

89 200



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EL ADOLESCENTE SUICIDA
Factores Psicológicos y Sociales
que influyen en su decisión

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S A
Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
p r e s e n t a

Esther Alicia Matus Calzadillas



Directora de Tesina: Dra. EMILIA LUCIO GOMEZ MAQUEO

México, D. F.

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

EL ADOLESCENTE SUICIDA

FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES QUE INFLUYEN EN SU DECISION

| | PÁG. |
|--|------|
| CAPITULO I | |
| LA ADOLESCENCIA | |
| - EL CONCEPTO DE ADOLESCENCIA | 1 |
| - LA OTRA CARA DE LA ADOLESCENCIA | |
| - EL SÍNDROME DE LA ADOLESCENCIA NORMAL | |
| | |
| CAPITULO II | |
| DIFERENTES EXPLICACIONES ACERCA DE LA GENESIS DEL SUICIDIO | |
| - ENFOQUE PSICOANALÍTICO | 17 |
| - ENFOQUE SOCIOLOGICO | |
| - ENFOQUE PSICOLÓGICO | |
| | |
| CAPITULO III | |
| INVESTIGACIONES RECIENTES SOBRE EL SUICIDIO | |
| - FACTORES COMUNES EN LA CONDUCTA SUICIDA DE ADOLESCENTES DE 3 DIFERENTES PAISES: JAPÓN, SUECIA Y MÉXICO. | 57 |
| - ENFOQUES SOCIOLOGICO Y PSICOANALÍTICO EN CONJUNCIÓN PARA LA COMPRESIÓN DEL SUICIDIO. | |
| | |
| CAPITULO IV | |
| COMENTARIOS Y CONCLUSIONES | 75 |
| | |
| BIBLIOGRAFIA | |

INTRODUCCION

EL SUICIDIO ES UNA DE LAS MÁS IMPORTANTES CAUSAS DE MUERTE EN MUCHOS PAISES, Y HA SIDO INQUIETANTE PARA MUCHOS INVESTIGADORES LA LABOR DE CONOCER LAS CAUSAS, MOTIVOS O RAZONES QUE IMPULSAN A UN INDIVIDUO A TOMAR TAN TERRIBLE DECISIÓN DE QUITARSE LA VIDA.

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (O'IS), EN SUS INFORMACIONES GENERALES DEJAN NOTAR QUE LA TASA DE SUICIDIOS EN TODO EL MUNDO ES MAYOR A -- 1000 POR DÍA LO QUE EQUIVALE A MEDIO MILLÓN DE CASOS DE SUICIDIOS ANUALES.

EL SERVICIO MÉDICO FORENSE EN EL DISTRITO FEDERAL REPORTÓ PARA LOS AÑOS 1969 A 1978 UN PROMEDIO DE 1,3 SUICIDIOS POR CADA MIL HABITANTES EN LA REPÚBLICA MEXICANA SIENDO LOS ESTADOS DE CHIHUAHUA, TABASCO Y TAMAULIPAS LOS QUE REPRESENTAN UN MAYOR PORCENTAJE Y OAXACA Y GUERRERO EL MENOR PERO SON ÉSTOS ÚLTIMOS LOS QUE PRESENTAN, INVERSAMENTE, UN ALTO ÍNDICE DE HOMICIDIOS.

ENTRE LOS ADOLESCENTES, EL SUICIDIO OCUPA EL 5TO. LUGAR DE CAUSAS DE MUERTE, EXCEPTUANDO LOS CASOS DE CÁNCER EN LA SANGRE O LEUCEMIA, ENFERMEDADES RENALES, CARDIOVASCULARES Y HOMICIDIOS.

EL PROMEDIO DE SUICIDIOS DE ADOLESCENTE EN LOS EE.UU. ENTRE LOS 14 Y 19 AÑOS SE INCREMENTÓ EN UN 67% DE 1954 A 1964 Y SE ESTIMA QUE EL NÚMERO DE INTENTOS DE SUICIDIO Y LOS SUICIDIOS CONSUMADOS FLUCTUARON EN UN RANGO DE 7 A 50, JACOBS, J. (1971).

PARA LA MAYORÍA DE LAS NACIONES CIVILIZADAS DEL MUNDO EL SUICIDIO ES

UN GRAVE PROBLEMA DE SALUD MENTAL, DIFÍCIL DE ANALIZAR; UNA ENFERMEDAD --
MENTAL EN LA QUE FORMAS DE INCONSCIENCIA E IRRACIONALIDAD LLEVAN A LOS --
ADOLESCENTES A UN CALLEJÓN SIN SALIDA QUE LOS INCOMUNICA Y ALIENA FAVORE--
CIENDO ASÍ UNA SALIDA FALSA A LO QUE ELLOS CONSIDERAN EL FINAL DE SU SU--
FRIMIENTO.

TODA EDAD TIENE SU PROBLEMÁTICA Y ESTA ES EL RESULTADO DE CONTRADIC--
CIONES EVIDENTES ENTRE LAS POTENCIALIDADES BIOLÓGICAS INHERENTES A ELLA Y
LA POSIBILIDAD QUE LA CULTURA BRINDA EN UN MOMENTO DADO PARA SATISFACER--
LOS. CUANDO LA CULTURA Y LA BIOLOGÍA ENTRAN EN CONTRADICCIÓN, EL TERRENO
SE VUELVE PROPICIO Y FÉRTIL PARA EL CONFLICTO, LA PROBLEMÁTICA Y LA PATO--
LOGÍA. RAMÍREZ, S., (1984).

LAS ESTADÍSTICAS TRADICIONALES HECHAS EN PAISES DE ALTO ÍNDICE EN -
SUICIDIO COMO: INGLATERRA, JAPÓN, SUECIA, ALEMANIA Y ESTADOS UNIDOS, MUES--
TRAN QUE LAS CAUSAS MÁS COMUNES SON: FORMAS DE INCONSCIENCIA, IMPULSIVI--
DAD Y DEPRESIÓN; SIENDO ÉSTA ÚLTIMA EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS UN FACTOR--
COMUN PRESENTE EN LOS DÍAS PRECEDENTES A LA TOMA DE LA FATAL DECISIÓN.

EMILE DURKHEIM (1951), PROBABLEMENTE EL SOCIOLOGO MÁS CONOCIDO POR -
SU INVESTIGACIÓN EN ÉSTE TEMA PUBLICADO EN 1897, COMENTA POR CIERTO: "...
SI LOS HOMBRES CEDEN MÁS EN NUESTRAS SOCIEDADES MODERNAS A LA TENTACIÓN -
DE ABANDONAR LA VIDA, ES PORQUE LOS LAZOS QUE LOS UNEN A LAS SOCIEDADES -
SE HAN DISTENDIDO", Y ÉSTO ES APLICABLE REALMENTE YA QUE SOBRE LA BASE DE
ESTUDIOS RECIENTES LLEVADOS A CABO EN ALGUNOS PAISES INCLUYENDO MÉXICO, -
RODRÍGUEZ MA, LUISA, (1964), SE DETECTA QUE LOS LAZOS FAMILIARES Y SOCIA--
LES DE LOS ADOLESCENTES QUE HAN INTENTADO QUITARSE LA VIDA Y DE QUIENES -
LO HAN LOGRADO, SE HABÍAN DETERIORADO CON ANTELACIÓN A SU DECISIÓN. MU--

CHOS DE ESTOS ADOLESCENTES PROCEDEN DE FAMILIAS DESINTEGRADAS, O EN SU DEFECTO, MAL INTEGRADAS, LOS CHICOS PRESENTABAN PROBLEMAS PARA RELACIONARSE CON SUS COMPAÑEROS DE ESCUELA O DEL BARRIO DONDE VIVÍAN, TENÍAN PROBLEMAS CON LAS AUTORIDADES Y EN VÍSPERAS DE SU MUERTE HABÍAN PERMANECIDO AISLADOS O CALLADOS.

EL SUICIDIO EN SUS MUCHAS MANIFESTACIONES ES UN PROBLEMA DE GRAN IMPORTANCIA PARA TODOS LOS TERAPEUTAS.

LA CRISIS SUICIDA, CUANDO OCURRE, PRESENTA MOMENTOS CRUCIALES NO SÓLO PARA EL PACIENTE, SINO TAMBIÉN PARA EL TERAPEUTA SOBRE QUIEN RECAEN -- TODAS LAS DECISIONES CRÍTICAS DEL MANEJO DEL CASO, CUYA IMPORTANCIA ES VITAL YA QUE ESTÁ EN JUEGO LA VIDA Y LA MUERTE.

EXISTEN VARIOS ENFOQUES TEÓRICOS BÁSICOS SOBRE EL FENÓMENO DEL SUICIDIO QUE, INEVITABLEMENTE, CONDUCIEN A DIFERENTES TÉCNICAS EN EL TRATAMENTO DEL FENÓMENO.

ALGUNOS PUNTOS DE VISTA TEÓRICOS MÁS COMUNES SOBE LA GÉNESIS DEL -- SUICIDIO ESTÁN INCLUIDOS EN ESTA INVESTIGACIÓN, PERO NO PRETENDO QUE ESTAS CONSTITUYAN LA TOTALIDAD, TAL VEZ NO SEAN LAS MÁS IMPORTANTES EN GENERAL PERO CONSIDERO QUE SON RELEVANTES EN LOS PUNTOS QUE PRETENDO ACLARAR; EL ORDEN DE PRESENTACIÓN DE ESTÁS TEORÍAS NO SEÑALA JERARQUÍA ALGUNA ENTRE ELLAS.

ASÍ LA FORMACIÓN PSICOANALÍTICA CON SUS TEORÍAS FUNDAMENTALES DE SIGMUD FREUD Y SUS SEGUIDORES: ANA FREUD, MELANIE KLEIN, KARL ABRAHAM, ETC. LA TEORÍA DE ALFRED ADLER SOBRE EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD EXPLICADA POR EL DR. HEINZ L. ANSBACHER. LA TEORÍA INTERPERSONAL DE LA PSIQUIATRÍA DE HARRY STACK SULLIVAN EN LA QUE ORGANIZA LA INTERACCIÓN DE LA INTE

FORMACIÓN PSICOANLÍTICA, PSICOBIOLOGÍA Y ANTROPOLÓGICA DE LOS PATRONES -
DE LAS RELACIONES HUMANAS,

LA TEORÍA DE LAS NEUROSIS DE KAREN HORNEY LA DESGLOSA EL DR. LOUIS -
E. DE ROSSIS, CATEDRÁTICO EN EL AMERICAN INSTITUTE OF PSYCHOANALYSIS, CA.
TODAS COLABORAN CON SUS PUNTOS DE VISTA, ENFOQUES, MEDIDAS TERAPEÚTICAS Y
PREVENTIVAS, EN EL ESTUDIO DEL SUICIDIO.

EL ENFOQUE PARA LA EXPLICACIÓN DEL FENÓMENO DEL SUICIDIO QUE UTILIZO
AQUÍ ES PSICOLÓGICO Y SOCIAL, QUE BÁSICAMENTE SON LAS CORRIENTES QUE MÁS-
BASES APORTAN PARA SU COMPRENSIÓN. LA CORRIENTE SOCIOLOGICA ESTÁ EXPLICA
DA POR LA TEORÍA ETIOLÓGICA DE ERNILE DURKHEIM, LA MÁS EXTENSA Y MÁS ACER
TADA CON SU MÉTODO DE APROXIMACIÓN METODOLÓGICO Y QUE HA SERVIDO DE PUNTO
REFERENCIAL PARA INFINIDAD DE ESTUDIOS RELACIONADOS CON DICHO FENÓMENO.

SIENDO ESTE TRABAJO QUE PRESENTO, LIMITADO EN SUS DIMENSIONES DE --
TIEMPO Y ESPACIO ME AJUSTARÉ CON ESTE MATERIAL A INTENTAR, EN TODO LO PO-
SIBLE CONTESTAR A LAS PREGUNTAS QUE, A CAUSA DE UNA TRISTE Y DOLOROSA EX
PERIENCIA PERSONAL, ACAECIDA EN MI ADOLESCENCIA, ANIDARON DESDE ENTONCES-
EN MI CORAZÓN Y QUE AHORA ENCUENTRAN RESPUESTA.

- 1.- ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS QUE LLEVAN A UN ADOLES -
CENTE AL SUICIDIO?
- 2.- ¿QUÉ FACTORES DE SU NÚCLEO FAMILIAR INFLUYEN --
PARA LA TOMA DE ESTA FATAL DECISIÓN?
- 3.- ¿CÓMO MIRA EL ADOLESCENTE SU MEDIO AMBIENTE QUE
PROVOCA SU FALSA HUÍDA?

PARA PODER ENTENDER LAS RESPUESTAS A LAS DUDAS AQUÍ PRESENTADAS, HA-

GO UNA REVISION GENERAL DE LA ETAPA DE DESARROLLO BIO-PSICO-SOCIAL DEL --
ADOLESCENTE Y LA CORRELACIONAMOS CON LAS INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS QUE -
SE HAN HECHO EN ESTE ASPECTO. ENCONTRANDO UNA ESTRECHA VINCULACIÓN ENTRE
LAS 3 ESFERAS QUE INTERVIENEN EN EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD EN LA -
ETAPA ADOLESCENTE Y EL SUICIDIO.

LAS INVESTIGACIONES QUE SE HAN REALIZADO EN VARIOS PAISES POR SOCIO--
LOGOS Y PSICÓLOGOS COINCIDEN EN VARIOS PUNTOS AUNQUE PAREZCA QUE ESTAS --
DIFERENCIAS TEÓRICAS SEAN OPUESTAS DESDE SUS FUNDAMENTOS BÁSICOS PARA LA-
EXPLICACIÓN DE LA CONDUCTA DE LOS INDIVIDUOS.

EL CENTRO PARA LA PREVENSIÓN DEL SUICIDIO EN LOS ANGELES CA. SE DEDI-
CA A DETECTAR Y PROPORCIONAR AYUDA Y APOYO SOCIAL Y PSICOLÓGICO A LOS IN-
DIVIDUOS QUE HAN INTENTADO SUICIDARSE Y A SUS FAMILIARES QUIENES TAMBIEN-
RECIBEN LAS CONSECUENCIAS DE ESTE IMPACTO.

EN EL CENTRO PARA LA PREVENSIÓN DEL SUICIDIO SE REPORTAN POCO MAS DE-
20 MIL, SUICIDAS POR AÑO SIN TOMAR EN CUENTA AQUELLOS QUE POR VARIADAS --
CIRCUNSTANCIAS NO LLEGAN A DETECTARSE COMO TALES.

ESTA INSTITUCION SE ENCUENTRA APOYADA POR LA ASOCIACION INTERNACIO--
NAL PARA LA REVEN ION DEL SUICIDIO, CUYA SEDE ESTA EN VIENA, AUSTRIA Y -
RECIBE APORTACIONES ECONOMICAS DEL GOBIERNO Y DE VARIAS INSTITUCIONES PRI
VADAS ASÍ COMO TAMBIEN CUENTA CON LA COLABORACION DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS,
TRABAJADORES SOCIALES, PSIQUIATRAS Y PERSONAL MÉDICO PARA LA ATENCIÓN --
OPORTUNA Y ADECUADA DE LOS INDIVIDUOS QUE AHÍ LLEGAN A CAUSA DE SUICIDIOS
FRUSTRADOS.

ES UNA VERDAD COMPROBADA LA DE QUE EXISTE UNA RELACIÓN FUNDAMENTAL -

ENTRE LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA INVESTIGACIÓN; LA PRIMERA PROGRESA EN GRAN PARTE GRACIAS A LOS HALLAZGOS DE LA SEGUNDA. UN PROGRAMA TOTAL SOBRE SUICIDIO DEBE, POR LO TANTO, NO SÓLO TRATAR DE SALVAR VIDAS HOY, SINO INVESTIGAR POR QUÉ SE PRIVAN DE LA VIDA LAS PERSONAS, DE MANERA QUE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA PUEDA SER PREVENIDO EN EL FUTURO, GRACIAS A UN MAYOR CONOCIMIENTO DE SUS CAUSAS.

LOS INVESTIGADORES NORMAN L. FARBEROW, PH. D. Y EDWIN S. SHNEIDMAN, PH. D.; DOCTORADOS EN MEDICINA Y PSICOANALISTAS SON LOS CODIRECTORES DE ESTE CENTRO Y HAN HECHO UNA SERIA Y PROFUNDA LABOR EN BUSCA DE MEJORES SOLUCIONES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA DEL SUICIDIO.

Ramírez, Santiago. "Infancia es Destino". Siglo XXI ed. 1975 pág. 93 México, D.F.
N.L.Farberow y E.S.Shneidman "¡Necesito Ayuda!", La Prensa Médica Mexicana.Prefacio.1969
Durkheim, Emile. "Le Suicide", Paris Librairie Felix Alcan, 1897; Suicide Glencoe, Ill. Free-Jacobs,J.:"Adolescent Suicide.", Ed.John Wiley & Sons Inc. 1971
Press 1951. Prentice Ed. 1957. 2a. ed. México, D.F.
Galvis M.L., J.M. Velasco., "Epidemiología del suicidio en la República Mexicana", Anales - del INAH/Sep. Vol. XII, México 1960.
Tesis. Soto, R.M. "Estudios sobre algunos rasgos de personalidad del paciente suicida". Fac. Psicología, UNAM. Reg.Pendiente.

CAPITULO I

LA ADOLESCENCIA

- 1.- EL CONCEPTO DE ADOLESCENCIA
- 2.- LA OTRA CARA DE LA ADOLESCENCIA
- 3.- EL SÍNDROME DE LA ADOLESCENCIA NORMAL

EL CONCEPTO DE ADOLESCENCIA

EL ADOLESCENTE SE ENCUENTRA EN EL UMBRAL DE UNA REALIZACIÓN CABAL-
DESDE EL PUNTO DE VISTA BIOLÓGICO, LA LIMITACIÓN SOCIOECONÓMICA QUE LA -
CULTURA LE IMPONE HACE QUE LA DISTANCIA MEDIA ENTRE POSIBILIDAD Y LOGRO-
SEA CADA VEZ MAYOR.

EN NUESTRA CULTURA, LA ADOLESCENCIA ES EL RESULTADO DE UN CONFLIC-
TO EVIDENTE ENTRE UNA BIOLOGÍA PROPICIA A LA MADURACIÓN Y UNA SOCIEDAD -
PROHIBITIVA.

EL DR. SANTIAGO RAMÍREZ, PSICOANALISTA RECONOCIDO, EN SU LIBRO "IN
FANCIA ES DESTINO", (1984), OPINA QUE TODA EDAD TIENE SU PROBLEMÁTICA Y
ESTA ES EL RESULTADO DE CONTRADICCIONES EVIDENTES ENTRE LAS POTENCIALIDA
DES BIOLÓGICAS INHERENTES A ELLA Y LAS POSIBILIDADES QUE LA CULTURA BRIN
DA PARA LA SATISFACCIÓN DE ÉSTAS.

EL ADOLESCENTE ES UN SUJETO DESEOSO DE ENCONTRAR UN MARCO, UNA ---
IDENTIDAD Y UNA AFILIACIÓN QUE LO DEFINAN E INTEGREN.

- SU MARCO REFERENCIAL ES EL CONTEXTO FAMILIAR
- SU IDENTIDAD LA ENCUENTRA EN LA PARTICIPACIÓN SEXUAL
Y SU INTEGRACIÓN ECONÓMICO-SOCIAL
- SU AFILIACIÓN ESTÁ EN LOS GRUPOS DE CONGÉNERES QUE -
LE BRINDAN LA SEGURIDAD Y LA SATISFACCIÓN DE SUS NE-
CESIDADES DE DEPENDENCIA Y APOYO; COMO EN EL CASO DE
LAS PANDILLAS.

OTROS INVESTIGADORES INTERESADOS EN LA PROBLEMÁTICA DE LA ADOLESCENCIA SON RAÚL OLMEDO Y SOREN OLMEDO, SOCIÓLOGOS Y MAESTROS EN LA FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS DE LA UNAM, QUIENES OPINAN: "...LA ADOLESCENCIA ES UN SISTEMA SOCIAL; ES EL ESTADO, LAS INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES COMO LA FAMILIA, LA ESCUELA, LA LEY, LOS QUE "PRODUCEN" LA ADOLESCENCIA. ES UN SISTEMA SOCIAL DE PROHIBICIONES, DERECHOS Y DEBERES... ES UNA JERARQUÍA EN LA CUAL SE ORGANIZA LA SOCIEDAD".

LA ADOLESCENCIA ES UNA ETAPA RELATIVA DEPENDIENDO DEL NIVEL CULTURAL EN QUE NOS UBIQUEMOS.

TIENE DOS VARIABLES:

- A) LA INTENSIDAD
- B) LA DURACIÓN

AMBAS DEPENDEN DEL GRUPO SOCIAL, CULTURAL Y DESARROLLO ECONÓMICO AL QUE PERTENECEN.

LA INVESTIGADORA ANTRÓPOLOGA MARGARET MEAD EXPRESA QUE LA EXISTENCIA DE RITOS DE INICIACIÓN EN OTRAS LATITUDES Y ÉPOCAS ERAN CEREMONIAS CON LAS CUALES LA CULTURA ABRÍA LA PUERTA A UNA BIOLOGÍA POTENCIALMENTE MADURA PARA SU REALIZACIÓN.

EN MÉXICO, TAN SÓLO, NO PODEMOS GENERALIZAR, NI SE PUEDE HABLAR DE LA FAMILIA MEXICANA, PORQUE LA DINÁMICA DE ÉSTA Y LA NORMALIDAD O PATOLOGÍA QUE ENTRAÑA EL ADOLESCENTE ES DIFERENTE POR SUS DIVERSOS NIVELES Y ESTRATOS SOCIALES Y CULTURALES.

DICE MAURICIO KNOBEL (1964), ..."LOS FACTORES INTRÍNSECOS RELACIO-

NADOS CON LA PERSONALIDAD DEL ADOLESCENTE SON LOS QUE DETERMINAN EN REALIDAD LAS DISTINTAS EXPRESIONES DE LA CONDUCTA QUE IMPORTAN PARA EL TRATAMIENTO DE CUALQUIER TIPO, PERO FUNDAMENTALMENTE DEL PSICODINÁMICO, Y TAMBIÉN PARA LA COMPRENSIÓN DE LOS PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS Y PSICOPATOLÓGICOS EN GENERAL DE ESTE PERÍODO DE LA VIDA.

ANNA FREUD DICE QUE ES MUY DÍFICIL SEÑALAR EL LÍMITE ENTRE LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO EN LA ADOLESCENCIA, Y CONSIDERA EN REALIDAD A TODA LA CONMOCIÓN DE ESTE PERÍODO DE LA VIDA COMO NORMAL.

CONTINUANDO CON KNOBEL (1971), ÉL AFIRMA QUE LA ADOLESCENCIA ES -- UNA ETAPA DE DESARROLLO. EL ADOLESCENTE ATRAVIESA POR DESEQUILIBRIOS E INESTABILIDAD EXTREMAS LO QUE CONFIGURA UNA ENTIDAD SEMIPATOLÓGICA, QUE ÉL HA DENOMINADO "SÍNDROME NORMAL DE LA ADOLESCENCIA", Y QUE ES PERTURBADO Y PERTURBADOR PARA EL ADULTO, PERO NECESARIO, PARA EL ADOLESCENTE, -- QUE EN ESTE PROCESO VA A ESTABLECER SU IDENTIDAD; OBJETIVO FUNDAMENTAL DE ESTE MOMENTO VITAL.

ARMINDA ABERASTURY EN SU LIBRO "LA ADOLESCENCIA NORMAL", (1971), -- DICE QUE EL ADOLESCENTE NO SÓLO DEBE ENFRENTARSE AL MUNDO DE LOS ADULTOS, PARA LO CUAL NO ESTÁ PREPARADO, SINO QUE ADEMÁS DEBE DESPRENDERSE DE SU MUNDO INFANTIL EN EL CUAL VIVÍA CÓMODA Y PLACENTERAMENTE CON DEPENDENCIA Y NECESIDADES BÁSICAS SATISFECHAS Y ROLES CLARAMENTE ESTABLECIDOS. ELLA DICE QUE EL ADOLESCENTE DEBE REALIZAR TRES DUELOS FUNDAMENTALES.

- A) EL DUELO POR EL CUERPO INFANTIL PERDIDO IMPOTENTE POR LOS CAMBIOS QUE OCURREN EN SU PROPIO ORGANISMO,
- B) EL DUELO POR EL ROL Y LA IDENTIDAD INFANTILES, QUE LO OBLIGA A UNA RENUNCIA DE LA DEPENDENCIA Y A UNA ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDADES QUE MUCHAS VECES DESCONOCE.
- C) EL DUELO DE LOS PADRES DE LA INFANCIA A QUIENES TRATA DE RETENER PERSISTENTEMENTE EN SU PERSONALIDAD BUSCANDO REFUGIO Y LA PROTECCIÓN QUE ELLOS SIGNIFICAN.

AUNADO A ESTOS TRES DUELOS ESTÁ EL DUELO POR LA BISEXUALIDAD INFANTIL TAMBIÉN PERDIDA POR LA NECESIDAD DE UBICARSE EN SU PROPIO ROL.

ESTOS DUELOS, VERDADERAS PÉRDIDAS DE PERSONALIDAD, VAN ACOMPAÑADOS POR TODO EL COMPLEJO PSICODINÁMICO DEL DUELO NORMAL, ADEMÁS, FUGAZMENTE ADQUIEREN CARACTERÍSTICAS DEL DUELO PATOLÓGICO.

A ESTA SITUACIÓN DEL ADOLESCENTE FRENTE A SU REALIZACIÓN EVOLUTIVA, ES A LO QUE ARMINDA ÁBERASTURY Y MAURICIO KNOBEL LLAMAN "SÍNDROME DE LA ADOLESCENCIA NORMAL".

ESTE SÍNDROME ES PRODUCTO DE LA PROPIA SITUACIÓN EVOLUTIVA, DE LA INTERACCIÓN DEL INDIVIDUO CON SU MEDIO.

POR EL CONTRARIO, LA PATOLOGÍA ES SIEMPRE EXPRESIÓN DEL CONFLICTO DEL INDIVIDUO CON LA REALIDAD, YA SEA A TRAVÉS DEL INTERJUEGO DE SUS ESTRUCTURAS PSÍQUICAS O DEL MANEJO DE LAS MISMAS FRENTE AL MUNDO EXTERIOR.

LA NECESIDAD DE ELABORAR LOS DUELOS, OBLIGAN AL ADOLESCENTE A RECURRIR NORMALMENTE A MANEJOS PSICOPÁTICOS DE ACTUACIÓN, QUE IDENTIFICAN SU CONDUCTA; LO QUE DIFERENCIA AL ADOLESCENTE NORMAL DEL PSICÓPATA, ES QUE-

ESTE PERSISTE CON INTENSIDAD EN EL USO DE ESTE MODO DE CONDUCTA.

LOS CAMBIOS PSICOLÓGICOS QUE SE PRODUCEN EN ESTE PERÍODO Y QUE SON EL CORRELATO DE CAMBIOS CORPORALES, LLEVAN A UNA NUEVA RELACIÓN CON LOS PADRES Y CON EL MUNDO Y ELLO SÓLO ES POSIBLE SI SE ELABORA LENTA Y DOLOROSAMENTE EL DUELO POR EL CUERPO DE NIÑO, POR LA IDENTIDAD INFANTIL Y -- POR LA RELACIÓN CON LOS PADRES DE LA INFANCIA.

EN ESTE PERÍODO, EL ADOLESCENTE, FLUCTÚA ENTRE UNA DEPENDENCIA Y -- UNA INDEPENDENCIA EXTREMAS Y SÓLO LA MADURÉZ LE PERMITIRÁ MÁS TARDE ACEPTAR SER INDEPENDIENTE; PERO, AL COMIENZO, SE MOVERÁ ENTRE EL IMPULSO AL DESPRENDIMIENTO Y LA DEFENSA POR TEMOR A LA PÉRDIDA DE LO CONOCIDO. ES UN PERÍODO DE CONTRADICCIONES, CONFUSO, AMBIVALENTE, DOLOROSO, CARACTERIZADO POR FRICCIONES CON EL MEDIO FAMILIAR Y SOCIAL. ESTE CUADRO ES FRECUENTEMENTE CONFUNDIDO CON CRISIS Y ESTADOS PATOLÓGICOS. TANTO LAS MODIFICACIONES CORPORALES INCONTROLABLES COMO LOS IMPERATIVOS DEL MUNDO EXTERNO QUE EXIGEN DEL ADOLESCENTE NUEVAS PAUTAS DE CONVIVENCIA, SON VIVIDOS AL PRINCIPIO COMO UNA INVASIÓN.

