mismo y con un panorama del mundo generalmente amenazador, hostil y angustioso. Cada paciente está caracterizado por diferentes temores de tipo específico, preocupaciones diversas y actos compulsivos variados, lo cual presenta innumerables tipos diferentes de obsesivo compulsivos, pero esto no impide que se les clasifique dentro de un solo grupo caracterizado por un patrón común de homogeneidad.
- Escala 8 (Es) Esquizofrenia: Consta de 48 reactivos: Los rasgos más importantes incongruencia de afecto, pensamiento fraccionado y de contenido extraño, no tiene interés por el medio ambiente y generalmente da la impresión de encerrarse en sí mismo, fuera de todo contacto del mundo. Generalmente, estas personas se caracterizan por patrones sintomáticos complicados. Se puede pensar que todos los

adultos con una puntuación elevada en esta escala tienen mentalidad esquizoide. La esquizofrenia se diagnostica cuando sus síntomas se vuelven lo suficientemente intensos y dan como resultado la enfermedad francamente definida.

- Escala 9 (Ma) Manía: Consta de 46 reactivos. Este cuadro se caracteriza por una actividad intensa, gran distracción, elación inestable, incansable, insomnio, hipertiroidismo, actitud de desconfianza y megalomanía. El lenguaje rápido refleja pensamiento bajo gran tensión. Algunos clínicos opinan que este estado es una defensa en contra de la depresión.
- Escala 0 (Si) Introversión social: Se buscó con esta escala la tendencia a la introversión o a la extroversión social. Las puntuaciones elevadas son signo de tendencia a la introversión, y se encuentran en personas apáticas, conscientes de sí mismas, tímidas, inseguras, modestas, con falta de originalidad en la resolución de sus problemas, incapaces de tomar decisiones, son lentas, rígidas, inflexibles en sus pensamientos y acciones, extremadamente controladas e inhibidas y con falta de confianza en sus propias habilidades, no buscan el contacto social, ya que se muestran inadecuados e incómodos cuando se encuentran en una situación social. Sin duda, debido a esta conducta, estas personas se muestran frías y distanciadas, sin embargo, se sienten bien cuando están aisladas.

Y las puntuaciones bajas señalan tendencia a la extroversión, versatilidad y sociabilidad en el sentido de mezclarse bien con la gente. Son competitivos, tienen una gran iniciativa, son activos, oportunistas y manipuladores. También se presentan engañosos, orales, pierden control de sus impulsos, son además agresivos y hostiles en sus relaciones interpersonales. Ponen énfasis en el éxito y el esfuerzo productivo como medios para lograr reconocimiento, condición social y poder; son personas activas, ambiciosas e inmaduras.

ANALISIS DE DATOS:

- 1.- Se realizará un análisis de varianza para comparar las escalas del MMPI -2 con el intento suicida
- 2.- Se realizará una T de student para comparar el sexo con el perfil psiquiátrico
- 3.- Se realizará una T de student para comparar edad con perfil psiquiátrico
- 4.- Se realizará una T de student para comparar el sexo y la edad
- 5.- Se realizará una T de student para comparar estado civil con el perfil psiquiátrico

CAPITULO V

Resultados

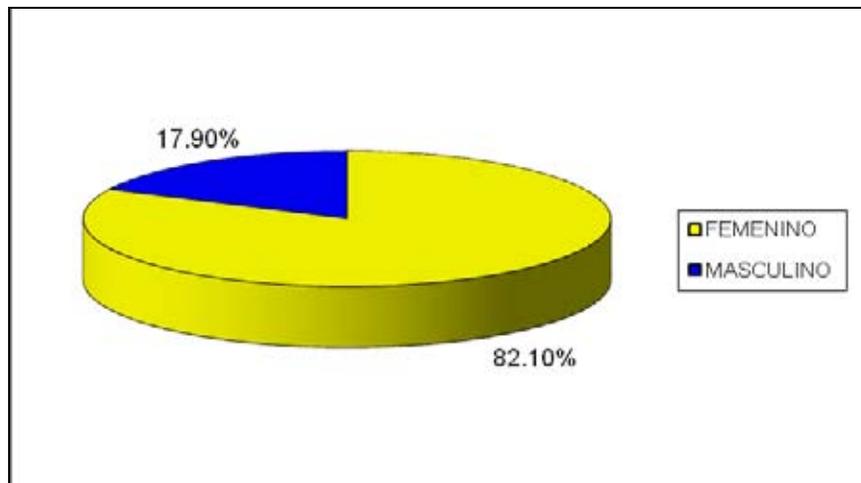
En primer término se presentan los análisis descriptivos de los datos obtenidos en la muestra. Posteriormente se muestran los análisis de varianza, que se aplicaron con el fin de conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos de acuerdo con las variables medidas.

Análisis descriptivo de la muestra final.

Una vez recopilados los datos, se procedió a realizar el análisis de las variables con la finalidad de conocer de qué manera se distribuyó la población en las variables sociodemográficas, para lo cual se utilizó el Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS versión 13.0).

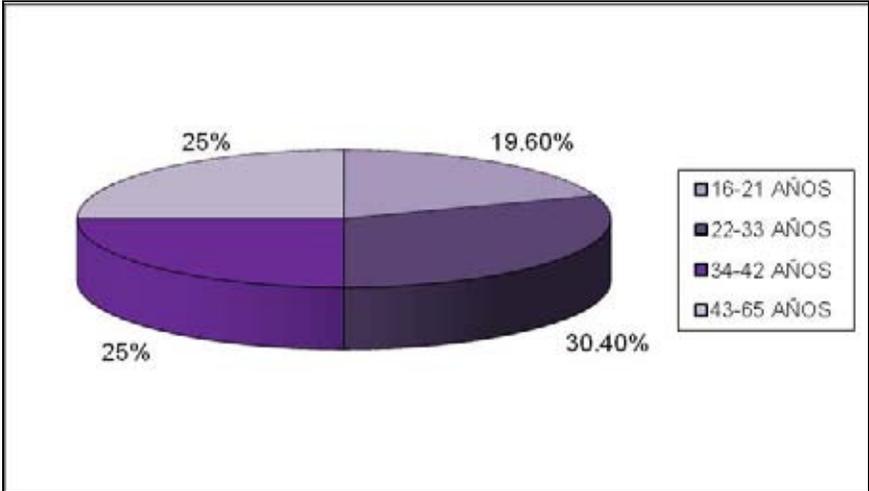
Datos sociodemográficos.

