

Dr. J. Mac Gregor.



EXAMEN
PROFESIONALES



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

COLEGIO DE PSICOLOGIA

INVESTIGACION PSICOLOGICA

EN 100 PACIENTES

CON INTENTO DE SUICIDIO

**ESTE LIBRO FUE DONADO A LA
BIBLIOTECA POR:**

Dr. Julian Mc. Geyer

FECHA: 7/05/2001

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
PSICOLOGA

PRESENTA
CECILIA GUERRERO OCHOA

MEXICO, D.F. 1967.

No registrada
en BASE



Z5053.08
UNAM.030
1967

M.-159470

tps.

chequear si esta
la otra

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

7Po-438

Deseo mostrar mi gratitud

AL DR. MANUEL FALCON G., Director de tesis

AL DR. JOSE H. GOMEZ RUIZ

A la Srta. Trabajadora Social NATIVIDAD LOPEZ H.

A todas las personas que en alguna forma
contribuyeron a la elaboración de mi Tesis.

I N D I C E

INTRODUCCION.	4
CAPITULO I	
EL SUICIDIO A TRAVES DE LA HISTORIA	
a) El suicidio en las comunidades primitivas	5
b) El suicidio y la religión.	8
c) El suicidio y la ley	11
d) El suicidio y la filosofía	13
CAPITULO II	
EL PROBLEMA DEL SUICIDIO Y SUS DIFERENTES ENFOQUES.	15
CAPITULO III	
EL INTENTO DE SUICIDIO	
a) Definición	18
b) Diferentes clasificaciones.	19
CAPITULO IV	
RELACION ENTRE SUICIDIO Y ENFERMEDAD MENTAL	
1.- Factores genéticos.	22
2.- Trastornos psiconeuróticos.	23
3.- Trastornos psicóticos.	24
4.- Trastornos de la personalidad	26
5.- Deficiencia Mental	27
CAPITULO V	
PRESENTACION, ANALISIS Y RESULTADOS DEL MATERIAL	29
CAPITULO VI	
a) Aspecto dinámico.	43
b) Representación de la muerte en el suicida	44
c) Rasgos del paciente potencialmente suicida	45
d) Medidas preventivas	46

CAPITULO VII	
PSICOTERAPIA DEL PACIENTE SUICIDA	47
La Reorientación intelectual	48
Diversas Fases en la Psicoterapia	49
CAPITULO VIII	
CONCLUSIONES	51
BIBLIOGRAFIA	52

¿Cómo quedan, Señor, durmiendo los suicidas?

¿No hay un rayo de sol que los alcance un día?

¿No hay agua que los lave de sus estigmas rojos?

GABRIELA MISTRAL

I N T R O D U C C I O N

Una de las inquietudes más grandes de la humanidad ha sido lo referente a la vida y a la muerte; el suicidio encierra en sí mismo, lo complejo de estos grandes problemas.

¿Qué fuerzas llevan al hombre a privarse de la existencia?

Si todos luchamos por conservar la vida ¿Porqué se intenta el suicidio? ¿Qué sucede interiormente, qué conflictos, qué circunstancias, qué causas precipitantes se presentan?, ¿Porqué en los últimos tiempos y en nuestro ambiente, el número de suicidios y de intentos de suicidio ha aumentado de una manera alarmante?

Este tema y sus grandes interrogantes, me llevaron a realizar esta tesis; escogí 100 casos de intentos de suicidio; para tener trato directo con los sujetos, ya que en los suicidios consumados la muerte limita la investigación.

Pretendo en este trabajo abarcar el campo del estudio psicológico y contribuir con los resultados, al mayor conocimiento y comprensión de este problema.

En los primeros capítulos describo como ha sido considerado el suicidio desde los tiempos primitivos, hasta los actuales; el enfoque psiquiátrico y la relación directa con la enfermedad mental. En segundo término expongo la forma, material y método utilizados en la realización de esta investigación, así como los resultados obtenidos; por último presento la discusión y conclusiones finales.

CAPITULO I

EL SUICIDIO A TRAVES DE LA HISTORIA

Es importante considerar como la humanidad a través de los tiempos y en los diferentes patrones culturales, ha tratado el problema del suicidio. Así observamos las actitudes de los diferentes pueblos primitivos, como se le considera en la religión, en la ley y en la filosofía.

a) EL SUICIDIO EN LAS COMUNIDADES PRIMITIVAS. -

Existen tribus donde no se conoce, y otras donde se practica incluso ritualmente.

Siendo universal la amenaza de muerte las actitudes fundamentales hacia una de sus formas, el suicidio, son semejantes en todo el mundo, pese a las diferencias en sus manifestaciones, debido a los distintos trasfondos culturales. En general el suicidio es temido y prohibido; existen circunstancias en las que está permitido. Steinmetz, eminente antropólogo, anota que el suicidio es un fenómeno tan común entre las comunidades primitivas como entre los pueblos más civilizados; si bien se presenta de modo distinto en diversos lugares, según el patrón general de conducta y de vida.

Los nativos de la India Central, estudiados por Verrier Eluwin, se consideran rodeados por peligros sobrenaturales; son de temperamento muy impetuoso y por esto en un momento dado son capaces de matar y suicidarse. Los motivos para realizar un suicidio son, en orden de frecuencia: disputas, demencia, pesar causado por las privaciones, problemas de tipo amoroso y temor al escándalo. Devereux indica que entre estos nativos hubo una ola de suicidios ocurrida cuando se les limitó en la práctica de sus tradiciones, especialmente en las agresiones contra los primitivos no pertenecientes a su comunidad. Consideran que el suicidio es una muerte inoportuna, que los conduce a una tierra de aparecidos después de la vida.

El suttee, es el suicidio más o menos voluntario de la viuda en la India y en otras partes del Lejano Oriente, donde la viudez solía traer consigo una degradación especial. El deseo de unirse en la muerte con el difunto marido era el motivo consciente más importante en esta clase de suicidios. Actualmente el suttee es un delito.

El Borneo, los kayans condenan el suicidio y consideran que los espíritus de los suicidas son enviados a un lugar en donde serían tan desdichados que sería fácil reconocerlos entre el resto de los espíritus.

Los habitantes de la Isla de Trobriand, del Adriático, aceptan la práctica del suicidio y reconocen los siguientes caminos para cometerlo: 1o. El llamado Louí, que se realiza lanzándose de la parte más alta de una palmera. 2o. El denominado Soka, que se lleva a cabo ingiriendo

el veneno del pez gloleo. Las motivaciones son complejas: auto-castigo, venganza y la rehabilitación ante los ojos de la comunidad. La violación de los tabúes y la pérdida del status son motivaciones comunes. 3o. No se le da nombre especial, consiste en tomar el veneno vegetal --- "tuva", que ellos utilizan para curtir pescado. Este método lo usan por lo general los nativos - que han tenido riñas amorosas y dificultades matrimoniales; no tienen un deseo real de morir, - pues saben que mediante una dosis abundante de vomitivo pueden recuperarse. Este es uno de - los primeros datos que nos habla de intento de suicidio con el fin de manipular a los allegados y obtener ganancias secundarias.

En Asia, los Chujchee tienen la idea predominante del sacrificio y consideraban que sus ceremonias en honor a los difuntos y a los dioses adquirían mayor solemnidad mientras mayor fuera el número de los suicidas; sacrificaban sus propias vidas con el fin de lograr la paz y la salvación de las almas de sus parientes.

En Malasia y Filipinas, practicaban el amok, una forma de suicidio indirecto en la que el sujeto afectado, por ejemplo la viuda, comete actos delictuosos que ameriten un castigo; mediante ese castigo, que generalmente es su muerte, busca su auto-destrucción; consideran esta clase de muerte como un castigo religioso y social.

En el Africa, los esclavos bantúes practicaban el suicidio por dos motivos principales: 1o. El -- deseo de escapar al trato duro y a la persecución; creían que con el suicidio sus almas retornarían a vivir en libertad en su tierra nativa; 2o. La venganza, creían que al suicidarse su fantasma atormentaría o castigaría severamente a aquel que lo llevó a ese paso extremo, y seguiría persiguiéndolo hasta que el adversario lo aplacara, dando dinero a la familia del suicida.

En Nigeria, Uganda y Kenya, el antropólogo Paul Bohannan relata que se considera el suicidio como resultado de la ira de los antepasados a quienes habría que aplacar con sacrificios. En ocasiones usaban la amenaza de suicidio para ejercer presión sobre la familia. Temían especialmente la proximidad o el contacto físico con el cuerpo del suicida, por creer que acarrearía -- aciagos efectos, tales como el suicidio entre sus mismos parientes. Para prevenir estas consecuencias se tomaban diversas medidas: a) el cuerpo tenía que ser alejado por una persona no relacionada con el muerto ni con su familia; este servicio era recompensado con la ofrenda de -- un toro; b) sacrificaban una oveja para apaciguar al espíritu del suicida, y su cabaña tenía que ser derribada o purificada completamente de acuerdo con determinados rituales; c) si el suicida moría ahorcado en un árbol, éste debía ser derribado y quemado. El cuerpo del suicida se enterraba sin los ritos habituales.

En las Islas Fiji, los nativos acostumbraban mantener una competencia entre las esposas de un jefe, cuando éste moría. Cada una quería llegar a la muerte antes que las demás, para ser la favorita de su esposo en el mundo de los espíritus.

En Siberia, los ossetios consideraban el suicidio como un pecado y pensaban que el alma recibía su castigo en la vida posterior.

En Yakutia, capital de Siberia, los yakuts creían que el fantasma del suicida nunca llegaba a descansar. Se creía que el suicidio se debía a brujerías, y el sitio donde había sucedido se --- consideraba el lugar de los espíritus diabólicos.

En Alaska, los esquimales consideraban que el suicidio podía realizarse entre los ancianos y --- los enfermos; éstos estaban influenciados por el deseo de no estorbar al resto de la comunidad, ni --- de consumir alimentos que eran necesarios para los jóvenes y para los miembros saludables de la tribu. Cuando una enfermedad ataca a un individuo, éste siente el apoyo de la comunidad en los esfuerzos que hacen para curarlo; pero, cuando todas estas medidas fracasan la actitud cambia y el suicidio es esperado e incluso indicado.

En los Estados Unidos, los navajos practicaban el suicidio; sus motivos precipitantes para efectuarlo eran: en las mujeres, disputas domésticas, particularmente entre las que pertenecían a familias polígamas; en los hombres, el menoscabo de la posición social, el deseo de escapar a las enfermedades y el temor a ser rechazado en la vejez.

Los mohawks, estudiados por Steinmetz, consideraban que los suicidios eran debidos a la intervención sobrenatural de su dios Matavilya; todo aquel que lo cometía estaba hechizado. En ellos predomina el deseo de perfeccionar su reunión con la muerte y tratan de hacerlo llegando a ella en forma natural. Por esto condenan el suicidio.

En Brasil, los karens consideraban el suicidio como un acto cobarde y negaban al cuerpo del --- suicida un entierro honorable. Sin embargo, en otras tribus del Brasil se acostumbraba que los servidores del jefe de una tribu se suicidaran al morir éste, para así poder servirle en el mundo de los espíritus.

En México, los mayas creían que los que se ahorcaban iban a descansar a la gloria, para salir de "pequeñas tristezas", trabajos o enfermedades; venía a llevárselos la Diosa de la Horca; Ixtab.

En Tikopia, isla del Pacífico Occidental, el estudio antropológico más reciente fué hecho en 1952. En él se observó que la actitud de estos isleños hacia el suicidio es de moderada des--- aprobación. Piensan que sus dioses acogen las almas de los muertos; pero no las de aquellos --- que se cuelgan, las almas de éstos vagan errabundas hasta que sus espíritus ancestrales las des--- cubren; pero los espíritus no tienen reparos si un hombre se suicida internándose en el mar, en una canoa, o si una mujer lo hace nadando mar adentro; estos métodos son admirados.

Existen otras tribus como los yahganos, de Tierra del Fuego, que nunca han oído hablar del suicidio.

Los nativos de Australia Central y Occidental, estudiados por Sir G. Grey, al oír hablar del suicidio, consideran que se trata de una broma.

Lo mismo sucede en la Isla de Carolina, en el Pacífico del Sur. Consideran al suicidio como algo ridículo.

b) LA RELIGION. -

En el Brahamnismo se piensa que la muerte voluntaria, conocida entre ellos como "sutee", es la mejor forma de morir. El "sutee" se consideraba como un medio de autosacrificio y autopusificación, que en ocasiones es buscada por los fanáticos religiosos; las tumbas de algunos de ellos son santuarios sagrados. Pero las viudas de los suicidas ocupaban una posición degradante y se les consideraba simplemente como afanadoras de su casa prisión; con frecuencia eran orilladas a morir, como expiación de su indigna manera de sufrir, si esta mujer realizaba el "sutee", sus hijos ganaban una distinción social. Los medios principales para lograr la muerte eran la cremación y la inmersión en las aguas del Ganges. Consideraban al suicidio como una actitud mística mediante la cual se divorciaba el alma del cuerpo.