ÉSTOS CAMBIOS EN LOS QUE PIERDE SU IDENTIDAD DE NIÑO, IMPLICAN LA BÚSQUEDA DE UNA NUEVA IDENTIDAD QUE SE VA CONSTRUYENDO EN UN PLANO CONSCIENTE E INCONSCIENTE. EL ADOLESCENTE NO QUIERE SER COMO DETERMINADOS ADULTOS, PERO EN CAMBIO, ELIGE A OTROS COMO IDEALES, SE VA MODIFICANDO -- LENTAMENTE Y NINGUNA PREMURA INTERNA O EXTERNA FAVORECE ESTA LABOR.

LA PÉRDIDA QUE DEBE ACEPTAR ESTE ADOLESCENTE AL HACER EL DUELO POR EL CUERPO ES DOBLE: LA DE SU CUERPO DE NIÑO Y LA DEL CUERPO FÍSICA Y MORALMENTE ADULTO QUE LE IMPONEN EL TESTIMONIO DE LA DEFINICIÓN SEXUAL Y

DEL ROL QUE TENDRÁ QUE ASUMIR, NO SÓLO EN LA UNIÓN CON LA PAREJA SINO EN LA PROCREACIÓN.

ARNOLD GESELL EN SU LIBRO, "ADOLESCENCIA", DICE QUE LA ADOLESCENCIA ES UNA ETAPA EN EL CRECIMIENTO DEL SER HUMANO QUE NO PUEDE SER ENMARcado NI ENCASILLADO POR ESTEREOTIPOS DE COMPORTAMIENTO SOCIAL Y PSICOLÓGICO O MADUREZ Y CRECIMIENTO BIOLÓGICO, SINO QUE ES UN PROCESO DE CAMBIOS QUE SE DESARROLLAN EN EL TIEMPO Y QUE PUEDEN SER COMPRENDIDAS POR MEDIO DE UN MÉTODO DE COMPARACIONES ORDENADAS QUE NOS PERMITAN EXPLORAR LOS VALORES CONDUCTUALES DE LA EDAD Y LOS VALORES CRONOLÓGICOS DE LA CONDUCTA, COMO CLAVE ESTIMATIVA DEL ESTADO DE MADUREZ.

ESTE PROCESO DE LA VIDA TIENE SOBRE LOS PADRES UNA INFLUENCIA NO BIEN VALORADA HASTA HOY. EL ADOLESCENTE PROVOCA UNA VERDADERA REVOLUCIÓN EN SU MEDIO FAMILIAR Y SOCIAL Y ESTO CREA UN PROBLEMA GENERACIONAL NO SIEMPRE BIEN RESUELTO.

OCURRE QUE TAMBIÉN LOS PADRES VIVEN LOS DUELOS POR LOS HIJOS, NECESITAN HACER EL DUELO POR EL CUERPO DEL HIJO PEQUEÑO, POR SU IDENTIDAD DE NIÑO Y POR SU RELACIÓN DE DEPENDENCIA INFANTIL. AHORA SON JUZGADOS POR SUS HIJOS, Y LA REBELDÍA Y EL ENFRENTAMIENTO SON MÁS DOLOROSOS SI EL ADULTO NO TIENE CONSCIENTES SUS PROBLEMAS FRENTE AL ADOLESCENTE. ELLOS TIENEN QUE DESPRENDERSE DEL HIJO NIÑO Y EVOLUCIONAR HACIA UNA RELACIÓN CON EL HIJO ADULTO, LO QUE IMPONE MUCHAS RENUNCIAS DE SU PARTE, DEBE ACEPTAR EL DEVENIR DEL ENVEJECIMIENTO Y DE LA MUERTE, ABANDONAR LA IMAGEN IDEALIZADA DE SÍ MISMO, DEJAR DE FUNCIONAR COMO LÍDER O ÍDOLO Y ACEPTAR

TAR UNA RELACIÓN LLENA DE AMBIVALENCIAS Y CRÍTICAS.

ESTE MOMENTO DEL DESARROLLO, DONDE EL MODO EN QUE SE OTORQUE LA LIBERTAD, ES DEFINITIVO PARA EL LOGRO DE LA INDEPENDENCIA Y DE LA MADUREZ DEL HIJO.

EL ADOLESCENTE EN CRECIMIENTO REVELA SU INDIVIDUALIDAD POR LA FORMA-CARACTERÍSTICA EN QUE AVANZA DE UNA ETAPA A OTRA DEL PROCESO DE MADURACIÓN.

TODO ADOLESCENTE SE DESARROLLA EN CONFORMIDAD CON UN PATRÓN ÚNICO DE CRECIMIENTO QUE ES LA CLAVE DE SU INDIVIDUALIDAD.

LA OTRA CARA DE LA ADOLESCENCIA

HASTA AQUÍ HE ABOARDADO EL ENFOQUE QUE DA ARMINDA ABERASTURY Y KNOBEL - (1971) AL DESARROLLO NORMAL DE LA ADOLESCENCIA, PERO, LA OTRA CARA DEL -- PROBLEMA ES:

LA AMBIVALENCIA Y LA RESISTENCIA DE LOS PADRES A ACEPTAR EL PROCESO- DE CRECIMIENTO.

¿QUE CONFLICTOS CONSCIENTES E INCONSCIENTES CONDUCEN A LOS PADRES A IGNORAR O A NO COMPRENDER LA EVOLUCIÓN DEL HIJO? ¿QUE PROBLEMAS PROVOCAN ESTAS ESTRUCTURAS SOCIALES RÍGIDAS IMPUESTAS POR LOS ADULTOS Y QUE IMPIDEN UN DESARROLLO SALUDABLE A LOS JOVENES?.

ABERASTURY (1971) SOSTIENE QUE EL DESPRECIO QUE EL ADOLESCENTE MUESTRA FRENTE AL ADULTO ES, EN PARTE, UNA DEFENSA PARA ELUDIR LA DEPRESIÓN - QUE LE IMPONE EL DESPRENDIMIENTO DE SUS PARTES INFANTILES, PERO TAMBIÉN - UN JUICIO DE VALOR QUE DEBE RESPETARSE. ADEMÁS LA DESIDEALIZACIÓN DE LAS FIGURAS PARENTALES LO SUME EN EL MÁS PROFUNDO DESAMPARO.

SIN EMBARGO, ESTE DOLOR ES POCO PERCIBIDO POR LOS PADRES QUE SUELEN ENCERRARSE EN UNA ACTITUD DE RESENTIMIENTO Y REFUERZO DE LA AUTORIDAD, AC CITUD QUE HACE AÚN MÁS PROFUNDO Y DIFÍCIL ESTE PROCESO. LOS PADRES SUE- LEN USAR LA DEPENDENCIA ECONÓMICA COMO PODER SOBRE EL HIJO, LO QUE CREA - UN ABISMO Y UN RESENTIMIENTO SOCIAL ENTRE LAS DOS GENERACIONES.

EL ADULTO SE AFERRA A SU MUNDO DE VALORES QUE CON TRISTE FRECUENCIA ES EL PRODUCTO DE UN FRACASO INTERNO Y DE UN REFUGIO EN LOGROS TÍPICOS DE NUESTRA SOCIEDAD ALIENADA. EL ADOLESCENTE DEFIENDE SUS VALORES Y DESPRECIA LOS QUE QUIEREN IMPONERLE EL ADULTO, YA QUE LOS SIENTE COMO UNA TRAMPA DE LA QUE NECESITA ESCAPAR.

EL SUFRIMIENTO, LA CONTRADICCIÓN, LA CONFUSIÓN, LOS TRASTORNOS, SON DE ESTE MODO INEVITABLES; PUEDEN SER TRANSITORIOS, PUEDEN SER ELABORABLES, PERO DEBEMOS PLANTEARNOS LA PREGUNTA DE SI GRAN PARTE DE SU DOLOR NO PODRÍA SER MITIGADO CAMBIANDO ESTRUCTURAS FAMILIARES Y SOCIALES.

SU NUEVO PLAN DE VIDA, LE EXIGE PLANTEARSE EL PROBLEMA DE LOS VALORES ÉTICOS, INTELECTUALES Y AFECTIVOS; IMPLICA EL NACIMIENTO DE NUEVOS IDEALES Y LA ADQUISICIÓN DE LA CAPACIDAD DE LUCHA PARA CONSEGUIRLOS.

PERO, AL MISMO TIEMPO, LE IMPONE UN DESPRENDIMIENTO; ABANDONAR LA SOLUCIÓN DEL "COMO SI..." DEL JUEGO Y DEL APRENDIZAJE, PARA ENFRENTARSE AL "SI" Y "NO" DE LA REALIDAD ACTIVA QUE TIENE EN SUS MANOS.

ESTO LE IMPONE UN DISTANCIAMIENTO DEL PRESENTE Y, CON ELLO, LA FANTASÍA DE PROYECTARSE EN EL FUTURO Y SER ÉL MISMO. CONSECUENTEMENTE DEBE FORMARSE UN SISTEMA DE TEORÍAS, DE IDEAS; UN PROGRAMA AL CUAL AFERRARSE Y TAMBIÉN LA NECESIDAD DE ALGO EN LO QUE PUEDA DESCARGAR EL MONTO DE ANSIEDAD Y LOS CONFLICTOS QUE SURGEN DE SU AMBIVALENCIA ENTRE EL IMPULSO AL DESPRENDIMIENTO Y LA TENDENCIA A PERMANECER LIGADO.

ESTA CRISIS INTENSA LA SOLUCIONA HUYENDO DEL MUNDO EXTERIOR, EN LA FANTASÍA Y CON UN INCREMENTO PARALELO DE LA OMNIPOTENCIA NARCISTA Y DE LA SENSACIÓN DE PRESCINDENCIA DE LO EXTERNO.

SU HOSTILIDAD FRENTE A LOS PADRES Y AL MUNDO EN GENERAL SE EXPRESA - EN SU DESCONFIANZA, EN LA IDEA DE NO SER COMPRENDIDO, EN SU RECHAZO A LA- REALIDAD, SITUACIONES QUE PUEDEN SER RATIFICADAS O NO POR LA REALIDAD MIS- MA.

SUFRE CRISIS DE SUSCEPTIBILIDAD Y DE CELOS, EXIGE Y NECESITA VIGILAN- CIA Y DEPENDENCIA, PERO SIN TRANSICIÓN; SURGE EN ÉL UN RECHAZO AL CONTACTO CON LOS PADRES Y LA NECESIDAD DE INDEPENDENCIA Y DE HUIR DE ELLOS.

LA CALIDAD DEL PROCESO DE MADURACIÓN Y CRECIMIENTO DE LOS PRIMEROS - AÑOS, LA ESTABILIDAD DE LOS AFECTOS, EL MONTO DE GRATIFICACIÓN Y FRUSTRACIÓN, Y LA GRADUAL ADAPTACIÓN A LAS EXIGENCIAS AMBIENTALES VAN A MARCAR - LA INTENSIDAD Y GRAVEDAD DE ESTOS CONFLICTOS.

DIREMOS QUE EN LA SITUACIÓN GRUPAL FAMILIAR NOS ENCONTRAMOS CON LO QUE MARCUSE SEÑALA PARA LO SOCIAL: "...SI SON VIOLENTOS ES PORQUE ESTÁN DESESPERADOS".

A MÁS PRESIÓN PARENTAL, MÁS INCOMPRESIÓN FRENTE AL CAMBIO.

EL ADOLESCENTE REACCIONA CON MÁS VIOLENCIA POR DESESPERACIÓN, Y DESGRACIADAMENTE ES EN ÉSTE MOMENTO DECISIVO DE LA CRISIS ADOLESCENTE CUANDO LOS PADRES RECURREN POR LO GENERAL A DOS MEDIOS DE COACCIÓN: EL DINERO Y LA LIBERTAD.

SON TRES LAS EXIGENCIAS BÁSICAS DE LIBERTAD QUE PLANTEA EL ADOLESCEN- TE DE AMBOS SEXOS A SUS PADRES:

- 1.- LA LIBERTAD EN SALIDAS Y HORARIOS
- 2.- LA LIBERTAD DE DEFENDER UNA IDEOLOGÍA

3.- LA LIBERTAD DE VIVIR UN AMOR Y UN TRABAJO

DE ESTAS TRES, LOS PADRES SE OCUPAN EN ESPECIAL DE LA PRIMERA, PERO MÁS PROFUNDAMENTE ESTE CONTROL SOBRE LAS SALIDAS Y HORARIOS, SIGNIFICA EL CONTROL SOBRE LAS OTRAS LIBERTADES: LA IDEOLOGÍA, EL AMOR Y EL TRABAJO. CUANDO LOS PADRES RESPONDEN ANTE LA DEMANDA DE LIBERTAD RESTRINGIENDO LAS SALIDAS O UTILIZANDO LA DEPENDENCIA ECONÓMICA, "CORTANDO SU MENSUALIDAD Y GASTOS", ES QUE HUBO ALGO MAL LLEVADO EN SU PROPIA EDUCACIÓN.

EL ADOLESCENTE TEMPRANO, EL NIÑO DE ALREDEDOR DE DIEZ AÑOS SIENTE UNA GRAN NECESIDAD DE SER RESPETADO EN SU BÚSQUEDA DESESPERADA DE IDENTIDAD, DE IDEOLOGÍA, DE VOCACIÓN Y DE OBJETOS DE AMOR. SI ESE DIÁLOGO NO SE HA ESTABLECIDO ES MUY DIFÍCIL QUE EN EL MOMENTO DE LA ADOLESCENCIA HAYA UNA COMPRESIÓN ENTRE LOS PADRES Y LOS HIJOS.

LOS ADOLESCENTES DE HOY SON MUCHO MÁS SERIOS, ESTÁN MÁS INFORMADOS; VALORAN MÁS EL AMOR Y EL SEXO Y PARA ELLOS ÉSTE PERMITE REALMENTE "UN ACTO DE AMOR" Y NO UNA MERA DESCARGA O UN PASATIEMPO O UNA AFIRMACIÓN DE POTENCIA. CASI TODOS SABEN QUE LA LIBERTAD SEXUAL NO ES PROMISCUIDAD, PERO SIENTEN Y EXPRESAN LA NECESIDAD DE HACER EXPERIENCIAS QUE NO SIEMPRE SON TOTALES PERO QUE NECESITAN VIVIR PERO ADEMÁS NECESITAN HALLAR CIERTA APROBACIÓN DE SUS PADRES PARA NO SENTIR CULPA. NECESITAN VIVIR SUS EXPERIENCIAS PERO CON TODO EL RESPETO DE SUS PADRES POR DETALLES Y CONFIDENCIAS DE SUS ACTOS.

LA NECESIDAD DEL ADOLESCENTE DE HABLAR DE SUS LOGROS Y LA DISPOSICIÓN DE SUS PADRES PARA ESCUCHARLOS CON ATENCIÓN Y SIN OPINIONES NI IMPOSICIONES SINO CON APOYO TOTAL ABRIRÁ EL CAMINO PARA ENTENDER

LO QUE ESTÁ PASANDO EN SUS HIJOS.

Y PARA PODER COMPRENDER ESO QUE ESTÁ PASANDO EN LOS HIJOS ES NECESARIO SABER QUE ES LO QUE "PASA NORMALMENTE" EN LA ADOLESCENCIA.

CONOCER EL "COMÚN DENOMINADOR" DE ESTA ESTAPA ES PRECISO PARA NO Luchar en vano contra un crecimiento en el cual son necesarios algunos aspectos que al adulto parezcan enfermizos o extremos.

EN EL SIGUIENTE CAPÍTULO SE MENCIONA EL CONTENIDO FÍSICO-EMOCIONAL DE ESTE PERÍODO Y QUE TAN ACERTADA Y AVIDAMENTE DESCRIBE ARMINDA ABERASTURY.

EL SINDROME DE LA ADOLESCENCIA NORMAL

EN SU LIBRO "LA ADOLESCENCIA NORMAL", (1971) ARMINA ABERASTURY EXPRESA QUE DEBEMOS POR UNA PARTE CONSIDERAR LA ADOLESCENCIA COMO UN FENÓMENO ESPECÍFICO DENTRO DEL MARCO CULTURAL-SOCIAL EN EL CUAL SE DESARROLLA, Y DENTRO DE LA HISTORIA DEL SER HUMANO; POR OTRA PARTE, ESTUDIAR SU EXPRESIÓN CIRCUNSTANCIAL DE TIPO GEOGRÁFICO Y TEMPORAL HISTÓRICO-SOCIAL.

NO HAY DUDA ALGUNA DE QUE EL ELEMENTO SOCIO-CULTURAL INFLUYE CON DETERMINISMO ESPECÍFICO EN LAS MANIFESTACIONES DE LA ADOLESCENCIA, PERO TAMBIÉN DEBEMOS TENER EN CUENTA QUE TRAS ESTA EXPRESIÓN SOCIOCULTURAL EXISTE UN BASAMENTO PSICBIOLÓGICO QUE LE DÁ CARACTERÍSTICAS UNIVERSALES, FARBEROW, 1960.

EL PROBLEMA DE LA ADOLESCENCIA DEBE SER TOMADO EN CUENTA COMO UN PROCESO UNIVERSAL DE CAMBIO, DE DESPRENDIMIENTO, PERO QUE SE TEÑIRÁ CON CONNOTACIONES EXTERNAS PECULIARES DE CADA CULTURA QUE LO FAVORECERÁ O DIFICULTARÁ, SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS.

ABERASTURY DEFINE LA ADOLESCENCIA COMO SIGUE:

"ES LA ETAPA DE VIDA, DURANTE LA CUAL, EL INDIVIDUO BUSCA ESTABLECER SU IDENTIDAD ADULTA, APOYÁNDOSE EN

LAS PRIMERAS RELACIONES OBJETALES-PARENTALES INTER-
 NALIZADAS Y VERIFICANDO LA REALIDAD QUE EL MEDIO SO
 CIAL LE OFRECE, MEDIANTE EL USO DE LOS ELEMENTOS --
 BIOFÍSICOS EN DESARROLLO A SU DISPOSICIÓN Y QUE A -
 SU VEZ TIENDEN A LA ESTABILIDAD EN UN PLANO GENITAL,
 LO QUE SOLO ES POSIBLE SI SE HACE EL DUELO POR LA -
 IDENTIDAD INFANTIL".

LA ESTABILIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD NO SE LOGRA SIN PASAR POR UN --
 CIERTO GRADO DE CONDUCTA "PATOLÓGICA" QUE, SEGÚN ÁBERASTURY DEBE CONSIDE-
 RARSE INHERENTE A LA EVOLUCIÓN "NORMAL" DE ESTA ETAPA DE LA VIDA.

LA NORMALIDAD SE ESTABLECE SOBRE LAS PAUTAS DE ADAPTACIÓN AL
 MEDIO, Y ESTO NO SIGNIFICA "SOMETIMIENTO AL MISMO", SINO MÁS BIEN
 LA CAPACIDAD DE UTILIZAR LOS DISPOSITIVOS EXISTENTES PARA EL LOGRO
 DE LAS SATISFACCIONES BÁSICAS DEL INDIVIDUO EN UNA INTERACCIÓN PERMANENTE
 QUE BUSCA MODIFICAR LO DISPLACENTERO O LO INÚTIL A TRAVÉS DEL LOGRO
 DE SUSTITUCIONES PARA EL INDIVIDUO Y LA COMUNIDAD.

LAS LUCHAS Y REBELDÍAS EXTERNAS DEL ADOLESCENTE NO SON MÁS QUE
 REFLEJOS DE LOS CONFLICTOS DE DEPENDENCIA INFANTIL QUE ÍNTIMAMENTE
 AÚN PERSISTEN.

PARA ERIKSON, (1956) EXISTE EN LA ADOLESCENCIA UN CAMBIO QUE
 ES FUNDAMENTALMENTE CRÍTICO. ÉSTE AUTOR HABLA DE TRES ESTADIOS EN
 EL PROCESO EVOLUTIVO, QUE SINTETIZA EN: NIÑO ADOLESCENTE Y ADULTO, BASÁN-
 DOSE EN CONCEPTOS DE PIAGET, Y ACEPTANDO QUE UNO NO ES UN ADULTO (NI FUÉ-
 UN NIÑO-NIÑO, NI SE CONVIRTIÓ EN ADOLESCENTE-ADOLESCENTE) SIN LO QUE PIA-

GET LLAMA "CONFLICTO" Y QUE ÉL PREFIERE LLAMAR "CRISIS". DESTACA ENTONCES QUE: "...DE HECHO, PARA CADA UNIDAD DE ÉSTAS, CORRESPONDE UNA CRISIS MAYOR, Y CUANDO, POR CUALQUIER RAZÓN, UNA CRISIS TARDÍA ES SEVERA, SE REVIVEN LAS CRISIS MÁS TEMPRANAS".

ARMINDA ABERASTURY (1971) DESCRIBE LO QUE ELLA LLAMA: "SÍNDROME DE LA ADOLESCENCIA" DE LA MANERA SIGUIENTE:

EL ADOLESCENTE ATRAVIESA POR DESEQUILIBRIOS E INESTABILIDAD EXTREMAS DE ACUERDO CON LO QUE CONOCEREMOS DE ÉL. EN NUESTRO MEDIO CULTURAL, NOS MUESTRAN PERÍODOS DE ELACIÓN, DE ENSIMISMAMIENTO, ALTERNANDO CON AUDACIA, TIMIDEZ, INCOORDINACIÓN, URGENCIA, DESINTERÉS O APATÍA, QUE SE SUCEDEN O SON CONCOMITANTES CON CONFLICTOS AFECTIVOS, CRISIS RELIGIOSAS EN LA QUE SE PUEDE OSCILAR DEL ATÉISMO ANÁRQUICO AL MISTICISMO FERVOROSO, INTELCTUALIZACIONES Y POSTULACIONES FILOSÓFICAS, ASCETISMO, CONDUCTAS SEXUALES DIRIGIDAS HACIA EL HETEROEROTISMO Y HASTA LA HOMOSEXUALIDAD OCASIONAL".

REVISANDO Y ANALIZANDO LOS ESTUDIOS DE ALGUNOS AUTORES Y SINTETIZANDO LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA, PODEMOS DESCRIBIR LA SIGUIENTE "SINTOMATOLOGÍA" QUE INTEGRARÍA ESTE SÍNDROME:

- 1.- BÚSQUEDA DE SÍ MISMO, DE LA IDENTIDAD
- 2.- TENDENCIA GRUPAL
- 3.- NECESIDAD DE INTELCTUALIZAR Y FANTASEAR
- 4.- CRISIS RELIGIOSAS QUE PUEDEN IR DESDE EL ATÉISMO MÁS INTRANSIGEN

- TE HASTA EL MISTICISMO MÁS FERVOROSO.
- 5.- DESUBICACIÓN TEMPORAL, EN DONDE EL PENSAMIENTO ADQUIERE LAS CARACTERÍSTICAS DE PENSAMIENTO PRIMARIO.
 - 6.- EVOLUCIÓN SEXUAL MANIFIESTA QUE VA DESDE EL AUTOEROTISMO HASTA LA HETEROSEXUALIDAD GENITAL ADULTA.
 - 7.- ACTITUD SOCIAL REIVINDICATORIA CON TENDENCIAS ANTISOCIALES DE DIVERSA INTENSIDAD.
 - 8.- CONTRADICCIONES SUCESIVAS EN TODAS LAS MANIFESTACIONES DE LA CONDUCTA, DENOMINADA POR LA ACCIÓN, QUE CONSTITUYE LA FORMA DE EXPRESIÓN CONCEPTUAL MÁS TÍPICA DE ESTE PERÍODO DE LA VIDA.
 - 9.- UNA SEPARACIÓN PROGRESIVA DE LOS PADRES.
 - 10.- CONSTANTES FLUCTUACIONES DEL HUMOR Y DEL ESTADO DE ÁNIMO.

CONSIDERANDO QUE EL CONVIVIR SOCIAL Y NUESTRAS ESTRUCTURAS INSTITUCIONALES NOS HACEN VER QUE LAS NORMAS DE CONDUCTA ESTÁN ESTABLECIDAS, MANEJADAS Y REGIDAS POR LOS ADULTOS DE NUESTRA SOCIEDAD, ES QUE DEBEMOS ESTAR CAPACITADOS PARA OBSERVAR LA CONDUCTA JUVENIL COMO ALGO QUE APARENTEMENTE ES SEMINORMAL O SEMIPATOLÓGICO, PERO QUE SIN EMBARGO, FRENTE A UN ESTUDIO MÁS OBJETIVO, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA PSICOPATOLOGÍA, APARECE REALMENTE COMO COHERENTE, LÓGICO Y NORMAL.

CAPITULO II

DIFERENTES EXPLICACIONES ACERCA DE LA GENESIS DEL SUICIDIO

- 1.- ENFOQUE PSICOANALÍTICO
- 2.- ENFOQUE SOCIOLÓGICO
- 3.- ENFOQUE PSICOLÓGICO

EN ESTE CAPÍTULO SE PRESENTAN TRES ENFOQUES DIFERENTES CON LOS PUNTOS DE VISTA TEÓRICOS MÁS COMUNES SOBRE EL SUICIDIO.

UN ENFOQUE SOCIOLÓGICO ES EL DE LA TEORÍA ETIOLÓGICA Y ECOLÓGICA DE SUICIDIO DE ÉMILE DURKHEIM, PROBABLEMENTE LA MÁS CONOCIDA SOBRE ESTE TÓPICO, EN SU LIBRO LE SUICIDE, LA CUAL DESDE QUE SE PUBLICÓ EN FRANCIA EN 1897, ESTABLECIÓ UN MODELO PARA LA INVESTIGACIÓN SOCIOLÓGICA EN GENERAL.

POSTERIORMENTE SE HAN ESCRITO MUCHOS ESTUDIOS DE ESTE GÉNERO; INCLUYO LOS ESTUDIOS REALIZADOS HENRY Y SHORT.

EL ENFOQUE PSICOANALÍTICO BÁSICAMENTE DESCRITO POR FREUD Y SUS SEGUIDORES ANA FREUD, KARL ABRAHAM, BOWLBY, J. Y KAREN HORNEY; EL ENFOQUE PSICOLÓGICO REPRESENTADO POR ALFRED ADLER; EL PSIQUIÁTRICO CON LA OPINIÓN DE HARRY STACK SULLIVAN.

CONFRONTANDO ESTAS CORRIENTES HALLAREMOS ANALOGÍAS QUE CONLLEVAN A UNA SOLA CONCLUSIÓN: LAS CAUSAS DEL SUICIDIO SON VARIADAS EN ASPECTOS SOCIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS Y CONFIRMAN LAS OBSERVACIONES DEL DR. SANTIAGO RAMÍREZ. ... "INFANCIA ES DESTINO".

DIFERENTES EXPLICACIONES ACERCA DE LA GENESIS DEL SUICIDIO

EXISTE UN IMPORTANTE GRUPO DE TEORÍAS QUE CONSIDERAN QUE EL CONCEPTO DE INSTINTO DE MUERTE ES FUNDAMENTAL PARA EXPLICAR EL FENÓMENO DEL SUICIDIO.

KARL MENNINGER, (1938), SOSTIENE LA TESIS DE QUE TODA CLASE DE CONDUCTA HOSTIL A LA SALUD Y CONTRA LA VIDA CONSTITUYE LA EXPRESIÓN DEL INSTINTO DE MUERTE DIRIGIDO CONTRA EL YO, SIENDO EL SUICIDIO SU MANIFESTACIÓN MÁS EXTREMA... "TODO ACTO SUICIDA CONTIENE TRES ELEMENTOS: - DESEO DE MATAR, DE SER MATADO Y DE ESTAR MUERTO. ÉSTA LÍNEA DE PENSAMIENTOS CONCI QUE TODO ACTO SUICIDA CONLLEVA ELEMENTOS AGRESIVOS.

MELANIE KLEIN, (1973), -PSICÓLOGA INGLESA, MODIFICIÓ LA CONCEPCIÓN -- FREUDIANA CLÁSICA A PARTIR DE SU EXPERIENCIA CLÍNICA CON NIÑOS ENTRE 3 Y 6 AÑOS, FUÉ QUIEN DEFENDIÓ LA TEORÍA DUALISTA DE LOS INSTINTOS CONSIDERANDO QUE TENÍA UNA IMPORTANCIA CLÍNICA FUNDAMENTAL. LA ANGSTIA PRIMORDIAL QUE EXPERIMENTA EL YO PROVIENE DE LA AMENAZA DE ANIQUILACIÓN ORIGINADA -- DESDE EL INTERIOR DEL ORGANISMO POR EL INSTINTO DE MUERTE.