La muestra total de los sujetos que participaron en esta investigación estuvo constituida por 56 pacientes de los cuales 46(82.10%) fueron mujeres y 10 (17.90) fueron hombres (Ver gráfica 01).



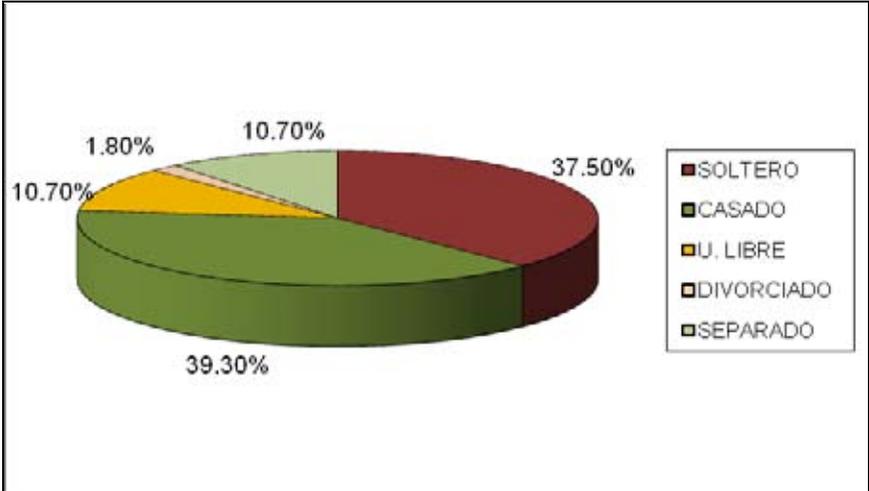
Gráfica 01. Distribución de la muestra total por sexos.

La siguiente variable que se analizó es la edad que se determinó a través de cuartiles, por lo tanto se formaron 4 grupos. Las edades de las personas entrevistadas fluctuaron entre los 16 y los 65 años, con un promedio de edad de 34 años. El grupo de edad en el que hubo mas intentos de suicidio fue el de 34 a 42 años con un (30.40%), en segundo lugar los grupos de 22 a 33 años y el de 43 a 65 años (25%) y en último lugar el grupo de 16 a 21 años (19.60%) (Ver gráfica 02).



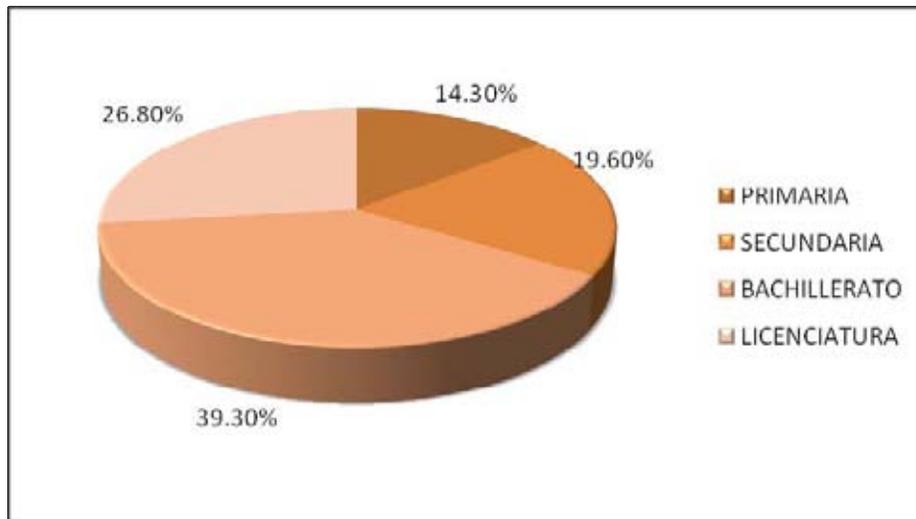
Gráfica 02. Distribución de la muestra por grupos de edad.

La tabla 03 indica el estado civil de los pacientes que participaron en esta investigación, en donde se observa que el grupo en el que se presentaron más intentos de suicidio fue el de los casados (39.30%), en segundo lugar el de los solteros (37.50%), en tercer lugar los que viven en unión libre y los separados (10.70%) y el grupo que presento menos intentos suicidas fue el de los divorciados (1.80%) (Ver gráfica 03).



Gráfica 03. Frecuencia del estado civil de la muestra total.

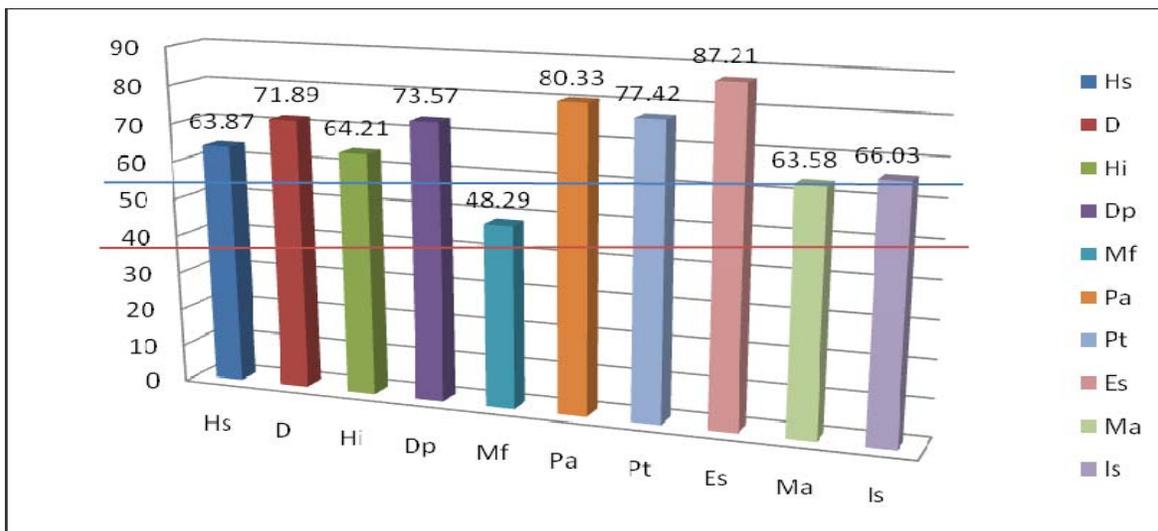
La tabla 04 indica la escolaridad, en donde se observa que el grupo en el que se presentaron más intentos de suicidio fue el de los pacientes que estudiaron hasta el bachillerato (39.30%), en segundo lugar los que estudiaron licenciatura (26.80%), en tercer lugar el grupo que estudio hasta la secundaria (19.60%) y en último lugar los que estudiaron hasta la primaria (14.30%) (Ver gráfica 04).