En la India y Persia el suicidio más frecuente era el "darma", que consiste en sentarse ante la puerta de un deudor, sin comer ni beber, hasta que la deuda se pagara; si esto no sucedía, el acreedor moría, la responsabilidad de su suicidio recaía en el deudor y en su familia. En estos países no se castiga al suicida; pero al que intenta suicidarse y falla se le condena a uno o dos años de cárcel.

El Budismo estimulaba al suicidio, expresando que abandonar la existencia tiene más mérito que el hecho de encender veladoras en una iglesia. El budismo fue más seguido en China que en la India.

En China se otorgaban méritos especiales a los suicidas; a los generales que se suicidaban después de sufrir una derrota; era muy generalizada la costumbre de que el emperador enviara un cordón de plata a un individuo para que se suicidara después de una pérdida de poder o de un puesto político, o ante un insulto recibido; a los que con su suicidio protestaban contra determinada actitud política. A las viudas que no deseaban vivir más tiempo que el esposo y lo seguían con el suicidio. A los que se suicidaban por unirse a un muerto; como, por ejemplo, los servidores de un jefe. A los que tienen un deseo de castigo y se suicidan como medio de purificación. Como se dijo, estos suicidas eran dignos de mérito; pero si se descubría que alguien había ayudado a cometer este acto, se le castigaba con uno a siete años de presidio.

En Hong-Kong es común el suicidio entre los refugiados, los desempleados, etc. El número de mujeres que lo ejecuta sobrepasa al de los hombres. Debemos tomar en cuenta lo degradante de su trabajo y las condiciones ínfimas de su vida.

En Japón, al suicidio le daban el nombre de hara-kiri, que significa abrirse los intestinos. Es un ejemplo de suicidio ceremonial y heroico. Fue practicado principalmente entre los nobles y las clases militares; en un principio estaba limitado sólo a los samurais; después, todos lo adoptaron. Consideraban dos razones para ejecutar el hara-kiri: 1o. la obligada, que era el fruto de una sanción y se llevaba a cabo sólo cuando se había ofendido a un noble. Es decir, se les mandaba suicidarse por una falta. 2o. la voluntaria, para protestar contra actitudes políticas y para seguir a un jefe o maestro; esta forma se llegó a prohibir. Actualmente el hara-kiri no se practica sino excepcionalmente. Los métodos seguidos por las personas que desean la muerte son semejantes a los empleados en otras partes; jugando un papel muy importante, entre las motivaciones, el heroísmo.

El Islamismo condena el suicidio de manera absoluta y con la mayor severidad, sea cual fuere la circunstancia precipitante. Se basa en la necesidad de plegarse a la voluntad divina, declarando que Dios señala el destino de cada individuo y, por ende, su muerte, siendo imposible adelantar ésta ni siquiera por un momento.

El Judaísmo desaprueba y condena el suicidio. A todo aquel que realiza este acto se le niegan los últimos rituales; no pueden ser incinerados y enterrados dentro del cementerio, sino en un lugar apartado. Esto es cuando se ha llevado a cabo con toda intención. Para considerar una muerte como suicidio, se toman en cuenta los siguientes factores: 1) el sujeto debió expresar su deseo de morir; 2) el acto debió ser espontáneo; 3) la persona no debió dar muestras de enfermedad mental. Si falta uno de estos puntos, no se considera como suicidio, aun cuando las evidencias lo condenen como tal. Por ejemplo, si una persona se deja caer de lo alto, no se considera su muerte como suicidio a menos que previamente haya expresado su deseo de morir; se le concede el privilegio de la duda.

El Cristianismo ya en la Edad Media condenó el suicidio como una forma de crimen. En el año 542, en el Concilio de Arles, se declaró al suicidio como un acto inspirado por la posesión diabólica. Cien años después se ordenó que se negara la sepultura cristiana al cuerpo del suicida. Los actos de ultraje al cadáver se hacían con la intención de alejar a los espíritus malignos dejados en libertad por el suicida. El cristianismo aún condena el suicidio; pero las sanciones no tienen la misma severidad en todas las sectas cristianas. Los ritos funerarios acordados al suicidio, difieren en mayor o menor grado de los tributados comunmente a los cristianos que han perecido de muerte natural. Durkeim afirma que entre los protestantes hay más suicidios que entre los fieles de otros cultos (catolicismo). Atribuye este fenómeno al hecho de que el suicidio debe estar en relación con el espíritu de libre exámen que anima a esta religión.

La Iglesia Católica siempre ha destacado lo sagrado de la vida humana. Desde su nacimiento se opuso al suicidio y esta prohibición fue reiterada por el Concilio de Arles en 425 y precisada más tarde por el Concilio de Toledo en 693.

Las sanciones católicas en contra del suicidio eran estrictas; excomunión para aquellos -

que intentaban el suicidio sin lograrlo; prohibición de cristiana sepultura para el que se suicidaba. Sin embargo, la Iglesia reconoce que no todos los suicidios son punibles, exime de castigo aquellos casos en que es evidente que la persona está mentalmente enferma.

Actualmente la Iglesia Católica no otorga castigo alguno para los que cometen suicidio. A su muerte es permitido que participen de todos los rituales católicos. El criterio de la Iglesia es que si una persona comete suicidio, se debe a que no está mental ni emocionalmente sana, es decir, no obra con conciencia, no está en pleno uso de sus facultades mentales, ya sea como reacción o como estado. Para considerarlo una falta se necesita consentimiento total y conocimiento pleno. Los que fallan en su intento cometen un pecado mortal.

Del Compendio de Teología Moral, en la sección V encontramos: "El quinto mandamiento del decálogo. No matarás. Este mandamiento en cuanto afirmativo, ordena la conservación de la propia vida, menos en cuanto negativo, prohíbe la muerte o mutilación injusta del prójimo. Sobre la conservación de la vida, expresa: Por derecho natural, como quiera que tan solo es administrador y no señor de su propia vida, está obligado a conservarla con los medios ordinarios en su salud y en la integridad de los miembros de su cuerpo; pero no está obligado a usar de medios extraordinarios, o por muy costosos para sus posibilidades, o por muy difíciles a causa de los sufrimientos o de la defensa del pudor". En el siglo pasado, en los conventos consideraban que el examen médico, con el cuerpo desnudo, era una falta grave.

Sobre la muerte injusta dice: "Como la destrucción de una cosa es acto de dominio y sólo Dios es el Señor de la vida humana, a nadie es lícito destruir la vida propia o ajena, sino por autorización de Dios, ya sea expresa, como para Abraham; ya sea implícita, como la que se atribuye a la autoridad pública por razón de la justicia vindicativa, y a cada persona privada, al menos indirectamente, cuando procede en justa defensa".

Sobre el suicidio expresa: "El suicidio por propia voluntad, siendo: a) voluntario en sí, o sea efecto de una acción o intención directa, nunca es lícito; b) voluntario en la causa, o sea efecto de una acción e intención indirecta, es lícito bajo las condiciones antes expuestas". Es decir: sería una consecuencia involuntaria de una causa voluntaria, como por ejemplo el torear, participar en carreras de autos, etc.

Ni el Viejo ni el Nuevo Testamento prohíben el suicidio de modo explícito. En la Biblia encontramos siete suicidas, a saber: el escudero de Saúl se da muerte por el pesar que le produce la muerte de su rey (Chr 10). Las descripciones de los otros seis suicidios bíblicos son un simple relato, sin condenación, de un acto racionalmente motivado por el dilema humano de la víctima. Así, Sansón decide matar a sus enemigos y solo incidentalmente se quita la vida (Jud 13:16). Saúl se atraviesa con su propia espada al ser derrotado (Chr 10). Decepcionado por el fracaso de Absalón al no seguir sus consejos, Ahito-

fel da un salto que le causará la muerte (2Sam 17: 1-23). Mortalmente herido, Abimelech - pide a su escudero que lo pase de parte a parte con su espada, para que no se diga que fue una mujer quien le dió muerte. Zimiri, que usurpó el trono por siete días, prefiere incinerarse antes que rendirse (1K 16:9, 2K 9:30) y Judas se ahorca en un intento de expiar su culpa (Mat. - 25:5).

c) LA LEY. -

En Atenas el suicida era castigado como si hubiera cometido una injusticia contra la ciudad; - se le negaban los honores de la sepultura regular. Una mano del cadaver era cortado y enterrada aparte. Pero, si antes de darse muerte el ciudadano solicitaba la autorización del Senado, - haciendo valer las razones que le hacían considerar la vida intolerable, y su demanda era aprobada, su suicidio se consideraba como un acto legítimo. En las leyes se preceptuaba: "aquel - que no quiera vivir por más tiempo, exponga sus razones al Senado y, después de haber obtenido licencia, deje la vida. Si la existencia te es tan odiosa, muere; si estás abrumado por el infortunio, bebe la cicuta. Si te vence el dolor abandona la vida. Que el desdichado cuente - su infortunio, que el magistrado le provea el remedio y su miseria tendrá fin".

En Marsella se observaba esta misma ley, llevada por los colonos griegos que fundaron este - puerto. Los magistrados tenían veneno en reserva y proporcionaban la cantidad necesaria a - cuantos obtenían autorización.

También en Roma el ciudadano que deseaba su muerte debía exponer sus razones al Senado, - que decidía si eran aceptables, y que determinaba hasta el género de muerte. Esta práctica se llevaba a cabo en el ejército; el soldado que intentaba privarse de la vida para escapar del - servicio era penado con la muerte; pero si probaba que había sido motivado por una razón especial, solo se le expulsaba del ejército; y si su acto se debía al remordimiento que le causaba su falta militar, su testamento era anulado y sus bienes pasaban a pertenecer al fisco. Con el tiempo la lista de las excusas legítimas se alargó, al fin no quedó mas que una sola causa injusta; el deseo de eludir las consecuencias de una conducta criminal. Debe tomarse en cuenta que esta tolerancia ocurrió en una época en que la ciudad entró en decadencia y sufrió - grandes perturbaciones.

En Zurich, refiere Michelet, antiguamente el cadaver era sometido a espantosos tratamien---tos; si el hombre se había apuñalado, se le hundía en la cabeza un trozo de madera en el que se clavaba el cuchillo; si se había ahogado, se le enterraba a cinco pies del agua, en la arena.

En Rusia, el Derecho es severo; si el suicida no parece haber obrado bajo la influencia de una perturbación mental, crónica o pasajera, se considera nulo su testamento, así como todas las disposiciones que haya tomado.

En Francia, las costumbres no se conformaban con la confiscación, sino que prescribían, además, diferentes suplicios; en Burdeos, el cadáver era colgado de los pies. En Lille, si era hombre, su cadáver, era arrastrado con horquillas y colgado; si era mujer, se quemaba. No consideraban la locura como excusa. La ordenanza criminal, publicada por Luis XIV en 1670 codificó estos usos sin atenuarlos mucho. En la revolución de 1789 se abolieron todas estas medidas y se excluyó el suicidio de la lista de crímenes.

En España además de las penas religiosas y morales, el Código Penal, prescribía la confiscación de los bienes y castigaba toda complicidad.

En Inglaterra el suicidio se equiparó al asesinato; como hecho criminal, y el intento de suicidio fue considerado como un delito menor. En la mayoría de los casos los jueces formulaban el veredicto de que el equilibrio mental del sujeto estaba perturbado, lo que impedía considerarlo como una felonía. De otra manera, el suicida era declarado "felón", y, en este caso, sus bienes eran incorporados a la Corona. En 1959, el Arzobispo de Canterbury instituyó un comité a fin de examinar si el intento de suicidio debía continuar siendo punible por la ley. Un año más tarde, el comité presentó un informe; el intento de suicidio debía dejar de ser un crimen y el suicidio debía continuar siendo un delito. El comité recomendaba que el clero debía asumir un especial interés pastoral por aquellos tentados de suicidarse, y por aquellos que lo habían intentado. En 1961, el Suicide Act abrogó la ley que castigaba el suicidio; en consecuencia, el intento de suicidio dejó de ser un delito menor. Pero tipificó como un delito el hecho de ayudar, incitar, o aconsejar el suicidio de otra persona; aplicando en esta forma los temores de quienes pensaban que la abrogación de la vieja ley estimularía los pactos suicidas. Más tarde se expidió en Londres una ley advirtiendo a todos los médicos y autoridades correspondientes que el intento de suicidio debía ser considerado como un problema médico y social, y que cada caso debía ser visto por un psiquiatra.

En Nueva York, el Código Penal calificaba el suicidio como un crimen. Pero se ha renunciado a castigarlo por razones prácticas dado que la pena no puede alcanzar eficazmente al culpable. La tentativa de suicidio puede traer consigo una reclusión hasta de dos años o bien una multa de 200 dólares, o ambas. El solo hecho aconsejar al suicidio o de favorecer su realización, es asimilado a la complicidad en el homicidio voluntario.