EL TEMOR A LA ANIQUILACIÓN SERÍA EL FACTOR DINÁMICO QUE IMPULSARÍA - AL YO A LA ACCIÓN Y AL DESARROLLO DE LAS PRIMERAS DEFENSAS. SUSTENTA QUE EL MECANISMO DE LA PROYECCIÓN PERMITE QUE EL NIÑO QUEDE A SALVO DE SER -- INUNDADO POR SUS IMPULSOS DESTRUCTIVOS.

ALBERT CAMUS, SOSTIENE QUE "NO HAY MÁS QUE UN PROBLEMA FILOSÓFICO -- VERDADERAMENTE SERIO: EL SUICIDIO."

"... JUZGAR SI LA VIDA VALE O NO VALE LA PENA VIVIRLA ES RESPONDER A LA PREGUNTA FUNDAMENTAL DE LA FILOSOFÍA."

SHNEIDMAN Y FARBEROW (1957) TIENDEN A CONFIRMAR LAS AFIRMACIONES DE-FREUD CUANDO SEÑALAN: "LAS ESTADÍSTICAS DE MORTALIDAD SÓLO DAN UN PANORA-MA PARCIAL DEL PROBLEMA DEL SUICIDIO. SE ESTIMA QUE, POR CADA SUICIDIO,-CONSUMADO SE HACEN ENTRE 5 Y 15 INTENTOS".

EXISTEN VARIAS TEORÍAS QUE EXPLICAN EL ORIGEN DE LOS ESTADOS PRODRÓ-MICOS AL SUICIDIO O AL INTENTO DE SUICIDIO Y QUE PRESENTAN COMO UNA CARAC-TERÍSTICA GENERAL, LA DEPRESIÓN Y LA AGRESIÓN.

EN SU OBRA "DUELO Y MELANCOLÍA", SIGMUD FREUD, (1917), BUSCA COMO -- TÉRMINO DE COMPARACIÓN AQUEL ESTADO PSÍQUICO LLAMADO DUELO (AFLICCIÓN), - EN QUE SE ENCUENTRA UN SUJETO DESPUÉS DE HABER SUFRIDO LA PÉRDIDA DE AL--GUIÉN QUERIDO COMO POR EJEMPLO; EN EL CASO DE MUERTE DE ALGÚN FAMILIAR,--REALMENTE EL ASPECTO EXTERIOR DE AMBAS AFECCIONES JUSTIFICA LA COMPARA --CIÓN, PORQUE EN LAS DOS EXISTE LA TRISTEZA, EL DESINTERÉS POR LO CIRCUN--DANTE Y LA INHIBICIÓN.

EN EL DUELO, EL SUJETO TIENE QUE CONSEGUIR RETIRAR SUS CARGAS LIBIDI-NALES O SEA SUS AFECTOS, DEBIDO A LA INERCIA PSÍQUICA, ÉSTA LABOR SUPONE--UN ESFUERZO Y DICHO TRABAJO DEL DUELO ES DOLOROSO. EN TÉRMINOS CORRIEN--TES: ES PENOSO OLVIDAR A ALGUIEN QUE SE HA QUERIDO,

PASEMOS AHORA AL MELANCÓLICO: ¿QUÉ OCURRE EN LA GÉNESIS DE LA TRISTE

ZA DE ÉSTE ENFERMO?. LA INVESTIGACIÓN PSICOANALÍTICA ES CAPAZ DE DEMOSTRAR QUE TAMBIÉN AQUÍ EXISTE LA PÉRDIDA DE UN OBJETO QUERIDO, CON LA DIFERENCIA, FRENTE AL SUJETO EN ESTADO DE DUELO, QUE A MENUDO ESTA PÉRDIDA NO HA OCURRIDO EN LA REALIDAD EXTERIOR, SINO SOLAMENTE EN EL PSIUISMO DEL SUJETO, QUE POR MOTIVOS VARIOS, SE HA VISTO OBLIGADO A ROMPER SUS CONEXIONES PSÍQUICAS CON UNA PERSONA QUERIDA, NO POR LA MUERTE SINO POR DESENGAÑO. ESTE PROCESO SE ENMASCARA, PORQUE NO TRANSCURRE EN LA CONSCIENCIA DEL ENFERMO. ÉL SUJETO ENFERMO NO QUIERE DARSE CUENTA DE ÉL Y POR ELLO REALIZA INCONSCIENEMENTE EL TRABAJO DE LA REPACIÓN AFECTIVA.

POR LO TANTO, LA EXISTENCIA DE UNA PÉRDIDA, REAL O INTRAPSÍQUICA DE UN OBJETO QUERIDO APROXIMA EL DUELO NORMAL A LA MELANCOLÍA PATOLÓGICA SEPARÁNDOSE AMBAS AFECCIONES POR LA CONSCIENCIA O INCONSCIENCIA DEL PROCESO.

EL MELANCÓLICO SE CONDUCE COMO SI LO PERDIDO HUBIESE SIDO SU PROPIOYO, SU FALTA DE INTERÉS ANTE TODO HACIA SÍ MISMO. ÉL SUJETO MELANCÓLICO SE CONSIDERA INDIGNO Y SE DESEA LA MUERTE.

UNA PARTE DE SU YO, QUE ES EL SUPERYÓ (CONSCIENCIA), SE ENFRENTA CON EL RESTO DE DICHO YO HACIÉNDOLE TODA CLASE DE REPROCHES.

SUCEDE QUE EL SUJETO MELANCÓLICO DESCONOCE LA PÉRDIDA DE UN OBJETO Y, EN CAMBIO, SE HACE AUTOREPROCHES. LA CLAVE DE ESTE ENIGMA LA SUMINISTRA LA OBSERVACIÓN DE CASOS EN LOS QUE MUCHOS DE LOS AUTOREPROCHES SON INJUSTIFICADOS EN LO QUE AL SUJETO SE REFIERE, PERO, EN CAMBIO, SON REPROCHES QUE PUEDEN DIRIGIRSE AL OBJETO.

LOS REPROCHES DEL MELANCÓLICO VAN PRIMITIVAMENTE DIRIGIDOS A UN OBJETO QUERIDO EXTERIOR QUE, CON SU CONDUCTA, HA PROVOCADO CONTRATIEMPOS AFEC

TIVOS, PERO QUE A ELLO EL MELANCÓLICO HA REACCIONADO COMO SI ÉL MISMO HUBIESE SIDO EL CULPABLE DE LA SITUACIÓN MOLESTA. GENÉTICAMENTE EN EL MELANCÓLICO LOS LAMENTOS SON ACUSACIONES, YA QUE A PESAR DE SUS PALABRAS -- LASTIMERAS, TIENE A MENUDO UNA CONDUCTA DESAGRADABLE Y AGRESIVA PARA LOS QUE LO RODEAN LO QUE NO HARÍA SI FUERA SOLAMENTE UNA PERSONA LLENA DE REMORDIMIENTOS.

TAL PROCESO PSÍQUICO PUEDE SER DESCRITO COMO SIGUE: POR LA OFENSA O ENGAÑO DE UN OBJETO EXTERIOR, EL SUJETO SE SIENTE OBLIGADO A ABANDONAR -- SUS RELACIONES LIBIDINALES CON ÉL, LO QUE EFECTÚA, MEDIANTE UNA IDENTIFICACIÓN EN EL YO, CON DICHO OBJETO. EL YO DEL MELANCÓLICO PROCURA IGUALAR SE AL OBJETO. DE ÉSTE MODO, COMO ESCRIBE FREUD, "LA SOMBRA DEL OBJETO -- CAE SOBRE EL YO", RECIBIENDO LUEGO ÉL MISMO EN SU IDENTIFICACIÓN LOS PROPIOS REPROCHES QUE PRIMITIVAMENTE HUBIESE DIRIGIDO AL OBJETO.

PARA QUE ESTE PROCESO SEA POSIBLE SON NECESARIAS CONDICIONES LIBIDINALES PREVIAS:

1o.- HA TENIDO QUE SER MUY INTENSA LA FIJACIÓN AL OBJETO, CAUSANTE DE CONTRATIEMPOS.

2o.- HA TENIDO QUE SER MUY LABIL.

ESTA DOBLE CONDICIÓN CONTRADICTORIA SÓLO RESULTA POSIBLE CUANDO LA -- ELECCIÓN DEL OBJETO SE REALIZA SOBRE UNA BASE NARCICISTA, CARACTERÍSTICA -- DEL NIÑO.

EN EL MELANCÓLICO HAY UNA REGRESIÓN A ESTA SITUACIÓN PRIMITIVA QUE -- SE RELACIONA CON EL OBJETO SIGUIENDO LA FORMA PRECOZ DEL AMOR QUE ES LA -- IDENTIFICACIÓN, OBEDECIENDO EN ELLA A AMBIVALENTES NORMAS ORAL-CANIBALÍS-

TICAS DE LA EVOLUCIÓN LIBIDINAL; EL MELANCÓLICO BUSCA CONSEGUIR AL OBJETO DEVORÁNDOLO.

LA MELANCOLÍA ES UN PROCESO DE DUELO ANÁLOGO AL DUELO NORMAL, PROVOCADO POR LA PÉRDIDA DE LAS RELACIONES AFECTIVAS CON UN OBJETO. ES TAMBIÉN UN PROCESO DE REGRESIÓN, A PARTIR DE UNA ELECCIÓN NARCISISTA DE OBJETO HASTA UN NARCISISMO PRIMITIVO, LO QUE SE EFECTÚA LLEVANDO CONSIGO EL SUJETO A LA SOMBRA DE SU OBJETO. POR SU IDENTIFICACIÓN NARCISISTICA AL ATORMENTARSE A SÍ MISMO EL MELANCÓLICO ATORMENTA A SU OBJETO PERDIDO. Y ES ELLO LO QUE LE RESULTA PLACENTERO EN SU CONDUCTA. EL MELANCÓLICO PUEDE LLEGAR HASTA EL SUICIDIO CON LA FINALIDAD INCONSCIENTE DE DESTRUIR A SU OBJETO.

DUELO Y MELANCOLÍA, DE FREUD, SUMINISTRÓ UNA BASE MUY FIRME, QUE PERMITIÓ A KARL ABRAHAM EN 1924 CONTINUAR SUS INVESTIGACIONES. ÉSTE AUTOR BUSCÓ APOYO EN LA CLÍNICA, MEDIANTE EL PSICOANÁLISIS; LLEGÓ A CONCLUSIONES VALIOSAS TANTO EN LAS PSICÓSIS CIRCULARES (MANIACO-DEPRESIVAS) COMO EN LOS DEMÁS TRASTORNOS MENTALES Y LA EVOLUCIÓN DE LA LÍBIDO.

DESDE TIEMPO ATRÁS HABÍA LLAMADO LA ATENCIÓN DE ABRAHAM EL ¿CÓMO LA NEURÓSIS OBSESIVA NO EVOLUCIONABA HASTA LA MELANCOLÍA? ABRAHAM DEDUJO QUE EN LA FASE LIBIDINAL SADICOANAL TIENE QUE HABER ELEMENTOS HETEROGÉNEOS, SUMINISTRANDO ASÍ LA BASE DE CUADROS PATÓLOGICOS DISTINTOS.

EL DEMOSTRÓ LO SIGUIENTE, PARTIENDO DEL HECHO CONOCIDO DE QUE EN LA FASE SADICOANAL EL SUJETO MANEJA A SUS OBJETOS LIBIDINALES COMO SI SE TRATASE DE HECES. SEÑALA DOS TIPOS DISTINTOS DE ANALIDAD:

- A) EL SUJETO PUEDE CONSERVAR O BIEN ELIMINAR SUS HECE, REPRESENTANTES DE OBJETOS EXTERIORES,
- B) EL SUJETO PRESENTA UN AFÁN DE RETENER LAS HECE, EN LUGAR DE LOS OBJETOS.

LO MISMO QUE CON LA ANALIDAD, OCURRE CON EL SADISMO, EN ESTA FASE -- INSTINTIVA. EL SADISMO PUEDE EJERCITARSE YA DOMINANDO AL OBJETO, COMO -- ALGO DE PERTENENCIA PROPIA, QUE DESEA CONSERVAR O BIEN DESTRUYÉNDOLO. ES TOS DOS ASPECTOS DEL SADISMO SE CORRESPONDEN CON LOS DOS ANALES CITADOS, -- DE RETENCIÓN Y ELIMINACIÓN.

ASÍ LA PÉRDIDA DE UN OBJETO DETERMINADO PUEDE SER PERCIBIDA INCONSCIENTEMENTE COMO DESTRUCCIÓN SÁDICA O COMO ELIMINACIÓN ANAL.

UNA MUESTRA ES EL HECHO DE QUE EN LA GUERRA, AL ACTO SÁDICO DE MATAR A LOS OCUPANTES DE UNA TRINCHERA SE DENOMINABA CON EL TÉRMINO DE "LIMPIAR LA". Y LO MISMO OCURRE CON LAS TENDENCIAS CONSERVADORAS DE RETENCIÓN -- ANAL Y DE DOMINIO SÁDICO DEL OBJETO.

CONOCIDOS ESTOS DOS TIPOS DE TENDENCIAS DE LA FASE SADICOANAL, HAY -- QUE PENSAR QUE LOS MÁS PRIMITIVOS SON LOS QUE BUSCAN LA DESTRUCCIÓN Y ELI MINACIÓN DEL OBJETO. A ÉSTE TIPO DE DESEOS REGRESA EL MELANCÓLICO, CUANDO EN SU LOCURA PIERDE LA CONEXIÓN PSÍQUICA CON LOS OBJETOS EXTERIORES.

PERO EL MELANCÓLICO NO SE LIMITA A ABANDONAR AL OBJETO, SINO QUE ADE MÁS REALIZA CON ÉL UNA INTROYECCIÓN SUSTITUTIVA DENTRO DE SU YO. COMO DEMOSTRÓ FREUD EN "DUELO Y MELANCOLÍA".

DICE KARL ABRAHAM, (1944), QUE LA INTROYECCIÓN EN SÍ ES UN FENÓMENO NORMAL, TAMBIÉN, DURANTE EL PROCESO DEL DUELO EN LAS PERSONAS SANAS. LO-

QUE ENMASCARA LA SITUACIÓN DEL MELANCÓLICO, FRENTE AL ESTADO DEL DUELO - NORMAL, ES QUE LA PÉRDIDA DEL OBJETO EN AQUEL ES INCONSCIENTE Y NO REAL; - ADEMÁS, LA PRESENCIA DE LA AMBIVALENCIA INTENSA POR EL OBJETO, QUE HACE - NECESARIA LA ELABORACIÓN DE LA HOSTILIDAD, VOLVIENDOLA EL SUJETO CONTRA - SÍ MISMO.

KARL ÁBRAHAM PUDO HACER AFIRMACIONES IMPORTANTES ACERCA DE LA PSICO- GÉNESIS DE LA MELANCOLÍA. SEGÚN EL INTERVIENEN LOS SIGUIENTES FACTORES:

- 10.- UN FACTOR CONSTITUCIONAL Y HEREDITARIO, QUE ES UNA SOBREAECENTUACIÓN DEL EROTISMO ORALDIGESTIVO.
- 20.- UNA FIJACIÓN ESPECIAL DE LA LÍBIDO EN LA FASE- ORALDIGESTIVA, QUE SE DEMUESTRA POR LA INTENSI- DAD DE LOS PLACERES O DISPLACERES ORALDIGESTI- VOS, SOBRETUDO EN LA INFANCIA;
- 30.- UNA INJURIA SEVERA AL NARCISISMO INFANTIL, PRO- DUCIDO POR SUCESIVOS DESENGAÑOS AMOROSOS, QUE- CREA EN EL ENFERMO LA TENDENCIA COMPULSIVA A - REPETIR ESOS DESENGAÑOS, MANTENIENDOSE EN UNA- ACTITUD MUY AMBIVALENTE FRENTE AL OBJETO,
- 40.- LA EXISTENCIA DE UN PRIMER DESENGAÑO AMOROSO - CON ANTERIORIDAD A LA ÉPOCA EN QUE HAN SIDO -- VENCIDOS LOS DESEOS EDÍPICOS, ESTABLECIENDÓSE- ASÍ UNA UNIÓN PERMANENTE ENTRE EL COMPLEJO DE-

EDIPO Y LOS DESEOS ORALDIGESTIVOS SÁDICOS

50.- LA REPETICIÓN EN LA VIDA ULTERIOR DE ESTE DESEÑO PRIMARIO; PROVOCANDO UNA CÓLERA CANNIBALÍSTICA DIRIGIDA CONTRA LA MADRE MALA DE LA INFANCIA.

EL CONFLICTO PRIMITIVO CON LA MADRE Y LA NECESIDAD INFANTIL DE ACEPTARLA, A PESAR DE SU MALDAD OCASIONAL, TRAEN CONSIGO QUE LA INTROYECCIÓN DEL OBJETO EN EL MELANCÓLICO SEA DOBLE. HAY UNA INTROYECCIÓN EN EL SUPER YÓ, DADO QUE EN EL ENFERMO HA TOMADO EL PAPEL DE LA CONCIENCIA, COMO LÓ - DEMUESTRA EL HECHO DE QUE LA CONCIENCIA DIRIJA AL RESTO DE LA PERSONALIDAD DEL ENFERMO UNA SERIE DE CRÍTICAS ANÁLOGAS A LA QUE LA MADRE PUDO HACERLE EN LA INFANCIA. POR OTRO LADO HAY UNA INTROYECCIÓN DEL OBJETO EN EL YO, PUES EL CONTENIDO MISMO DE LOS AUTOREPROCHES ES EL DE UNA CRÍTICA-DESPIADADA AL OBJETO.

EN RESUMEN: ANTE EL DESEÑO AMOROSO EL MELANCÓLICO TIENDE A ELIMINAR AL OBJETO, LO HA INTROYECCIONADO Y TRATA DE DEVORARLO. SE IDENTIFICA -- NARCISISTICAMENTE CON EL OBJETO Y SE VENGA DE ÉL, ATORMENTÁNDOSE A SÍ MISMO EN LA IDENTIFICACIÓN OBJETAL. DE ESTE MODO SE SATISFACEN Y RESUELVEN SUS DESEOS AGRESIVOS Y, DESPUÉS DE ESTE PROCESO, EL OBJETO EXTERIOR PUEDE OCUPAR DE NUEVO SU LUGAR REAL EN EL AFECTO DEL ENFERMO. DICHA LIBERACIÓN DEL OBJETO, DE SU ESCONDITE EN EL YO, SE REALIZA NUEVAMENTE COMO UN ACTO DE DEFECACIÓN.

TEORIA DE LA DINAMIA DE ALFRED ADLER

EL SUICIDIO DESDE EL PUNTO DE VISTA ADLERIANO (1937), ESTÁ ENFOCADO-SOBRE SU DINAMIA Y CONSIDERA AL INDIVIDUO COMO UN TODO UNIFICADO Y ÚNICO, DIRIGIDO SIEMPRE POR UNA FUERZA QUE SE SOBREPONE A TODO. ADLER HA DENOMINADO ÉSTA FUERZA DE VARIAS MANERAS:

1A.- EL ESFUERZO A PARTIR DE UNA SITUACIÓN DE MENOS HACIA UNA SITUACIÓN DE MÁS, EN BUSCA DE SUPERIORIDAD, PERFECCIÓN O COMPLEMENTACIÓN. REPRESENTA UN ESFUERZO POR UNA META DE ÉXITO.

2A, LA REPRESENTACIÓN CONCRETA DEL ÉXITO CORRESPONDE DEL TODO A LA CONCEPCIÓN SUBJETIVA DEL INDIVIDUO Y PUEDE REVESTIR UNA GRAN VARIEDAD DE FORMAS. REPRESENTA LA MANERA EN QUE EL INDIVIDUO LOGRA EL ÉXITO.

3A. EL INDIVIDUO NO SE DÁ CUENTA DE SU META DE ÉXITO PARTICULAR Y EN ESE SENTIDO ES INCONCIENTE DE ELLA. NO SABE REALMENTE LO QUE QUIERE O LO QUE DESEA.

TODOS LOS IMPULSOS PRIMARIOS Y SUS MOTIVOS ESTÁN SUBORDINADOS AL SERVICIO DE ÉSTE ANHELO PRINCIPAL. EL INDIVIDUO NO PUEDE SER CONSIDERADO AISLADO SINO COMO PARTE DE SU CONTEXTO SOCIAL.

CONSIDERANDO LA BASE DE ÉSTA TEORIA, ADLER NOS ENSEÑA QUE EL INDIVIDUO Y SUS ACCIONES ESTÁN INFLUIDOS POR SU AMBIENTE SOCIAL Y ESTAS SON SOCIALMENTE EFECTIVAS YA QUE LO QUE ÉL HAGA, COMO, ESFUERZOS MENTALMENTE SALUDABLES REPRESENTAN UNA CONTRIBUCIÓN O UNA VENTAJA PARA EL GRUPO SOCIAL;

EN CAMBIO, EL TRASTORNO MENTAL REPRESENTA UNA PERTURBACIÓN O UN RIESGO --
PARA EL GRUPO.

LA DEFICIENCIA EN EL INTERÉS SOCIAL ES UN COMÚN DENOMINADOR EN LOS --
NIÑOS PROBLEMAS, LOS NEURÓTICOS, LOS PSICÓTICOS, LOS ALCOHÓLICOS, LAS --
PROSTITUTAS, LOS PERVERTIDOS, ASÍ COMO DE LOS SUICIDAS. POR LO TANTO AD-
LER ESTABLECE LA UNIDAD DE TODOS LOS DESAJUSTES COMO UNA MARCADA FALTA O-
NULA INTERACCIÓN DEL SUJETO CON SU MEDIO SOCIAL,

DESDE ESTE PUNTO DE VISTA, EL INTERÉS SOCIAL ES LA CAPACIDAD PARA EN-
TENDER Y ACEPTAR LA INTERRELACIÓN SOCIAL DE LA VIDA HUMANA INDIVIDUAL, DE
"EMPATIZAR" CON NUESTRO PRÓXIMO Y, POR LO TANTO DE ESTAR EN ARMONIA CON -
EL MUNDO SOCIAL Y EL UNIVERSO.

EL INTERÉS SOCIAL ES INNATO, COMO UNA DISPOSICIÓN O POTENCIALIDAD Y
DEBE SER ADIESTRADO Y EJERCITADO; CUANDO EL INTERÉS SOCIAL SE DESARROLLA,
SE CONVIERTE EN PARTE DE LA META DE ÉXITO EL INDIVIDUO Y ÉSTA INCLUIRÁ ES-
PLERZO QUE TENDRÁN UN SENTIDO SOCIALMENTE ÚTIL.

FACTORES DE DESARROLLO.- LA DEFICIENCIA EN EL INTERÉS SOCIAL SUELE -
AQUEJAR A LOS NIÑOS CON INFERIORIDADES ORGÁNICAS, ASÍ COMO AQUELLOS QUE -
HAN SIDO ODIADOS O DESCUIDADOS, O QUE HAN SIDO MIMADOS O CONSENTIDOS, EL
INDIVIDUO SE SIENTE MENOSPRECIADO, RECHAZADO POR EL MUNDO O INCAPAZ DE OB-
TENER LA CONSIDERACIÓN ESPECIAL QUE EXIGE. POR LO TANTO DESARROLLA SENTI-
MIENTOS DE INFERIORIDAD, Y ASÍ DESARROLLA UNA META EGOCÉNTRICA E HIPERTRÓ-
FICA DEL ÉXITO.

ES A ESTE TIPO DE DESARROLLO, AL QUE ADLER LLAMA DISPOSICIÓN NEURÓTI-
CA.

EL FACTOR EXÓGENO.- ES UNA SITUACIÓN O PROBLEMA QUE REQUIERE MÁS INTERÉS SOCIAL QUE AQUEL DE QUE DISPONE LA PERSONA CON DISPOSICIONES NEURÓTICAS. SU INCAPACIDAD DE AFRONTAR LA SITUACIÓN REPRESENTA UNA AMENAZA A SU PROPIA ESTIMA Y ESTILO DE VIDA, A LOS QUE ENTONCES TRATA DE SALVAGUARDAR POR MEDIO DE SÍNTOMAS.

EL SUICIDIO COMO UN SINTOMA DE TRASTORNO MENTAL

LA PSICOLOGÍA DE ADLER ES EN GRAN PARTE UNA PSICOLOGÍA IDEOGRÁFICA, EN LA QUE ES ESENCIAL ENTENDER LA MANERA CÓMO LA DINÁMICA GENERAL DEL TRASTORNO MENTAL SE HA CONCRETADO EN FORMA ÚNICA EN UN INDIVIDUO DADO. SIN EMBARGO, EXISTEN ALGUNAS SIMILITUDES ENTRE LOS CASOS QUE EN CIERTO GRADO SON CARACTERÍSTICAS DE LAS DIVERSAS CLASIFICACIONES SINTOMÁTICAS COMUNMENTE RECONOCIDAS.

LAS OBSERVACIONES DE ADLER SOBRE EL SUICIDIO SON LAS SIGUIENTES:

ESTILO DE VIDA.(MIMADO).- LAS TENDENCIAS SUICIDAS, COMO LA DEPRESIÓN, A LA QUE SE RELACIONAN ESTRECHAMENTE, SE DESARROLLAN EN INDIVIDUOS CUYO MÉTODO DE VIDA, DESDE LA TEMPRANA INFANCIA, HA DEPENDIDO DE LAS CUALIDADES Y EL APOYO DE OTRAS PERSONAS; SIEMPRE TRATARÁN DE DESCANSAR EN OTROS. ESPERAN SIEMPRE RESULTADOS FAVORABLES, GENERALMENTE SON MALOS PERDEDORES.

SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD Y META EGOCÉNTRICA.- DESDE LA TEMPRANA INFANCIA, LA ESTIMA POR SÍ MISMOS ES CLARAMENTE BAJA, COMO PUEDE DEDUCIRSE DE SUS CONTINUOS INTENTOS DE LOGRAR MAYOR IMPORTANCIA. LA PERSONA SUICIDA ES AMBICIOSA Y VANIDOSA; LA PERSPECTIVA DEL SUICIDIO LE DÁ LA SENSACIÓN DE SER DUEÑA DE LA VIDA Y DE LA MUERTE. SU PENSAMIENTO ESTÁ CENTRADO EN LA PROPIA PERSONA MÁS QUE EN UN PROBLEMA O EN OTRAS PERSONAS.

GRADO DE ACTIVIDAD.- ENTRE LOS INDIVIDUOS MAL ADAPTADOS, LA MAYOR -- CANTIDAD DE ACTIVIDAD SE ENCUENTRA ENTRE LOS CRIMINALES Y, ENTRE ESTOS EL HOMICIDA MUESTRA MAYOR CANTIDAD DE ACTIVIDAD QUE EL RATERO. ENTRE LOS -- NEURÓTICOS Y PSICÓTICOS, LA ACTIVIDAD GENERALMENTE ES BAJA; PERO AQUÍ TAM BIÉN EXISTE DIFERENCIA DENTRO DE LOS GRUPOS. LA ACTIVIDAD ES GENERALMENTE MENOR EN LA NEURÓSIS DE ANSIEDAD Y LA ESQUIZOFRENIA, MAYOR EN LA NEURO SIS COMPULSIVA Y LA DEPRESIÓN Y AÚN MAYOR EN EL SUICIDIO.