Gráfica 04. Frecuencia de Escolaridad de la muestra total.

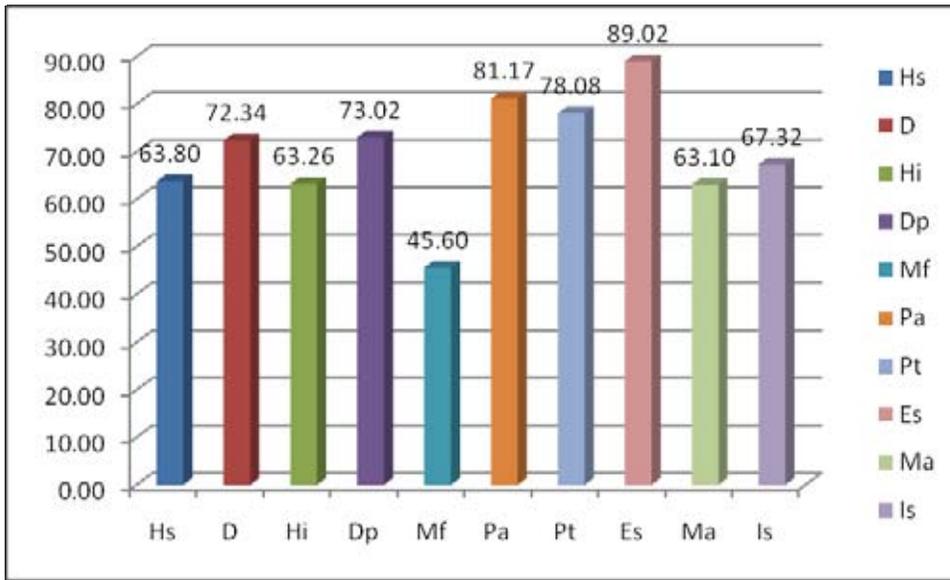
ANALISIS DE DIFERENCIAS POR MEDIAS

Este análisis se llevó a cabo con la finalidad de conocer las diferencias entre grupos con respecto del intento suicida (criterio de inclusión), en donde se consideró a los rasgos de personalidad arrojados por las escalas básicas del MMPI-2 como variables independientes (hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, manía e introversión social); en este estudio se tomaron las medias de cada escala. Se observa que en la mayoría de los sujetos la escala más elevada es la de esquizofrenia (87.21%) (Ver gráfica 05).



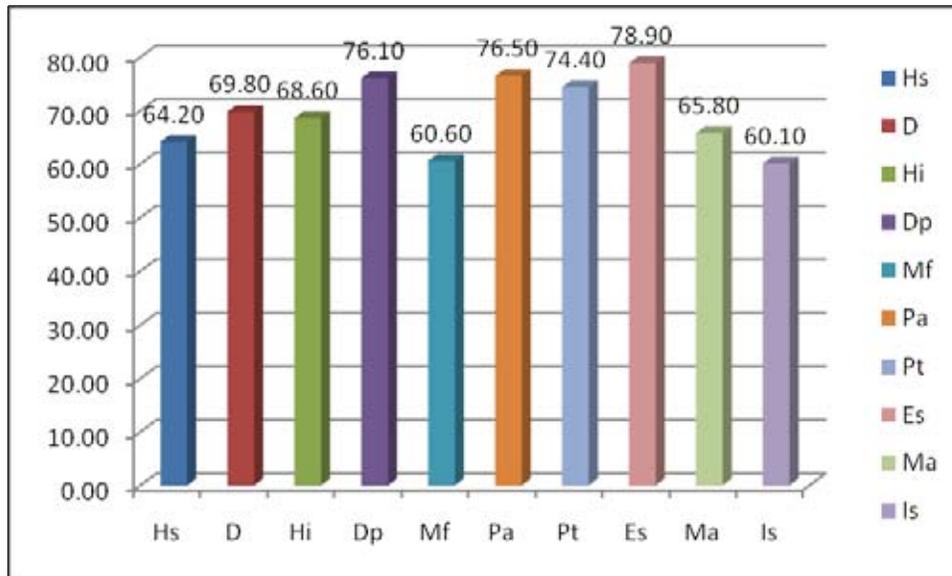
Gráfica 05. Perfil de personalidad general de muestra a través de la media

La gráfica 06 muestra que en la mayoría de las mujeres la escala más elevada fue la de esquizofrenia (89.02)



Gráfica 06. Perfil general de mujeres a través de la media

La gráfica 07 muestra que en la mayoría de los hombres la escala más elevada fue la de Esquizofrenia (78.90).



Gráfica 07. Perfil general de hombres a través de la media

Se puede observar en las tres gráficas anteriores que la mayoría de las escalas presentan medias mayores a 60 por lo que se confirma que son pacientes psiquiátricos.

La distribución de la siguiente tabla se compone por la puntuación que obtuvieron los sujetos en cada una de las escalas por escolaridad.

Se observa que en los cuatro niveles de escolaridad la puntuación más alta se presenta en la escala 8 (Es). En este estudio se tomaron las medias.