En México, ningún Código Penal establece pena para el suicidio, ni para aquel que realiza la tentativa de quitarse la vida. En el 3er. Código (1931) en vigor hasta la fecha, se expresa: "el suicidio de una persona por propia determinación y ejecutado por propia mano, no es constitutivo de delito". No se encuentra ninguna referencia al intento de suicidio. En los artículos 312 y 313 del mismo Código se prescribe una sanción para las personas que participan en el suicidio ajeno, por la ayuda material o moral otorgada al suicida; dicha sanción consiste en privación de la libertad por un tiempo variable, que puede ser desde uno hasta doce años, de acuerdo con la mayor o menor participación en la inducción al suicidio. González de la Vega, en su libro --

"Derecho Penal Mexicano", expresa que: "Independientemente del criterio que se adopte considerando al suicidio como un acto antisocial, inmoral, irreligioso o perjudicial, en la práctica resulta ineficaz todo medio represivo contra él, porque quien se priva de la vida, impide cualquier medio punitivo contra su persona, salvo que injustamente se agravara a sus parientes o herederos, con ultrajes al cadáver o con penas patrimoniales. En la tentativa de suicidio sería también esteril y perjudicial la sanción porque produciría el efecto contradictorio de hacer más odiosa e intolerable la existencia, bastando para demostrarlo las causas que impulsan al suicidio, encontrándose siempre indicios de desequilibrio en el soma, en la psique o en las condiciones sociales que rodean al sujeto".

d) LA FILOSOFIA. -

Si bien hay doctrinas que no consideran el suicidio como un problema estrictamente filosófico, pensadores de todas las épocas han externado su opinión al respecto.

Pitágoras consideraba al individuo como un soldado de Dios, situado en un punto del que solamente podía desertar estando en contra de su Hacedor, y prohibió apartarse de su permanencia en la vida sin la orden de Dios.

Platón habló del suicidio como un acto sobrenatural, considerándolo como una ofensa contra los dioses a quienes pertenecemos física y espiritualmente y por lo cual no podemos disponer de nosotros mismos. "Los hombres estamos en este mundo como los centinelas; en un puesto que nunca podemos abandonar sin permiso".

Los estoicos consideraban de vital importancia la preparación para la muerte, hablando de ella como el fin de todas sus penalidades. Su principal aspiración era llevar una vida por encima de los placeres ordinarios y de los intereses terrenos. Su máxima fue "vivir de acuerdo con la justa razón" (Zenón). Acogieron la idea de suicidio haciendo especial mención de que no debería ser un acto precipitado por un impulso momentáneo o por una confusión temporal de valores. Debería ser aceptado o rechazado solamente después de una deliberación en que se consideraran cuidadosamente los argumentos en favor y en contra. "Si no te gusta la vida puedes dejarla, la puerta está abierta, pero un poco de humo no debería espantarte, deberías soportarlo y, de ese modo, vencerlo" (Epicteto).

A Séneca se le consideraba como el escritor más elocuente sobre la conveniencia del suicidio; "Se debe amar la virtud por sí misma y seguir la blanca luz de la razón para que así el hombre pueda asegurar esa imperturbable serenidad de muerte, sin la cual ninguna felicidad es posible".

Marco Aurelio afirmó el derecho de todo hombre a dejar la vida cuando mejor le pareciera, ya que él es el árbitro de su destino y el amo de su alma.

Plinio expresó que el suicidio era una prueba de superioridad del hombre sobre los dioses.

Voltaire define el derecho al suicidio. Montaigne y Rousseau expresaron puntos de vista similares.

David Hume proclamaba el derecho del hombre a disponer de su propia vida, y señalaba que en ningún pasaje de las Escrituras se prohibía el suicidio.

Kant, por otra parte consideró el suicidio como una ofensa contra los principios supremos del deber, que para él eran una ley universal de la naturaleza.

Nietzsche justificaba el suicidio diciendo que la decisión de morir es una demostración purísima de la libertad de la razón sobre la naturaleza, en esta hay solamente el instinto de conservación, y la decisión de morir es lo opuesto, pertenece a la razón.

Schopenhauer habla del suicidio como un privilegio del hombre sobre el animal. No hay derecho más justificado que el derecho humano sobre la propia vida, y si el hombre no desea vivir es una exageración exigirle continuar viviendo como una mera máquina para beneficio de los demás.

William James llegó a una conclusión similar y estimó que la fe religiosa era la defensa más poderosa contra el suicidio.

CAPITULO II

EL PROBLEMA DEL SUICIDIO Y SUS DIFERENTES ENFOQUES

Hemos encontrado en las teorías psicoanalíticas y en la psiquiatría el intento de una explicación amplia y con profundidad, sobre los mecanismos que llevan al suicidio. Otras disciplinas, como la Sociología nos muestran estadísticas y cifras mas o menos precisas. En este capítulo presentamos tan solo lo fundamental de las teorías que exponen con claridad este aspecto.

Freud.- Presentó los aspectos instintivos partiendo de la afirmación de que desde el comienzo de la vida existían en actividad paralela el instinto de vida o impulso sexual, y el instinto de muerte o una tendencia a la destrucción. Esta tendencia presenta manifestaciones activas y pasivas. Muchos aspectos de la conducta humana podían entenderse como resultados de la relación entre el impulso sexual y el instinto de muerte, o, como las expresiones de la acción recíproca entre el amor y el odio. Las tendencias constructivas y destructivas originalmente afectan al individuo para luego proyectarse al exterior; cuando esto ocurre se dice que ha solucionado conflictos relacionados con el yo; pero si ocurre que este desarrollo es defectuoso, el giro hacia el exterior es incompleto, esto ocasiona que las tendencias se auto-dirijan, resultando así la conducta suicida. Sucede también que el individuo se identifica en tal forma con el objeto amado que realiza el mecanismo de introyección hacia el objeto amado, hacia el que existe una marcada ambivalencia, pero sobre todo, impulsos agresivos, que pueden ser dirigidos hacia sí mismo, puesto que contiene al objeto amado; así es que llega a considerarse el individuo como objeto externo, autoagredándose; destruyéndose cree que logra la destrucción del objeto amado.

Adler.- Pensaba que el impulso a infligir dolor y pena a los parientes desempeñaba un papel significativo en la motivación del suicidio.

Alexander.- Supone que la búsqueda activa del sufrimiento, el dolor, la renunciación a todo, inclusive a la vida, es un camino para la obtención del placer.

Rado.- Describe el episodio depresivo como una clase particular de descontrol de emergencia. Enfatiza la combinación de tímido auto desprecio y rabia violenta que abruma a estos pacientes. Rado piensa que el episodio depresivo se inicia por una pérdida real o imaginaria que se relaciona con una pérdida o con un daño infantil. La reacción del paciente a esta pérdida es abrumadora; se siente atormentado por una rabia coercitava y un miedo culpable. Es entonces cuando existe la posibilidad de cometer suicidio.

Sullivan.- Señala que la meta de la autodestrucción del paciente es la destrucción de una persona que ha tenido influencia destructiva en su pasado. La intención es que tal persona sufra el resto de su vida porque el paciente se ha destruído a sí mismo.

Fenichel.- Afirma que el suicidio es el resultado de la agresividad a otra persona que se dirige -- hacia uno mismo, al pensamiento de muerte que es asociado a fantasías agradables, y es el re-- sultado también de una fuerte dependencia y hostilidad.

Zilboorg.- Expresa "Cuando el paciente se ha identificado con una persona a quien ama y odia a la vez, estos fuertes sentimientos de ambivalencia, se vuelven hacia sí mismo; de este modo -- los suicidas fueron las víctimas de fuertes impulsos agresivos, que fracasaron en su intento de ex-- ternarlos, como resultado se volvieron hacia el interior". El suicidio es una forma de destrozar -- afuera las fuerzas que estan haciendo la vida imposible.

Menninger.- Encuentra tanto en la eliminación del individuo por agresión autodirigida, como en todas las variantes de conducta hostil, el triunfo del instinto de muerte. Analiza tres clases de -- suicidio: a) impulsos derivados de la agresividad primaria cristalizados en un deseo de matar. b) -- impulsos derivados de una modificación de la agresividad primitiva cristalizados como el deseo -- de ser matado, c) impulso de la agresividad primaria, aunado a motivos sofisticados, cristaliza-- dos como el deseo de morir.

Pollack.- Menciona la inestabilidad del humor, las dificultades en el ajuste sexual, y los pro-- blemas de homosexualidad, como causas frecuentes en los suicidios.

Garma.- Afirma que existen dos principales factores que llevan a una persona al suicidio: 1) La -- pérdida de un objeto libidinoso de vital importancia. 2) La agresión vuelta hacia el yo. Para el -- suicida su acto es una manera de recobrar el objeto perdido y al mismo tiempo una manera de -- liberarse a sí mismo de la agresión del ambiente, y de influir en él. También da importancia -- al factor hereditario.

Durkheim.- Muestra interés por las fuerzas de la sociedad que afectan al individuo. Propuso que -- el principal factor causante del suicidio era la ausencia de una aceptación cordial del individuo -- por su grupo social.

Davidson.- Piensa que las personas que intentan suicidarse han llegado al límite de sus recursos -- y han perdido sus ideales. La situación inmediata actúa como dominante, restringe el campo de -- la conciencia hasta tal punto que se pierde la atención por la vida misma.

Crichton-Hiller.- Atribuye el suicidio a un fracaso en la adaptación; expresa que generalmente -- estan presentes en los suicidios signos de sufrimiento social y miedo, dudas y temores y en menor -- cantidad dolor físico.

Teicher.- Piensa que para cometer un intento de suicidio se han desarrollado antes patrones agre-- sivos de reacción ante situaciones que provocan inseguridad y después vuelven esta agresión -- adentro por su inseguridad, el acto entonces parece como una infantil protesta exhibicionista y

como un acto de hostilidad.

Fromm, - Señala la frecuencia con que se suceden en las sociedades actitudes espontáneas-restrictivas comunes a todos los miembros, lo cual dista mucho de ser considerado como una situación normal y benéfica, ya que precisamente las actitudes que se omiten, son las fundamentales del humanismo; sin embargo, no hay frustración aparente en el individuo, y por el contrario, al generalizarse la actitud, toma condición de aceptabilidad; este fenómeno es designado como un defecto socialmente modelado; a consecuencia el sujeto sometido regularmente a este proceso se irá despojando paulatinamente de su sensibilidad y de su individualidad. Así vienen en general una actitud de protesta en la cual existe en forma importante odio acumulado y en consecuencia impulsos destructivos que pueden ser dirigidos contra la sociedad opresora o contra el individuo mismo provocando su autodestrucción.

CAPITULO III

EL INTENTO DE SUICIDIO

De acuerdo con Brugget señalamos: Suicidio es la destrucción directa de la propia vida -- por impulso propio. Cuando por alguna causa el sujeto sobrevive se llamará intento de suicidio.

Solo recientemente el intento de suicidio ha recibido una atención seria. Se solía hablar de él como una simulación de suicidio, indigno de un interés especial, excepto como síntoma de enfermedad mental.

Stengel señala: La definición de un intento de suicidio dista de ser simple. Si una persona - es conducida a un hospital en estado de coma o de somnolencia por la excesiva ingestión de - - - somníferos, ha dejado una nota suicida y admite que quiso quitarse la vida, no hay ningún pro- - - blema acerca de la naturaleza de su acción. Sin embargo, si otra persona a quien se admitió en una condición similar, niega intenciones suicidas y sostiene que tomó una dosis excesiva por - - - error o porque quería dormir bien, ¿hay que considerarlo como un intento suicida? O si una ado- - - lescente, tras una disputa con su novio, ingiere una caja de pastillas para dormir, en presencia - del novio, con evidente intención de impresionarlo, ¿hay que clasificarla en una tentativa de sui- - - cidio, o será solo un gesto de amenaza suicida demostrativa?

En la práctica la respuesta del médico a esta pregunta depende del efecto de las pastillas y de las reacciones del medio. Si la joven cae en estado de coma, tiene que ser trasladada con - urgencia a un hospital; y si sobrevive, el incidente se llamará intento de suicidio. Pero si el no- - - vio tiene la presencia de ánimo para hacerla tomar un vaso de agua salada concentrada inme- - - diatamente después de que haya ingerido las tabletas y de esa manera le provoca el vómito, an- - - tes de que se hayan absorbido, todo el episodio puede acabar en unos pocos minutos y olvidarse - exactamente como otras peleas de novios. Este ejemplo ilustra como la medida del daño, e in- - - cluso el resultado de un acto suicida, pueden depender de la intervención externa, con indepen- - - dencia de la seriedad del intento.

La mayoría de las personas al cometer un acto suicida, estan tan confundidas como - - - cuando se hace algo importante bajo un stress emocional. Los actos suicidas cuidadosamente pen- - - sados son tan raros como los casos del homicidio cautelosamente planeados. Muchos se llevan a - cabo bajo un impulso repentino, pese a que las ideas de suicidio solían estar presentes con ante- - - rioridad.

¿Fue un serio intento suicida? Esta es una pregunta que inmediatamente formula quien - - - llega a enterarse de una tentativa de suicidio. Reina una gran confusión acerca de los criterios - - - sobre la seriedad de un intento suicida, aun entre los expertos. ¿Debe ser el grado de daño autoin- - - fligido; es decir, la gravedad del coma, la cantidad de sangre perdida, en resumen, el grado de - peligro para la vida el único patrón de medida? Si así fuera, un acto de autodestrucción prolija-

mente planeado al que se impidió tener efecto por una intervención oportuna tendría que clasificarse como inofensivo.