AGRESIÓN VELADA.- EL ESTILO DE VIDA DEL SUICIDA POTENCIAL SE CARACTE RIZA POR EL HECHO DE QUE LASTIMA A OTROS CUANDO SUEÑA QUE LOS OTROS LO -- HIEREN O CUANDO ÉL MISMO SE LESIONA. OCASIONALMENTE EL SUICIDIO SE COMBI NA CON LA AGRESIÓN ABIERTA, COMO LOS CASOS EN QUE VA PRECEDIDO DE HOMICIDI O, ÉSTE PUEDE TOMARSE COMO UN ACTO DE REPROCHE O DE VENGANZA CONTRA LAS PERSONAS QUE IMPONEN PENA O CUIDADO. EN EL SUICIDIO, EL ESTILO DE VIDA - EMPLEA QUEJAS, DUELOS Y SUFRIMIENTOS PARA INFLUIR SOBRE LOS DEMÁS Y CREAR SIMPATÍAS, ES POR ESO QUE TAMBIÉN ENCONTRAMOS AUTOACUSACIÓN Y SÚPLICAS DE PERDÓN EN LAS NOTAS DEJADAS POR LOS SUICIDAS,

SUICIDIO Y SALUD MENTAL

ADLER RECONOCE QUE HAY TAMBIÉN PERSONAS SUICIDAS A LAS QUE NO ES PO SIBLE DESCRIBIR SINO COMO PERSONAS BIEN ADAPTADAS, AUNQUE TALES CASOS SON SUMAMENTE RAROS; COMO SITUACIONES EN LAS QUE EL INDIVIDUO RELATIVA MENTE SAND PUEDER VER EL SUICIDIO COMO EL ÚNICO CAMINO DE SALIDA, ESTOS - SON COMO SUFRIMIENTOS IRREMEDIABLES, ATAQUES CRUELES E INHUMANOS, MIEDO -

DE QUE SE DESCUBRAN ACTOS VERGONZOSOS O CRIMINALES, ENFERMEDADES INCURABLES Y EXTREMADAMENTE DOLOROSAS.

SEÑALA, ADEMÁS QUE EL SUICIDIO PUEDE APARECER EN FORMA DE EPIDEMIA O RECIBIR LA APROBACIÓN DEL MEDIO CULTURAL, COMO EN EL CASO DEL HARA-KIRI.

ENFOQUE PSIQUIATRICO DE HARRY STACK SULLIVAN

EN SU TEORÍA INTERPERSONAL DE LA PSIQUIATRÍA, HARRY STACK SULLIVAN -
TRATÓ DE ORGANIZAR LA INFORMACIÓN PSICOANÁLITICA, PSICOBIOLÓGICA Y ANTRO-
POLÓGICA EN UNA DESCRIPCIÓN DE PATRONES DE INTERACCIÓN Y RELACIÓN HUMANA-
EN LA FORMA MÁS PRECISA Y DETALLADA QUE PUDO. EN CONTRASTE CON EL CONCEP-
TO FREUDIANO, QUE HACE INCAPÍE EN LOS IMPULSOS BIOLÓGICOS GENERALES Y PRE-
DETERMINADOS, SULLIVAN ESTUDIÓ LOS PATRONES PARTICULARES DE INTERACCIÓN -
QUE OCURREN ENTRE PERSONAS PARTICULARES DENTRO DE UN MEDIO PARTICULAR.

EN SU TEORÍA INTERPERSONAL DE LA PSIQUIATRÍA, HARRY STACK SULLIVAN, -
(1953), ESTABLECE QUE LAS RELACIONES HUMANAS SON LA ESENCIA MISMA DEL CA-
RACTER Y DE LA PERSONALIDAD. AFIRMA QUE SÓLO EN ESTA RELACIÓN PUEDE EN--
TRE PERSONAS SEPARADAS SURGIR Y CRECER UN SER HUMANO. AL UTILIZAR-
EL TÉRMINO "SELF" SE REFIERE A LOS ASPECTOS SELECTIVOS, ORGANIZATIVOS Y -
DEFENSIVOS DE LA FUNCIÓN DE SER CONSCIENTE, EN EL CRECIMIENTO Y DESARRO--
LLO DE UNA PERSONA; LE DIÓ PRINCIPALMENTE UN SENTIDO LIMITADO. EL SELF -
SE REFERÍA A LA EXPERIENCIA ORGANIZADA DE APRECIACIONES REFLEJADAS POR --
LAS OTRAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS EN EL CURSO DE LA VIDA DE UN INDIVIDUO.

LA CONCIENCIA QUE UNA PERSONA TIENE DE SÍ MISMO, EMPIEZA A TEMPRANA-
EDAD, EN LAS PERSONIFICACIONES INCIPIENTES DE LA INFANCIA.

ESTO EMPIEZA CON LA ELABORACIÓN SIMBÓLICA DE LA EXPERIENCIA INFANTIL-
DE LA EXPLORACIÓN Y COORDINACIÓN DEL CUERPO, CUYA PERSONIFICACIÓN INCI --
PIENTE ES LO QUE MÁS TARDE SE LLAMA "YO", "MI" Y "MIO".

ESTE PROCESO DE PERSONIFICACIÓN EMPIEZA TAN LEJOS ATRÁS COMO EL RECUERDO Y LA ANTICIPACIÓN DE CHUPARSE EL DEDO Y SENTIR QUE EL DEDO ESTÁ SIENDO CHUPADO, Y DE LOS MOVIMIENTOS Y SENSACIONES DE LOS OJOS, MANOS, BOCA, PIES, ETC. TODO LO CUAL CONSTITUYE EL PRINCIPIO DE UN SENTIMIENTO DE INDEPENDENCIA Y DE AUTONOMÍA.

EL PROCESO SE ASOCIA DESDE TEMPRANO CON LAS INSPIENTES PERSONIFICACIONES DE "YO BUENO", "YO MALO", Y "NO YO"; Y ÉSTAS PERSONIFICACIONES, ASU VEZ, SE ASOCIAN MÁS TARDE CON LAS PERSONIFICACIONES DE "MADRE BUENA" Y "MADRE MALA".

EL DESARROLLO DE ESTAS PERSONIFICACIONES ES SIMULTÁNEO AL DEL LENGUAJE Y AL DE TODO COMPORTAMIENTO COMUNICATIVO, Y PARA SULLIVAN ESTO MARCA EL FIN DE LA PRIMERA INFANCIA Y EL PRINCIPIO DE LA NIÑEZ.

EN ÉSTE PERÍODO DE LA VIDA OCURREN ADICIONES IMPORTANTES, SEGÚN QUE EL NIÑO SEA VARÓN O MUJER, Y LA APROBACIÓN O DESPRECIO QUE LAS FIGURAS DE AUTORIDAD DEMUESTRAN HACIA EL COMPORTAMIENTO Y ACTIVIDAD DEL NIÑO TIENEN GRANDE Y DURADERA INFLUENCIA SOBRE EL YO PERSONIFICADO.

OTRAS ADICIONES IMPORTANTES OCURREN EN LA NIÑEZ POSTERIOR, CON LA PERSONIFICACIÓN DEL COMPAÑERO DE JUEGOS; EN LA PREADOLESCENCIA CON LA PERSONIFICACIÓN DEL AMIGO, Y EN LA ADOLESCENCIA, CON LA PERSONIFICACIÓN DE LOS COMPAÑEROS SEXUALES PREFERIDOS.

EN LA MEDIDA EN QUE ESTAS ETAPAS HAYAN SIDO AFORTUNADAS, EL CRECIMIENTO CONTINUA CON UN SENTIDO CADA VEZ MÁS PROFUNDO DE RESPETO POR SÍ --

MISMO Y POR LOS DEMÁS, Y CON UNA CAPACIDAD DE RELACIÓN CADA VEZ MÁS AMPLIA Y MÁS EXPANSIVA HACIA SU PRÓJIMO Y EL MUNDO QUE LE RODEA.

LAS ACTIVIDADES EN LA VIDA ADULTA TIENEN TAMBIÉN UNA IMPORTANCIA MUY GRANDE, A VECES DECISIVA, Y LAS OPORTUNIDADES Y RESTRICCIONES DEL MEDIO CULTURAL, ASÍ COMO LAS CONDICIONES SOCIALES, DESEMPEÑAN UN PAPEL SIGNIFICATIVO.

LOS CONFLICTOS NO RESUELTOS Y LOS FRACASOS, PUEDEN, EN LAS PERSONAS-PREDISPUSTAS, PRECIPITAR UN TRASTORNO MENTAL, QUE ALGUNAS VECES SE MANIFIESTA EN INTENTOS SUICIDAS. ES POSIBLE DEFINIR LAS ÁREAS ESPECÍFICAS DE CONFLICTO Y FRACASO EN LA INFANCIA Y EN LA NIÑEZ.

EN CONJUNTO, SULLIVAN HACE HINCAPIÉ EN LA AFIRMACIÓN DE LA VIDA COMO ES VIVIDA EN EL MUNDO HUMANO ES NECESARIO DESARROLLAR SU CAPACIDAD, NO SÓLO PARA AMAR, SINO TAMBIÉN PARA DARSE CUENTA DEL VALOR DE AQUELLOS A QUIENES AMA.

EN CONTRASTE CON ESTO, EL SUICIDIO ES GENERALMENTE UNA ACTIVIDAD DESTRUCTIVA Y PERTENECE A LA CATEGORÍA DE LOS TIPOS DE ODIOS Y HOSTILIDAD EN LA INTEGRACIÓN CON OTRAS PERSONAS.

LA TEORÍA DE SULLIVAN SUPONE QUE VARIOS FACTORES INFLUYEN SOBRE EL IMPULSO HACIA EL SUICIDIO. SULLIVAN CONSIDERÓ LA EXPERIENCIA TOTAL DEL INDIVIDUO, EN SU VALOR SUBJETIVO, COMO EL AGREGADO ORGANIZADO DE TODAS LAS DIVERSAS PERSONIFICACIONES DE DESARROLLO EN LA VIDA DE UNA PERSONA. ÉSTE AGREGADO NUNCA ESTÁ FIJO, SINO EVOLUCIONA DE ACUERDO CON LA EXPERIENCIA Y SE MODIFICA MÁS O MENOS EN EL CURSO DE LA EXISTENCIA.

EL GRADO EN QUE UNA PERSONIFICACIÓN ES INADECUADA, FALSA O DISOCIADA, AFECTA EL GRADO AL QUE EL INDIVIDUO ESTÁ EN DESVENTAJA PARA EL PROCESO DE VIVIR.

EN RELACIÓN A ESTA DESVENTAJA, APARECE LA ANSIEDAD O ANGUSTIA QUE SU LLIVAN CONSIDERÓ COMO EL FACTOR PRINCIPAL DEL FUNCIONAMIENTO DEFECTUOSO - DE LA PERSONALIDAD. HIZO ÉNFASIS EN LA NATURALEZA TRAUMÁTICA DE LA ANGUS TIA E HIZO DE ELLA UNO DE LOS PRINCIPIOS CENTRALES ORGANIZATIVOS DE LO -- QUE PODRÍA CONSCIENTEMENTE SER FORMULADO POR EL INDIVIDUO.

SULLIVAN LLAMÓ A LA ORGANIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DIRIGIDA A ESCA-- PAR DE LA ANGUSTIA, "SISTEMA ANTIANSIEDAD", OPERACIÓN DE SEGURIDAD QUE IN TERFIERE EN LA ADQUISICIÓN DE NUEVAS EXPERIENCIAS IMPIDIENDO ASÍ EL CRECI MIENTO DE LA PERSONALIDAD.

EL PENSÓ QUE EN EL CASO DE ALGUNAS PERSONAS, LAS EXPERIENCIAS DE LA- INFANCIA PUEDEN HABER OSCURECIDO SU APRECIACIÓN SOBRE SÍ MISMO Y PARALI- ZADO EL DINAMISMO DE SU PERSONALIDAD EN GRADO SUFICIENTE PARA CONDUCIRLOS A MUY SERIAS DIFICULTADES EN SU VIDA Y HACER QUE REQUIERAN LA AYUDA PROFE- SIONAL.

HAY FACTORES QUE CONTRIBUYEN A CAUSAR ANGUSTIA Y QUE SURGEN DE LAS - CONDICIONES MISMAS DE LA EXISTENCIA HUMANA. ÁLGUNOS DE LOS FACTORES PRE- CIPITANTES MÁS COMUNES DE LA ANGUSTIA SON EL NACIMIENTO DE LOS HIJOS, LA- MUERTE DE UN PARIENTE O UN AMIGO CERCANO, NUEVAS RESPONSABILIDADES Y LA - SEPARACIÓN REAL O POTENCIAL DE LOS SERES QUERIDOS DEBIDO A LA GUERRA, AC- CIDENTES O ENFERMEDAD.

LA ANGUSTIA PUEDE TAMBIÉN DEBERSE A REPETIDAS EXPERIENCIAS DESAFORTU

NADAS CON PERSONAS QUE NO SON DE LA FAMILIA, PERO DE LA QUE UNO DEPENDE -- CONTINUAMENTE EN CIERTA FORMA, TALES, COMO PROFESORES DE ESCUELA, POLI -- CIAS, MÉDICOS, ENFERMERAS, CLÉRIGOS Y OTROS.

SULLIVAN CONSIDERA QUE LA ENVIDIA ESTÁ RELACIONADA DIRECTAMENTE CON LA ANGUSTIA, Y QUE SURGE DEL DESEO DE EVITAR SUS IMPLICACIONES QUE CARE-- CEN DE VALOR Y DE SENTIDO. EN OTRAS PALABRAS, UN INDIVIDUO CONSUMIDO POR LA ENVIDIA, ES UNA PERSONA QUE NO PUEDE ENCONTRAR REPOSO EN EL SENTIDO DE SU PROPIO VALER.

FACTORES PATOLOGICOS QUE INFLUYEN EN LOS INTENTOS DE SUICIDIO.

EL SUICIDIO PUEDE DEFINIRSE COMO UN ACTO DE AUTODESTRUCCIÓN MÁS O -- MENOS DELIBERADO, QUE EL PACIENTE COMUNICA DE DISTINTAS MANERAS.

SULLIVAN CONSIDERA EL SUICIDIO COMO UNA EVENTUALIDAD DESVENTURADA -- QUE PUEDE PRESENTARSE EN DIVERSAS ENTIDADES CLÍNICAS. EL AUTOR CREE QUE PUEDE TAMBIÉN OCURRIR COMO UN ACTO DE COMPORTAMIENTO MADURO.

UN EJEMPLO CLÁSICO ES LA DECISIÓN DE SÓCRATES DE MATARSE BEBIENDO LA CUCUTA, Y CUMPLIR ASÍ LA SENTENCIA DE SU SOCIEDAD, EN LUGAR DE APROVECHAR LA OPORTUNIDAD QUE LE OFRECEN SUS DISCÍPULOS DEVOTOS DE ESCAPAR AL EXILIO. SIN EMBARGO EL TÉRMINO "SUICIDIO", NO SUELE USARSE PARA DESCRIBIR UN ACTO HERÓICO DE AUTODESTRUCCIÓN CON OTRAS FINALIDADES, A VECES CULTURALES O MO RALES. OTRO EJEMPLO DE ESTO ES EL KAMI-KASE, ACTO EN EL CUAL LOS JAPONE-- SES EN LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL ESTRELLABAN SUS AVIONES CONTRA EL ENEMI-- GO PARA ASEGURAR QUE ESTE SERÍA DESTRUIDO.

ESTE PUNTO SE MENCIONA SOLAMENTE PARA LLAMAR LA ATENCIÓN HACIA LA -- COMPLEJIDAD Y DIVERSIDAD IMPLÍCITAS EN EL FENÓMENO DEL IMPULSO HACIA LA --

LA AUTODESTRUCCIÓN. ES TAN DIFÍCIL FORMULAR UNA TEORÍA DEL SUICIDIO COMO SERÍA FORMULAR UNA TEORÍA DEL HOMICIDIO.

SIN EMBARGO, UNA DE LAS PREDISPOSICIONES PARA EL SUICIDIO QUE A NOSOTROS NOS CONCIERNE EXPLICAR AQUÍ ES LA CAUSADA POR EL "SÍNDROME DEPRESIVO", LLAMADO ASÍ POR SULLIVAN, Y QUE SUELE MANIFESTARSE A TRAVÉS DE UNA PSICOSIS DEPRESIVA, UNA PSICOSIS MANIACODEPRESIVA, UNA REACCIÓN NEURÓTICA DEPRESIVA, O UNA DEPRESIÓN AGITADA INVOLUTIVA. EN ESTE ESTADO, LA PERSONA ESTÁ EXTREMADAMENTE PREOCUPADA RUMIANDO SU AUTODESPRECIO, Y SU PENSAMIENTO Y ACTIVIDAD SON MUY RESTRINGIDOS; SIN EMBARGO COMUNICA, EN CIERTA FORMA SU INTENCIÓN DE AUTODESTRUIRSE.

EN UNA REVISIÓN DE LOS DATOS DISPONIBLES SOBRE SUICIDIOS E INTENTOS DE SUICIDIO, EL DOCTOR JAMES M.A. WEISS (1957) DEMOSTRÓ LA UTILIDAD DE SEPARAR LOS INTENTOS DE SUICIDIO POR LO MENOS EN TRES GRUPOS PRINCIPALES:

- A) SUICIDIOS ABORTADOS
- B) VERDADEROS INTENTOS DE SUICIDIO
- C) GESTOS SUICIDAS

A) ESTAS PERSONAS INTENTAN SERIAMENTE DESTRUIRSE Y LO LOGRARÍAN SI SUS ESFUERZOS NO SE VIERAN FRUSTRADOS POR ACONTECIMIENTOS FORTUITOS, COMO ATENCIONES MÉDICAS OPORTUNAS O POR CIERTA IGNORANCIA O INEPTITUD DE SU PARTE. ADÉMÁS, EN CASI TODOS LOS INTENTOS DE SUICIDIO VA INCLUIDO UN LLAMADO DE AYUDA.

B) ESTE GRUPO DE PERSONAS NO ESTÁN TOTALMENTE DETERMINADAS A DESTRUIRSE A SÍ MISMAS, PERO, A SABIENDAS, SE JUEGAN LA VIDA EN ARAS DE UN PREMIO, ESPERANDO GANAR Y VIVIR A PESAR DEL PELIGRO INVOLUCRADO. EN GENERAL, ESTAS PERSONAS BUSCAN APOYO Y DEPENDENCIA.

C) ESTAS PERSONAS, TRATAN DE EVITAR CUALQUIER PELIGRO AL HACER SU GESTO:- SE CARACTERIZA POR TRATAR DE EMPLEAR EL CHANTAJE O ALGUNA OTRA FORMA DE - INFLUIR SOBRE LOS DEMÁS, A FIN DE LLEVAR A CABO UNA EVASIÓN O EXPLOTACIÓN CONSCIENTE.

SULLIVAN CONSIDERA QUE LOS GESTOS SUICIDAS DE PERSONAS QUE SUFREN DE NEUROSIS OBSESIVA MERECE ATENCIÓN ESPECIAL. LA NEUROSIS OBSESIVA, TANTO SIMTÓMÁTICA COMO DE CARÁCTER, PREDISPONE AL SÍNDROME DEPRESIVO.

A ESTE RESPECTO SULLIVAN AÑADE:

"EL MIEDO A SUICIDARSE ES A VECES UNO DE LOS TEMORES O FOBIAS - MÁS NOTORIAS EN EL CUADRO SIMTÓMÁTICO DE UN NEURÓTICO OBSESIVO".

EN RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN REACTIVA QUE OCURRE EN PERSONAS CON NEU RÓISIS OBSESIVA, SULLIVAN COMENTA:

"EN ESTA SITUACIÓN, SI EL MEDIO AMBIENTE SIMPLEMENTE SE RETIRA- DEJA DE EXISTIR-- SUPONGO QUE NO ES PROBABLE QUE OCURRA LA AUTODESTRUC -- CIÓN."

EN LOS CASOS DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA INCIPIENTE, EL RIESGO DE- SUICIDIO SÓLO ES MENOR AL QUE EXISTE EN AQUELLAS QUE SE ESTÁN REPONENDO- DE DEPRESIONES AGITADAS. ES MÁS, COMO LO SEÑALÓ CLARA THOMPSON AL COMEN- TAR LA ACTITUD DE SULLIVAN, "...A MENUDO NO HAY NINGÚN AVISO DE IMPULSO O INTENTO SUICIDA EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRE-- NIA INCIPIENTE."

EN CONTRASTE CON SU OPINIÓN ACERCA DEL PELIGRO DE SUICIDIO EN EL NEU RÓTICO OBSESIVO, SULLIVAN TRATA CON MUCHA CAUTELA EL PROBLEMA DEL MANIACO

DEPRESIVO Y DE LAS PERSONAS CON OTRAS PSICOSIS DEPRESIVAS.

CONSIDERÓ A LA PERSONA DEPRIMIDA COMO UNA FUERZA MUY DESTRUCTIVA, Y-
ESCRIBIÓ LO SIGUIENTE:

"...UNA CONJETURA IMPORTANTE QUE PUEDO HACER ES QUE LAS DEMÁS PERSONAS DEBEN SUFRIR A CONSECUENCIA DE LA DEPRESIÓN DEL PACIENTE Y ES DIFÍCIL ENCONTRAR CUAL ES EL BLANCO DE SU DESTRUCTIVIDAD, YA QUE TODO ESTÁ FUERA DE LA CONSCIENCIA DEL PACIENTE. SIN EMBARGO, EL DEPRIMIDO SIEMPRE DÁ EN EL BLANCO, Y GENERALMENTE LO HACE, POR DESGRACIA, MEDIANTE LA AUTODESTRUCCIÓN...AQUELLA PERSONA EN PARTICULAR QUE FUÉ UNA INFLUENCIA DESTRUCTIVA - EN EL PASADO DEL PACIENTE ES EL BLANCO DE SU AUTODESTRUCCIÓN. LA INTENCIÓN ES QUE ESTA PERSONA SUFRA EL RESTO DE SU VIDA PORQUE EL PACIENTE SE-QUITÓ LA VIDA".

FRIDA FROMM-REICHMANN, (1950), COLEGA Y AMIGA ÍNTIMA DE SULLIVAN SUBRAYÓ LA IMPORTANCIA DE INVESTIGAR LOS SENTIMIENTOS DE TRISTEZA, DESESPERACIÓN Y DESALIENTO DE ESTOS PACIENTES, A LA VEZ QUE SE PROCURA HACERLOS -- CONSCIENTES DE LAS TENDENCIAS DESTRUCTIVAS QUE ABRIGAN CONTRA OTRAS PERSONAS.

EL SUICIDIO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE KAREN HORNEY

PARA ESTUDIAR EL SUICIDIO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE KAREN HORNEY, - (1945), DEBEMOS CONSIDERAR EL DESARROLLO DE LAS NEUROSIS, YA QUE AMBOS -- TIENEN SU ORIGEN EN LAS MISMAS FUENTES. COMO PRINCIPIO SERÁ ÚTIL CONSIDERAR LAS SIMILITUDES QUE EXISTEN ENTRE CIERTOS PATRONES CULTURALES QUE CULMINAN EN EL SUICIDIO Y CIERTOS PATRONES ADOPTADOS POR LOS NEURÓTICOS QUE TAMBIÉN CULMINAN EN EL SUICIDIO COMO EL HARA-KIRI Y EL KAMIKAZE, EN LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL, EL YO INDIVIDUAL SE CONSIDERA ADJUNTO Y SUBORDINADO A LOS ESTÁNDARES CULTURALES Y A OTROS SISTEMAS DE TRADICIÓN PROFUNDAMENTE ARRAIGADOS.

ESTE YO SUBORDINADO SE PARECE AL QUE OBSERVAMOS EN LA PERSONA NEURÓTICA QUE HA LLEGADO A SENTIRSE COMO INSTRUMENTO QUE DEPENDE DEL JUEGO DE FUERZAS EXTERIORES PARA SU MOVIMIENTO Y CONTROL.

DE ACUERDO A LA TEORÍA DE HORNEY, LA DEPENDENCIA NEURÓTICA SE INICIA EN LA PRIMERA INFANCIA CUANDO LA MADRE ESTÁ DOMINADA POR LA ANGUSTIA, SE CONVIERTE EN UN PODER SOBRE SU HIJO EN LUGAR DE SER UNA COMPAÑERA PARA ÉL.

DEBIDO A SU PROPIA INSEGURIDAD, CREA EN EL NIÑO, ACTITUDES DE ANSIEDAD, PATRONES DE CONTRADICCIÓN, FALTA DE INTERÉS, NEGLIGENCIA Y FALTA DE SENSIBILIDAD A SUS PROPIAS NECESIDADES INDIVIDUALES QUE CON EL TIEMPO VAN A PROVOCAR EN EL NIÑO UN PROCESO LLAMADO ANGUSTIA BÁSICA, QUE ES EL RESULTADO DEL INTENTO DEL NIÑO DE CREAR PARA SÍ MISMO UNA POSICIÓN SÓLIDA,

AL SOMETERSE A LOS DESESOS DE SUS PADRES, EL NIÑO SE ACOSTUMBRA A --

ORIENTARSE DESDE ALEPÍA Y SE PRESENTA CONDUCTA EN FORMA DE AUTORITARISMO, ABNEGACIÓN O RENUNCIACIÓN.

EN EL CASO DEL AUTORITARISMO, EL NIÑO LOGRA SOBREPONERSE A SUS SENTIMIENTOS DE ANGUSTIA Y EMPIEZA A SENTIRSE SUPERIOR, AL LLEVARLOS AL TERRENO CONSCIENTE, EL NIÑO HACE DE ÉL UN PROCEDIMIENTO OPERANTE MANIFIESTO.

EN EL SEGUNDO CASO, LA ABNEGACIÓN, SUCEDE CUANDO EL NIÑO SE VE SOMETIDO A CONSTANTES DEMANDAS CONTRADICTORIAS. ÉSTAS GENERAN UNA ANGUSTIA -- QUE EL NIÑO DEBE DOMINAR; SI TIENE ÉXITO, DESARROLLARÁ NUEVOS SENTIMIENTOS DE SUPERIORIDAD; EN CASO CONTRARIO, TENDRÁ LA SENSACIÓN DE ESTAR DESGARRADO POR DENTRO. ÉSTOS NIÑOS SUFREN FRECUENTEMENTE PESADILLAS, EPILEPSIA U OTROS SÍNTOMAS.

LA TERCERA FASE, LA RENUNCIACIÓN, EL NIÑO ORGANIZA Y EMBELLECE SUS SENTIMIENTOS DE SUPERIORIDAD CON TODA CLASE DE PODERES POR MEDIO DE LA -- IMAGINACIÓN. ÉSTA ES LA FASE FINAL, LA FORMACIÓN DEL YO IDEALIZADO, CUANDO VIVE A LA ALTURA DE ESTA IMAGEN QUE SE HA HECHO DE SU YO. EL EXTREMO DE ESTE ESTADO ES EL QUE SE ENCUENTRA EN EL PSICÓTICO MANIACO.

ESTA SEPARACIÓN GENERAL, ENTRE EL DESARROLLO DEL YO IDEALIZADO Y DEL VERDADERO YO, FUÉ DENOMINADA POR HORNEY LA "ALIENACIÓN DEL YO".

ESTA ALIENACIÓN ES EXTREMADAMENTE IMPORTANTE EN RELACIÓN CON EL SUICIDIO YA QUE UN IMPULSO REPENTINO DE OUDIO A SÍ MISMO EN UN MARCO DE ALIENACIÓN GRAVE, PUEDE CONTRIBUIR AL DESENLACE DEL SUICIDIO. EL OUDIO HACIA SÍ MISMO SE DESARROLLA COMO UNA ESTRATAGEMA POR PARTE DEL YO IDEALIZADO, --

A FIN, DE LOGRAR SUS PROPIAS METAS EN LA FORMA MÁS INMEDIATA Y DIRECTA POSIBLE.

LA TEORÍA DE HORNEY ILUSTR A OTRA FASE DEL DESARROLLO NEURÓTICO QUE, EN CIERTO SENTIDO, ES LA CONTRAPARTIDA DEL YO GLORIFICADO O IDEALIZADO: ES EL YO "DESPRECIADO U ODIADO".

ESTE YO ODIADO ES IMPORTANTE EN ALGUNAS FASES DEL SUICIDIO, CUANDO EL ODO NO SE LIMITA A UNA SOLA PARTE DEL CUERPO SINO QUE SE EXTIENDE A TODO EL SER FÍSICO, DE MANERA QUE EL RESULTADO ES LA AUTODESTRUCCIÓN.

EL SUICIDIO ES CAUSADO POR LA REAVIVACIÓN DE SENTIMIENTOS PROFUNDOS DE ODO A SÍ MISMO, QUE SÓLO PODÍAN DOMINARSE MIENTRAS LA OTRA PERSONA ESTABA AL LADO PARA LLENAR LOS VACÍOS DEL PROPIO YO. LA PERSONA EN CUESTIÓN SE VEÍA ASÍ MISMO SÓLO COMO EL AGENTE DE UNA RELACIÓN EXTERIOR CON SU COMPAÑERO; TODO LO DEMÁS NO TENÍA SENTIDO PARA ÉL.