ESCOLARIDAD	E S C A L A S									
	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Ps	Es	Ma	Is
1 PRIMARIA	61.62	66.50	57.12	71.62	45.87	91.37	79.00	98.50	70.37	65.37
2 SECUNDARIA	58.90	67.90	59.81	69.81	48.81	77.45	73.27	79.63	61.00	67.00
3 BACHILLERATO	66.72	73.31	66.68	76.40	51.09	83.59	79.18	89.54	65.50	65.13
4 LICENCIATURA	64.53	75.60	67.60	73.20	45.06	71.80	77.06	83.33	59.06	67.00

Tabla 01. Perfil general de escolaridad en las escalas a travez de la media

En la siguiente tabla la distribución se compone por la puntuación que obtuvieron los sujetos en cada una de las escalas por estado civil.

Se observa que en los cinco niveles de estado civil la puntuación más alta se presenta en la escala 8 (Es). En este estudio se tomaron las medias.

ESTADO CIVIL	E S C A L A S									
	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Ps	Es	Ma	Is
1 SOLTERO	63.57	69.14	64.57	70.38	50.38	74.47	73.80	80.95	62.76	63.66
2 CASADO	62.22	73.45	62.59	74.59	46.22	81.59	79.59	90.40	66.27	66.27
3 U. LIBRE	70.00	73.66	69.50	80.83	48.83	92.33	82.66	95.00	62.83	69.16
4 DIVORCIADO	63.00	75.00	65.00	74.00	43.00	87.00	85.00	101.00	50.00	73.00
5 SEPARADO	65.00	73.50	63.50	73.66	48.83	83.16	75.66	87.33	59.66	69.16

Tabla 02. Perfil general de estado civil en las escalas a travez de la media

La distribución de la siguiente tabla se compone por la puntuación que obtuvieron los sujetos en cada una de las escalas por grupos de edad, en donde se dividieron a través de cuartiles y los grupos quedaron de la siguiente manera.

Se observa que en los cuatro grupos de edad la puntuación más alta se presenta en la escala 8 (Es). En este estudio se tomaron las medias.

GPS. DE EDAD	E S C A L A S									
	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Ps	Es	Ma	Is
16-21 AÑOS	57.18	62.72	57.27	71.63	46.90	75.81	71.54	80.72	67.18	64.00
22-33 AÑOS	67.41	73.17	65.76	75.29	50.29	80.23	81.05	89.23	60.82	68.58
34-42 AÑOS	65.64	76.28	67.85	76.85	48.21	79.50	79.64	90.28	62.71	64.35
43-65 AÑOS	63.07	73.14	64.14	69.71	47.00	84.85	75.42	86.78	65.00	66.21

Tabla 03. Perfil general de grupos de edad en las escalas a travez de la media

Análisis de varianza entre grupos de acuerdo con las variables medidas.

Diferencia por perfil de personalidad y grupos de edad

Aplicando la prueba Anova con el nivel de significancia de .05 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad y el tipo de perfil de personalidad.

PERFIL	F	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
Hipocondriasis	1.65	.187
Depresión	2.10	.111
Histeria	1.41	.249
Desviación Psicopática	1.17	.329
Masculino Femenino	.17	.911
Paranoia	.64	.590
Psicastenia	1.77	.164
Esquizofrenia	.69	.561
Manía	.70	.554
Introversión social	.60	.613

Diferencia por perfil de personalidad y sexo

Aplicando la prueba T de student con el nivel de significancia de .05 se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y la escala de psicastenia.

PERFIL	SEXO	MEDIA	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
Hipocondriasis	Masculino	64.20	.303
	Femenino	63.80	
Depresión	Masculino	69.80	.768
	Femenino	72.34	
Histeria	Masculino	68.60	.206
	Femenino	63.26	
Desviación psicopática	Masculino	76.10	.345
	Femenino	73.02	
Masculino femenino	Masculino	60.60	.256
	Femenino	45.60	
Paranoia	Masculino	76.50	.648
	Femenino	81.17	
Psicastenia	Masculino	74.40	.024*
	Femenino	78.08	
Esquizofrenia	Masculino	78.90	.322
	Femenino	89.02	
Manía	Masculino	65.80	.081
	Femenino	63.10	
Introversión Social	Masculino	60.10	.880
	Femenino	67.32	

Diferencia por perfil de personalidad y escolaridad

Aplicando la prueba Anova con el nivel de significancia de .05 se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de escolaridad licenciatura y la escala de paranoia.

PERFIL	ESCOLARIDAD	F	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
Hipocondriasis		1.05	.377
Depresión		1.05	.378
Histeria		1.75	.168
Desviación psicopática		.93	.430
Masculino femenino		.60	.612
Paranoia	Licenciatura	3.41	.024
Psicastenia		.63	.594
Esquizofrenia		2.25	.093
Manía		2.01	.123
Introversión social		.13	.937

Diferencia por perfil de personalidad y estado civil

Aplicando la prueba Anova con el nivel de significancia de .05 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el estado civil y el tipo de perfil de personalidad.

PERFIL	FRECUENCIA	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
Hipocondriasis	.449	.773
Depresión	.291	.883
Histeria	.302	.875
Desviación Psicopática	1.075	.379
Masculino-Femenino	.253	.906
Paranoia	1.703	.164
Psicastenia	1.089	.372
Esquizofrenia	1.296	.284
Manía	.770	.550
Introversión Social	.660	.623

CAPITULO 6

DISCUSION

Considerando las características de la investigación anteriormente realizadas, (el perfil de personalidad de una muestra de pacientes psiquiátricos con intento suicida), el siguiente paso es llegar a una conclusión de los resultados descritos en el capítulo anterior, de acuerdo a los objetivos previamente planteados, así como de las hipótesis hechas.