Algunos autores denominan "serio" a un intento si produjo una severa disfunción física o si la intención suicida fue seria. Pero existe otro aspecto que tiene que ser tomado en cuenta: la posibilidad de intervención del medio. Una dosis letal de un narcótico ingerida con intento genuino en una situación, en la que se pueden suministrar medidas contra-atacantes puede no poner seriamente en peligro la vida. Por otra parte, una dosis extra relativamente pequeña tomada despreocupadamente por una persona con precaria salud, en una situación en la que no se puede proporcionar ninguna ayuda, puede ser fatal. Si el grado de peligro para la vida tiene que ser el criterio de la seriedad de un intento de suicidio, hay que tener en cuenta tres aspectos:

- 1) La amenaza potencial a las funciones corporales.
- 2) El grado del intento suicida.
- 3) La constelación social en el momento del intento, vale decir, las oportunidades de intervención del medio.

La mayoría de los actos suicidas fatales tienen un alto rango por lo menos en dos de los tres criterios. Para dar un ejemplo: un intento suicida en una persona que toma en su hogar una dosis excesiva de tabletas para dormir con una fuerte intención suicida, y a quien encuentra inconciente un miembro de su familia, no se va a ubicar tan alto en la escala de seriedad como un intento similar realizado en un cuarto de hotel o en un páramo solitario. Desde este punto de vista, solo una minoría de actos suicidas fatales y no fatales, se clasifican con los índices máximos.

El fracaso del intento suicida puede ser debido a cualquiera de las causas siguientes:

1. - Sentir que el propósito puede no haber sido suficientemente poderoso.
2. - El acto puede haberse llevado a cabo sin mucha decisión por no ser enteramente genuino.
3. - El sujeto desconocía las limitaciones del método.
4. - El sujeto carecía de juicio y determinación por enfermedad mental.

Dentro del suicidio, los autores consideran diferentes variantes, que se pueden aplicar a los intentos fallidos de suicidio.

Henry Ey distingue tres variantes de suicidio:

1. - El raptus suicida. Las reacciones violentas, inconcientes, amnésicas; este impulso actúa como irresistible necesidad de morir.
2. - El suicidio impulsivo. - Que es secundado por cambios intelectuales y afectivos. La idea de suicidio emerge de un estado doloroso de la conciencia, ideas melancólicas, de desesperanza, etc. Se trata de una conciencia mórbida en la que hay pánico. Es una reacción en la que existen componentes pasivo afectivos.

3.- El suicidio delirante. El suicidio está en relación con ideas delirantes y paranoides, la idea de suicidio se carga de aspectos religiosos. Puede constituir una reacción de defensa con la que se pone fin a una serie de huidas, para escapar de la influencia del círculo mágico que el mismo paciente se ha creado.

Gabriel Deshaies distingue diversas formas de suicidio:

- 1.- Suicidio automático. Se realiza espontáneamente y sin el concurso directo de la voluntad del sujeto. Tenemos por ejemplo el impulso repetitivo de tomar pastillas tranquilizantes, con el fin de encontrar sueño o sedación de la angustia.
- 2.- Suicidio emotivo. Esta reacción se debe al proceso emocional que vive el sujeto en ese momento. La angustia melancólica o la cólera hacen que el sujeto no pueda dirigir su agresión a otros.
- 3.- Suicidio pasional (emotivo, religioso o político). El sujeto vive un drama, se encuentra lleno de insatisfacción, llega a un paroxismo emocional.
- 4.- Suicidio paralógico. Algunos enfermos presentan una conducta suicida calificada de lógica; puede ser largamente reflexionada, y resultar de la lógica interna del individuo.
- 5.- Suicidio colectivo; Es el cometido por dos o más personas, consentido por cada una de ellas y cometiendo el mismo acto; al menos en la misma situación.
- 6.- Suicidio post-agresión. Puede tener un valor defensivo, punitivo o de autosacrificio.
- 7.- Suicidio disimulado. El enfermo trata de disimular su suicidio y organiza una escena destinada a hacer creer que su muerte ha sido natural o accidental.
- 8.- Los equivalentes suicidas. Hay enfermos que tienen el deseo de morir "solo un poco", y se practican mutilaciones menores, o suspenden más o menos voluntariamente su alimentación, en ellos predominan los sentimientos masoquistas.
- 9.- Suicidio simulado. Carece de sinceridad, hay teatralidad y, en general, son simulaciones sin peligro mortal para el sujeto. El chantaje de suicidio posee un carácter utilitario, ya sea en el orden material o en el moral; de esta manera el individuo resuelve un conflicto o escapa de un castigo.
- 10.- Suicidio infantil. Es practicado muy raramente antes de la pubertad, y es por lo general de tipo imaginativo, por imitación. Y alguna vez es de tipo emotivo-impulsivo, por cólera o venganza; corresponde al modo de reaccionar en el niño.

Durkheim, indica tres tipos de suicidio, de acuerdo con el tipo de perturbación en la relación entre la sociedad y el individuo:

- 1.- Suicidio egoísta. Un anormal individualismo trae como consecuencia un debilitamiento del control de la sociedad y reduce la inmunidad del sujeto contra la inclinación suicida colectiva. Este tipo de suicidio es efecto de la falta de interés del individuo por la comunidad y del hecho de estar insuficientemente integrado en ella.
- 2.- Suicidio altruista. La gente sobre la que la sociedad tiene una influencia demasiado estricta y que a la vez posee muy poco individualismo puede ser impulsada a la autodestrucción por excesivo altruismo y sentido del deber. Esta clase de suicidio era más común en las sociedades primi

tivas que en las altamente desarrolladas. A esta categoría pertenecen el anciano y el enfermo que quieren aliviar de si mismos a la sociedad; las mujeres que siguen a sus maridos en la - - muerte; los secuaces o sirvientes que se mataban tras la muerte de sus jefes. El autosacrificio de los mártires y el hara-kiri de los oficiales japoneces eran suicidios de este tipo. El suicidio altruista inspiraba respeto y admiración. El número de estos suicidios es pequeño.

3. - Suicidio anómico. Si la sociedad fracasa en el control y la regulación de la conducta de los individuos, estado de cosas que Durkheim llamó anomia, el suicidio se hace más frecuente. El declinar de las creencias religiosas, la excesiva relajación de los códigos profesionales y maritales, son manifestaciones de la anomia. Desembocarán en trastornos de la organización colectiva, que a su vez reducen la inmunidad del individuo contra las tendencias suicidas.

CAPITULO IV

SUICIDIO Y ENFERMEDAD MENTAL

Se sostiene que ninguna persona sana mental y emocionalmente se da muerte, y por lo tanto todo individuo que lo hace sufre una enfermedad mental, al menos en el momento del acto. Se considera a una persona como mentalmente enferma si presenta alteraciones psicopáticas. Freud puso empeño en mostrar que entre la salud y la enfermedad mental puede trazarse una línea continúa en la que se sitúan múltiples estadios intermedios. De hecho todos los atributos de la personalidad patológica son en cierto grado observables en todas las personas. El considerar que las diferencias entre lo normal y lo patológico sea de tipo cuantitativo y cualitativo ha permitido unificar el campo de la psicología con el de la psicopatología y ha facilitado la vinculación de ambas con la medicina.

El concepto correcto de enfermedad contiene aun elementos residuales del pensamiento primitivo y mágico. La enfermedad sigue siendo vista como "algo que sobrecoge", que ataca a ciertos individuos desde afuera. Una buena parte de los síntomas, tanto en las enfermedades mentales como en las orgánicas, se entienden mejor como procesos adaptativos del organismo, como interacciones entre las fuerzas defensoras y las ofensoras. Este concepto de enfermedad ha sido, desde Freud, ampliamente usado en el campo de la psicopatología, donde los síntomas son entendidos como intentos de restaurar un equilibrio que ha sido alterado por condiciones internas o externas. La enfermedad no es suficientemente comprensible como un evento aislado sino como algo que se encadena en forma indisoluble con el resto de la psicobiografía personal.

Vamos a enumerar aquellos trastornos frecuentes en los pacientes que llevan a cabo suicidio o intento de suicidio.

En los límites de la normalidad hay un estado psicológico que presenta características parecidas a las que ofrece el estado depresivo patológico. Este estado es el de duelo; es decir, el estado de tristeza en que se encuentra un individuo que ha sufrido una pérdida importante, por ejemplo la muerte de una persona querida, o bien una pérdida material importante. En ese periodo de duelo la apreciación de la realidad sufre asimismo una perturbación parcial; al individuo la vida le parece poco interesante, el mundo incoloro y hasta desagradable; sus propias actividades las realiza de un modo mecánico. A veces se presentan también en él tendencias auto-agresivas. Pero después de un tiempo más o menos largo, el componente emotivo de los recuerdos se hace menor y el dolor es también menos intenso. El sujeto se encuentra mas libre; el duelo ha sido superado. Este es el duelo que podría llamarse normal. La posibilidad de que durante él se cometiera suicidio o intento de suicidio es remota, sin embargo, posible.

1.- Factores Genéticos.- El problema de la herencia en el suicidio. La cuestión del suicidio familiar es un problema poco investigado científicamente. La gente tiende a creer que la tenden-

cia al suicidio es hereditaria. Se han observado varias familias donde parecía que así era, pero por muy sorprendentes que puedan parecer sus ejemplos, no constituyen la prueba científica -- convincente de que el suicidio sea hereditario, y existen datos demostrativos de que tales casos pueden ser explicados sobre una base psicológica. Superficialmente existe el elemento de su-- gestión. Pero más profundamente el Dr. Garma nos habla sobre el hecho conocido de que los - deseos inconcientes de muerte alcanzan su máximo desarrollo en los miembros de la familia y cuando un miembro de ella muere o se suicida, esos deseos inconcientes de los otros miembros son inesperadamente satisfechos. Esto produce una poderosa y repentina oleada de sentimientos de culpa, que reemplazan el deseo de asesinar ahora satisfecho. Esta oleada puede ser tan - -- grande y poderosa que el culpable siente la necesidad de ser castigado con la muerte. Algunas veces en sus fantasías oníricas el individuo se ahorca, se suicida de alguna otra forma o trata de ser sentenciado a prisión perpetua. En otros casos el elemento de sugestión señala el camino -- para el verdadero autocumplimiento de la sentencia de muerte. En el caso de suicidio de va-- rios hermanos no podemos menos de sospechar la existencia de una estructura psíquica parale-- la, a consecuencia de una constitución común por una parte, y por otra está el ambiente fami-- liar traumatizante; esto explicaría la conducta paralela, las reacciones similares. Por lo - tanto basándonos en estas razones podemos decir que es innecesario invocar la herencia para explicar el suicidio múltiple en una misma familia.

2.- Trastornos Psiconeuróticos en que con cierta frecuencia se observa que el paciente lleva a cabo al suicidio o el intento de suicidio.

a) En la depresión, predominan sentimientos de culpa, existen autoreproches intensos. Hay - -- pérdida de confianza, desaliento, desinterés, perturbación del apetito, del sueño e incapaci-- dad para el trabajo; estas características aparecen como desproporcionadamente intensas en - -- relación con una situación frustrante. Lo que ocurre es que por circunstancias internas, la pér-- dida real tiene implicaciones más graves para el sujeto. En el deprimido se observan fuertes - -- tendencias suicidas. Desde el punto de vista del yo, el suicidio, es ante todo, una expresión - de la terrible tensión producida por el super yo, que se ha hecho insoportable. A menudo ex-- presa el pensamiento pasivo de renunciar a toda lucha activa. La pérdida de la auto-estima es tan completa que se abandona toda esperanza de recuperarla. Hay una mezcla de sumisión y rebelión que constituye un punto culminante en la acusadora ostentación de desdicha, desti-- nada a forzar el perdón.

b) En la histeria, las características psíquicas, en especial las emocionales, son de tipo inma-- duro o puberal. Se trata de individuos infantilmente egocéntricos, egoístas, vanos, a quienes les gusta ser el centro de atención; encuentran placer en exhibir sus virtudes, son sensibles en exceso, irritables, petulantes, muestran estados de ánimo fugaces y opuestos, mal humor, po-- ses y sentimientos histriónicos, entusiasmos fugaces que suelen representar identificaciones. - Desean la inmediata satisfacción de sus deseos para evitar esfuerzos encaminados a lograr tal - objetivo. Tales personas exageran cualquier síntoma físico existente. Debido a su sensibilidad, pueden mostrar autodesprecio, remordimiento o aflicción. Su egocentrismo infantil y su fan-- tasía interior, les hace poco aptos para vivir en la realidad del adulto. El Dr. Noyes señala --

que son dados a "hacer los ademanes" de un suicidio, y que tales actos no llevan implícita la intención de morir. La amenaza del aparente intento es utilizada por el histérico para controlar su ambiente, para ganar atención, para estimular simpatía o para hacer que los demás, asustados, se sometan a él. Profundizando en su patología podemos encontrar que generalmente las personas que "hacen los ademanes del suicidio", con frecuencia están sumamente necesitados de protección, de atención afectiva, y debido a su inmadurez son incapaces de lograr una satisfacción a sus demandas por medios adecuados, a nivel adulto.

c) La Angustia, puede describirse como una intranquilidad penosa de la mente, como un estado de tensión excesiva, acompañada de un terror inexpresable. Puede surgir en cualquier situación que constituya una amenaza para la personalidad. La angustia puede surgir cuando los auto-requerimientos y la seguridad de la personalidad son amenazados por el hecho de que la represión está en peligro de ceder ante sentimientos inconscientes agresivos u hostiles o ante deseos sexuales prohibidos. Habitualmente el enfermo con una reacción de angustia se siente fatigado en forma crónica y suele quejarse de incapacidad para concentrarse. Algunos pacientes expresan miedo de "estar volviéndose locos". Habitualmente el enfermo que sufre ataques de angustia crónica se ve sujeto a ataques agudos de angustia; entonces su inquietud es aguda, presenta mecanismos psicofisiológicos como son la hiperventilación, experimenta dificultad para dormir, lo inquietan sueños aterradores, lo aquejan temblores de grandes oscilaciones o escalofríos y se queja de sensaciones como "una venda alrededor de la cabeza" o de "un aleteo en el estómago". Es olvidadizo y parece preocupado sin saber porqué. Se siente demasiado cansado para intentar algo constructivo y en forma continua busca una explicación física de su penoso estado mental. El cuadro clínico puede estar matizado por una situación traumática; un buen ejemplo de esto son los ataques de angustia de la neurosis de carácter y los estados hipocondríacos.