EN SU PENETRANTE ARTÍCULO "UNA COMPRESIÓN PSICOANÁLITICA DEL SUICIDIO", ELIZABETH KILPATRIK, (1948), SEÑALA TRES FACTORES PRINCIPALES SUBYACENTES QUE PROVOCAN EL ACTO DEL SUICIDIO, ESTOS SON:

- 1.- LA FALTA DE ESPERANZA
- 2.- LA ALIENACIÓN
- 3.- EL SUFIMIENTO

HAY OTRA FORMA DE SUICIDIO, LENTA, EN EL QUE EL YO ESTÁ SOMETIDO A TODAS LAS INDIGNIDADES IMAGINABLES, DE UNA MANERA LENTA, DEMOLEDORA E IMPLACABLE. ALGUNAS DE ESTAS PERSONAS SE ENCUENTRAN EN LOS BARRIOS BAJOS O ALGÚN REFUGIO DE HOLGAZANES, SU ASPECTO ES MISERABLE Y GENERALMENTE VIVEN ALCOHOLIZADOS. EL ALCOHOL TIENE UN EFECTO NARCOTIZANTE QUE LA AUTO--

DESTRUCCIÓN INTERIOR HACE NECESARIO, PUES DE OTRA MANERA NO ENCONTRARÍA -
PALIATIVO.

HORNEY ENCONTRÓ QUE UNA PERSONA PUEDE "COLABORAR EN SILENCIO PERO AC-
TIVAMENTE, HACIA SU PROPIO DETERIORO MORAL".

TENIENDO COMO BASE LA TEORÍA DE HORNEY, PODEMOS PREGUNTARNOS SI EL -
SUICIDIO ALGUNA VEZ ESTÁ JUSTIFICADO? SE HA ALEGADO QUE BAJO CIERTAS CON-
DICIONES DE EXTREMA PRIVACIÓN Y SUFRIMIENTO, CUANDO EL DESENLACE ES DESES-
PERADO, UNA PERSONA PUEDE ESCOGER ESA SOLUCIÓN COMO EL ACTO FINAL DE SU -
PROPIA ELECCIÓN.

COMO EN LOS CASOS EN QUE PERSONAS QUE HAN LLEVADO UNA VIDA SOCIAL-
MENTE ADECUADA SE HAYAN INVOLUCRADAS EN SITUACIONES VERGONZOSAS, FRAUDU -
LENTAS ASÍ COMO QUE SUFREN DE ENFERMEDADES INCURABLES O CASOS DE TRATO --
INFRAHUMANO O EN CONTRA DE SU DIGNIDAD.

ENFOQUE PSICOANALITICO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL DR. HERBERT HENDIN.

EL DR. HERBERT HENDIN, (1951)), MIEMBRO HONORARIO DE LA FUNDACIÓN -- AMERICANA ESCANDINAVA EN 1969, RECONOCIDO INVESTIGADOR SOBRE EL TEMA DEL SUICIDIO, DICE: "...CREO QUE LOS CASOS EN LOS QUE LA INTENCIÓN SUICIDA ES MÁXIMA SON TAN PARECIDOS A LOS SUICIDIOS CONSUMADOS COMO PUDIERA RAZONABLEMENTE ESPERARSE."

POR LO QUE RESPECTA A LA INTENCIÓN, A MENUDO SE SUPONE QUE EXISTE -- UNA MOTIVACIÓN INCONCIENTE, PERO ALGUNAS VECES SE OBSERVA UNA MOTIVACIÓN CONSCIENTE Y LA NECESIDAD DE OCULTARLA; TAL ES EL CASO DE LAS PERSONAS -- QUE SUFREN ACCIDENTES FATALES Y LA POSIBILIDAD DE QUE EN ELLAS EXISTA UN DESEO INCONSCIENTE DE MORIR O EN LAS PERSONAS QUE DESEAN MATARSE Y QUE LO GRAN QUE SU HUERTE PAREZCA UN ACCIDENTE. SEGÚN HENDIN, LAS DIVERSAS MOTIVACIONES QUE CONDUCE AL SUICIDIO DIFIEREN TANTO EN INTENSIDAD COMO EN CALIDAD EN FORMA MARCADA.

SU ENFOQUE PSICOANALÍTICO EXPLICA EL SUICIDIO EN BASE A LA DEPRESIÓN Y LA IRA CONTRA ALGUNA PERSONA OBJETO AMOROSO DEL SUJETO FUNDAMENTADA EN "DUELO Y MELANCOLÍA".

EN AÑOS RECIENTES, EN INVESTIGACIONES HECHAS POR RADO (1978), SE HA DEMOSTRADO QUE LOS ESTADOS DE DEPRESIÓN IMPLICAN UNA ADAPTACIÓN DE DEPENDENCIA. LA IRA DEL PACIENTE Y SU REPLIEGUE INTERIOR SE INTERPRETA COMO UN DESEO O UN LLAMADO INSATISFECHOS DE DEPENDER DE ALGUIEN. RADO TAMBIÉN SEÑALÓ LA NATURALEZA EXPIATORIA DE LA IRA DIRIGIDA CONTRA SÍ MISMO, Y SU-

MAL ENCAUZADO PROPÓSITO ADAPTATIVO DE REPARACIÓN, CON LA ESPERANZA DE SER PERDONADO Y RECONCILIARSE CON EL OBJETO DE SU FRUSTRACIÓN.

LA DEPRESIÓN HA SIDO CONSIDERADA POR TODOS LOS OBSERVADORES COMO UNA RESPUESTA A LA PÉRDIDA DE UN OBJETO AMADO, O UN RETROCESO EN LA VIDA. A MENUDO, LA DEPRESIÓN OCURRE SIN NINGUNA CAUSA PRECIPITANTE EVIDENTE. LOS SUEÑOS Y FANTASÍAS DE TALES PACIENTES REVELAN LA NECESIDAD QUE TIENEN DE UNA PERSONA EN PARTICULAR, DE LA QUE SE VEN PRIVADOS, LO QUE DA LUGAR A FRUSTRACIÓN, IRA, REPLIEGUE INTERIOR Y DEPRESIÓN.

LAS ACTITUDES Y FANTASÍAS DEL PACIENTE EN RELACIÓN CON LA MUERTE Y - EL ACTO DE MORIR SON EXTREMADAMENTE IMPORTANTES EN LA MOTIVACIÓN DEL SUICIDIO, EXISTA O NO DEPRESIÓN. ADEMÁS, CUANDO LOS PACIENTES TIENEN FANTASÍAS EN LAS QUE LA MUERTE ES UN MEDIO DE GRATIFICACIÓN, EL SUICIDIO ES UN GRAN PELIGRO. ÉSTAS FANTASÍAS NO SIEMPRE SON INCONSCIENTES.

LA EXPIACIÓN INDUDABLEMENTE DESEMPEÑA UN PAPEL EN LAS FANTASÍAS MENCIONADAS, COMO LO DESEMPEÑA EN LA DEPRESIÓN.

LA EXPIACIÓN ES UN IMPORTANTE FACTOR DE MOTIVACIÓN EN EL SUICIDIO, - YA SEA QUE EXISTA O NO, UNA FANTASÍA PLACENTERA RELACIONADA CON LA MUERTE, O UNA DEPRESIÓN. EL CARACTER EXPIATORIO DEL SUICIDIO ESTÁ DE ACUERDO CON EL INTERESANTE HECHO CLÍNICO DE QUE LA DEPRESIÓN A MENUDO DESAPARECE DESPUÉS DE UN INTENTO DE SUICIDIO, COMO SI SE HUBIERA CUMPLIDO UNA PENITENCIA.

EL DR. HENDIN, NOS DESCRIBE, DE SU EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE BE-

LLEVUE, LO SIG: "AL EXAMINAR AL GRUPO MÁS JÓVEN Y A MENUDO MÁS PERTURBADO DE LOS PACIENTES SUICIDAS, PUEDE UNO OBSERVAR SENTIMIENTOS MANIFIESTOS DE CULPA Y NECESIDAD DE AUTOCASTIGO. SUS REMORDIMIENTOS SON MUY VARIADOS Y VAN DESDE ACTOS DE PROMISCUIDAD SEXUAL, FANTASÍAS INCESTUOSAS, SÍFILIS -- IMAGINARIA Y FALTAS COMETIDAS EN LA ESCUELA, EN CASOS EXTREMOS, SENTIMIENTO DE SER UN "MAL MUCHACHO". EL TEMA EMOCIONAL SUBYACENTE EN ESTOS PACIENTES INCLUYE SENTIMIENTOS DE DESPRECIO, INUTILIDAD, MIEDO, CENSURA, -- SER ACREEDORES A UN CASTIGO Y ESTÁN LLENOS DE ODIO HACIA SI MISMOS POR -- SUS FRACASOS, TEMORES E INCAPACIDADES. PARA ELLOS, EL SUICIDIO ES UN AUTOCASTIGO EN RESPUESTA A SUS DELIRIOS DE CULPA".

EN ESTA CLASE DE PACIENTES SE OBSERVA, MÁS BIEN APATÍA QUE DEPRESIÓN. SU AGRESIÓN ES HACIA SI MISMOS, SE ALEJA DE TODO INTENTO DE COMUNICACIÓN, RENUNCIAN A LA IDEA DE PEDIR AYUDA. SU APATÍA NO DESAPARECE DESPUÉS DE UN INTENTO DE SUICIDIO INFRUCTUOSO Y MIENTRAS MÁS GRANDE ES LA APATÍA, -- MÁS ES EL RIESGO DE UN NUEVO INTENTO. EXISTE UN DESEO DE VEJAR A ALGUIEN O DE FORZAR SU AFECTO.

EXISTE OTRO TIPO DE PACIENTES SUICIDAS Y SON AQUELLOS EN LOS QUE -- REALMENTE NO EXISTE NI UNA DEPRESIÓN IMPORTANTE NI UNA INTENCIÓN REAL DE MORIR SINO ÚNICAMENTE EL DESEO DE VEJAR A ALGUIEN O FORZAR SU AFECTO ES EL MOTIVO DOMINANTE. ESTOS SON LOS LLAMADOS INTENTOS SUICIDAS POR "QUERERLLAS DE AMANTES", CAUSADOS POR INCIDENTES EN LOS QUE EL PACIENTE SE SINTIÓ REPUDIADO. CONFÍA EN DESPERTAR SENTIMIENTOS DE CULPA, MEDIANTE UNA -- ESPECIE DE CHANTAJE EMOCIONAL..

ESTE GRUPO TIENE EN COMÚN CON OTROS MUCHOS, LA REACCIÓN A UNA PÉRDIDA O ABANDONO REAL O POSIBLE.

SEGÚN LO INVESTIGADO Y LAS EXPERIENCIAS ADQUIRIDAS POR EL DR. HENDIN, DESDE SU PUNTO DE VISTA PSICOANALÍTICO, LA MUERTE TIENE EL SIGNIFICADO INCONCIENTE DE ABANDONO, EL JOVEN CONSIDERA SU SUICIDIO O SU AMENAZA DE MUERTE COMO UNA REPRESALIA.

LAS EXPERIENCIAS INFANTILES DEL PACIENTE, EN TÉRMINOS DE ABANDONO Y REPUDIO, SON TAN IMPORTANTES PARA VALORAR EL CASO, COMO LA MANERA EN QUE APRENDIÓ A MANEJAR LA AGRESIÓN.

EN EL CASO DE LOS PACIENTES DEPRIMIDOS, CONSIDERA HENDIN, QUE LA PSICODINAMIA DE DICHA DEPRESIÓN NO ES SUFICIENTE PARA EXPLICAR EL SUICIDIO Y PRUEBA DE ELLO ES EL GRAN NÚMERO DE PACIENTES SUICIDAS QUE NO PRESENTAN NI LA DINAMIA NI LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN, Y LO QUE ES MÁS IMPORTANTE, MUCHOS PACIENTES DEPRIMIDOS NO TIENEN IDEAS SUICIDAS.

DE ACUERDO A LO ANTERIOR SE PUEDE DEDUCIR QUE EL HECHO DE QUE LOS PROBLEMAS DE LA DEPRESIÓN Y DEL SUICIDIO APAREZCAN JUNTOS TAN FRECUENTEMENTE, NO JUSTIFICA QUE SE USEN LAS FORMULACIONES DINÁMICAS DE LA DEPRESIÓN COMO UNA EXPLICACIÓN GENERAL DEL SUICIDIO.

"ENFOQUE SOCIOLOGICO DEL SUICIDIO"

EN SU ENFOQUE ETIOLÓGICO Y METODOLÓGICO SOBRE LAS CAUSAS DEL SUICIDIO, EMILE DURKHEIM HA PLANTEADO LAS BASES SOCIOLOGICAS EXPLICATIVAS DEL FENÓMENO DEL SUICIDIO Y HA SERVIDO DE PUNTO DE PARTIDA PARA VARIOS SOCIOLOGOS Y PSICOLOGOS EN INVESTIGACIÓN SOBRE ESTE PROBLEMA SOCIAL, MORAL Y PSICOLÓGICO QUE AQUEJA A TODOS LOS PAISES DEL MUNDO SIN IMPORTAR RAZAS, CULTURAS O IDEOLOGIAS.

EMILE DURKHEIM DEFINE APROXIMADAMENTE EL SUICIDIO COMO: "TODA MUERTE QUE RESULTA, MEDIATA O INMEDIATAMENTE DE UN ACTO POSITIVO O NEGATIVO, REALIZADO POR LA VICTIMA MISMA, SABIENDO ELLA QUE DEBÍA PRODUCIR ESTE RESULTADO."

AUNQUE POR REGLA GENERAL NOS REPRESENTAMOS EL SUICIDIO COMO UNA ACCIÓN POSITIVA Y VIOLENTA QUE IMPLICA CIERTO EMPLEO DE LA FUERZA MUSCULAR, PUEDE OCURRIR QUE UNA ACTITUD PURAMENTE NEGATIVA O UNA SIMPLE ABNEGACIÓN-PRODUZCA IDENTICAS CONSECUENCIAS. NO ES TAMPOCO NECESARIO QUE EL ACTO -- PRODUCIDO POR EL PACIENTE HAYA SIDO EL ANTECEDENTE INMEDIATO DE LA MUERTE, PARA QUE ESTA PUEDA SER CONSIDERADA COMO EFECTO SUYO.

SIN EMBARGO, HAY HECHOS QUE A PESAR DE SUS APARENTES SEMEJANZAS SON EN EL FONDO IDÉNTICOS A AQUELLAS QUE TODO EL MUNDO LLAMA SUICIDIO Y QUE NO SE PUEDEN LLAMAR DE OTRA MANERA.

YA SEA LA MUERTE ACEPTADA COMO UNA CONDICIÓN SENSIBLE, PERO INEVITABLE, DEL FIN AL QUE SE TIENDE O BIEN HAYA SIDO QUERIDA EXPRESAMENTE Y BUSCADA POR SI MISMO, LO CIERTO ES QUE EL SUJETO EN UNO Y EN OTRO CASO RENUNCI A LA EXISTENCIA.

DICE TAMBIÉN: "CUANDO LA ABNEGACIÓN LLEGA AL SACRIFICIO CIERTO DE LA VIDA, SE TRATA CIENTÍFICAMENTE DE UN SUICIDIO".

ESTA DEFINICIÓN OFRECE UNA IDEA DEL LUGAR QUE LOS SUICIDOS OCUPAN EN EL CONJUNTO DE LA VIDA MORAL. SEGÚN DURKHEIM LOS SUICIDOS SE ENLAZAN CON OTRAS MODALIDADES DE CONDUCTA POR UNA SERIE CONTINUA DE RELACIONES INTERMEDIARIAS Y LA FORMA EXAGERADA DE PRÁCTICAS USUALES. HAY SUICIDIO CUANDO LA VÍCTIMA EN EL MOMENTO EN QUE REALIZA EL ACTO QUE DEBE PONER FIN A SU VIDA SABE CON TODA CERTEZA LO QUE TIENE QUE RESULTAR DE ÉL.

DICE DURKHEIM QUE PARA CLASIFICAR POR SUS CAUSAS Y CARACTERÍSTICAS - LOS TIPOS DE SUICIDIOS QUE HA HABIDO EN LA HISTORIA DE LA HUMANIDAD HA -- BRÍA DE HACERSE TANTOS RANGOS COMO CASILLAS, PUES CADA SUICIDIO Y CADA -- SUICIDA TIENE SUS PROPIOS CARACTERES Y SUS PROPIAS CAUSAS. ASÍ SE HA HABLADO DE LOCURA DE MONOMANÍAS, DE ALIENACIÓN, ALUCINACIÓN MENTAL, NEURASTENIA, ETC.

EN PLENO, DURKHEIM CONFRONTA UNA SERIE DE CAUSAS APARENTES QUE SOCIALMENTE SE LE HAN ATRIBUIDO AL SUICIDIO Y HA ENCONTRADO QUE NI LA LOCURA, NI EL ALCOHOLISMO, NI NADA DE LAS CAUSAS MENCIONADAS ESTÁN DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON ESTE.

LAS ESTADÍSTICAS MUESTRAN EN VARIOS PAISES COMO FRANCIA, SAJONIA, O SUECIA LA INEXISTENCIA DE UNA RELACIÓN DIRECTA ENTRE EL SUICIDIO Y EL CON

SUMO DEL ALCOHOL.

DETERMINA ASÍ MISMO QUE LA RAZA Y LA HERENCIA NO TIENE NINGUNA IN --
FLUENCIA SOBRE LA INCIDENCIA DEL SUICIDIO. EL CLIMA, LA TEMPERATURA, LAS
ESTACIONES DEL AÑO, CONTRARIO A LO QUE SE HA PENSADO NO INFLUYEN DE MANE-
RA ALGUNA EN ESTA DETERMINACIÓN.

ENCONTRÓ, SI CURIOSAMENTE, UN PARALELISMO ENTRE LAS VARIACIONES MEN-
SUALES DEL SUICIDIO Y LOS DE LA LONGITUD DE LOS DIAS CONFORMADO POR EL HE-
CHO DE QUE LOS SUICIDIOS TIENEN LUGAR SOBRE TODO DE DÍA. LA RAZÓN ES QUE
DURANTE EL DÍA LA VIDA SOCIAL ESTÁ EN PLENA ACTIVIDAD POR LO TANTO EL HE-
CHO DE QUE EL SUICIDIO ES MAYOR EN LOS DIAS Y LAS HORAS EN QUE ESTA ACTI-
VIDAD ES MAYOR CONFIRMA LA EXPLICACIÓN ANTERIOR.

DURKHEIM LLEGA A LA CONCLUSIÓN DE QUE LAS VARIACIONES MENSUALES DEL-
SUICIDIO DEPENDEN DE CAUSAS SOCIALES.

ASÍ NOS EXPLICA LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA COMO UN PRESERVATIVO PO-
DEROSO DEL SUICIDIO, PRESERVANDO TANTO MEJOR CUANTO MÁS PODEROSAMENTE --
CONSTITUIDA ESTÁ.

Y YA QUE LA FAMILIA ES EL NUDO DE UNA SOCIEDAD, CONCLUYE QUE LA MAYO-
RIA SI NO TODOS, LOS SUICIDOS LLAMENSE COMO SE LLAMEN; EGOISTA MELANCÓLI-
CO, ANÓMICO, ALTRUISTA, O MEJOR DICHO DE LOS INDIVIDUOS QUE COMETEN SUICI-
DIOS, HAN TENIDO UN TIPO DE RELACIÓN PATOLÓGICA CON SU MEDIO AMBIENTE, ES
TA RELACIÓN ANÓMICA, ANORMAL, O MAL ADAPTADA A SIDO DE ALGUNA MANERA FAC-
TOR PRECIPITANTE PARA ESTE ACTO.

ESTA FORMA DE PRECIPITACIÓN HA SIDO FAVORECIDA EN LA MEDIDA EN QUE -
ESTE NÚCLEO DE LA SOCIEDAD, LA FAMILIA, SE VE REDUCIDA O AFECTADA POR SI-

TUACIONES QUE PROVOCAN DOLOR O PÉRDIDA DE ESA COHESIÓN QUE DEBE EXISTIR - EN ELLA.

LAS CAUSAS PUEDEN SER MUCHAS Y MUY VARIADAS, SER ECONÓMICAS, SOCIALES, MORALES, LEGALES, CONTINGENCIALES, ETC. EL CASO ES QUE SE ORIGINA UN TRASTORNO EN LA FAMILIA Y EL SUPERVIVIENTE SUFRE LA INFLUENCIA DE ESTO, NO ESTÁ ADAPTADO A LA NUEVA SITUACIÓN QUE SE LO PRODUCE Y POR ELLO SE MATA - FACILMENTE.

UNA DE LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES Y MÁS COMUNES EN LA ÉPOCA MODERNA - ES EL DIVORCIO, O LA SEPARACIÓN DE LOS CÓNYUGES.

M. BERTILLON HA PUBLICADO EN LOS ANNALES DE DEMOGRAPHIC INTERNATIONALE 1882, UN NOTABLE TRABAJO SOBRE EL DIVORCIO O SEPARACIÓN SIMPLE; EN EL CURSO DEL CUAL ESTABLECE LA SIGUIENTE PROPORCIÓN: EN TODA EUROPA EL NÚMERO DE SUICIDOS VARÍA CON EL DE LOS DIVORCIOS.

EN PAISES COMO SUIZA LA RELACIÓN ES DIRECTA; LOS DIVORCIOS ANUALES - POR CADA 1000 MATRIMONIOS ES DE 47 CASOS Y LA TAZA DE SUICIDIOS POR CADA MILLÓN DE HABITANTES ES DE 216 CASOS QUE CORRESPONDEN AL 46.29% MIENTRAS EL DIVORCIO CORRESPONDE AL 47%. (# DE DIVORCIADOS= # DE SUICIDIOS).

EN ITALIA EL DIVORCIO OCUPA EL 32% ENTRE CADA 1000 MATRIMONIOS, MIENTAS EN FRANCIA LA FRECUENCIA ES DE 39%.

DURKHEIM CONFRONTA ESTOS DATOS CON LA RELACIÓN DE SUICIDIOS ENTRE CASADOS, DIVORCIADOS U SOLTEROS ENCONTRANDO QUE EXISTEN MÁS SUICIDIOS ENTRE LOS DIVORCIADOS QUE LOS CASADOS Y MÁS ENTRE LOS CÉLIBES QUE ENTRE LOS CASADOS. EN TOTAL EL PORCENTAJE DE SUICIDIOS ES RELATIVO AL DE DIVORCIOS.

ESTA TENDENCIA TAN FUERTE DE LOS CÉLIBES PROVINO EN PARTE DE LA ANOMÍA SEXUAL EN QUE VIVEN Y ES SOBRE TODO EN EL MOMENTO EN QUE ESTE SENTIMIENTO SEXUAL ESTÁ EN EFERVECENCIA CUANDO LA AGRAVACIÓN QUE SUFREN DEBE SER MÁS SENSIBLE.

POR LO TANTO DURKHEIM CONCLUYE QUE EL PORCENTAJE DE SUICIDIOS ES MAYOR EN LA ETAPA DE LOS 20 A LOS 45 AÑOS DE EDAD.

DE ESTA PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA ÉL LLEGÓ A UNA SERIA CONCLUSIÓN:- DE TODOS LOS INDIVIDUOS QUE HAN INTENTADO SUICIDARSE Y DE QUIENES LO LOGRARON, LA ELECCIÓN ES UN ACTO CONSCIENTE Y RACIONAL.

OTRO ENFOQUE PSICOANALITICO

OTRO ENFOQUE DEL PROBLEMA DEL SUICIDIO, EXAMINADO DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOANALÍTICO, DE ACUERDO A LAS TEORÍAS ORIGINALES DE FREUD, DEBE EMPEZAR CON SUS FORMULACIONES ACERCA DE LA TEORÍA DEL INSTINTO PROPUESTA POR PRIMERA VEZ EN 1920.

ESTE RESUMEN HA SIDO ELABORADO POR EL DR. SAMUEL FUTTERMAN MÉDICO -- PSICOANALISTA DE LA CLÍNICA DE HIGIENE MENTAL DE LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS DE LOS ÁNGELES, COMO UNA COLABORACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE SUICIDIO REALIZADA PARA EL CENTRO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DE LOS ÁNGELES. (FARBEROW, 1969).

SEGÚN FREUD: UN IMPULSO ES UN CONSTITUYENTE PSÍQUICO DETERMINADO GENÉTICAMENTE QUE CUANDO OPERA, PRODUCE UN ESTADO DE EXCITACIÓN O TENSIÓN PSÍQUICA. ESTO IMPELE AL INDIVIDUO A UNA ACTIVIDAD O COMPORTAMIENTO QUE PUEDE SER ALTERADO POR LA EXPERIENCIA INDIVIDUAL. EL ATRIBUTO QUE POSEE EL IMPULSO DE IMPELER AL INDIVIDUO A LA ACTIVIDAD, PARECIÓ A FREUD ANÁLOGO AL CONCEPTO DE LA ENERGÍA FÍSICA. (FARBEROW (1969).

SUPUSO LA PRESENCIA DE UNA ENERGÍA PSÍQUICA COMO PARTE DE LOS IMPULSOS Y SU ENERGÍA SE CONSIDERA PURAMENTE INTRAPSÍQUICOS.

EL TÉRMINO CATAxis ES LA CANTIDAD DE ENERGÍA PSÍQUICA DIRIGIDA O LIGADA A LA REPRESENTACIÓN MENTAL DE UNA PERSONA O COSA. EN EL TERRENO PSICOLÓGICO ENTRE MAYOR ES LA CATAxis, MÁS IMPORTANTE ES EL OBJETO.

LOS ESTÍMULOS TANTO EXTERNOS COMO INTERNOS DESPIERTAN IMPULSOS QUE IMPULSIVAMENTE LE LLEVAN AL INDIVIDUO A ACTUAR Y ESO DA COMO RESULTADO LA SUPRESIÓN DE LA -- EXCITACIÓN O LA TENSIÓN, O BIEN LA GRATIFICACIÓN. LA ACTIVIDAD MOTORA QUE OCURRE COMO RESPUESTA A ESTE ESTADO DE EXCITACIÓN ESTÁ MEDIDA POR UNA PARTE DE LA MENTE CONOCIDA EN LA TERMINOLOGÍA PSICOANALÍTICA COMO EGO. ÉSTE MODIFICA LOS IMPULSOS INSTINTIVOS MEDIANTE LA EXPERIENCIA Y LA REFLEXIÓN.

FREUD EXPLICA LOS ASPECTOS INSTINTIVOS SUPONIENDO LA EXISTENCIA DE DOS IMPULSOS: EL DE LA VIDA O SEXUAL, LLAMADA EROS; Y EL DE LA MUERTE: -- AGRESIVIDAD Y DESTRUCTIVIDAD, LLAMADA TANATOS.

EL PRIMERO EROS, ES EL COMPORTAMIENTO ERÓTICO DE LAS ACTIVIDADES MENTALES, Y EL SEGUNDO TANATOS DESPIERTA LOS COMPONENTES AGRESIVOS Y DESTRUCTIVOS. ÉL DICE QUE AMBAS FUNCIONAN INTERDEPENDIENTEMENTE YA QUE SE FUSIONAN EN CANTIDADES VARIABLES. FREUD (1920).

RESULTA CLARO QUE TANTO EL IMPULSO SEXUAL COMO EL AGRESIVO SE MANIFIESTAN DURANTE EL PERÍODO DE DESARROLLO POR FIJACIÓN A LAS ZONAS ORAL, -- ANAL, Y FÁLICA, Y QUE LA FUSIÓN DE ÉSTOS IMPULSOS APARECE EN LA RESOLUCIÓN DEL SUPEREGO. IDEALMENTE LA FUSIÓN DE LOS IMPULSOS ERÓTICOS CON LOS IMPULSOS AGRESIVOS LOS LIBERA DE SU CUALIDAD DESTRUCTIVA PERMITIENDO LA -- SUBLIMACIÓN DE ÉSTOS ÚLTIMOS, DE MANERA QUE EL INDIVIDUO SERÁ CAPAZ DE -- HACER UNA CONTRIBUCIÓN PRODUCTIVA POSITIVA AL PROCESO DE SU VIDA.

RENNINGER (1958), EN SU LIBRO "MAN AGAINST HIMSELF", DICE QUE EL DESEO DE MORIR ES MUCHO MÁS HIPOTÉTICO QUE LA EXISTENCIA CLÍNICAMENTE DEMOSTRADA DE LOS OTROS DOS ELEMENTOS, O SEA, DEL DESEO DE MATAR Y DEL DESEO DE SER -- MUERTO. LA CONDICIÓN DE UNA FUSIÓN DE LOS IMPULSOS DESTRUCTIVOS Y SEXUAL ES LA CENTRAL DE SUS TEORÍAS, LA ACTIVIDAD AUTODESTRUCTIVA EMERGE CUANDO-

EL FUNCIONAMIENTO DEL ELEMENTO NEUTRALIZANTE DEL AMOR ES INCOMPLETO O INEFICAZ.