Los objetivos principales de esta investigación fueron conocer el perfil de personalidad, el grupo de edad, sexo, escolaridad y estado civil en el que es más frecuente el intento suicida de la muestra en cuestión, el perfil se obtuvo mediante la aplicación de la prueba MMPI -2, y se encontró de manera general que el 87.21 de la población presenta un perfil de esquizofrenia. Este rubro se explica al considerar la naturaleza de la patología, si entendemos que esta escala considera a sujetos aislados, con incongruencia de afecto, pensamiento fraccionado y de contenido extraño, que no tienen interés por el medio ambiente y que generalmente dan la impresión de encerrarse en sí mismos fuera de todo contacto con el mundo, además de vivir relaciones inadecuadas con los familiares, y presentar apatía e indiferencia, ideas irreales, conducta desorientada, actitudes raras y opiniones falsas, inconformidad con lo establecido por la sociedad o grupo con el que conviven, peculiaridades de la percepción, reducida eficiencia. Menciona Rafael Núñez (2001) que son personas que tienen una serie de dificultades; y que presentan conflictos internos severos. Puede ser que por eso estos pacientes piensen en el suicidio como una solución, ya que parecen ser personas con muy pocas alternativas y redes de apoyo. Mencionan Hathaway y Meehl en Nuñez R. (2001) que no todos los sujetos que obtienen una puntuación elevada en esta escala son esquizofrénicos, pero si tienen una mentalidad esquizoide y su forma de comportarse señala irritabilidad, resentimiento, susceptibilidad, que indudablemente son signos de la dificultad que tienen de manejar y expresar su agresión. Son personas impulsivas, hostiles, desordenadas, que se manifiestan con una conducta inmadura que como Freud (1815) afirmó en su artículo "Duelo y Melancolía" el suicidio se trataría de agresión dirigida hacia adentro.

Con lo que respecta a la segunda pregunta de investigación de conocer en qué grupo de edad de los pacientes de esta muestra es más frecuente el intento suicida. Se encontró que fue el grupo de 34 a 42 años. Menciona Diane E. Papalia (1990) que en esa etapa de la vida (a la que le llamó de adultos jóvenes) la mayor parte de adultos está en la cúspide física e intelectual. Fuerza, energía y resistencia caracterizan esta época de la vida. Pero a pesar del estado general de buena salud en esta época de la vida, la frecuencia de muerte se incrementa en forma evidente después de los 30 años y de cada cuatro muertes masculinas en este intervalo de edad, tres se deben a accidentes, suicidio u homicidio. Fuchs (1974) menciona que se han desarrollado numerosas teorías para explicar el incremento de muertes violentas entre los adultos jóvenes y maduros: la opulencia, las guerras, la mengua de las creencias religiosas,

pero lo único de lo que se está seguro es del incremento en sí mismo. También se sospecha que la auto-destructividad de las personas jóvenes y maduras constituye un síntoma de una mayor cantidad de problemas difundidos en la sociedad en general.

Otra explicación a este resultado podría ser que la mayoría de sujetos de esta muestra por ser pacientes psiquiátricos no contaban con un empleo el cuál les puede ofrecer la oportunidad de realización personal, reconocimiento, aprendizaje, crecimiento y ejercitación de sus talentos, además de ser autosuficientes, puesto que como lo menciona (Craig G. 2001) el trabajo moldea nuestros estilos de vida, la elección de amistades, prestigio y nivel socioeconómico, lo mismo que nuestras actitudes y valores por lo que puede ser el medio de encontrar placer y satisfacción en nuestras vidas, siendo éste el elemento esencial del desarrollo del adulto; tal vez sea por eso que menciona (Craig 2001) que las mujeres que trabajan fuera de casa tienen mejor salud mental y física; pero a esa edad en este país hay muy pocas posibilidades de conseguir un empleo; y en palabras de los mismos pacientes el carecer de un empleo y tener que depender económicamente de algún familiar les provocaba depresión y ansiedad, ante esto Díaz L. (1992) menciona que los sujetos en estado de ansiedad y depresión son más susceptibles a realizar conductas de riesgo.

Considerando que el 82.10% de la población total de la muestra fueron mujeres y que la mayoría de estas mujeres tienen entre 34 y 42 años de edad, otro factor importante serían las marcadas fluctuaciones de niveles hormonales relacionadas con el ciclo menstrual durante esa etapa de la vida. Teniendo en cuenta que en varios estudios se ha informado que del 15 al 95% de las mujeres experimentan depresión, irritabilidad, ansiedad y disminución de autoestima durante los días inmediatamente anteriores a la menstruación (Bardwick, 1970). Dalton (1964) encontró que muchas mujeres que se suicidan o cometen actos de violencia criminal lo hacen durante fases premenstrual y menstrual de sus ciclos.

Buhler (1933) propone una teoría de cinco fases con respecto al desarrollo humano, la cual destaca el establecimiento de metas, desde la niñez hasta la vejez. Durante la niñez (hasta los 15 años) las personas aún no han determinado sus metas en la vida. En la adolescencia y juventud (de los 15 a los 25 años) se establecen metas tentativas e idealistas. Y en la edad adulta intermedia (más o menos de los 25 a 45 años, que es donde se encuentra el grupo de edad que tuvo mas intentos de suicidio), las personas establecen metas más específicas y realistas. Menciona el autor que esta debería ser la época de una vida personal rica, que por lo general incluye matrimonio e hijos, cuando las personas están en el grado máximo de su capacidad sexual, en un punto de estabilidad en su carrera y rodeadas de un círculo de amistades. Sin embargo, aunque este sería el ideal, pocas personas son capaces de superar muchas dificultades que encuentran para establecerse. Algunas veces durante esta etapa se sienten decepcionadas porque consideran haber tomado malas decisiones con anterioridad como haber elegido erróneamente su carrera o su pareja conyugal. Otras, son demasiado inmaduras como para integrar sus vidas en alguna pauta estable. Esto se acentúa si consideramos que estamos hablando de pacientes psiquiátricos, que además de darse cuenta

que pudieron haber tomado malas decisiones, están dejando de ser jóvenes y debido a sus constantes internamientos en la mayoría de los casos no han obtenido logros importantes en sus vidas al compararse con otras personas de su misma edad que probablemente (tengan una familia estable, hayan culminado sus estudios, cuenten con más bienes materiales o tengan más seguridad económica).