3.- Trastornos Psicóticos.-

a) En la depresión psicótica los síntomas más aparentes son depresión profunda, angustia, agitación, hipocondria, falsas preocupaciones de pecado, de indignidad, de enfermedad y de muerte inminentes, tan habituales en la melancolía. Los sentimientos de culpa explican en parte la gran decepción emocional y muchas de las falsas percepciones. El paciente se hace responsable de la suerte de los demás; siente que ha infectado, deshonrado o dañado a su familia, afirma que está a punto de ser despedazado en forma horrible, y que merece tal suerte, que la espera con miedo intenso y rogando piedad; esto indica un deseo ambivalente de morir y de vivir. Las penas y las insatisfacciones interiores se racionalizan en forma de enfermedad física, produciendo así la hipocondria que tan frecuentemente se observa. Es así como el enfermo llega a creer que su intestino está obstruido, que no tiene estómago o que su cerebro "se ha secado".

b) En la esquizofrenia, especialmente en los primeros estadios de la enfermedad, es cuando pueden experimentar el siniestro sentimiento de una catástrofe inminente. Su conducta externa todavía puede ser completamente normal. Algunos de los misteriosos e inesperados suicidios de personas jóvenes son atribuibles a este trastorno, que en una proporción de casos es una enfermedad mental crónica, con alucinaciones y delirios. Ocasionalmente los esquizofrénicos se matan

bajo la influencia de las voces que les ordenan hacerlo (alucinaciones imperativas) o bien para escapar a las persecuciones (raptus alucinatorios).

c) La psicosis maniaco-depresiva, es una condición caracterizada por episodios de depresión y manía que se inicia comunmente en individuos de ambos sexos entre los 30 y los 40 años.

La depresión se inicia gradualmente con pérdida de interés y de confianza; fatiga, insomnio, anorexia y dificultades para concentrarse mentalmente. El enfermo deja de disfrutar del trabajo o de las diversiones y su atención se concentra cada vez más en si mismo. Estos síntomas tempranos son muy semejantes a los de la depresión neurótica. Si la condición progresa hasta llegar a la psicosis, el enfermo se llega a encontrar incapacitado para sus actividades habituales. Su pérdida de interés en las cosas y en los contactos interpersonales puede llegar al estuportor. El enfermo descuida su apariencia personal; sus pensamientos son monótonos y restringidos. El contenido es siempre de auto-despreciación y desesperanza. La preocupación con la idea del suicidio es universal y los intentos son comunes. En algunos casos las ideas se hacen más francamente delirantes y el enfermo habla de haber cometido un pecado imperdonable o exhibe ideas nihilistas (delirio de negación).

El estado maniaco es la culminación de una temporada de conducta exuberante en la que el enfermo pierde recato, prudencia y discreción. En un estado de excitación y de alegría poco justificadas, el enfermo se vuelve exhibicionista, seductor, impulsivo y gastador. La conducta del enfermo en estado maniaco carece de propósito; habla, rie y grita desordenadamente (hiperprosexia). Su contacto con el ambiente es débil y superficial. Responde rápidamente a los estímulos provenientes del mundo exterior, en contraste con el esquisofrénico que los ignora. El enfermo maniaco pasará rápidamente de un tópicoo a otro (incoherencia), no sobre la base de asociaciones lógicas del pensamiento, sino de similitudes de sonido, o estímulos circunstanciales como luces, objetos, etc. Las ideas expresadas por el maniaco abundan en grandiosidad, en temas eróticos y agresivos. Aunque el tono afectivo es de una alegría desmesurada, el enfermo es irritable e impaciente. El suicidio puede surgir como un raptus maniaco por una sobrevaloración del yo.

d) Psicosis involutiva, se desarrolla hacia los 50 y 60 años. El trastorno parece estar específicamente relacionado con los problemas de ese período de la vida. Siempre está presente un grado variable de depresión. En los casos ligeros se manifiesta por indecisiones, sentimientos de ineficiencia, dificultad para la concentración en el trabajo mental, etc. Las quejas somáticas son comunes, particularmente el insomnio, la anorexia y la constipación. En los casos graves se presenta una agitación violenta que impide al paciente permanecer quieto. Las ideas delirantes y alucinaciones son síntomas frecuentes. El contenido mental es característicamente hostil y autodespreciatorio. Las ideas de pecado y de castigo predominan, algunas veces en forma franca y otras proyectadas como ideas delirantes de persecución. El delirio nihilista indica un pronóstico mas grave, así como las ideas paranoídes y la falta de afectividad. Frecuentemente la aparición de la impotencia sexual determina la pérdida del interés vital.

3.- Trastornos de la personalidad.-

La personalidad psicopática se manifiesta mediante una conducta resueltamente antisocial que no es influida por las normas culturales. El sujeto vive en pugna tanto con la sociedad como consigo mismo y realiza actos que acusan una deficiencia en su sentido de responsabilidad. Su conducta es socialmente destructiva, autodestructiva o ambas cosas a la vez. En ocasiones se ve claramente una sucesión que consiste en actuar en forma destructiva e inmediatamente después en forma que sea conducente al castigo. El carácter inexorablemente repetitivo de los actos es característico. Carecen de la capacidad de aprender por experiencia, se arrepienten superficialmente, reconocen sus yerros y los repiten en corto plazo. En estos estados el suicidio es raro o bien como en el histérico el intento sirve para manipular el ambiente.

a) Hábitos tóxicos.- En ellos intervienen factores específicos de la personalidad y del ambiente, que gobiernan también la selección de la droga.

El alcoholismo, se caracteriza por el uso compulsivo del alcohol, en forma repetida, para la satisfacción de necesidades básicas de la personalidad. El alcohol se vuelve progresivamente sustituto de otras formas realistas y socialmente integradas de satisfacer esas necesidades. Los alcohólicos crónicos son generalmente sujetos débiles de carácter, pasivos, dependientes, receptivos; que se desalientan fácilmente, tienden a huir de la verdad. Se trata de sujetos con poca iniciativa y perseverancia que muestran en sus actos poca responsabilidad; que en sus relaciones con la demás gente trata de obtener mucho y dar poco. En general sus relaciones con los demás solo son importantes para él en tanto que contribuyen a su satisfacción o seguridad. El alcohólico se relaciona mejor con gente de su propio sexo, debido a que las demandas son menores que en las relaciones con personas del otro sexo. Gradualmente pierde respeto y prestigio y esta pérdida de estimación hace que sea más necesario para él continuar negando la realidad. El período post-crítico puede llevarlo al suicidio.

Las drogas, el mayor grupo de adictos está formado por individuos con trastornos de la personalidad, que se vuelven adictos por el contacto con personas ya habituadas. La mayoría de los miembros de este grupo son personas emocionalmente inmaduras, hostiles y agresivas, que toman las drogas con objeto de aliviar su tensión interior. Tienen muy pocos recursos o intereses sanos y sus motivaciones son impulsos coercitivos inmaduros, encaminados a objetivos inmediatos. El futuro adicto encuentra en la droga una liberación de la tensión; experimenta dicha tensión como una necesidad incesante de obtener sensaciones exóticas o placenteras o de satisfacer el anhelo de júbilo y paz artificiales. La incomodidad consciente se elimina, los impulsos reprimidos pueden liberarse y se añade la irresponsabilidad. Otro grupo está formado por personas francamente neuróticas, con angustia y síntomas obsesivos, compulsivos o psicofisiológicos, que encuentra alivio a través de las drogas. Un tercer grupo lo constituyen personas que han recibido drogas durante el curso de una enfermedad y que continúan usándolas después de que la dolencia ha desaparecido. No obstante, es probable que todas las personas que adquieren el hábito o acostubramiento en esta forma, tengan algún problema emocional fundamental que los ha hecho prolongar el uso de las drogas más allá del período de necesidades médicas. Fournier, ex-

presa "no se hace tóxicomano sino el que quiere". Se necesita una condición previa, muchos -- adictos han sido alcohólicos antes de aficionarse a las drogas; prácticamente en todos los adic-- tos, su adaptación previa a la vida ha sido marginal o insatisfactoria.

La adicción a los barbitúricos también señala una dificultad primaria en la personali-- dad. Muchos psiconeuróticos se vuelven adictos a los barbitúricos a través de sus prescripciones para el insomnio. Las personas con trastornos de carácter comienzan a utilizar las drogas con -- objeto de experimentar su efecto sedante. La persona que ha ingerido grandes dosis de barbitú-- ricos muestra dificultad para pensar, poco juicio, inestabilidad emocional, alteración de los -- controles del yo, obnubilación de la conciencia, alucinaciones y falsas percepciones. Cuando la intoxicación es crónica, el paciente se muestra confuso, somnoliento y deprimido; su funcio-- namiento intelectual está alterado y hay una regresión en los hábitos. Suele ser emocionalmen-- te inestable, malhumorado y pendenciero, y si lo irritan incidentes mínimos o insultos que él -- imagina puede atacar físicamente a otras personas (irritabilidad del humor). Se vuelven hosti-- les y desarrollan ideas paranoides. Los signos neurológicos incluyen nistagmus, disartria, ata-- xia, temblores de manos, lengua y párpacos así como trastornos pupilares.

b) Las desviaciones sexuales. -

La homosexualidad es un trastorno cualitativo del instinto sexual, en el cual la gratificación -- erótica se realiza en la proximidad del sexo homólogo en forma preferente. Estos sujetos pre-- sentan una conducta sexualmente errática, a veces psicopática; su naturaleza es repetitiva, -- compulsiva y de patrón constante. Se considera que las perversiones sexuales tienen una psico-- patología básicamente psiconeurótica y por lo tanto son una enfermedad mental. Tienen un -- motivo real, que consiste en satisfacer los aspectos agresivos o de tipo inmaduro y desviado del componente psicosexual de la personalidad. Es una forma de actividad sexual muy sui generis y satisface ciertas necesidades muy específicas que la actividad sexual normal no puede satis-- facer. Los homosexuales son personas con trastornos de la personalidad profundamente asentados y la desviación sexual es solo una manifestación de dichos trastornos. El sujeto exhibe además de su desviación rasgos psicopáticos francos, en ocasiones llega a experimentar sentimientos -- depresivos importantes y tendencia a la auto destrucción. La propensión a la desviación y el -- patrón de la misma están determinados por influencias emocionales, ambientales y de otro -- tipo, que moldean la personalidad durante los primeros años del desarrollo. Investigaciones -- profundas en el terreno de la genética parecen demostrar la existencia de una base a nivel de -- cromosomas en la constitución psicofísica del homosexual. El narcisismo tan fuerte en ellos -- casi siempre los protege contra la tendencia suicida.

5. - Deficiencia Mental. -

Comprende los casos en que hay un déficit global en las diferentes funciones mentales, por lo -- que estos sujetos no pueden vivir como personas normales. Estos casos son de nacimiento, con-- génitos o genéticos, o bien es una deficiencia mental adquirida, por las causas conocidas de la patología: infecciones tóxicas, traumáticas, vasculares, metabólicas, degenerativas, etc. En --

estos individuos el riesgo suicida es bajo; generalmente lo llevan a cabo por imitación e impulsividad.

CAPITULO V

PRESENTACION, ANALISIS Y RESULTADOS DEL MATERIAL

Esta investigación se llevó a cabo en el Servicio de Psiquiatría del Hospital General - del Centro Médico Nacional del I.M.S.S.

Se escogieron 100 casos al azar. Se trata de personas de diferente sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación. Para estudiar al paciente se llevaron a cabo: estudio clínico, estudio psiquiátrico, estudio social, elaboración de historia psicobiográfica, entrevistas a familiares y personas cercanas emocionalmente al paciente; estos estudios se completaron con la aplicación de una batería de pruebas psicológicas, que comprende pruebas psicométricas -- (WAIS), y proyectivas (Rorschach, Machover, T.A.T. y Frases Incompletas). Posteriormente se llevaron a cabo entrevistas psicoterapéuticas con el paciente. Día a día se convivió con -- ellos no solo observándolos en su conducta y en su relación hospitalaria, sino también durante dos horas diarias en las que se llevaban a cabo, en grupo, trabajos de tipo manual.