BOWLBY (1947), DICE QUE LOS IMPULSOS HOSTILES SURGEN CUANDO EL ORGANISMO SE VE FRUSTRADO EN SATISFACER SUS OTRAS NECESIDADES. ES TAMBIÉN -- CIERTO QUE LA AGRESIÓN SE PRESENTA COMO UNA MANIFESTACIÓN SEXUAL PREGENITAL O GENITAL. LOS NIÑOS PEQUEÑOS EN BUSCA DE SUS METAS SEXUALES PREGENITALES, MUESTRAN UNA GRAN FALTA DE CONSIDERACIÓN PARA LOS SENTIMIENTOS DE LOS DEMÁS, HOSTILIDAD HACIA LO QUE LOS RODEA SADISMO, AGRESIÓN, Y DESTRUCTIVIDAD.

ANGEL GARMA, (1973) EN "LA FACINACIÓN DE LA MUERTE" Y SIGUIENDO LOS CONCEPTOS EXPUESTOS POR FREUD EN "DUELO Y MELANCOLÍA" AFIRMA QUE AUNQUE - LA AGRESIÓN COMO UN RESULTADO DE LA FRUSTRACIÓN DE LOS IMPULSOS SEXUALES - HA SIDO ATRIBUIDA PARTICULARMENTE A LA FASE ANAL, EN REALIDAD, ES PARTE Y RESULTADO DE TODAS LAS ZONAS, INCLUIDAS LA ORAL Y LA FÁLICA Y QUE ADEMÁS, TAMBIÉN APARECE ENTRE LAS MANIFESTACIONES DEL COMPLEJO DE ÉDIPLO.

EN EL DESARROLLO DEL NIÑO, PARA DOMINAR SUS TENDENCIAS EDÍPICAS, LA AGRESIVIDAD RESULTA INCOMPATIBLE CON OTRAS NECESIDADES, Y EL SUPEREGO PARECE MEDIAR LAS TENDENCIAS CONFLICTIVAS.

POR LO TANTO, EL SUPEREGO PROPORCIONA AL INDIVIDUO UN ELEMENTO MENTAL MÁS ALTO QUE LE PROTEGE DE LA EXPRESIÓN ABIERTA DE SU PROPIA AGRESIÓN; CUANDO ÉSTOS NO SE PUEDEN CONTROLAR SURGE LA ANSIEDAD Y SE PRODUCEN SENTIMIENTOS DE CULPA Y SE DESARROLLAN, COMO CONSECUENCIA, LOS MECANISMOS DE -

DEFENSA QUE EL INDIVIDUO USA PARA DISMINUIRLA, ESTOS SON LA FORMACIÓN --
REACTIVA, PROYECCIÓN Y LA SUBLIMACIÓN.

LA AGRESIÓN PUEDE DIRIGIRSE HACIA ADENTRO, PROCESO QUE PUEDE VERSE -
EN LA ESFERA ORGÁNICA EN EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES SOMÁTICAS, O EN LA
ESFERA MENTAL EN LA FALTA DE DOMINIO DE SÍ MISMO, EN LA EXCESIVA SEVERI--
DAD DEL SUPEREGO, EN LOS ESTADOS DEPRESIVOS Y EN LAS TENDENCIAS AUTODES--
TRUCTIVAS O SUICIDAS.

ESTO SIGNIFICA EL ATAQUE CONTRA EL PROPIO SER MELANCÓLICO, ESTADO --
QUE REPRESENTA UNA VERDADERA EXPLOSIÓN AGRESIVA HACIA SI MISMO.

EN LA MELANCOLÍA, LA REALIDAD DEL MUNDO OBJETIVO HA DISMINUIDO DEBIDO -
A LA REGRESIÓN OCURRIDA.

DE ACUERDO CON LEWIN, (1950), EXISTE ALGUNA CONECCIÓN ENTRE LAS ---
IDEAS DE SUEÑO Y LAS IDEAS DE MUERTE. DICE QUE ONTOGENÉTICAMENTE EL DE--
SEO DE DORMIR ES MÁS ANTIGUO QUE EL DESEO DE MORIR Y LA IDEA DE LA MUERTE
PUEDE SER UNA MODIFICACIÓN DE LA IDEA DEL SUEÑO. EXISTE TAMBIÉN CIERTA -
EXCITACIÓN ENTRE EL SUEÑO Y LA EXCITACIÓN DEL ADICTO A LAS DROGAS.

EL SUEÑO ESTUPOROSO DEL DROGADICTO Y EL MANÍACO PUEDE REPRESENTAR --
PARA ÉL LA UNIÓN CON EL PECHO MATERNO.

EL SUICIDIO EN EL DROGADICTO Y EL MANÍACO PUEDE REPRESENTAR ASÍ UNA-
FUSIÓN DEL EGO Y EL SUPEREGO Y EN CONSECUENCIA, UN REGRESO A LA MADRE.

RADO, EN (1933), TAMBIÉN COMENTABA LA ADICCIÓN A LAS DROGAS Y CREÓ - EL TÉRMINO DE "FARMACOTIMIA" PARA SEÑALAR QUE TANTO EL ESTUPOR COMO EL -- SUICIDIO PUEDEN SER SUS SECUELAS. PROPUSO LA HIPÓTESIS DE QUE EL PACIENTE QUE SE PRIVA DE LA VIDA EN ESTADO DE FARMACOTIMIA LO HACE PORQUE DESEA LIBRARSE PARA SIEMPRE DE LA DEPRESIÓN Y SUBSTITUIRLA POR UNA ALEGRÍA QUE PUEDE DURAR ETERNAMENTE. POR LO TANTO, BUSCA LA INMORTALIDAD QUE CREE EN CONTRAR AL OTRO LADO DE LA MUERTE.

CAPITULO III

INVESTIGACIONES RECIENTES SOBRE EL SUICIDIO

- FACTORES COMUNES EN LA CONDUCTA SUICIDA DE ADOLESCENTES DE 3 DIFERENTES PAISES: JAPON, SUECIA Y MEXICO.
- ENFOQUES PSICOANALITICO Y SOCIOLOGICO EN CONJUNCIÓN PARA LA COMPRENSIÓN DEL SUICIDIO.

EN ESTE CAPÍTULO EXAMINAREMOS LOS ESTUDIOS E INVESTIGACIONES QUE SE HAN LLEVADO A CABO EN ALGUNOS PAISES Y EN LOS QUE SE HAN APLICADO LOS FUNDAMENTOS DE LAS TEORÍAS PSICOANALÍTICA Y SOCIOLOGICA.

VEREMOS QUE DE CUALQUIER MANERA AMBOS ENFOQUES CONCUERDAN EN LA MISMA CONCLUSIÓN.

TANTO LAS CONDICIONES DEL CRECIMIENTO PSICOLÓGICO DE UN INDIVIDUO EN SU INFANCIA, COMO LOS FACTORES SOCIALES Y SU MEDIO AMBIENTE HAN SIDO RELEVANTES EN LA CONDUCTA SUICIDA.

OBSERVAREMOS QUE LOS FACTORES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y CULTURALES TALES COMO, EDAD, SITUACIONES FAMILIARES, ALTERACIONES SOCIALES (GUERRA O CRISIS ECONÓMICA) Y LAS COSTUMBRES SOCIALES SON, CADA UNA EN SU CONTEXTO Y ESTRUCTURA SOCIAL, UN FACTOR COMÚN EN LA CONDUCTA SUICIDA DE LOS ADOLESCENTES SIN IMPORTAR LA ÉPOCA O EL LUGAR.

EL SUICIDIO Y LOS INTENTOS DE SUICIDIO ENTRE LOS ADOLESCENTES HAN ATRAÍDO RECIENTEMENTE UNA CRECIENTE ATENCIÓN POR PARTE DE LOS PSICOLOGOS, YA QUE SE HAN COMENZADO A PERCATAR DE SU GRAN FRECUENCIA. ADEMÁS, EN ALGUNOS PAÍSES, TALES COMO LOS ESTADOS UNIDOS, LAS TASAS DE SUICIDIO SE HAN ESTADO ELEVANDO, SOBRE TODO ENTRE LOS VARONES -- ADOLESCENTE: LA TASA POR CADA 100,000 VARONES BLANCOS DE ENTRE 15 Y 19 -- AÑOS HA PASADO DE 3.7 EN 1951 A 6.4 EN 1963 Y ENTRE LOS VARONES NO BLANCOS, DE 1.7 EN 1951 A 3.7 EN 1963; SEGÚN ESTADÍSTICAS VITALES DE LOS -- E.U.A., NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, WASHINGTON, D.C.

SI TENEMOS EN CUENTA QUE POR DEBAJO DE LOS 19 AÑOS LA RELACIÓN ENTRE INTENTOS DE SUICIDIO Y SUICIDIOS LOGRADOS ES DE 33 A 1 Y QUE TODAS ESTAS CIFRAS SON PROBABLEMENTE INFERIORES A LAS REALES DEBIDO A LAS OBVIAS DIFÍCULTADES PARA OBTENER DATOS VÁLIDOS ACERCA DE ESTOS PROBLEMAS, SE NOS HACE CLARO QUE ESTAMOS FRENTE A UN IMPORTANTE PROBLEMA SOCIAL CUYA GRAVEDAD TAL VEZ ESTÁ AUMENTANDO, POR LO MENOS EN ALGUNOS PAÍSES.

TSUNG-YI LIN, (1977), DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, QUIEN ESTUDIÓ LAS ESTADÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y VITALES PREPARADAS POR SU ORGANIZACIÓN, PARA INVESTIGAR LOS CAMBIOS REGISTRADOS EN AÑOS RECIENTES EN -- LAS TASAS DE SUICIDIO ENTRE LOS JÓVENES JAPONESES, COMPARÁNDOLAS CON LAS CORRESPONDIENTES A OTROS PAÍSES Y A OTROS GRUPOS DE EDAD, NOS APROJA DATOS IMPORTANTES.

LIN NOS DICE QUE LOS JÓVENES JAPONESES MOSTRABAN UNA TASA DE SUICIDIOS SINGULARMENTE ALTA, EN LOS AÑOS POSTERIORES A LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL, EN COMPARACIÓN CON GRUPOS DE EDAD SIMILARES DE OTROS PAÍSES Y CON LAS PERSONAS MAYORES DE SU MISMO PAÍS. ESAS TASAS SE ELEVARON HASTA 1958 Y LUEGO DECLINARON, AUNQUE TODAVÍA EN 1963 ERAN COMPARATIVAMENTE ALTAS, SIENDO SUPERADAS SOLAMENTE POR LAS REGISTRADAS EN HUNGRÍA, AUSTRIA Y SUIZA.

LIN SUGIERE QUE ESTE ASCENSO Y POSTERIOR DISMINUCIÓN EN LA TASAS DE SUICIDIO ENTRE LOS JÓVENES JAPONESES DESPUÉS DE LA GUERRA PUEDE SER EXPLICADO EN FUNCIÓN DE UNA REACCIÓN ANTE CAMBIOS CONCOMITANTES EN LA SITUACIÓN SOCIOCULTURAL Y SOCIOECONÓMICA DE SU PAÍS. EN LOS AÑOS POSTERIORES A LA GUERRA LOS JÓVENES JAPONESES SE VIERON MUCHO MÁS EXPUESTOS QUE EN EL PASADO A LOS VALORES OCCIDENTALES QUE EXAGERARON EL CONFLICTO HABITUAL DEL PERÍODO MEDIO Y ÚLTIMO DE LA ADOLESCENCIA EN JAPÓN ENTRE LAS INCLINACIONES PERSONALES Y LAS DIRECTIVAS SOCIALES, ESPECIALMENTE RESPECTO DE LA ELECCIÓN, POR LA FAMILIA, DEL CÓNYUGE Y LA CARRERA DEL JOVEN.

DURANTE EL MISMO PERÍODO HUBO UN CAMBIO IMPORTANTE EN LA SITUACIÓN ECONÓMICA DEL PAÍS, QUE PASÓ DE LA DEPRESIÓN DE LA POSTGUERRA A UNA ECONOMÍA EN GRADUAL PROCESO, QUE HA OFRECIDO OPORTUNIDADES DE TRABAJO MÁS ATRACTIVAS Y VARIADAS Y TAMBIÉN EXPECTATIVAS DE UNA VIDA MÁS SEGURA.

EN REALIDAD, LAS ALTAS TASAS JAPONESAS PARECEN HABER SIDO UN FENÓMENO PROPIO DEL PERÍODO QUE COMIENZA EN 1940, Y LA TASA GENERAL, QUE ALCANZÓ LA CIFRA DE 25,7 POR 100.000 EN 1958, ESPECIALMENTE, ENTRE PERSONAS DE 15 A 29 AÑOS, DECLINANDO EN 1963 DE 31.4 A 11.0

CONTRARIAMENTE A LA OBSERVACIÓN UNIVERSAL DE QUE EL SUICIDIO ES MÁS-

O MENOS UN FENÓMENO URBANO, TSUN-YI LIN, OBSERVÓ QUE LAS TASAS DE SUICIDIO MUESTRAN MUY ESCASA DIFERENCIA ENTRE LAS POBLACIONES RURALES Y URBANA DEL JAPÓN, POR EJEMPLO: 19.7 POR 100.000 CONTRA 17.9 POR 100.000. SE OBSERVA ESTE FENÓMENO EN TODOS LOS GRUPOS DE EDAD. HAY QUE NOTAR TAMBIÉN QUE LA PROPORCIÓN ENTRE VARONES Y MUJERES CASI NO INDICA DIFERENCIAS ENTRE LAS POBLACIONES URBANAS Y RURAL, LO QUE NO SUCEDE HABITUALMENTE EN LOS PAÍSES OCCIDENTALES.

TODOS LOS DATOS ANTES MENCIONADOS INDICAN CLARAMENTE QUE LA JUVENTUD JAPONESA TIENE UNA TASA DE SUICIDIO PECULIARMENTE ALTA, NO SÓLO EN COMPARACIÓN CON LOS JÓVENES DE OTROS PAÍSES SINO TAMBIÉN CON LOS GRUPOS DE EDAD MEDIANA DE SU PROPIO PAÍS, Y QUE EL AUMENTO DE LAS TASAS DE SUICIDIO REGISTRADAS EN JAPÓN EN LA POSTGUERRA ES PARTICULARMENTE MARCADO ENTRE LOS JÓVENES. NO ES POSIBLE EXPLICAR ESTE HECHO SIMPLEMENTE POR LA NOCIÓN CORRIENTE DE QUE EL SUICIDIO, (HARAKIRI), ES UNA PRÁCTICA TRADICIONAL Y VENERADA EN EL JAPÓN. ESA PRACTICA CULTURAL NO PUEDE SER TENIDA POR RESPONSABLE, POR SÍ SOLA, DE LA VULNERABILIDAD SELECTIVA DE LOS JÓVENES MODERNOS AL SUICIDIO, DADO QUE LA JUVENTUD JAPONESA MODERNA ESTÁ RELATIVAMENTE MENOS INFLUIDA POR ESA TRADICIÓN CULTURAL.

SI BIEN NO PODEMOS SEÑALAR CON CERTEZA UNOS POCOS FACTORES PARA EXPLICAR ÉSTE FENÓMENO, PODEMOS TRATAR DE PONER EN RELACIÓN EL HECHO CON EL EFECTO DE LA CRISIS Y DESORGANIZACIONES DEL CICLO VITAL DETERMINADAS SOCIAL Y CULTURALMENTE, TANTO PARA LAS MUJERES COMO PARA LOS HOMBRES JAPONESES, LA JUVENTUD REPRESENTA UN PERÍODO CRÍTICO DE CONFLICTOS ENTRE SUS --

PROPIAS INCLINACIONES PERSONALES Y LAS DIRECTIVAS SOCIALES QUE LES EXIGEN MOSTRARSE SUMISOS ANTE LA ELECCIÓN DE LA CARRERA O EL CÓNYUGE POR LA FAMILIA; APARTE DE LOS FACTORES SOCIALES REALES COMO LA FALTA DE EMPLEOS.

LOS GRUPOS DE PERSONAS DE 15-29 AÑOS EN 1953 QUE MUESTRAN TASAS -- EXCEPCIONALMENTE ALTAS SON AQUELLAS QUE PASARON POR LA GUERRA (1940-1945) ENTRE LOS 7 Y 17 AÑOS, LO QUE PUEDE INDICAR LA VULNERABILIDAD DE LOS NIÑOS Y LOS JÓVENES A LAS CONDICIONES BÉLICAS.

LAS PARTICULARES INCLINACIONES DE LA PERSONALIDAD JAPONESA Y LA TRADICIÓN ROMÁNTICA DEL SUICIDIO EXISTENTE EN ÉSTE PAÍS HACEN QUE LA JUVENTUD SEA PARTICULARMENTE PROPENSA A RESOLVER SUS DILEMAS MEDIANTE EL SUICIDIO. LA TASA RELATIVAMENTE ALTA DE SUICIDIOS FEMENINOS ENTRE LA JUVENTUD JAPONESA PUEDE REFLEJAR LA DIFÍCIL POSICIÓN SOCIAL EN LA QUE AÚN SE HALLAN LAS JÓVENES Y LAS MUJERES ADULTAS.

LA DISMINUCIÓN DE LAS TASAS DE SUICIDIO REGISTRADAS AL COMIENZO DE LA DÉCADA DE 1960 PUEDE SER INTERPRETADA COMO SIGNO DE SU ADAPTACIÓN A LAS CAMBIANTES CONDICIONES DE LA VIDA.

TAMBIÉN EN ALGUNOS PAISES NÓRDICOS SE REGISTRA ALTO ÍNDICE DE SUICIDIOS SOBRE TODO EN LA TEMPORADA DE INVIERNO.

A CONTINUACIÓN VEREMOS UN INTERESANTE INFORME SOBRE ESTE CASO.

ESTE INFORME SE REFIERE A LA INVESTIGACIÓN REALIZADA POR ULF OTTO - DE SUECIA, DE 1727 PACIENTES INFANTILES Y ADOLESCENTES QUE INTENTARON SUICIDARSE DURANTE EL PERÍODO 1955-1959 Y QUE FUERON TRATADOS EN HOSPITALES- Y CLÍNICAS DE SU PAÍS. SEÑALA QUE AUNQUE INTENTARON SUICIDARSE CUATRO VECES MÁS MUJERES QUE VARONES, LOS VARONES QUE LOGRARON SU PROPÓSITO FUERON DOS VECES MÁS NUMEROSOS QUE LAS JÓVENES. LA RAZÓN PARECE SER QUE LOS VARONES UTILIZAN MÁS FRECUENTEMENTE MÉTODOS ACTIVOS Y AGRESIVOS, TALES COMO COLGARSE, SALTAR DESDE UNA ALTURA Y DISPARARSE UN TIRO, MIENTRAS QUE LAS JÓVENES USAN MÁS A MENUDO MÉTODOS PASIVOS Y MENOS PELIGROSOS, TALES COMO LA INGESTIÓN DE PILDORAS. LOS VARONES QUE INTENTAN SUICIDARSE PADECEN HABITUALMENTE TRASTORNOS MENTALES MÁS SERIOS, MIENTRAS QUE LAS NIÑAS A MENUDO OBRAN IMPULSIVAMENTE, CUANDO SUFREN UNA FRUSTRACIÓN AMOROSA, POR EJEMPLO, Y NO PARECEN BUSCAR SERIAMENTE LA MUERTE CON ESE ACTO.

CON DATOS RECOGIDOS EN TODOS LOS HOSPITALES Y CLÍNICAS DE SUECIA SE ESTABLECIÓ UNA LISTA DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES MENORES DE 21 AÑOS QUE FUERON INTERNADOS POR INTENTOS DE SUICIDIO ENTRE 1955 Y 1959. LA MUESTRA COMPRENDE A 1727 PACIENTES DE TODO EL PAÍS.

UN QUINTO DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO REGISTRADOS SON COMETIDOS POR VARONES, PERO ENTRE LOS SUICIDIOS LOGRADOS HAY DOS VECES MÁS VARONES QUE MUJERES. EL NÚMERO DE INTENTOS AUMENTA CON LA EDAD. HAY UNA RÁPIDA ACELERACIÓN QUE ESTÁ ASOCIADA CON LA PUBERTAD.

SE HA OBSERVADO UNA FLUCTUACIÓN EN LA FRECUENCIA DE SUICIDIOS SEGÚN LAS DIFERENTES ESTACIONES DEL AÑO. EN SUECIA EL MENOR NÚMERO DE CASOS SE PRODUCE DURANTE JUNIO Y JULIO, Y EL MAYOR EN NOVIEMBRE, AL QUE LE SIGUEN LOS MESES DE FEBRERO Y MARZO. SIN EMBARGO NO ES POSIBLE DETERMINAR PORQUÉ LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES SUECOS EXHIBEN LA TENDENCIA A UNA MAYOR CANTIDAD DE INTENTOS SUICIDAS DURANTE LAS ESTACIONES MÁS OSCURAS DEL AÑO.

LOS NIÑOS TANTO COMO LOS ADULTOS APELAN AL SUICIDIO COMO MEDIO PARA CASTIGAR A SU FAMILIA, PARA LLAMAR LA ATENCIÓN Y OBTENER EL AMOR DE LAS PERSONAS MÁS PRÓXIMAS, Y ESTE PARECE, A VECES, ES LA ÚNICA SALIDA.

LAS CAUSAS COMÚNMENTE CITADAS SON:

| | |
|--------------------------|-------|
| PROBLEMAS AMOROSOS | 39.2% |
| PROBLEMAS CON LA FAMILIA | 32.1% |
| ENFERMEDAD MENTAL | 17.5% |
| DIFICULTADES ESCOLARES | 6.2% |
| EMBARAZO ILÍCITO | 3.4% |
| SERVICIO MILITAR | 1.7% |

LOS MÉTODOS MÁS COMÚNMENTE EMPLEADOS:

| | VARONES | MUJERES | No. |
|----------------------------------|---------|---------|------|
| DRUGAS NARCÓTICAS | 269 | 1232 | 1501 |
| AHORCAMIENTOS Y ESTRANGULACIÓN | 24 | 17 | 41 |
| DISPAROS DE ARMA DE FUEGO | 4 | 1 | 5 |
| ENVENENAMIENTO CON GAS | 14 | 18 | 32 |
| SALTO DESDE UNA ALTURA | 8 | 10 | 18 |
| ARROJARSE DELANTE DE UN VEHÍCULO | 1 | 6 | 7 |

| | | | |
|-----------------------------|----|----|----|
| AHOGARSE | 5 | 13 | 18 |
| HERIDA CORTANTE | 15 | 51 | 66 |
| INGESTIÓN DE OBJETOS AGUDOS | 6 | 1 | 7 |
| OTROS MÉTODOS | 5 | 27 | 32 |

DE TODOS LOS MÉTODOS ANTERIORES, LA INGESTIÓN DE PILDORAS FUE EN UN 86.9% Y LA MAYORÍA FUERON MÉTODOS PASIVOS, CON UN 13.1%.

EL USO DE MÉTODOS ACTIVOS ES MENOS FRECUENTE EN LOS NEURÓTICOS (14.3%) Y EN LA DEPRESIÓN NEURÓTICA REACTIVA (12.4%); PERO SI ACEPTAMOS QUE EL MÉTODO ACTIVO ES MÁS GRAVE QUE EL PASIVO, ESTA DIFERENCIA EN LA -- FRECUENCIA APOYA LA TESIS DE QUE LA GRAN MAYORÍA DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE COMETEN ACTOS SUICIDAS ELIGEN UN MÉTODO MENOS PELIGROSO, UN MÉTODO QUE NO IMPLICA LA MUERTE, SERÍA ACEPTABLE. ÉSTO SIGNIFICA QUE LA MOTIVACIÓN CONSCIENTE O INCONSCIENTE DEL ACTO SUICIDA NO ES EL DESEO DE MATARSE, SINO OTRA COSA.

SEGÚN ULF OTTO Y COL., SUGIEREN QUE NO EXISTE UN SÍNDROME PRESUICIDA ESPECÍFICO ENTRE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES.

PARA INVESTIGAR ESTE PROBLEMA, EXAMINARON EL PERÍODO DE LOS TRES MESES ANTERIORES AL ACTO SUICIDA, PARA OBSERVAR SI SE HABÍA PRODUCIDO UN CAMBIO EN EL COMPORTAMIENTO. EN EL 38.3% DE LOS CASOS SE HABÍA MANIFESTADO UNA DEPRESIÓN, HECHO QUE CORRESPONDE A LO OBSERVADO EN LOS ADULTOS. LUEGO SIGUE UN CONJUNTO DE CAMBIOS EN LA CONDUCTA (30.1%) QUE INCLUYE -- SÍNTOMAS NEURÓTICOS COMO PERTURBACIONES DEL SUEÑO, SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS, ESTADOS DE ANSIEDAD, COMERSE LAS UÑAS, ETC.

EN EL 16.2% DE LOS CASOS LOS SÍNTOMAS HAN SIDO UNA MAYOR IRRITABILIDAD

DAD, AGRESIVIDAD E HIPERSENSIBILIDAD. EN UN 12% HUBO ALTERACIÓN DE LA-- CONDUCTA SOCIAL, DIFICULTADES EN LA ESCUELA O EL TRABAJO, DESCUIDO DE LA HIGIENE, AUSENCIAS DE LA ESCUELA, ALCOHOLISMO, ETC.

EN LOS NIÑOS MÁS PEQUEÑOS (PÚBERES) PUEDEN OBSERVARSE: ANSIEDAD, PER TURBACIONES DEL SUEÑO, DOLORS DE ESTÓMAGO Y DE CABEZA, VÓMITOS, TARTAMU DEO Y ENURESIS NOCTURNA; TODO ESTO COMO UNA MANIFESTACIÓN DE SU MALA ADAP TACIÓN O INCONFORMIDAD EN LA ESCUELA. EL ACTO SUICIDA ES UNO DE LOS CA- SOS MÁS DRÁMATICOS DE LAS DIFICULTADES DE ADAPTACIÓN EN ÉSTA ETAPA.

ENTRE LAS JÓVENES EMBARAZADAS, EL 11,8% DE LA MUESTRA INTENTÓ SUICI- DARSE AL HABERSELE NEGADO UN ABORTO. LOS MESES MÁS CRÍTICOS SON EL SEGUN DO Y EL TERCERO DE LA PREÑEZ (18, 6 Y 23%). ÉSTE ES EL PERÍODO EN EL QUE HABITUALMENTE SE DESCUBRE EL EMBARAZO.

ENTRE LOS VARONES DE ÉSTA MUESTRA QUE SE HALLABAN EN EL SERVICIO MI- LITAR, EL 59% LO SEÑALARON COMO MOTIVO DEL INTENTO SUICIDA. ÉSTO OCURRE EN RELACIÓN CON LAS LICENCIAS Y HABITUALMENTE AL FINALIZAR ÉSTAS. POR - LO TANTO ES ANTES DE VOLVER AL REGIMIENTO.

EN OTROS PAISES SE HAN OBTENIDO LOS SIGUIENTES DATOS: DE ACUERDO CON REHFISCH (1893), PRUSIA, FRANCIA Y DINAMARCA ENCABEZAN EL NÚMERO DE SUI- CIDIOS JUVENILES, MIENTRAS QUE INGLATERRA, SUIZA E ITALIA PRESENTARON -- LAS CIFRAS MÁS BAJAS.

EN ESTADOS UNIDOS, 1926-1929, LAS CIFRAS ANUALES ALCANZARON DE 30 A- 55 SUICIDIOS EN CHICOS CUYAS EDADES FLUCTUABAN ENTRE LOS 10 Y 14 AÑOS.

DE ESTOS, 106 FUERON NIÑOS Y 56 NIÑAS; 9 DE ESTOS PERTENECÍAN AL GRU PO DE RAZA NEGRA, LOS MÉTODOS MÁS USADOS FUERON: QUEMARSE LAS MANOS ES-

TRANGULAMIENTO, INGERIR SUSTANCIAS TÓXICAS O CORROCIVAS.

EN 1964, EN EL CENTRO DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LOS ANGELES, DE TODOS LOS SUICIDIOS, DEL 0,5% AL 3%, SON MENORES DE 20 AÑOS.