Otro estudio sobre el desarrollo realizado por Gould (1978) demuestra que en el periodo de transición entre los 35 y 43 años se vive mucha tensión, ya que las personas cuestionan sus vidas y valores con una conciencia cada vez mayor de que su tiempo es limitado. Miran hacia atrás y se preguntan si han hecho lo correcto; observan a su alrededor y se preguntan sobre la mejor forma para tratar a sus hijos adolescentes durante el poco tiempo que estarán en el hogar con ellos; y también miran hacia adelante y entonces se preguntan qué les deparará el futuro.

Los datos mencionados anteriormente se acentúan considerando que los sujetos de esta investigación son pacientes psiquiátricos, ya que además de lo citado anteriormente tienen que emplear mucha energía psíquica en conflictos emocionales, de modo que les quedan pocas reservas para lograr su ajuste a la vida. Si un individuo por las razones que sea no ha podido tener una infancia y adolescencia feliz las huellas aparecen en la etapa adulta. Ya que no saldrá un adulto fortalecido en lo físico, mental y espiritual de una infancia y adolescencia traumada o destrozada por el maltrato, la violencia y el abuso. Las experiencias exitosas ayudan a las personas a lograr las metas en esta fase, mientras que las experiencias de fracaso pueden incapacitarlas.

Para la tercer pregunta de investigación se encontró que el 82.10% de la población total de la muestra fueron mujeres, una explicación a esto podría ser que las mujeres en mucho mayor medida que los hombres presentan rasgos histriónicos en donde se sabe que por sus aspectos narcisísticos su mayor necesidad se manifiesta en una preocupación por la cantidad de atención recibida de los demás y por ser o sentirse el centro de atención. Es decir, captar la atención es el objetivo de su existencia, por lo que tienden a hacer lo necesario para asegurar dicha posición y para ello recurren a situaciones emocionales excesivas, siendo siempre dramáticas y exhibicionistas. ¿Qué situación podría ser más dramática y exhibicionista que el demostrar a los demás que se es capaz de intentar quitarse la vida?

En cualquier relación en la que una mujer histérica o por lo menos con rasgos histriónicos no perciba contacto emocional, experimentara sentimientos de fracaso.

Al considerarse a sí mismas como obtusas y carentes de estimulación buscan constantemente estimulación externa y requieren una gran dosis de atención por parte de los demás, el hecho de no conseguir respuestas simpatizantes de los demás les conduce a menudo a depresión o enojo y cualquier fórmula puede utilizarse para conseguir el fin deseado.

Las personas emocionalmente significativas en la vida del paciente son incluidas como participantes en sus fantasías, de modo que su mundo real se conforma con su soñar desempeñando el paciente el papel de personaje central en el drama.

Niega sus fuerzas y habilidades, contribuyendo así más a la fachada de desamparo.

Para la cuarta pregunta de investigación se encontró que la mayoría de los pacientes con intento suicida en esta población estudiaron hasta el bachillerato formando el 39.30%. Siendo sujetos sin un nivel elevado de estudios ni educación, carecen de alternativas, ya que su visión del mundo es más reducida. Por lo que piensan que la única solución a sus problemas es quitarse la vida. Mientras más educación tengan las personas, tienden a ser más saludables (Fuchs, 1974, mencionado por Papalia 1990) La buena educación puede orientar hacia un trabajo y en general hacia hábitos de vida más sensatos. La escolaridad formal puede incrementar la confianza en sí mismo y disminuir las tensiones que frecuentemente son un factor causante o agravante de enfermedades (incluyendo las enfermedades mentales). Es posible que las personas bastante sofisticadas para analizar los beneficios de una buena educación sean también conscientes de la importancia de una forma de vida saludable (Papalia, 1990).

También puede ser que tratándose de pacientes psiquiátricos sus síntomas se hayan presentado en una etapa temprana y estos mismos no les permitieron concluir con sus estudios, por tener que ser internados por largos periodos de tiempo durante su adolescencia y juventud.

En cuanto a la quinta pregunta de investigación se encontró que la mayoría de las personas con intento suicida en esta población fueron casadas formando un 39.30%. Aunque hay estudios que revelan que el matrimonio es saludable (Verbrugge 1979, mencionado por Papalia 1990) ya que las personas casadas tienen limitaciones y alteraciones crónicas; cuando necesitan ir al hospital su estancia allí es generalmente corta, y simplemente son más saludables, puesto que sus responsabilidades familiares les impiden gastar tiempo fuera de su trabajo. En este estudio se observó que en la mayoría de los casos lo que orilló al paciente al intento suicida fueron precisamente los problemas que tenía con su pareja, queriendo de esta forma llamar su atención, propiciar un cambio, castigar a su pareja o en algunos casos simplemente pensaban que era la única solución a sus problemas.

También menciona Papalia 1990 que la violencia entre esposos es más común en familias donde hay desempleo, pobreza e incultura que aprueba la violencia como una forma aceptable de descargar la agresión y en la mayoría de los sujetos de esta muestra están presentes estos tres aspectos.

La relación de pareja es una de las más difíciles de sobrellevar, pero esto se acentúa cuando uno de los dos integrantes tiene alguna enfermedad mental, por un lado el integrante de la familia que vive con la enfermedad siente todo el tiempo demasiada angustia por lo que le está pasando y por el rechazo que percibe de la mayoría de la gente ya que como lo menciona Levinson (1971) en nuestra sociedad, el hecho de padecer una enfermedad mental y sobre todo el llegar al internamiento en un hospital psiquiátrico es para la mayor parte de la gente un estigma en cuanto atañe a su imagen externa y un motivo de íntima vergüenza. El enfermo entra en el hospital por un período impredecible (que él supone, además interminable); allí su

situación no suele ser la de un visitante ocasional; por el contrario se transforma en habitante, y en la mayoría de los casos a esas alturas ya se ha perdido gran parte de lo que se consideraba importante (cordura, empleo, amigos). Por otra parte para el otro miembro de la pareja es muy desgastante vivir con alguien a quien se le ha diagnosticado alguna psicopatología y quien cuyo comportamiento no se puede adaptar a las demandas de la sociedad. Además de que el enfermo mental suele ser muy dependiente de su pareja, ya que teniendo muy pocos vínculos con otras personas fuera de su familia, suele descargar toda su incomodidad y frustración con las personas más cercanas que por lo regular son su pareja e hijos. Por lo que piensa que la causa de todos sus males e infelicidad son ellos mismos (aunque muchas veces sólo sea consecuencia).