El momento de aplicación de las pruebas psicológicas tuvo algunas variantes; por lo -- general la aplicación se llevó a cabo durante los primeros dos o tres días después de su ingreso, siempre que sus condiciones físicas así lo permitieran; hubo algunos pacientes que pasaban varios días somnolientos aun por la medicación ingerida, o bien con dolores molestos a causa de los diferentes tratamientos que les fueron administrados; en estos casos se esperaba a que su -- condición física mejorara, entonces la aplicación de pruebas se retardaba alrededor de 5 días, según lo ameritara cada caso.

El promedio de estancia hospitalaria fue de 20 días y el costo de cama-día por paciente de \$ 425.00. Las sesiones psicoterapéuticas continuaron desarrollándose en la consulta ex-- terna del mismo Servicio.

A cada uno de estos 100 pacientes se les hicieron los estudios clínicos y psiquiátricos - antes mencionados. En lo referente a pruebas psicológicas procedí de la siguiente manera:

Una vez aplicada la batería completa a un sujeto, hice la interpretación de cada prueba y con los resultados integré cada estudio psicológico. Durante dos años reuní los 100 estudios a los que hago mención en este trabajo. Continué a englobar los datos, tomando en cuenta los que aparecían con mayor frecuencia en los estudiados. Investigué con especial interés; coeficiente intelectual, nivel de aspiraciones, tipo de relaciones con los demás, modo de experimentar sus afectos, conflicto central y forma de enfocarlo, percepción de su medio ambiente, principales sentimientos, necesidades más apremiantes y sus conceptos sobre si mismos, sobre la vida y la muerte.

Estos datos los presento mediante gráficas, hechas en base el tipo de características que se presentaron en forma predominante en estos sujetos. Es evidente que las vivencias de cada persona son complejas y difíciles de desglosar, aquí se trata solo de una clasificación de componentes dominantes. Deseo aclarar que varios de los componentes de algunos cuadros, como son por ejemplo los referentes al tipo de necesidades y de afectos, pueden estar presentes en una misma persona, ya que es muy difícil experimentar solo un sentimiento o una sola necesidad emocional.

También me parece importante hacer notar que el hecho de que hayan sido agrupados por orden de frecuencia estadística determinados hallazgos emocionales, no quiere decir que la persona que presente algunos de estos rasgos sea potencialmente suicida, ya que toda conducta está en relación con la estructura de la personalidad y con el medio ambiente.

Con el fin de tener una idea precisa sobre los estudiados, presento los siguientes datos:

Sexo.- El 25% correspondió a hombres y 75% a mujeres.

Edad.- Adolescentes (de 12 a 19 años) -----	18.77%
Adultos jóvenes (de 20 a 39 años) -----	65.17%
Adultos (de 40 a 60 años) -----	13.39%
Ancianos (de más de 60 años) -----	2.67%

Estado civil.- Casados 62% Solteros 38%

Ocupación.- 30.35% actividades intelectuales
 69.65 actividades manuales, entre estas se incluyeron las labores domésticas.

Posición económica.- Clase socio-económica baja, la mayoría.
 Clase media alta, poco representada.
 Clase alta, es excepcional.
 Debe considerarse que la muestra representativa corresponde a la población derecho habiente del I. M. S. S.
 El 95% poseían trabajos estables.

Religión.- 62% católicos, la mayoría, no practicantes.
 16% indiferentes
 14% moderadamente religiosos
 4% sin religión
 4% muy religiosos

En cuanto a los datos clínicos se tienen los siguientes:

Diagnóstico psiquiátrico.- Reacción psiconeurótica----- 82%
Alteraciones de personalidad--- 12%
Reacción psicótica ----- 6%
En las reacciones psiconeuróticas hay subdivisiones:
51% depresivas
42% histéricas
7% mixtas

Antecedentes clínicos.- 49% tenían antecedentes psiquiátricos
42% sin antecedentes psiquiátricos
9% no se obtuvo información

Intentos anteriores.- 56% sin intentos previos
24% había tenido un intento anteriormente
10% había tenido dos intentos anteriores
10% había tenido tres o más intentos

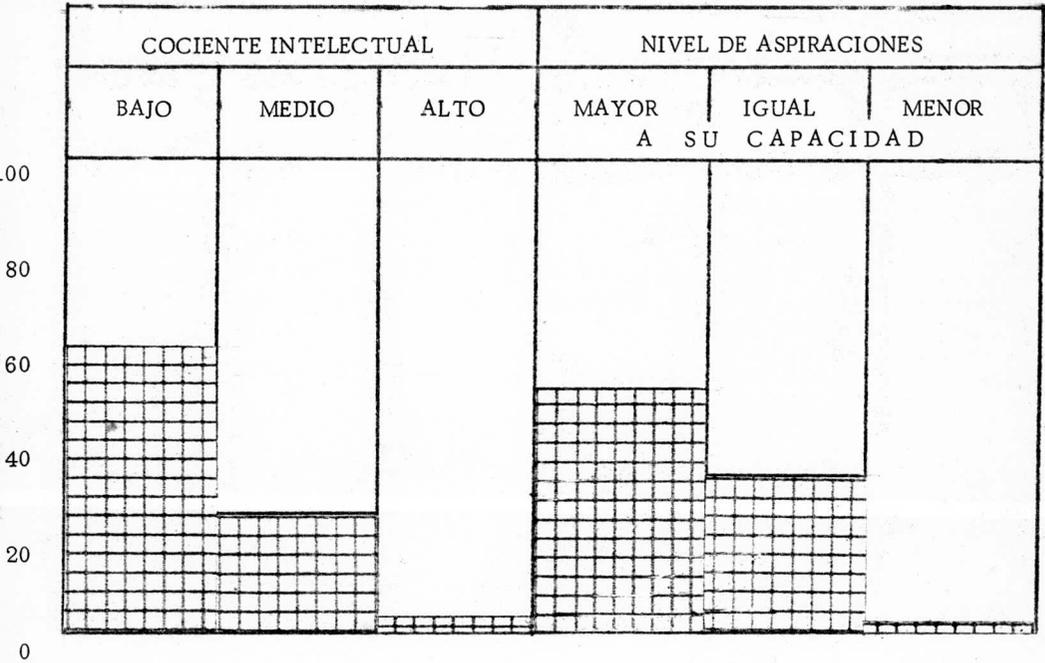
En relación directa con el intento de suicidio se obtuvieron los siguientes datos:

Medio utilizado.- 94% drogas 5% arma blanca 1% arma de fuego

Lugar del intento.- 95% en su domicilio particular
5% en su lugar de trabajo o en sitios públicos

Hora del día.- En orden de frecuencia:
Noche (de las 18 a las 24 hrs.)
Tarde (de las 12 a las 18 hrs.)
Mañana (de las 6 a las 24 hrs.)
Madrugada (de las 24 a las 6 hrs.)

Estación del año.- Invierno 33%
Verano 26%
Primavera 22%
Otoño 19%

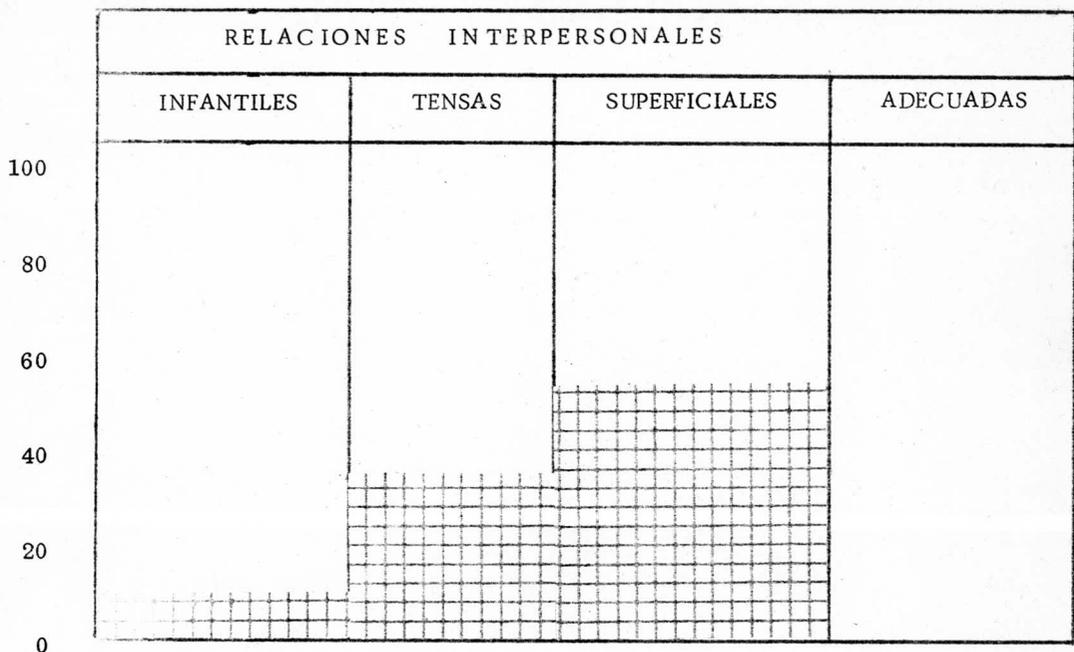


En cuanto a coeficiente intelectual se encontró que:

- El 64% rendía como normal bajo
- El 28% rendía como normal promedio
- El 8% presentó una inteligencia normal alta

En cuanto a su nivel de aspiraciones:

- 58% presentaron aspiraciones mayores a su capacidad productiva, por lo que no podían ser satisfechas.
- 36% presentaron aspiraciones que sí estaban en relación con su productividad y realización personal.
- 6% presentaron pobreza en sus aspiraciones, siendo estas inferiores a sus capacidades productivas; se encontró que se trataba de sujetos con profundos sentimientos depresivos que les impedían interesarse por lo que ocurre a su alrededor, por ellos mismos, y por la posibilidad de realizarse.



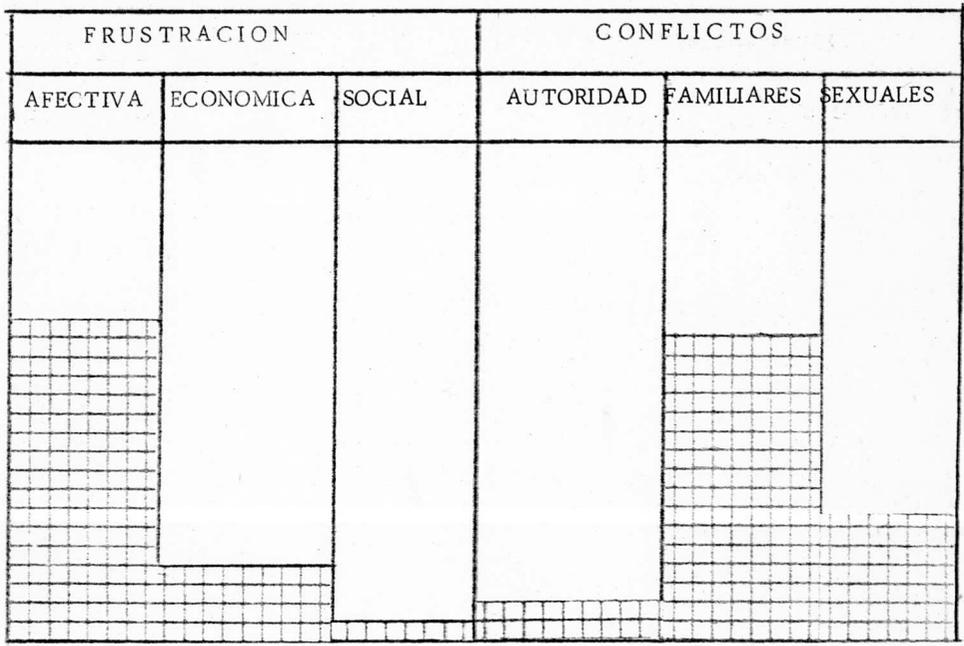
En este cuadro se analiza que tipo de afectividad predomina en las relaciones interpersonales. Se observa que:

El 10% presenta una afectividad infantil, incontrolada, se trata de personas impulsivas, que se dejan llevar por sus emociones mas que por un tipo de control racional.

El 36% de la población estudiada mostró ansiedad al relacionarse con otros. Los conflictos existentes en sus relaciones interpersonales eran parcialmente conscientes, y por lo mismo estaban causando ansiedad en el paciente. Estos conflictos se derivaban de experiencias tempranas que implicaron conflictos, con frecuencia originados por una autoridad que hacía sentir como culpable al paciente.

El 54% mantenía relaciones superficiales, con el fin de evitar conflicto, preferían mantener cierta distancia entre las personas que les rodeaban y ellos mismos, principalmente por temor a experimentar un posible rechazo afectivo.