ACKERLY (1967), NOS DICE QUE EN EL CENTRO PSIQUIÁTRICO DE SOUTH HILLS, EN PITTSBURGH, 15 DE 500 NIÑOS, O SEA EL 4% HAN AMENAZADO O INTENTADO SUICIDARSE; EN EL INSTITUTO JUVENIL DE CHICAGO, 48 DE 499, LO INTENTARON TAMBIÉN, ESTO ES EL 5%.

EN ALGUNAS INVESTIGACIONES QUE SE HAN HECHO EN NUESTRO PAÍS SOBRE EL MISMO TEMA; TAMBIÉN HALLAMOS DATOS IMPORTANTES QUE SUGIEREN LA NECESIDAD DE ESPECIFICAR MÁS DETALLADAMENTE LOS RASGOS QUE PUDIERAN AYUDARNOS A -- VISLUMBRAR UNA SOLUCIÓN PREVENTIVA A ESTE PROBLEMA.

RECORDEMOS QUE DURKHEIM (1987) ENCONTRÓ UN PARALELISMO ENTRE LAS VARIACIONES MENSUALES DEL SUICIDIO Y LOS DÍAS. CONCLUYENDO QUE ESTE DEPENDE DE CAUSAS SOCIALES.

EN UN ESTUDIO REALIZADO POR LOS DOCTORES FONCERRADA, M. PARADA, R. Y MONTIEL, V. LLAMADO "CONDUCTA SUICIDA EN EL NIÑO", TRABAJO PRESENTADO EN EL V CONGRESO MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA EN LA CD. DE MÉXICO, 1971. OBSERVARON QUE: "DURANTE LOS DIFERENTES MESES DEL AÑO, HUBO ALGUNAS VARIACIONES IMPORTANTES EN EL NÚMERO DE CASOS REGISTRADOS; EJEMPLOS: DURANTE EL MES DE DICIEMBRE NO SE REGISTRÓ NI UN SÓLO CASO LO QUE CONSIDERAMOS CONSECUENCIA DE LAS TRADICIONES NAVIDEÑAS EN NUESTRO PAÍS, CENTRADAS EN ATENCIONES GRATIFICANTES PARA LOS NIÑOS Y AÚN PARA LOS ADOLESCENTES Y ADULTOS".

DURANTE EL MES DE ENERO SE OBSERVÓ UN INCREMENTO IMPORTANTE, POSIBLEMENTE INFLUIDO POR LAS FRUSTRACIONES A LAS ILUSIONES CONCEBIDAS EN EL MES ANTERIOR, INCREMENTO SOSTENIDO DURANTE LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO, LO CUAL CONSTITUYE UN FENÓMENO SIMILAR OBSERVADO EN OTROS ESTUDIOS Y CUYA EXPLICACIÓN SE DESCONOCE.

EN LOS MESES DE JUNIO Y JULIO HAY UN LIGERO AUMENTO, LO CUAL PENSAMOS QUE SE DEBE A LAS TENSIONES Y TEMORES PROPIOS DE LA ÉPOCA DE EXÁMENES FINALES; POR ÚLTIMO, UNA DECLINACIÓN DURANTE EL PERÍODO DE VACACIONES: -- AGOSTO Y SEPTIEMBRE.

EN ESTE ESTUDIO SE OBSERVÓ: IMPULSIVIDAD, AUTOCASTIGO, SIENDO ESTA LA CAUSA MÁS COMÚN EN EL SEXO FEMENINO COMO PROTESTA ANTE EXIGENCIAS EXAGERADAS; AMENAZAS A LA LIBERTAD, INTOLERANCIA A LAS RELACIONES SOCIALES, Y PARA LLAMAR LA ATENCIÓN O AFECTO Y COMO EXPRESIÓN DE PSICÓSIS.

DE LOS 50 CASOS, 39 FUERON MUJERES Y EL RESTO, VARONES. LAS EDADES-OSCILARON ENTRE 8 Y 16 AÑOS, NOTÁNDOSE UN MARCADO AUMENTO EN LA INCIDENCIA DEL PROBLEMA ENTRE LOS 15 Y 16 AÑOS.

ANTERIORMENTE EN UNA INVESTIGACIÓN REALIZADA POR ENRIQUE ROJAS Y Co. (1966), EL PROMEDIO DE SUICIDIOS EN GENERAL ENTRE 1964 Y 1966 FUÉ DE 630 DE LOS CUALES EL 75% FUÉ COMETIDO POR HOMBRES Y EL RESTO (25%) POR MUJERES.

LAS ESTADÍSTICAS (INEGI), MUESTRAN QUE LOS INTENTOS SERIOS Y LOS SUICIDIOS SE PRESENTAN RARAS VECES ANTES DE LOS 10 AÑOS, AUMENTANDO POCO A POCO DURANTE EL PERÍODO DE LA LATENCIA (12 A 13) Y MUESTRAN UN INCREMENTO COSIDERABLE DESPUÉS DE LOS 14 AÑOS.

SHNEIDMAN, FARBEROW (1957), TIENDEN A COFIRMAR LAS AFIRMACIONES DE FREUD CUANDO SEÑALAN: "LAS ESTADÍSTICAS DE MORTALIDAD SÓLO DAN UN PANORAMA PARCIAL DEL PROBLEMA DEL SUICIDIO. SE ESTIMA QUE, POR CADA SUICIDIO, SE HACEN ENTRE 5 Y 15 INTENTOS.

DE LOS DOS ENFOQUES UTILIZADOS EN ESTOS ESTUDIOS, EL SOCIOLOGICO Y EL PSICOANALÍTICO, EXTRAJIMOS ALGUNAS INVESTIGACIONES INTERESANTES QUE ARROJAN DATOS CLAVES PARA COMPRENDER ÉSTOS DISTINTOS Y APARENTEMENTE -- "OPUESTOS" PUNTOS DE VISTA.

UN EJEMPLO MÁS CONTEMPORÁNEO DEL ENFOQUE SOCIOLOGICO DEL SUICIDIO ES LA TEORÍA DE LA APROXIMACIÓN ETIOLÓGICA Y METODOLÓGICA DE DURKHEIM QUE SIRVIÓ COMO BASE DEL MODELO FRUSTRACIÓN-AGRESIÓN UTILIZADO EN LAS INVESTIGACIONES DE HENRY Y SHORT (1954).

TUCKMAN Y COL. (1954) TRABAJARON CON HENRY Y SHORT UTILIZANDO SU MODELO FRUSTRACIÓN-AGRESIÓN E HICIERON UN ANÁLISIS DEL CONTENIDO EMOCIONAL DE 165 NOTAS DE SUICIDIO DE ADOLESCENTES, ENCONTRANDO QUE SÓLO EL 1% TENÍA HOSTILIDAD DIRIGIDA A SÍ MISMO. D.J. WEST (1954) ENCONTRO QUE SÓLO UNA 3A. PARTE DE TODOS LOS ASESINATOS COMETIDOS EN INGLATERRA Y GALES, SE CALIFICARON COMO HOMICIDIOS-SUICIDIOS. CUANTAS VECES SE HA VISTO QUE EL SUICIDIO SE LLEVA A CABO INMEDIATO A UN HOMICIDIO. AQUÍ SE VÉ CÓMO LA AGRESIÓN SE TORNÓ HACIA EL EXTERIOR E INMEDIATAMENTE SE TORNÓ HACÍA SÍ MISMO.

OTRO HALLAZGO INTERESANTE DE D.J. WEST CON RESPECTO AL MODELO UTILIZADO POR HENRY SHORT FUE QUE ALGUNOS DE ESTOS CASOS DE HOMICIDIO-SUICIDIO FUERON PROVOCADOS POR DESPECHO U OFENSAS RECIBIDAS, MÁS QUE POR HOSTILIDAD HACIA SÍ MISMO. TAMBIÉN ENCONTRÓ QUE EN LOS CASOS DE HOMICIDIO ORDINARIO, LA INCIDENCIA DE INTENTOS DE SUICIDIO EL ALGUNOS DE ELLOS ERA MÁS ALTO QUE EN AQUELLOS QUE SÓLO COMETIERON SUICIDIO.

EN SUMA, WEST ESTABLECE QUE LOS ASESINOS SON EN SU MAYORÍA JÓVENES, - SOLTEROS Y DE UNA CLASE SOCIAL BAJA; LOS ASESINOS-SUICIDAS PASIONALES FUERON A ESTE RESPECTO, MÁS REPRESENTATIVOS DE LA COMUNIDAD EN GENERAL Y LA MAYORÍA DE ELLOS ESTABAN CASADOS O VIVIAN EN FAMILIAS CONVENCIONALES, COMUNES Y CORRIENTES QUE NADA TENÍAN QUE VER CON ASOCIACIONES CRIMINALES. - ADEMÁS AGREGA QUE EL 50% DE ESTOS ASESINOS-SUICIDAS ERAH JÓVENES "NORMALES" SIN NINGÚN SIGNO DE ENFERMEDAD MENTAL.

LA UTILIZACIÓN DEL MODELO FRUSTRACIÓN-AGRESIÓN ES GENERALMENTE UNA - EXPLICACIÓN ENTRE LOS PSIQUIATRAS, PSICÓLOGOS CLÍNICOS PERO HA SIDO MUY BIEN RECIBIDA ENTRE ALGUNOS SOCIÓLOGOS QUIENES ACEPTARON EXPLICACIONES DE TIPO SICOLÓGICO.

DE UN ESTUDIO DEL SUICIDIO HECHO POR JAMES JAN TAUSCH EN 41 HISTORIAS DE NIÑOS SUICIDAS DE ESCUELAS PÚBLICAS EN NEW JERSEY ENTRE 1960 Y 1963, OBTENEMOS LA SIGUIENTE CONCLUSIÓN.

EL NIÑO PRE-SUICIDA DEMUESTRA TEMPORALMENTE AGRESIÓN Y VIOLENCIA HACIA UNA PERSONA QUE ESTÁ MUY CERCA DE ÉL, COMO UNA FORMA DE SOLICITAR AYUDA, ÉSTO LE PROVOCA FUERTES SENTIMIENTOS DE CULPA POR REPRIMIR SUS VERDADEROS SENTIMIENTOS, CUANDO ESTA HOSTILIDAD HA LLEGADO A SU MÁXIMO UMBRAL DE TOLERANCIA DESEMBOCA EN UN HOMICIDIO O SUICIDIO.

ADEMÁS SE HALLÓ QUE LO MÁS SIGNIFICATIVO ENTRE LOS ESCOLARES Y SUS RELACIONES CON LAS PERSONAS CON QUIENES SE SOCIALIZABAN ES QUE EL NIÑO --

FUE DESCRITO COMO POCO AMIGABLE, NO TENÍA AMIGOS ÍNTIMOS O CONFIDENTES -- CON QUIENES PUDIERA PLATICAR SUS SENTIMIENTOS O RECIBIERA APOYO PSICOLÓGI CO.

EXISTEN DOS OPINIONES MUY POPULARES QUE SIRVEN DE BASE PARA LA "IN-- TERPRETACIÓN" DE ESTAS Y OTRAS MUCHAS HISTORIAS DE SUICIDIOS QUE SE RESU-- MEN A CONTINUACIÓN: UNA QUE PUEDE PROCEDER DE LA TEORÍA DE DURKHEIM, ESTA SOSTIENE QUE TODOS LOS SUICIDIOS POR LOCURA O DEMENCIA ESTÁN EN UNO Y -- OTRO CASO, DESPROVISTOS DE MOTIVO ALGUNO Y ESTÁN TOTALMENTE DETERMINADOS-- POR MOTIVOS PURAMENTE IMAGINARIOS Y SIN FUNDAMENTO REAL.

JERRY JACOBS (1971) TOMÓ COMO BASE PARA SU ESTUDIO DEL SUICIDIO EN - ADOLESCENTES LA TEORÍA SOCIOLOGICA-METODOLÓGICA DE DURKHEIM EN LA QUE SOS-- TIENE QUE LA APROXIMACIÓN AL ACTO SUICIDA ES EL RESULTADO DE UN ABANDONO-- PROGRESIVO Y PÉRDIDA DE INTERÉS EN LAS RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES - MÁS CERCANAS AL INDIVIDUO. ÉSTO SIGNIFICA QUE IMPORTA MÁS Y ES MÁS SIGNI-- FICATIVO SABER LAS CONDICIONES SOCIALES QUE RODEAN AL INDIVIDUO, SUS RELA-- CIONES Y CONFLICTOS CON SUS ALLEGADOS ASÍ COMO EL CONCEPTO QUE ESTE TIENE CON SU MEDIO AMBIENTE ANTES DE TOMAR LA DETERMINACIÓN DE ACABAR CON SU -- VIDA.

JACOBS CONSIDERA QUE EL ADOLESCENTE SUICIDA DEBIÓ EXPERIMENTAR LO SI-- GUIENTE ANTES DE LLEGAR A UNA DECISIÓN:

- 1.- UNA LARGA Y DURA HISTORIA DE PROBLEMAS DESDE SU INFANCIA.
- 2.- UNA SERIE DE PROBLEMAS DESDE LA ENTRADA A LA ADOLESCENCIA Y RELA-- CIONADOS CON ESTA ESTA.

3.- FRACASO EN LA ADAPTACIÓN Y MANEJO DE PROBLEMAS E INCAPACIDAD PARA AFRONTARLOS, PÉRDIDA DE INTERÉS EN SUS RELACIONES SOCIALES Y ALIENACIÓN.

4.- UNA REACCIÓN EN CADENA DE IR DISOLVIENDO LO POCO QUE QUEDA DE SUS RELACIONES SOCIALES SIGNIFICATIVAS EN LOS DÍAS Y SEMANAS PRECEDENTES AL INTENTO SUICIDA, EL CUAL MANEJA EL SENTIMIENTO DEL ADOLESCENTE COMO EL "FIN DE SU ESPERANZA".

5.- UN PROCESO INTERNO DE JUSTIFICACIÓN DE SU SUICIDIO PARA SÍ MISMO Y POR LO TANTO EL MANEJO Y ABERTURA DE UN CANAL ENTRE EL PENSAMIENTO Y LA ACCIÓN.

TAMBIÉN, EL ENFOQUE PSICOANALÍTICO OFRECE APORTACIONES QUE COLABORAN EN LA COMPRESIÓN DE ESTE GRAVE PROBLEMA.

ESTE ENFOQUE CONTEMPLA SITUACIONES DE TIPO EMOCIONAL QUE RODEAN EL SENTIMIENTO DEL ADOLESCENTE PRESUICIDA.

EL ENFOQUE PSICOANALÍTICO EXPLICA LAS CAUSAS DEL SUICIDIO EN BASE A LA DEPRESIÓN Y LA IRA QUE EL SUJETO EXPERIMENTA CONTRA ALGUNA PERSONA -- QUE REPRESENTA SU OBJETO AMOROSO.

LA RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y LA CONDUCTA SUICIDA ES COMPLEJA. EL HECHO DE QUE MUCHOS ADOLESCENTES HAN INTENTADO SUICIDARSE Y AQUELLOS QUE LO CONSUMARON SUFRIERAN PROBABLEMENTE DE DEPRESIÓN, NO QUIERE DECIR QUE ESTO SEA VERDAD.

UN ESTUDIO SOBRE EL SUICIDIO CONSUMADO EN ADOLESCENTES ENTRE 10 Y 14 AÑOS HECHO POR SHAFFER (1979), REVELA NO HABER ENCONTRADO SUICIDIOS EN MENORES DE 12 AÑOS Y SÍ UN INCREMENTO CON LA EDAD DESPUÉS DE LOS 12 AÑOS.

DE LOS 31 CASOS DE NIÑOS QUE SE SUICIDARON A LO LARGO DE 6 AÑOS DE ESTUDIO, HUBO SÓLO 4 EN LOS CUALES NO REPORTARON SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA. EN LA MAYORÍA DE ELLOS (57%) SE PRESENTABA UNA COMBINACIÓN DE SÍNTOMAS AFECTIVO-EMOCIONAL ANTISOCIAL Y ESPECÍFICAMENTE, 13 NIÑOS, TENÍAN DEPRESIÓN MODERADA Y AISLAMIENTO. EN ENTREVISTAS HECHAS A SUS FAMILIARES, ÉSTOS REPORTARON HABER SUBESTIMADO SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y EN GENERAL HABER PERCIBIDO DEPRESIÓN PARTICULARMENTE EN LA VÍCTIMA.

LA FRECUENCIA DE INTENTOS DE SUICIDIO TAMBIÉN SE INCREMENTA CON LA EDAD CRONOLÓGICA CON UN RÁPIDO ALCE ENTRE LOS 13 Y 14 AÑOS. MATTSON ET AL, 1969; OTTO, 1971 ASÍ COMO TOOLAN 1975 Y PREFFER 1979 REPORTAN DESCRIPCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN MUCHOS CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES.

EN ESTE ESTUDIO SE INVESTIGÓ LA RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y LA CONDUCTA SUICIDA EXAMINANDO:

10. LA PREMISA PSICOLÓGICA DE QUE EL NIÑO QUE CONTEMPLA LA POSIBILIDAD DE UN SUICIDIO ESTA DEPRIMIDO.
20. SI LOS NIÑOS QUE ACTUALMENTE INTENTAN SUICIDARSE ESTÁN MÁS DEPRIMIDOS QUE AQUELLOS QUE SIMPLEMENTE PIENSAN EN ÉL.
30. CUÁL DIAGNÓSTICO ESTÁ MÁS ASOCIADO CON LA CONDUCTA - SUICIDA.
40. LOS SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA O DESESPERACIÓN, -- PROBLEMAS CRÓNICOS, HISTORIA FAMILIAR DE DEPRESIÓN - ESTÁN INTIMAMENTE RELACIONADOS CON LA IDEA O INTENTO DE SUICIDIO.
50. LAS RELACIONES DE EDAD DE LOS NIÑOS QUE INTENTARON - EL SUICIDIO CON LOS QUE LO CONSUMARON DIFERIAN POR - ALGUNAS VARIABLES EXTERNAS.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN RESUMEN FUERON DE QUE LOS SENTIMIENTOS - DE DESESPERANZA NO SE DESCUBREN EN LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS SUICIDAS, Y DE QUE ESOS SENTIMIENTOS NO DESLIGAN A UNOS DE OTROS (LOS QUE INTENTAN SUICIDIO Y LOS QUE NO) ALGO MÁS, LA MAYORÍA DE ADOLESCENTES REPORTAN SENTIR DESESPERANZA PERO ES COMÚN QUE EL ADOLESCENTE LO EXPERIMENTE PER SÉ Y ES TO NO INCREMENTA EL INTENTO DE SUICIDIO EN ELLOS.

ES POSIBLE QUE ESTOS HALLAZGOS TENGAN ALGUNA DIFERENCIA, SIN EMBARGO - EL REPORTE DEL CHILDREN DEPRESS INVENTORI APLICADO A TODOS LOS SUJETOS --

QUE INTENTARON SUICIDIO Y LA ENTREVISTA HECHA DESPUÉS DE LA PRUEBA EN LA CUAL SE INDAGÓ SOBRE PENSAMIENTOS SUICIDAS ARROJÓ ABIERTAMENTE UNA CORRELACIÓN DIRECTA ENTRE ÉSTOS DOS ASPECTOS, ESTO ES, LOS SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA ESTÁN RELACIONADOS DIRECTAMENTE CON EL PENSAMIENTO SUICIDA.

CAPITULO IV

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

MUCHOS ESTUDIOSOS DE LA CONDUCTA HUMANA LA FILOSOFÍA, TEOLOGÍA, MEDICINA Y TODAS AQUELLAS ÁREAS QUE DE ALGUNA MANERA CUBREN AL SER HUMANO HAN COINCIDIDO EN UN PUNTO DETERMINANTE CON RESPECTO A LA VIDA: ¿CUÁL ES LA RAZÓN POR LA QUE UNA PERSONA, O MEJOR DICHO, UN JÓVEN QUE APENAS ASOMA A LA VIDA, DETERMINA CORTAR ÉSTA DE UNA MANERA VIOLENTA Y VOLUNTARIA?

LA CONDUCTA SUICIDA COMO INTENTOS, SIMULACROS O IDEAS Y PENSAMIENTOS, SON UN FUERTE E IMPORTANTE INDICADOR DE UN FUTURO SUICIDIO; CUANDO UNA PERSONA HABLA ABIERTAMENTE SOBRE SUICIDARSE, ÉSTO NO HACE QUE LA POSIBILIDAD DE COMETERLO DISMINUYA, SINO AL CONTRARIO,

LA EXPLORACIÓN DE LOS PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS DE SUICIDIO REVISITE NO SÓLO IMPORTANCIA DECISIVA EN LA DIRECCIÓN PRÁCTICA DE LA PERSONA DEPRIMIDA, SINO QUE PROPORCIONA TAMBIÉN UNA DE LAS VÍAS MÁS VALIOSAS PARA COMPRENDERLA. EL EXÁMEN DEL SUICIDIO, AL IGUAL QUE EL DE CUALQUIER OTRO ACTO COMPLEJO, PUEDE DIVIDIRSE EN LA CONSIDERACIÓN DE LOS MOTIVOS O IMPULSOS Y LA DE LAS ESTRUCTURAS REGULADORAS Y DE CONTROL QUE ACTÚAN EN RECIPROCIDAD CON DICHS MOTIVOS.

LA MOTIVACIÓN DEL ACTO APARENTEMENTE IRRACIONAL DE PRIVARSE DE LA VIDA PUEDE SER COMPLEJA Y VARIADA. ALGUNOS PACIENTES NO TIENEN INTENCIÓN DE SUICIDARSE, EN VEZ DE SER UN ACTO AUTODESTRUCTOR, HABLAMOS DE GESTOS SUICIDAS. SIN EMBARGO, ÉSTOS SE HALLAN SUJETOS A UN ERROR DE CÁLCULO Y PUEDEN PROVOCAR LA MUERTE. PUEDEN IR TAMBIÉN, SEGUIDOS DE UNA CONDUCTA -

SUICIDA MÁS GRAVE, PARTICULARMENTE SI SU PROPÓSITO COMUNICATIVO NO OBTIENE ÉXITO. LA DISTINCIÓN ENTRE UN GESTO SUICIDA Y UN INTENTO DE SUICIDIO ES ALGO ARBITRARIA, Y MUCHAS CONDUCTAS SUICIDAS CONTIENEN METAS COMUNICATIVAS Y TAMBIÉN AUTODESTRUCTORAS.

LA POSICIÓN PSICOLÓGICA SOSTIENE QUE EL INDIVIDUO ESTA MOTIVADO POR ALGUNA FORMA IRRACIONAL-INCONCIENTE PSICODINAMICAMENTE EXTREMA DE DEFENSA CONTRA LA DEPRESIÓN SUMAMENTE ESTRECHO QUE DESDE SU PUNTO DE VISTA APARECE COMO ÚNICA SOLUCIÓN. HENRY Y SHORT, IGA Y OTROS SON ALGUNOS DE LOS POCOS SOCIOLOGOS QUE HAN INTEGRADO ESTA TEORÍA DE FRUSTRACIÓN-AGRESIÓN A LAS SUYAS.

SIN EMBARGO, NO SIEMPRE SE HALLARÁ DEPRESIÓN, FRUSTRACIÓN U HOSTILIDAD EN LAS PERSONAS QUE COMETEN SUICIDIO O INTENTO, YA QUE HAY CASOS EN LOS CUALES LAS CONDICIONES O MOTIVACIONES QUE HAYA TENIDO EL INDIVIDUO SON EN EXTREMO EXCEPCIONALES.

HAY TAMBIÉN PERSONAS SUICIDAS A LAS QUE NO ES POSIBLE DESCRIBIR SINO COMO PERSONAS BIEN ADAPTADAS, AUNQUE TALES CASOS SON RAROS; COMO EN LOS QUE UN INDIVIDUO SANO PUEDE VER EL SUICIDIO COMO ÚNICA SALIDA; YA SEA EN ENFERMEDADES INCURABLES, ATAQUES CRUELES E INHUMANOS O TEMOR A SER DESCUBIERTO EN ACTOS VERGONZOSOS O CRIMINALES.

EN EL HOSPITAL DE URGENCIAS, LA ENTREVISTA CON EL PACIENTE DEPRIMIDO TIENE POR OBJETO PROPORCIONAR OTROS CANALES DE COMUNICACIÓN, Y, POR SÍ MISMA, PUEDE REDUCIR LA PRESIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ALGUNOS CASOS.

EL ASPECTO AUTODESTRUCTOR DE LA MOTIVACIÓN HACIA EL SUICIDIO ES COMPLEJO Y VARIADO. PARA ALGUNAS PERSONAS DEPRIMIDAS, EL SUICIDIO PUEDE PRO

PORCIONAR UNA OPORTUNIDAD DE RECUPERAR CIERTO SENTIMIENTO DE DOMINIO DE SU DESTINO.

CON RESPECTO A LA MOTIVACIÓN O INTENCIÓN DEL SUICIDIO, NO SIEMPRE ES INCONCIENTE YA QUE MUCHAS PERSONAS OBSERVAN UNA MOTIVACIÓN CONCIENTE Y LA NECESIDAD DE OCULTARLA, TALES CASOS SE VEN EN LAS PERSONAS QUE SUFREN ACCIDENTES FATALES, CON LA POSIBILIDAD DE QUE PAREZCAN ACCIDENTES Y OCULTAN REALMENTE SU DESEO DE MORIR; ÉSTO SE EXPLICA EN BASE A LA DEPRESIÓN Y LA IRA CONTRA ALGUNA PERSONA OBJETO AMOROSO DEL SUJETO.

EXISTE TAMBIÉN UNA EXPLICACIÓN EN BASE A LA NATURALEZA EXPIATORIA DE LA IRA DIRIGIDA CONTRA SÍ MISMO, Y SU MAL ENCAUZADO PROPÓSITO ADAPTATIVO-DE REPARACIÓN, CON LA ESPERANZA DE SER PERDONADO Y RECONCILIARSE CON EL OBJETO DE SU FRUSTRACIÓN. SE ENTIENDE LA DEPRESIÓN COMO UNA ADAPTACIÓN DE DEPENDENCIA.

HAY ESCUELAS FILOSÓFICAS QUE SUGIEREN QUE SÓLO DISPONIENDO DE LA VIDA PROPIA PUEDE UN INDIVIDUO EXPERIMENTAR VERDADERAMENTE LA LIBERTAD. PSICODINÁMICAMENTE, ESTÁ CLARO QUE ALGUNAS PERSONAS DEPRIMIDAS CREEN QUE SON INCAPACES DE CONTROLAR SU VIDA DE OTRA FORMA. SIENTEN QUE SON CAPACES DE RECUPERAR UN SENTIMIENTO DE AUTONOMÍA Y ESTIMACIÓN PROPIA SÓLO DECIDIENDO MATARSE.

EL FENÓMENO CLÍNICO FRECUENTEMENTE 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 UN SUICIDIO PUEDE RELACIONARSE CON UN IMPULSO PARA MATAR A ALGUIEN. EL SUICIDIO PUEDE SERVIR COMO MEDIO DE CONTROL--

LAR LAS AGRESIONES A SÍ MISMO O COMO UN MEDIO DE MATAR A OTRA PERSONA QUE HA SIDO PSICOLÓGICAMENTE INCORPORADA POR EL INDIVIDUO SUICIDA. AUNQUE ÉS TOS MECANISMOS SON DIFERENTES, SU EFECTO ES ANÁLOGO. UNA PERSONA QUE INCONSCIENTEMENTE DESEA MATAR A ALGUIEN PUEDE TRATAR DE SUPRIMIR SU PROPIAVIDA.

PUESTO QUE NADIE TIENE UNA EXPERIENCIA PERSONAL DE SU PROPIA MUERTE, EL SIGNIFICADO PSICOLÓGICO DE 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 AQUELLOS QUE YA MURIERON.

AUNQUE ESTA EXPLICACIÓN NO CONVINCE AMPLIAMENTE A LOS SOCIÓLOGOS, -- TIENEN QUE ACEPTAR QUE ES APLICABLE A LAS RAZONES QUE ELLOS ARGUMENTAN PA RA ENTENDER EL SUICIDIO.

TANTO DURKHEIM COMO FREUD TIENEN RAZÓN; LOS CASOS DE SUICIDIO PUEDEN ENTENDERSE MEJOR COMO ACONTECIMIENTOS QUE NO SON EXCLUSIVOS DE LA PSIQUENI DE LA SOCIEDAD SINO UNA MEZCLA DE AMBAS, ES DECIR, QUE SON UN FENÓMENO SOCIO-PSICOLÓGICO.