Para responder a la primera hipótesis de la investigación, en cuanto a si existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad y el tipo de perfil de personalidad de los sujetos, se procedió a aplicar la prueba anova con el nivel de significancia de .05 entre las diez escalas de personalidad del MMPI -2 y los cuatro grupos de edad, sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Por lo que se puede decir que en esta investigación el grupo de edad de los sujetos no influye en su perfil.

Para responder a la segunda hipótesis de la investigación, en cuanto si existen diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y el tipo de perfil de personalidad de los sujetos, se procedió a aplicar T de student con el nivel de significancia de .05 entre el sexo de los sujetos y las diez escalas de personalidad, y si se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo femenino y la escala de psicastenia. Si nos remitimos a las características de esta escala se puede entender la obviedad de este resultado, en general se sabe que esta escala (Pt) es el mejor índice de ansiedad. Menciona Rafael Nuñez (2001) que las mujeres con puntuación elevada en la escala de psicastenia son muy rígidas, meticulosas, preocupadas, porque creen que algo malo les va a suceder y siempre están muy insatisfechas con sus relaciones interpersonales. Además de que viven con muchos sentimientos de culpa. La tendencia a la conducta obsesivo-compulsiva se manifiesta por medio de angustia, inseguridad, desconfianza en sí mismo, poca autoestimación, excesiva sensibilidad y un panorama del mundo generalmente amenazador, hostil y angustioso. Cómo una forma de tener el control las pacientes con este perfil se vuelven perfeccionistas en sus exigencias consigo mismas y con las demás personas. Por lo que regularmente se observa que la mayoría de sus relaciones (de trabajo, sentimentales, amistad, familiar, etc.) son difíciles debido a que siempre esperan que sus relaciones interpersonales sean perfectas y que no hubiera motivos para quejas o para sentir culpas, lo cual es imposible, es por esto que con mucha frecuencia la tendencia obsesivo-compulsivo se presenta acompañada de la escala de depresión. Al no estar nunca satisfechas consigo mismas ni con las demás personas porque siempre esperarían mucho más de los demás, se deprimen, al vivir con tanta ansiedad, con tan pocas alternativas, sin redes de apoyo y con tanta falta de control sobre sí mismas toman el suicidio como la única solución.

Para responder a la tercera hipótesis de la investigación, sobre si existen diferencias estadísticamente significativas entre escolaridad y el tipo de perfil de personalidad de los sujetos, se procedió a aplicar la prueba anova con el nivel de significancia de .05 entre las diez escalas de personalidad y los grupos de escolaridad, y si se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la escala de paranoia y el grupo de licenciatura. Esta situación se puede explicar si consideramos que la persona paranoide se ve a sí misma como un personaje central y considera los acontecimientos en términos de la relación que tiene con ella. Todos los actos, actitudes y sentimientos de los demás los comprende el paranoide y reacciona a los mismos, en términos de dicha referencia para con él. No tiene conciencia de sus propios impulsos agresivos, pero teme en cambio ser atacado y tratado de modo injusto por los demás, a los que considera como irresponsables e indignos de confianza, justificando en esta forma su propia conducta secreta y excluyente. Pero este paciente necesita para crear sus delirios cierto nivel de inteligencia que en algunos casos se puede adquirir con la escolaridad, ya que es una forma de obtener más información acerca del mundo y de todo lo que le atañe, mientras más información se tenga más complejos pueden ser los delirios.

El paranoico percibe perfectamente la realidad, aunque la interpreta erróneamente y sentirse continuamente amenazado, perseguido, espiado puede ser para ellos un motivo para suicidarse.

En casos extremos los pacientes paranoicos tienen vivencias alucinatorias que se acompaña de una profunda angustia, con una impresión de catástrofe inminente, y esto conduce a trastornos del comportamiento. En situación de pánico, sumergido en un mundo que se le hace incomprensible, puede volverse agresivo hacia su entorno, que él percibe como peligroso. A veces intenta suicidarse para escapar de este clima de catástrofe (Broustra, 1979).

Para responder a la cuarta hipótesis de la investigación, sobre si existen diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de perfil de personalidad de los sujetos y su estado civil, se procedió a aplicar la prueba anova con el nivel de significancia de .05 entre las diez escalas de personalidad y los grupos de estado civil, en los cuales no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

De acuerdo a lo anterior, nos podemos dar cuenta que dentro de los pacientes psiquiátricos al menos en nuestra muestra los grupos con más riesgo en cuanto a cometer suicidio son los siguientes:

Las mujeres casadas que concluyeron sus estudios solo a nivel bachillerato y que tienen entre 34 y 42 años de edad.

Las mujeres con rasgos de psicastenia

Los hombres con rasgos de paranoia y estudios a nivel de licenciatura

En general pacientes con rasgos esquizoides

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

A lo largo de este trabajo se encontraron algunas características de personalidad que podrían ser indicadores para cometer suicidio, por lo que resulta importante, que en un futuro se consideren dichas características en los pacientes al ingresar a un hospital. Sin embargo se recomienda que para estudios posteriores se delimite más la población, distinguiendo en la misma muestra por ejemplo entre formas de letalidad, números de intento suicida por cada paciente, diagnóstico, motivos, si las mujeres se encontraban menstruando o no (para saber si influyeron cuestiones hormonales), o comparar con otra población que tenga intento de suicidio pero que no sean pacientes psiquiátricos.

Ahora que sabemos que la condición psiquiátrica no define a la personalidad suicida tal vez se deberían suponer algunas variables consideradas en el marco teórico, por ejemplo, estrés, preocupaciones económicas, adicciones, problemas conyugales, vacío existencial etc.

Una de las limitaciones para este trabajo fue el tiempo, ya que sólo se me permitía asistir al hospital psiquiátrico 2 veces por semana en la mañana, y se trataba de pacientes medicados que en ocasiones no podían terminar el cuestionario en un día o dos, y a la semana siguiente ya no se encontraban en el hospital o se encontraban en una situación muy diferente a la semana anterior. Otra limitación pudo ser la baja escolaridad de la mayoría de los pacientes que asisten al hospital; por ello tal vez el estudio pudiera dirigirse a población con mayor escolaridad y otro nivel socioeconómico. Tal vez estas podrían ser condiciones que afectaron los resultados.