CUADRO No. 3 TIPOS DE FRUSTRACION Y CONFLICTOS PRINCIPALES



En cuanto a las frustraciones experimentadas:

74% eran de tipo afectivo; se trataba de personas cuya demanda afectiva estaba en muchas ocasiones por arriba de lo que realmente se les podría ofrecer; o bien había personas dadas a buscar respuestas afectivas donde no las podían encontrar, o donde esta posibilidad era muy remota.

20% experimentaban frustraciones de tipo económico; estaba presente una difícil situación económica, con la que estaban descontentos y debido a ello no podían satisfacer sus demandas materiales; además eran incapaces de adaptarse a esta situación.

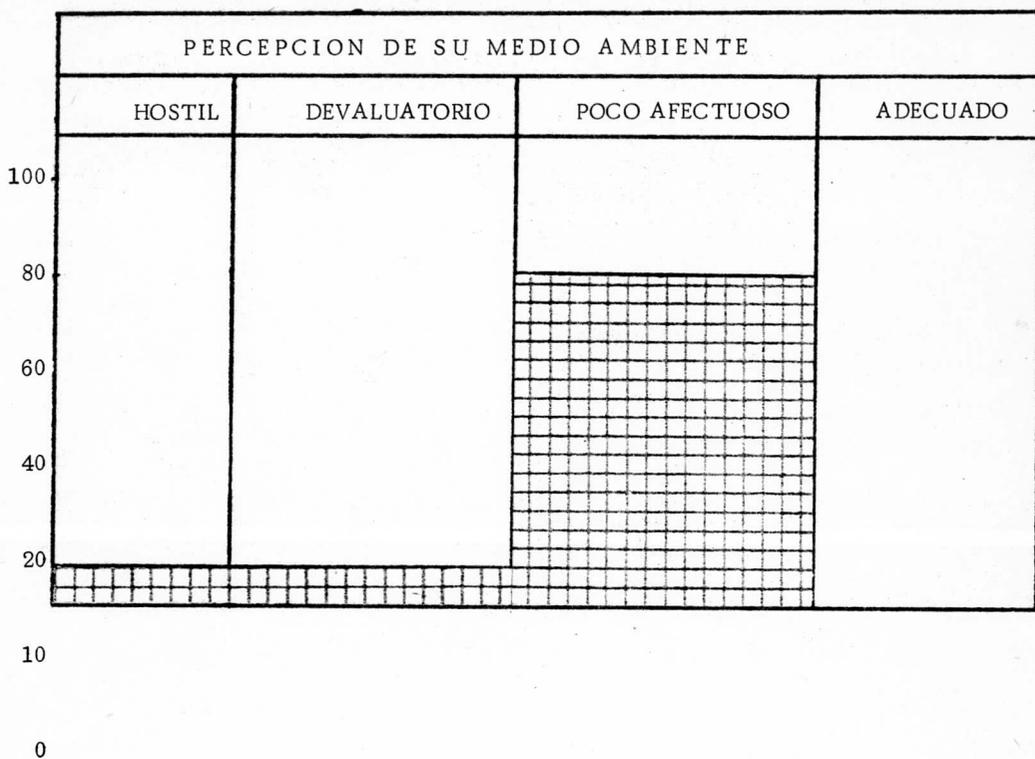
6% otorgaba especial importancia a las frustraciones de tipo social; se trataba de personas preocupadas por las clases sociales, en algunos casos eran personas deseosas de pertenecer a grupos sociales de alta categoría; o bien se sentían incómodos cuando asistían ya a ese grupo y no eran bien acogidos. Presentaban una incapacidad importante para ajustarse a su propio medio. Algunas de estas personas tenían problemas por pertenecer uno de los cónyuges a una esfera social diferente a la del otro cónyuge.

En cuanto a sus conflictos centrales:

En el 10% se trató de conflictos con la autoridad, estando representada ésta generalmente por padres excesivamente dominantes.

En el 64% había conflictos relacionados con la familia, desde luego que aquí se ven mezclados las formas de relación afectiva y la satisfacción o falta de la misma que de ellas se obtenga. Se trataba de personas con desajustes graves en el hogar; que se caracterizaba principalmente - por ser desorganizado, por faltar alguno de los padres, por carecer de algún tipo de control y - por su hostilidad.

En el 26% los conflictos eran de tipo sexual, se trataba generalmente de madres solteras, o bien de solteras que mantenían relaciones sexuales y que en un momento dado eran abandonadas por el compañero. Desde luego que este conflicto está en relación estrecha con aspectos de tipo -- afectivo; sin embargo se hace especial mención de él por tener un valor subjetivo importante - en los pacientes. Este conflicto sexual tenía proyección también en otras áreas, como son la -- familiar y la social. No se encontró que tuviera relación especial con aspecto de tipo religioso. Tampoco se encontró intento de suicidio motivados por impotencia o por frigidez.



En este cuadro se analiza la forma como el sujeto percibe su medio ambiente.

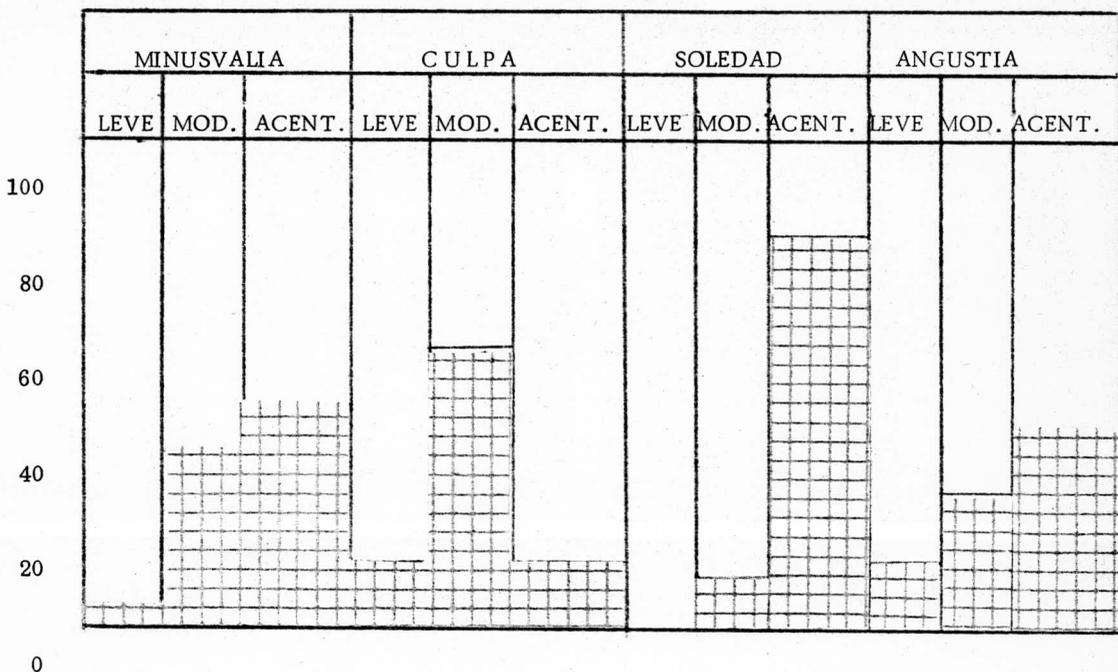
El 14% de los sujetos sentía que su medio ambiente era insatisfactorio; un mundo que por lo general solo les brindaba experiencias traumáticas, y además esto había sido desde la infancia.

El 14% percibía que estaba viviendo en un mundo que en especial los devaluaba, que no les permitía proyectar, expresar, ni desarrollar sus capacidades tanto intelectuales como emocionales.

El 72% percibía en especial, su medio ambiente como poco afectuoso, sin brindarles oportunidad para establecer un contacto afectivo cálido, más bien sentían que se les rechazaba.

Cada una de estas formas de percibir el medio ambiente esta estrechamente ligada entre si, se hace mención especial a cada una por el valor subjetivo que tiene en los sujetos, es decir, otorgan mayor importancia a un aspecto que a otro.

No hubo ninguna persona con un medio ambiente sano, que le brindara oportunidades de realización, satisfacciones y gratificaciones, y por lo tanto carecían de este tipo de percepción. Se puede decir que un medio ambiente sano, es un término ideal y se caracterizaría por ausencia de hostilidad, carencia de frustraciones afectivas y estaría en proporción con las capacidades del sujeto. Para que el sujeto que sienta satisfecho en su medio ambiente, es te debe tener manifestaciones de: afecto, atención y aprobación hacia él.



Se encontró que como sentimientos predominantes aparecían: minusvalía, culpa, soledad y -- angustia, y dentro de cada uno se presentaron variaciones de grado, por lo que se subdividió -- cada uno en tres categorías: leve, moderado y acentuado.

Los sentimientos de minusvalía fueron:

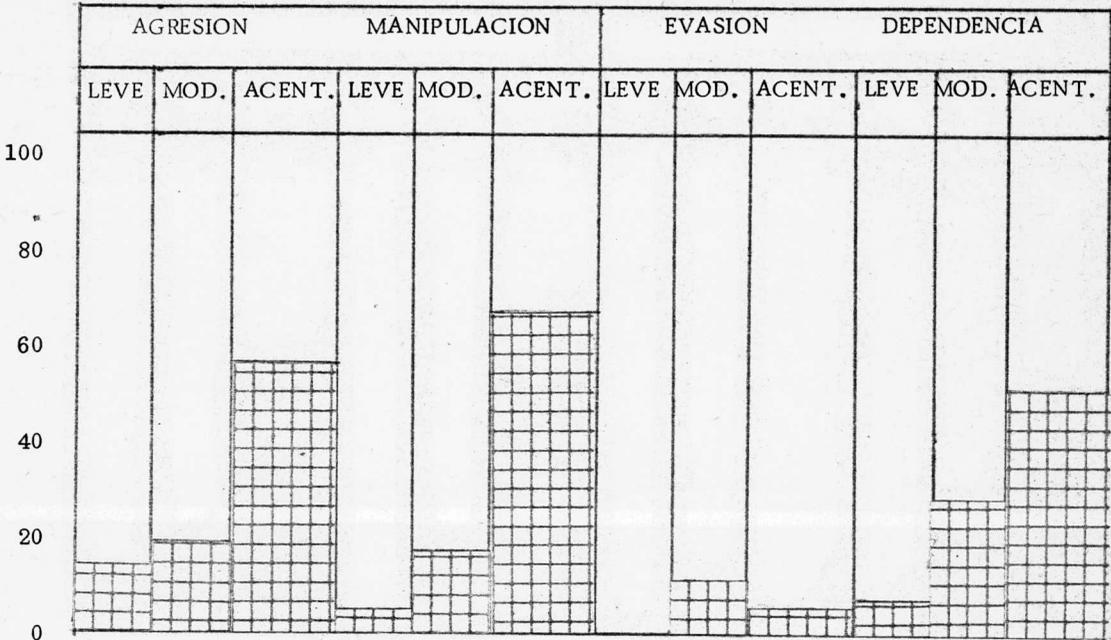
- En el 6% leves
- En el 42% moderados
- En el 52% acentuados

Los sentimientos de culpa:

- En el 18% leves
- En el 64% moderados
- En el 18% acentuados

Los sentimientos de angustia:

- En el 18% leves
- En el 36% moderados
- En el 46% acentuados



Estas son las necesidades neuróticas más sobresalientes. También en este cuadro se les divide - por grado en: leve, moderado y acentuado.

Se encontró que había agresión y hostilidad dirigidas hacia personas importantes, a --- quienes culpaban de sus frustraciones presentes.

En el 18% esta necesidad de agredir fue leve.

En el 22% moderada

En el 60% acentuada

En lo relativo a manipulación, se encontraron sujetos con necesidad de obtener mayor atención y amor de parte de quienes les rodean, así como de ser ellos quienes tomen las decisiones, de acuerdo con sus necesidades personales. Se sienten incapaces de obtener gratificaciones a nivel adulto, y su forma de lograr sus metas es mediante la manipulación.

En 8% de los sujetos esta necesidad fue leve

En el 20% moderada

En el 72% acentuada



En la evasión; se trataba de personas, que se sentían carentes de recursos para tratar de modificar las situaciones conflictivas. Eran, además, personas agotadas emocionalmente, que no deseaban ya esforzarse, sino tratar de hacer a un lado todo aquello que implique mortificación.

Ninguna de estas personas presentó necesidad leve de evasión.