EL SUICIDIO SE CONSIDERA COMO TODA MUERTE QUE RESULTA, MEDIATA O IMMEDIATAMENTE DE UN ACTO POSITIVO O NEGATIVO, REALIZADO POR LA VÍCTIMA MIS MA, SABIENDO ELLA QUE DEBÍA PRODUCIR ESTE RESULTADO.

UNA DE LAS CAUSAS PSICO-SOCIALES MÁS IMPORTANTES Y DE MAYOR PESO ES EL DIVORCIO O LA DISOLUCIÓN DEL VÍNCULO MATRIMONIAL, YA QUE SE CONSIDERA QUE LA FAMILIA ES EL NUDO DE UNA SOCIEDAD Y SE LA CONSIDERA COMO UN PRESERVATIVO PODEROSO DEL SUICIDIO.

LA FAMILIA, ENTRE MÁS PODEROSAMENTE CONSTITUÍDA ESTÉ, SERÁ MEJOR.

LA MAYORÍA DE LOS SUICIDIOS O DE LOS ADOLESCENTES QUE LO HAN COMETIDO HAN TENIDO UN TIPO DE RELACIÓN PATOLÓGICA CON SU MEDIO AMBIENTE Y ESTE AL MISMO TIEMPO HA PROVOCADO ESTE TIPO DE PATOLOGÍA: EL ACTO SUICIDA ES EL RESULTADO DE UN ABANDONO PROGRESIVO Y PÉRDIDA DE INTERÉS EN LAS RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES.

EN TODOS LOS JOVENCITOS QUE HAN INTENTADO SUICIDARSE, SE HALLARÁ UNA U OTRA MOTIVACIÓN QUE CONCUERDA CON TODAS LAS TEORÍAS QUE APOYAN SUS CAUSAS, FUEREN FILOSÓFICAS, PSICOLÓGICAS, SOCIALES O RELIGIOSAS; EL CASO ESQUE REALMENTE ES LAMENTABLE EL PORCENTAJE TAN ALTO QUE OCUPA EL SUICIDIO-COMO CAUSA DE MUERTE EN LOS ADOLESCENTES.

LAS ESTADÍSTICAS MUESTRAN QUE LOS INTENTOS SERIOS Y LOS SUICIDIOS SE PRESENTAN RARAS VECES ANTES DE LOS 10 AÑOS, AUMENTANDO POCO A POCO DURANTE EL PERÍODO DE LOS 12 A LOS 13 AÑOS Y MOSTRANDO SU MÁS ALTO ÍNDICE, ENTRE LOS 14 Y 16 AÑOS.

EN MÉXICO, EN 1963, SE PRODUJERON MÁS SUICIDIOS ENTRE SOLTEROS QUE CASADOS, TODOS MENORES DE 20 AÑOS, ENTRE LOS CUALES EL 88% CORRESPONDIÓ A MUJERES. (MA. LUISA RQUEZ. DE GÓMEZ GIL, 1963).

EL MÉTODO CONCRETO QUE EL PACIENTE INTENTA UTILIZAR O UTILIZA, PROYECTA LUZ SOBRE EL SIGNIFICADO INCONSCIENTE DEL ACTO, POR EJEMPLO, LAS JOVENCITAS QUE TOMAN UNA DÓSI EXCESIVA DE PÍLDORAS SOMNÍFERAS ESTARÁ A CASO EQUIPARANDO LA MUERTE CON UN SUEÑO PROLONGADO, EN TANTO QUE EL EMPLEO DE ARMAS DE FUEGO SUGIERE A MENUDO IRA VIOLENTA.

LOS MÉTODOS LLAMADOS "ACTIVOS" OCUPAN UN 86.9% CONTRA UN 13.1% DE --

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

"PASIVOS" EN SUICIDIOS COMETIDOS POR ADOLESCENTES EN SUECIA Y CONCUERDA -
 CON LA TESIS DE QUE LA GRAN MAYORÍA QUE COMETEN SUICIDIO ELIGEN UN MÉTODO
 MENOS PELIGROSO, UN MÉTODO QUE NO IMPLICA LA MUERTE. ESTO SIGNIFICA QUE-
 LA MOTIVACIÓN CONSCIENTE O INCONSCIENTE DEL ACTO SUICIDA NO ES EL DESEO -
 DE MATARSE SINO DE OTRA COSA.

HAY JOVENCITOS QUE SE SIRVEN SIMULTÁNEAMENTE DE MÉTODOS MÚLTIPLES, -
 ESTO IMPLICA A MENUDO UNA LUCHA CONTRA SU PROPIO DESEO DE VIVIR Y TRATA -
 DE ASEGURARSE DE QUE NO ESTARÁ EN CONDICIONES DE CAMBIAR SU PENSAMIENTO -
 EN EL ÚLTIMO MOMENTO.

LA FUERZA Y EL CARÁCTER DE LOS IMPULSOS SUICIDAS NO SON MÁS QUE UNO-
 DE LOS FACTORES QUE DECIDEN QUE UN INDIVIDUO INTENTE O NO COMETER SUICI-
 DIO. SIN EMBARGO, SI UN INDIVIDUO SE HA IDENTIFICADO CON UN PROGENITOR U
 OTRA PERSONA SIGNIFICATIVA QUE COMETIÓ SUICIDIO ELLA MISMA, LA SITUACIÓN-
 ES DISTINTA. EN EFECTO, LA FRECUENCIA DE SUICIDIO ENTRE LOS HIJOS DE PA-
 DRES QUE COMETIERON SUICIDIO ES VARIAS VECES MAYOR QUE LA DE LA POBLACIÓN
 EN GENERAL.

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 FRECUEN-
 CIA DE SUICIDIOS EN LOS ADOLESCENTES ALCOHÓLICOS Y EN AQUELLOS QUE PRESEN-
 TAN SÍNDROMES MENTALES ORGÁNICOS AGUDOS.

APRECIAR EL POTENCIAL SUICIDA DEL PACIENTE, SU IMPULSIVIDAD GENERAL,
 ES UN FACTOR IMPORTANTE.

EL ADOLESCENTE DEPRIMIDO PROVIENE CON FRECUENCIA DE UNA FAMILIA CON-

UNA HISTORIA DE DEPRESIÓN; Y SUS ALTAS ASPIRACIONES Y LA IMAGEN MEDIOCRE-
DE SÍ MISMO HA SIDO TRANSMITIDA A MENUDO DE UNA GENERACIÓN A OTRA.

OTRO ASPECTO IMPORTANTE ES QUE LA MUERTE O LA SEPARACIÓN DE UN PROGE-
NITOR TEMPRANAMENTE EN LA VIDA DEL JÓVEN CONSTITUYE UN RASGO CORRIENTE EN
LA HISTORIA. EL NIÑO NO SÓLO SUFRE LA PÉRDIDA, SINO QUE VIVE TAMBIÉN CON
EL PROGENITOR SUPERVIVIENTE UN PERÍODO DE CONGOJA Y SEPARACIÓN. EL NIÑO-
O ADOLESCENTE HA SIDO A MENUDO OBJETO DE UNA CANTIDAD MÁS QUE CORRIENTE -
DE ESPERANZA E ILUSIÓN DEPOSITADOS EN ÉL POR SUS PADRES. CON FRECUENCIA,
ÉSTOS CONSIDERAN HABER FRACASADO ELLOS MISMOS Y DESEAN QUE SU HIJO TRIUN-
FE AHÍ DONDE ELLOS NO LO LOGRARON. EL HIJO SE CONVIERTE ASÍ EN EL VEHÍCULO
DE SUS ESPERANZAS, Y SIENTE QUE SU CARIÑO ESTÁ LIGADO EN CIERTO MODO A
SU ÉXITO PERSEGUIDO.

CUANDO EL ADOLESCENTE SIENTE QUE NO HA CUMPLIDO CON LAS ESPERANZAS -
DE SUS PADRES O UNO DE ELLOS HA MUERTO Y SE SIENTE COMPROMETIDO A CUMPLIR
Y NO LO HACE, EXPERIMENTARÁ ANSIEDAD Y ANGUSTIA QUE CONSIGUIENTEMENTE PRO-
VOCARÁ DEPRESIÓN POR UNA SENSACIÓN O SENTIMIENTO DE "MAL HIJO".

ÉSTOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS IMPLICAN UN TRASTORNO AFECTIVO CARACTERÍS-
TICO, RETRASO Y CONSTRICCIÓN DE PROCESOS DE PENSAMIENTO, ESPONTANEIDAD --
LENTA Y REDUCIDA DE LA CONDUCTA, RELACIONES SOCIALES EMPOBRECIDAS Y CAM-
BIOS FISIOLÓGICOS QUE RESULTAN AUMENTADOS POR PREOCUPACIONES HIPOCONDRIA-
CAS.

NO DEBEMOS OLVIDAR QUE EL NIÑO PRESUICIDA DEMUESTRA TEMPORALMENTE --
AGRESIÓN Y VIOLENCIA HACIA UNA PERSONA QUE ESTÁ MUY CERCA DE ÉL.

CONSIDERANDO LO ANTERIOR, PODRÍA HACERSE UN LISTADO DE SÍNTOMAS Y --

FORMAR UN SÍNDROME DEL ADOLESCENTE SUICIDA, PERO NO ES POSIBLE YA QUE MUCHOS DE ÉSTOS SENTIMIENTOS SON COMUNES EN PERÍODO DE LA ADOLESCENCIA, EL ADOLESCENTE ATRAVIESA POR DESEQUILIBRIOS E INESTABILIDAD EXTREMAS, LO -- QUE CONFIGURA UNA ENTIDAD, PERO ES NECESARIA PARA EL ADOLESCENTE; YA QUE EN ESTE PROCESO VA A ESTABLECER SU PROPIA IDENTIDAD; OBJETO FUNDAMENTAL - DE ESTE MOMENTO VITAL.

DE ESTA MANERA, DEBEMOS TENER CUIDADO DE IDENTIFICAR PLENAMENTE LOS SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS MÁS PROFUNDOS DEL ADOLESCENTE CON RESPECTO -- DEL SUICIDIO Y CONTEMPLAR SUS FANTASÍAS A ESTE RESPECTO, NO MENOSPRECIANDO NINGÚN DETALLE YA QUE ESTO NOS PROPORCIONA UN CANAL DE COMUNICACIÓN -- QUE SERÁ DETERMINANTE EN LA VIDA DEL JÓVEN. ES NECESARIO UN CUIDADOSO -- EXÁMEN DE LOS SENTIMIENTOS INDIVIDUALES PARA UNA MEJOR COMPRENSIÓN DE ÉSTE PROBLEMA.

LAS ESTADÍSTICAS SÓLO DAN UN PANORAMA PARCIAL DEL PROBLEMA YA QUE SE ESTIMA QUE POR CADA SUICIDIO, SE HACEN DE 5 A 15 INTENTOS.

EL PROBLEMA DEL SUICIDIO ES UN PROBLEMA DE PROFUNDAS RAÍCES QUE HA - EXISTIDO DESDE EL INICIO DE LOS TIEMPOS, MUCHOS HAN SIDO LOS QUE SE HAN INTERESADO EN HALLAR Y EXPLICAR SUS CAUSAS; Y AQUÍ SÓLO MENCIONO ALGUNAS - DE LAS MÁS CONOCIDAS E IMPORTANTES CONTRIBUCIONES QUE HAN HECHO CIENTÍFICOS, INVESTIGADORES, PSQUIÁTRAS, ETC.

LAS CONCLUSIONES QUE PUEDO OBTENER Y QUE EN ALGUNA FORMA PODRÍAN, EN UN MOMENTO DADO, CONTRIBUIR A DETECTAR UN PROBABLE SUICIDIO EN UN ADOLESCENTE; EN FORMA ALGUNA NO SON, NI SÍNTOMAS AISLADOS NI PUEDO DECIR QUE -- FORMAN UN SÍNDROME, SÓLO LAS MENCIONO DE MANERA INDEPENDIENTES Y SIN QUE SU ENUMERACIÓN IMPLIQUE UN ORDEN RIGUROSO:

LOS ADOLESCENTES PRESUICIDAS HAN PRESENTADO EN ALGUN MOMENTO UNA O VARIAS CARACTERÍSTICAS SIGUIENTES:

- 1.- INTENTOS SUICIDAS PREVIOS
- 2.- UNA DURA Y LARGA HISTORIA INFANTIL
- 3.- PROVENIENCIA DE UNA SITUACIÓN AMBIENTAL DIFÍCIL
- 4.- PADRES DIVORCIADOS O DESINTEGRACIÓN FAMILIAR
- 5.- PÉRDIDA TEMPRANA DE UNO DE LOS PADRES
- 6.- LARGA Y PENOSA CONGOJA POR LA PÉRDIDA, ADEMÁS DE UN --
DUELO PATOLÓGICO DEL PADRE SOBREVIVIENTE
- 7.- UNA FAMILIA DEPRIMIDA POR NEUROSIS FAMILIAR
- 8.- UN SUICIDIO COMETIDO POR UNO DE LOS PROGENITORES O FA-
MILIAR MUY CERCANO AL ADOLESCENTE
- 9.- A LA ENTRADA DE LA ADOLESCENCIA, PROBLEMAS DE ADAPTA--
CIÓN A LOS CAMBIOS NATURALES DE ÉSTA ETAPA
- 10.- FRACASO EN LA ADAPTACIÓN Y MANEJO DE LOS PROBLEMAS PRO-
PIOS DE LA ETAPA ADOLESCENTE
- 11.- PÉRDIDA DEL INTERÉS EN SUS RELACIONES FAMILIARES
- 12.- DECEPCIONES AMOROSAS
- 13.- DIFICULTADES ESCOLARES, (PROBLEMAS DE CONDUCTA)
- 14.- SERVICIO MILITAR
- 15.- EMBARAZO ILÍCITO
- 16.- ESTADOS DE ANSIEDAD
- 17.- DESCUIDO DE LA HIGIENE
- 18.- ALCOHOLISMO
- 19.- PERTURBACIÓN EN EL SUEÑO
- 20.- SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS

- 21.- DEPRESIÓN O VIOLENCIA
- 22.- AGRESIÓN O TIMIDEZ EXTREMAS
- 23.- FANTASÍAS DE MUERTE
- 24.- UN PROCESO INTERNO DE JUSTIFICACIÓN DE SU DECISIÓN --
PARA SÍ MISMO.
- 25.- IRREGULARIDADES EN LA VIDA SEXUAL Y SOCIAL DEL PADRE-
(MADRE) CON EL QUE VIVÍAN.

ANTE UN CASO DE INTENTO DE SUICIDIO, YA SEA POR COMUNICACIÓN DE LOS FAMILIARES DEL JÓVEN O POR UNA EMERGENCIA, DEBEMOS AUXILIARNOS TANTO DE LOS SÍNTOMAS, HISTORIA FAMILIAR DEL NIÑO CONTADA POR ÉL MISMO O POR LAS PERSONAS QUE LO LLEVAN AL HOSPITAL O AL CONSULTORIO, ENTREVISTA CON EL PACIENTE, OBSERVACIÓN DE LA PSICODINÁMIA DEL ACTO, Y NO OLVIDAR LOS INSTRUMENTOS AUXILIARES DE TODA EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA: LOS TESTS.

EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTOS NIÑOS Y ADOLESCENTES SE REQUIERE UNA EVALUACIÓN FRECUENTE, APOYO, INTERVENCIÓN FAMILIAR, TERAPIA DE TODA LA FAMILIA, Y DISPONIBILIDAD DEL TERAPEUTA PARA VER AL PACIENTE EN EL MOMENTO QUE SE LE REQUIERA YA QUE COMO SE HA DICHO, EN MUCHOS CASOS NO SE PUEDE PREVEER ESTE TIPO DE CONDUCTA.

EN LO PERSONAL, OPINO QUE DEBEMOS BUSCAR Y ENRAIZARNOS EN LA FAMILIA DEL JÓVEN EN BUSCA Y SOLUCIÓN DE TODOS LOS PROBLEMAS QUE DESENCADENAN ESTA CONDUCTA YA QUE ES EN EL CORAZÓN MISMO DE LA FAMILIA EN DONDE NACE Y SE DESARROLLA EL PROBLEMA.

EN LOS HOSPITALES, CENTROS DE AUXILIO EMERGENTE, CENTROS ESCOLARES E INSTITUCIONES DE SALUD, DEBE DE DARSE UNA IMPORTANCIA VITAL A ESTE PRO--

BLEMA Y DAR CONFERENCIAS PROFILÁCTICAS, MEDIDAS PREVENTIVAS, ASÍ COMO DATOS QUE SEÑALEN A LOS PADRES DE FAMILIA EL MOMENTO EN QUE SU HIJO ENTRA EN SITUACIÓN DE CRISIS Y NUNCA MENOSPRECIEN ESTAS CONDUCTAS ANTE EL PELIGRO DE UN SUICIDIO Y PUEDAN LAMENTARLO DESPUÉS PROFUNDAMENTE.

REFLEXIÓN: INICIALMENTE EN LA INTRODUCCIÓN DE ESTA INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA, COMENTÉ ACERCA DE UNA EXPERIENCIA TRISTE DE MI ADOLESCENCIA Y ESTA SE REFIERE A UN GRUPO DE 3 AMIGAS Y YO, TODAS DE 13 Y 14 AÑOS; FUI CONFIDENTE DE QUE MI AMIGA DESEABA SUICIDARSE. SOLIDARIAMENTE GUARDE EL SECRETO Y TRATANDO DE AYUDAR LE ACONSEJE MEJOR FUGARSE DE CASA, CREYENDO DAR EL MEJOR APOYO CONTRIBUÍ CON MI CONSEJO Y AHORROS SOBRE LO "INÚTIL" DE SU MUERTE PARA HACER CAMBIAR A SUS PADRES. MI CONSEJO NO DIÓ FRUTOS Y AL DÍA SIGUIENTE SE MATÓ, DÁNDOSE UN BALAZO EN EL CORAZÓN. LAS 3 AMIGAS CONFIDENTES FUIMOS FUERTEMENTE REPRENDIDAS POR LA DIRECTORA DE LA ESCUELA Y EN MI CAUSÓ UNA INTENSA CULPA QUE DURÓ MUCHOS AÑOS. NUNCA NADIE NOS EXPLICÓ LO QUE REALMENTE HABÍA SUCEDIDO Y SE GUARDÓ ABSOLUTO SILENCIO DEL CASO, AHORA HE INTENTADO ENTREVISTARME CON FAMILIARES DE ADOLESCENTES QUE SE HAN SUICIDADO O HAN INTENTADO Y LA RESPUESTA NO HA SIDO MUY CLARA. EN MIS INVESTIGACIONES POR VARIAS INSTITUCIONES DE SALUD HE HALLADO MUCHAS TRABAS PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS CONSIDERANDO LOS TITULARES DE DEPARTAMENTO ÉSTOS CASOS COMO "CONFIDENCIALES".

CRÉO CON ESTO, QUE LOS FAMILIARES DE ADOLESCENTES SUICIDAS SIENTEN DOLOR, CULPA O VERGÜENZA Y QUIERAN GUARDAR EN SECRETO O ENCUBRIR EL CASO COMO "ENFERMEDAD NERVIOSA" O "LAMENTABLE ACCIDENTE". LAS INSTITUCIONES TAL VEZ NO PERMITAN LA LECTURA DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DE ÉSTOS PACIENTES PERO ¿HASTA QUE PUNTO UN CASO DE SUICIDIO O INTENTO DEBE CONSIDERARSE CONFIDENCIA O SECRETO?

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ABADI, M., GARMA, E. GAZZANO, A. ROLLA, E. Y YAMPEY. "LA FASCINACION - DE LA MUERTE". (PANORAMA, DINAMISMO Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO., Ed. PAIDÓS, BUENOS AIRES, 1A. ED, 1973.
- 2.- ABERASTURY, ARMINDA.: "LA ADOLESCENCIA NORMAL",., BUENOS AIRES, 1971.
- 3.- ABRAHAM, K. "BREVE ESTUDIO DEL DESARROLLO DE LA LIBIDO A LA LUZ DE -- LOS TRASTORNOS MENTALES",., REVISTA DE PSICOANÁLISIS., VOL. II, PÁG. 274, 1944.
- 4.- ADLER, A.: "SUICIDE OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGY",., JOURNAL OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGY, VOL XIV, PÁG.57-61, 1968
- 5.- ADLER, A.: "PROBLEM OF NEUROSIS",., JOURNAL OF PSYCHOANALYSIS, VOL. -- XIV, PÁG.57-61, 1968.
- 6.- ADLER, A.: "SUICIDE",., JOURNAL OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGY, VOL. XII, -- PÁG.49-52, 1937.
- 7.- ARELLANO, CABILDO,.; "EL SUICIDIO COMO PROBLEMA DE SALUD MENTAL",., Ed. SALUD PÚBLICA DE MÉXICO, Ed. EPOCA, VOL. 13, MÉXICO, 1981.
- 8.- BERTILLON, M.: "ANNALES DEMOGRAPHIC INTERNATIONALE",., PARIS, F, 1882.
- 9.- BOWLBY, J.: "AGRESSION IN RELATION TO EMOTIONAL DEVELOPMENT., NORMAL AND PATHOLOGICAL",., TRABAJO LEÍDO EN UNA SESIÓN DE LA PSY--CHIATRIC SECTION, ROYAL SOCIETY OF MEDICINE, LONDRES, SEPT, 1947.
- 10.- DURKHEIM, EMILE.: "EL SUICIDIO",., Ed. PREMIA 1987, 2A. ED,
- 11.- FARBEROW, N.L. Y SHINEIDMAN, E.S. "; NECESITO AYUDAI",., ESTUDIO SOBRE EL SUICIDIO Y SU PREVENCIÓN, Ed. LA PRENSA MÉDICA MEXICA--NA, 1969.
- 12.- FREUD, ANNA.: "NOTE ON AGRESSION",., BOLETÍN CLÍNICA MENNINGER, CAP.13

PÁG.143-145. 1949.

- 13.- FREUD, SIGMUND.: "DUELO Y MELANCOLIA",. OBRAS COMPLETAS, VOL II. PÁG.-2091-2100. ED. AMORRORTU, 1912.
- 14.- FREUD, SIGMUND.: "MAS ALLA DEL PRINCIPIO DEL PLACER",. ED. AMORRORTU, 1973.
- 15.- FREUD, SIGMUND.: "CONTRIBUCIONES AL SIMPOSIUM SOBRE EL SUICIDIO",. -- OBRAS COMPLETAS, VOL. II, BIBLIOTECA NUEVA MADRID, 1973.
- 16.- GALLAGHER, J. Y H. HARRIS.: "PROBLEMAS EMOCIONALES DEL ADOLESCENTE",. ED. PAIDÓS, 1960.
- 17.- GARMA, ANGEL.: "LOS SUICIDIOS",. ED. PAIDÓS, BUENOS AIRES, 1973.
- 18.- GESELL, ARNOLD.: "EL ADOLESCENTE DE 10 A 16 AÑOS",. ED. PAIDÓS, VOL.-IV. 1965.
- 19.- GRINBERG, L.: "CULPA Y DEPRESION",. ED. ALIANZA, MADRID, 1983.
- 20.- HENDIN, H.: "PSYCHODINAMIC MOTIVATIONAL FACTORS IN SUICIDE",. PSYCHIATRIC QUARTERLY, CAP. 25 PÁG.672-678, 1951.
- 21.- HENRY, A. Y SHORT, J. JR.: "SUICIDE AND HOMICIDE",. GLENCOE, III, FREE PRESS, 1954.
- 22.- HORNEY, K.: "SELF ANALYSIS",. N. YORK, 1942.
- 23.- HORNEY, K.: "NEUROSIS Y CRECIMIENTO HUMANO",. C.I.S.H.M, UNAM, 1953.
- 24.- JACOBS, JACK., "ADOLESCENT SUICIDE",. ED. JOHN WILEY AND SONS INC. -- 1971.
- 25.- KLEIN, M. Y RIVIERE,.,; ABERASTURY, A. "DESARROLLO EN PSICOANALISIS: LA POSICION DEPRESIVA INFANTIL",. ED. CASTELLANA, 1973.
- 26.- LARA TAPIA, H.: "EL SUICIDIO EN MEXICO. EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA SOCIOLOGICA",. CONSEJO NAL. PARA LA ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA, VOL.X, No.1, JUNIO 1984.
- 27.- LE MOAL, P.: "EL NIÑO EXCITADO Y DEPRIMIDO",. ED. BARCELONA, 1980.
- 28.- LEWIN, B.D.: "THE PSYCHOANALYSIS OF ELATION",. N. YORK., W. NORTON,-

Co. C.I.S.H. UNAM. 1933.

- 29.- LEWIN, B.D.: "THE PSYCHOANALYSIS OF PHARMACOTHYMIA", (LA ADICCIÓN A LA DROGAS), 1933. C.I.S.H. UNAM, 1989.
- 30.- MENNINGER, KARL.: "MAN AGAINST HIMSELF", 1938. C.I.S.H. UNAM 1989.
- 31.- NOYES, KOLB.: "PSIQUIATRÍA CLÍNICA MODERNA", LA PRENSA MEXICANA 1973.
- 32.- RADO, SANDOR.: "THE PROBLEM OF MELANCHOLIA", INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOANALYSIS 1938, VOL. IX.
- 33.- RAMIREZ, S.: "INFANCIA ES DESTINO", Ed. SIGLO XXI., México 1974.
- 34.- RODRIGUEZ SALA, MA. LUISA.: "EL SUICIDIO EN MEXICO D.F.", Ins. DE INV. SOCIALES. UNAM. 1967.
- 35.- ROJAS, ENRIQUE.: "ESTUDIO SOBRE EL SUICIDIO", SALVAT, ED. BARCELONA-1978.
- 36.- RUEDA, TERESA.: "PRINCIPALES RASGOS CLINICOS EN EL ADOLESCENTE SUICIDANTE", PRIMER CONGRESO MEXICANO DE PSICOLOGÍA, MÉXICO, D.F. 1975.
- 37.- RUTTER, M. Y GUILLER, H.: "DELINCUENCIA JUVENIL", BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y SALUD, 1970.
- 38.- SPINDOLA, G. DE. Y VELAZCO.: "EPIDEMIOLOGIA DEL SUICIDIO EN LA REPUBLICA MEXICANA", ANALES DEL INAH/SEP, VOL. 12, MÉXICO -- 1960.
- 39.- STENGEL, E.: "PSICOLOGIA DEL SUICIDIO Y LOS INTENTOS DEL SUICIDIO", Ed. HORNE, BUENOS AIRES, 1978.
- 40.- SULLIVAN, H.S.: "TEORIA INTERPERSONAL DE LA PSIQUIATRÍA", 1953. C.I.S.H. UNAM. 1989.
- 41.- TOOLAN, J.: "DEPRESSION AND SUICIDE IN CHILDREN: AN OVERVIEW", AMERICAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY, VOL. 35, PÁG. 311-322, 1971.
- 42.- TSUN-YI-LIN.: "LOS SUICIDIOS EN JAPON", OMS. 1977. C.I.S.H. UNAM. 1989.

TESIS PROFESIONALES

- 43.- CERDA NERI, E.: "LA SALUD MENTAL EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES", ESTUDIO PRELIMINAR, UNAM, 1987.
- 44.- ESTRADA, M., OLVERA, E. Y VERGARA, L.: "DEPRESION EN EL ADOLESCENTE-CON PADRE ALCOHOLICO", UNAM, 1982.
- 45.- PEÑA ALFARO, A.: "EL SUICIDIO, ANALISIS COMPARATIVO DE LOS ENFOQUES SOCIOLOGICO, PSICOANALITICO Y PSIQUIATRICO", UNAM, 1986.
- 46.- PINZON BONILLA, S.: "ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN NIÑOS", UNAM 1971.
- 47.- SOTO, R.M.: "ESTUDIO SOBRE ALGUNOS RASGOS DE PERSONALIDAD EN SUJETOS SUICIDAS", UNAM 1989.
- 47.- VELASCO IBARRA, S.: "METAPSICOLOGIA DEL SUICIDIO", UNAM 1966.

INSTITUCIONES

- 48.- INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA,; "TALLER EL PACIENTE PARASUICIDA", DEPTO. DE ENSEÑANZA, 1984,
- 49.- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA GEOGRAFIA E INFORMATICA, MEXICO, - D.F., 1989.
- 50.- MEMORIA DEL PRIMER ENCUENTRO NACIONAL INTERDISCIPLINARIO SOBRE ADOLESCENCIA, ABRIL 1981, MEXICO, D.F.
- 51.- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (W.H.O.): "SUICIDE PREVENTION", - CUADERNO DE SALUD PUBLICA No. 30, GINEBRA, SUIZA, 1982.