Para un estudio más profundo se sugiere tener un control más estricto sobre las variables y ampliar la muestra para poder generalizar la información.

Bibliografía

- Abadi, M., (1973) La fascinación de la muerte. Ed. Paidós.
- Allport, G., (1977) La personalidad: Su Configuración y Desarrollo. Barcelona. Ed. Herder.
- Allport, G., (1974) Psicología de la Personalidad. Buenos Aires Ed. Paidós.
- Azpiroz, M., (2004) Depresión y suicidio en la esquizofrenia. Red psicoanalítica psiconet.
- Borges, G., (2001) La medición de la conducta suicida en México. Revista psiquiátrica Salud Mental Vol. 24 No. 6.
- Borges, G., (1994) Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. División de investigaciones epidemiológicas y sociales. Instituto mexicano de psiquiatría.
- Borges, G., (2004) La depresión con inicio temprano: prevalencia y curso.
- Borges, G., (1998) La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. Revista Salud mental vol. 21(5).
- Camus, A., (2004) El mito del sísifo. Buenos Aires. Ed. Losada.
- Casteollon, C., (1988) Desesperanza, ideación suicida y depresión. Revista Terapia psicológica Año VII, No. 10.
- Cisneros, R., (2005) Depresión, suicidio y esquizofrenia. Revista Avances en Psiquiatría biológica Vol. 6.
- Craig, G., (2001) Desarrollo psicológico. Ed. Pearson educación.
- Diccionario de la lengua española (1987) Ed. Labor.
- DSM-IV TR. (2002) Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Barcelona. Ed. Masson.
- Durkheim, E., (1987) El suicidio: Estudio de Sociología. Buenos Aires: Ed. Schapire.
- Elkin, R., (1988) La Horrorsa belleza de la muerte. Red psicoanalítica psiconet.
- Farberow, N. L., y Shneidman, E. S. (1969) Necesito ayuda. Un estudio sobre suicidio y su prevención. Prensa Médica Mexicana.
- Fenichel, O., (1966) Teoría Psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires. Ed. Paidós. 1966.

- Freud, S., (1915). Duelo y Melancolía. Obras completas. Tomo XIV. Amorrortu. Buenos Aires. pp 235-255.
- Freud, S., (1973). Más allá del principio del placer. Obras completas. Amorrortu. Buenos Aires. pp 6-62.
- Fromm, E., (1974) Anatomía de la destructividad humana. México. Ed. Siglo XXI.
- Galimberti, U., (2002) Diccionario de Psicología.
- Gomez, A., Lolas F., y Barrera., (1991) Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida. Revista Salud mental V. 14.
- González, O., y Rodríguez, D., (2002) Suicidio desde el psicoanálisis. Tesis publicada en la Facultad de Psicología de la UNAM.
- Guibert, R., (2001) Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. Revista cubana de Medicina General Integral ; 17(2):155-63.
- Hernández, Q., (2007) Estrategia de intervención psicológica para adolescentes en riesgo suicida. Tesis doctoral publicada en la UNAM.
- Introversión y extroversión: conducta de evitación social. (2004) Revista de la Facultad de Humanidades de la Universidad Católica Andrés Bello
- Jimenez, G., Senties, H., y Ortega, A., (1997) Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. Revista Salud Mental V. 20 No. 1.
- Kaplan, H., Sadock, J., (1996) Manual de psiquiatría Urgencias. Madrid Ed. Salvat.
- Kaplan, H., Sadock, J., (1933) Sinopsis de Psiquiatría: Ciencias de la conducta. Ed. Salvat.
- Kaplan, H., (1987) Compendio de Psiquiatría. Barcelona México Ed. Salvat.
- Kolb, L.C. (1983) Psiquiatría clínica moderna. México. Ed. La Prensa Médica.
- Laplanche, J., (1979) Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona España Ed. Labor. Pp 220-225, 337-361.
- Loza, C., (1995) Estudio de las características del paciente con conductas suicidas. Tesis publicada en la Facultad de Psicología de la UNAM.
- Mackinnon, R., (1973) Psiquiatría Clínica Aplicada. Ed. Interamericana 1973.

- Manzo, G., (2005) El suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural. Revista publicada por la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Volumen 12, número 33.
- Moron, P., (1992) La conducta suicida. Traducido del francés por Publicaciones Cruz O., S.A. México, D.F.
- Nuñez, R., (2001) Manual práctico del MMPI. Ed. Trillas.
- Padierna, J., (1990) El impacto del suicidio sobre la familia y el equipo terapéutico. Revista Psiquiatría clínica. Volumen XI .
- Papalia, D.E., (1995) Desarrollo humano. Ed. Mc Graw Hill. México.
- Puentes, E., (2004) La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. Revista panamericana de salud. Volumen 16 (2).
- Quintín, P., (1998) Suicidio: La sociedad también es responsable. Revista de la AUPEC.
- Rojas, E., y Heras, F., (1988). Suicidio ampliado diferido: consideraciones a propósito de un caso. Revista de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Madrid.
- Sarro, B., y De la Cruz, C., (1991) Los suicidios. Barcelona, España. Ed. Paidós. Pp 13-51, 106-121.
- Servicio médico forense (SEMEFO) (2007). Estadísticas sobre suicidios registrados en México.
- Siegmund, G., (1964) Ser o no Ser: El problema del suicidio. Ed. Razón y Fe.
- Soto, R., (1990) Estudios sobre algunos rasgos de personalidad del paciente suicida. Tesis publicada en la Facultad de Psicología de la UNAM.
- Vallejo, R., (1990) Casos Clínicos: Psiquiatría. Barcelona México. Ed. Salvat.
- Vallejo, R., (1998) Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Barcelona Masson Ed. Ballus Pascual.
- Zendejas, D., (2006) Suicidio y trastornos somatomorfos. Tesis publicada en la Facultad de Psicología de la UNAM.