El 16% presentaron esta necesidad como moderada

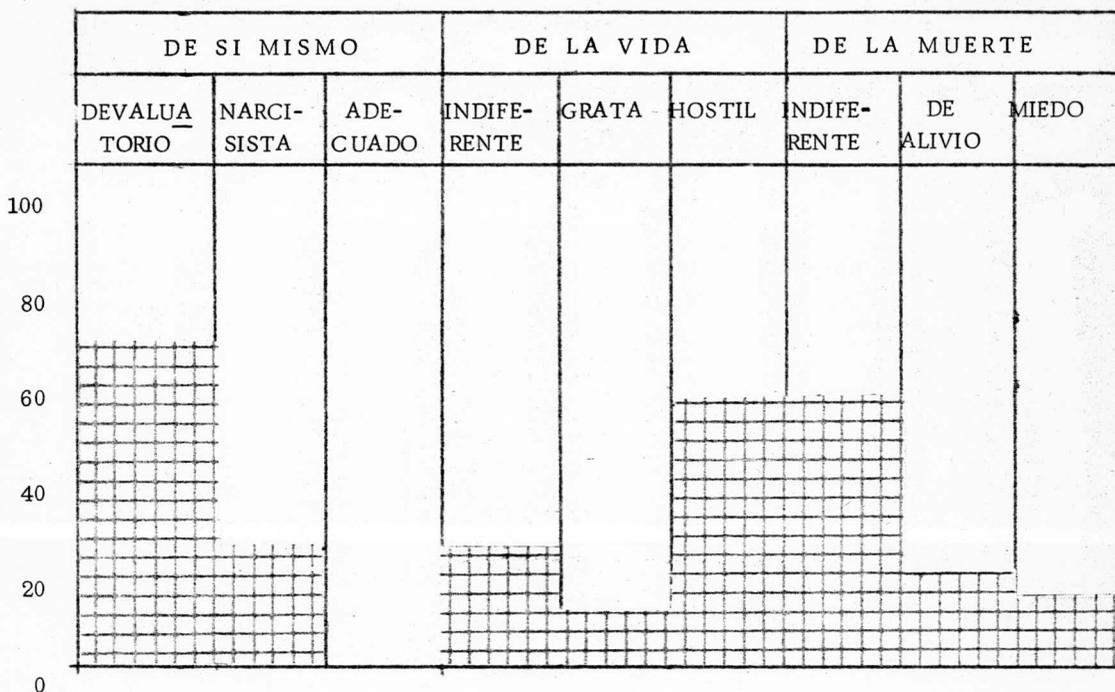
El 8% presentó esta necesidad como acentuada

La necesidad de dependencia; se encontró que parte de pautas de conducta establecidas desde la infancia; se trata de personas que no pueden funcionar como seres independientes y necesitan la continua guía y cercanía, tanto física como emocional de otras personas.

En el 12% esta necesidad fue leve

En el 34% moderada

En el 54% acentuada



En este cuadro se analizan diferentes tipos de conceptos, que los sujetos estudiados valorizan en forma especial; el concepto de sí mismo, de la vida y de la muerte. Cada uno de estos conceptos se ha dividido en tres distintas categorías, para mejor comprenderlos.

Concepto de sí mismo:

En el 72% de los individuos fue devaluatorio, se consideraban inferiores a sus capacidades, debido principalmente a sus sentimientos depresivos.

El 28% se consideraba sobrevalorado en relación con personas y con el medio que le rodeaba.

Ninguna persona presentó un concepto real y adecuado de si mismo, carecían de conciencia de sus capacidades y de sus limitaciones.

Concepto de la vida:

Para el 28% la vida carecía de aliciente, y la postura de los pacientes hacia la vida era de --- apatía.

Para el 12% la vida les resultaba grata, pero en un momento de crisis, ante un conflicto no esperado, y que era importante para ellos, actuaron en forma impulsiva, cometiendo un intento de suicidio.

Para el 60% el vivir significaba estar manteniendo una lucha constante contra un medio desfavorable, que en un momento dado podría tornarse en su contra; eran pacientes con una actitud de suspicacia y desconfianza hacia los demás; incapaces de entregarse emocionalmente en una relación efectiva.

Para estas personas la vida se torna complicada cuando no aceptan a los demás, cuando quieren cambiarlos, se les dificulta aceptar a los demás en un plano realista.

Concepto de muerte:

En el 60% había una actitud apática hacia la muerte, esto se debe a que no tenían un concepto claro de lo que la muerte significaba o implicaba. Ellos solo habían decidido no permanecer mas dentro de esa situación molesta para ellos, incómoda y desagradable.

Para el 22% su intento de muerte significaba un gran alivio, era como renacer a la vida; con su intento encontraban nuevas posibilidades de realización; eran capaces, ya, de captar las situaciones en una forma mas real, objetiva, sin tanta valoración subjetiva; al mismo tiempo habían dado escape a sus conflictos y tensiones internas; se sentían liberados de sus antiguas y pesadas cargas emocionales.

Para el 18% la muerte había significado un miedo importante, ante la posibilidad de realmente consumir su muerte; son las personas que se dejaron llevar por un impulso momentáneo, e inmediatamente después vino el arrepentimiento de su acto y el deseo de vivir. Debemos agregar que el hecho de querer conservar la vida, después de un intento suicida, no tiene necesariamente porque ser histérico. Aquí también podemos mencionar a las personas cuyo deseo es descansar e ingieren en forma impulsiva drogas y llegan de esta manera al estado precomatoso, sin desearlo conscientemente.

CAPITULO VI

ASPECTO DINAMICO. REPRESENTACION DE LA MUERTE EN EL SUICIDA RASGOS DEL PACIENTE POTENCIALMENTE SUICIDA. MEDIDAS PREVENTIVAS

a) ASPECTO DINAMICO.-

El hecho de sobrevivir al impulso de autodestrucción, hace del intento suicida una pauta de conducta diferente a la del suicidio. Al examinar la psicodinámica del intento de suicidio, encontramos que está íntimamente ligado con los aspectos interpersonales del acto mismo. En los intentos de suicidio es más manifiesta la agresión dirigida contra los otros, que en el suicidio. Se advierte también un deseo de búsqueda de contacto humano.

Se ha encontrado que los que intentan suicidarse, en su acto suicida tienden a permanecer cerca de otras personas o dirigirse a ellas; sus intentos suicidas obran como señales de alarma; se trata de una demanda de ayuda, aún cuando esto no sea conscientemente intencionado. El carácter consciente del "llamado", de parte de quienes intentan el suicidio, varía; las personalidades histéricas y psicopáticas tienden a explotarlo, en tanto que otro tipo de personalidades no tiene esta intención.

Debido al efecto del llamado, el intento suicida, frecuentemente produce un cambio en la situación vital de la persona. Pocos intentos suicidas se planean cuidadosamente; la incertidumbre del resultado caracteriza tanto a los actos de suicidio premeditados, como a los actos de suicidio impulsivo. En ocasiones podría pensarse que estos actos fueron precipitados por una determinada situación, más que por una intención suicida consciente. Sin embargo, el exámen psicológico profundo de dichos intentos, por lo general, ha revelado la existencia de anteriores ideas de suicidio.

La liberación de impulsos agresivos dirigidos contra el yo, en una explosión emocional, puede tener un efecto catártico, beneficioso para el estado mental de una persona, o sea que puede descargar la tensión reprimida, y de ese modo establecer el equilibrio emocional, antes perdido. Esta es una de las razones por la cual algunas personas se sienten mejoradas tras un intento suicida y dejan de contemplar la posibilidad de repetirlo. Es difícil probar esta hipótesis, porque a menudo existen otras explicaciones más obvias, como el mejoramiento de la situación vital del individuo. La recuperación del paciente también puede ser un proceso bioquímico, por la acción de los medicamentos hipnóticos sobre los centros nerviosos, y curar así la depresión. Ocasionalmente se observa una recuperación adecuada de una severa depresión, que ha culminado tras un peligroso intento suicida. Podemos hacer una comparación entre esto y las curas de sueño, que vienen a ser un paréntesis que se abre en la vida del paciente, actuando como catarsis.

Se supone que el impulso de autocastigo desempeña un papel importante en las complejas motivaciones de los actos suicidas. Un intento suicida se experimenta a menudo como una gratificación a este impulso y así contribuye a descargar la tensión emocional. Muchas personas se sienten culpables y después de un intento de suicidio, sienten que se han justificado, aún cuando estén conscientes de la agresión que intervino en su acto, aún también cuando el deseo de morir ocupara el primer lugar en sus mentes.

El impacto que produce el intento de suicidio sobre las otras personas, desempeña un papel importante en la motivación de todos los actos suicidas, aún cuando se tenga como seguro el desenlace de muerte. El impulso del hombre a correr riesgos, a buscar el peligro, a desafiar al destino, parece ser un rasgo universal en la conducta humana, podemos mencionar como ejemplo a los toreros, a los corredores de autos, a los paracaidistas, etc. El profesor John Cohen, de Manchester, señala "es posible comprender mejor un intento de suicidio si lo consideramos en relación con un particular grado de incertidumbre sobre el éxito o el fracaso de la tentativa".

El sujeto trata de desafiar al destino, y así dejar la decisión crucial a Dios o a la Providencia. El sujeto trata de que el destino diga si le ama y quiere preservarlo o si le odia y quiere destruirlo; trata de probar la balanza entre las fuerzas del amor y del odio; entre la conservación y la destrucción de la vida. Se tiende a poner en peligro las relaciones humanas y la seguridad física; por ejemplo el juego de azar es una tendencia riesgoza, donde el sujeto manifiesta este tipo de conducta.

En relación con la forma en que la necesidad de castigo y el deseo de ser matado se satisface por el suicidio, debemos prestar cierta atención a la significación de los métodos usados. Se ha encontrado que los hombres usan métodos más peligrosos que las mujeres, y por lo tanto son menos los hombres que sobreviven a los actos suicidas. Las mujeres prefieren los barbitúricos, veneno o gas. Estas formas están sin duda relacionadas con los papeles masculino y femenino en la vida, es decir, agresivo-activo y receptivo-pasivo.

b) LA REPRESENTACION DE LA MUERTE EN EL SUICIDA. -

Para el individuo con tendencias suicidas la representación de la muerte tiene un valor psicológico. Es natural pensar que para el suicida la muerte tenga solamente la significación de librarse de los conflictos que le atormentaban, buscando un refugio en la nada. Sin embargo, esta definición aunque parezca lógica no es exacta. En la gran mayoría de los casos, la muerte no solo significa refugiarse en la nada, sino que, por el contrario, ocurre, que la muerte también proporciona al suicida posibilidades de vida, de las que anteriormente carecía. El cambio en algún aspecto da al paciente nuevas esperanzas y más reales satisfacciones.

La coexistencia de ideas de suicidio y, al mismo tiempo, del temor intenso a la muerte -

casual nos demuestra que existe cierta independencia entre el deseo de morir y el de suicidarse. Esta independencia se encuentra también, en forma demostrativa, mediante el hecho de dar -- como castigo a la tentativa de suicidio, la pena de muerte. La idea de muerte no puede ser--- vir como motivación y finalidad del suicidio, porque no se comprende con claridad su valor.

Según Bromeerg y Schilder, la muerte tiene diversos significados:

a) Huida de una situación intolerable. En la muerte se vive una nueva vida, sin ninguna de las dificultades de la vida actual, con lo que la idea de muerte llega a ser una especie de juego.

b) La muerte puede ser y significar un método para forzar a los otros a dar más amor, del que hubiesen otorgado de otro modo.

c) Ser muerto, estarlo, puede significar la mayor perfección narcisista, que otorga al individuo una importancia permanente.

d) La muerte satisface las ideas masoquistas; es una idea de autocastigo. La eternidad del fuego infernal refleja esta actitud psicológica. Se busca dañarse a si mismo.

e) Todos los instintos libidinosos, todos los deseos de vida encuentran de este modo, una expresión profunda en la idea de la muerte.

c) RASGOS DEL PACIENTE POTENCIALMENTE SUICIDA. -

Se han analizado los criterios indicativos de un acto suicida en potencia; se pueden enumerar los siguientes:

1. - Todas las reacciones depresivas, dándose especial importancia a aquellas en las que se presentan profundos sentimientos de culpa, auto-devaloración considerable y auto-acusaciones - -- asociadas con tensión y agitación.

2. - Antecedentes de intentos de suicidio, ya sea personales o familiares, ya que estas funcionan como sugerencia o estímulo.

3. - Cavilaciones, inquietudes y pláticas acerca del suicidio, conducen a dar una posibilidad -- más de este acto, excepto cuando funcionan en plan derivativo, como sucedió con el personaje Werther de Goethe.

4. - Sentimientos de soledad; actitud indiferente hacia parientes y amigos y aislamiento de la vida social o de la vida en comunidad.

5. - Pérdida de una persona amada.

6. - Enfermedades incurables o enfermedad física grave y dolorosa; también cavilaciones de tipo hipocondriaco.

7. - Historia de tendencias impulsivas, de actos agresivos, temor a la pérdida de control, con preocupación de herir a otros o a si mismo.

8. - Afición al alcohol o a las drogas.

9. - Desempleo y dificultades financieras o económicas, esto especialmente en los ancianos.

10.- Hacia el final de una enfermedad depresiva, cuando el ánimo depresivo persiste todavía, - pero se va recobrando ya la iniciativa, es entonces cuando el riesgo de suicidio es particularmente elevado.

d) MEDIDAS PREVENTIVAS. -

a) Todos los casos de depresión severa deben considerarse como suicidios en potencia, por lo - - tanto, deben hospitalizarse.

b) Las amenazas suicidas siempre deben tomarse en cuenta.

c) Cuidar la posibilidad de re-intentos, sobre todo durante los tres meses posteriores a una crisis - emocional.

d) Tratar a tiempo los padecimientos psiquiátricos que mas frecuentemente llevan al intento de - suicidio.

e) Las explicaciones e interpretaciones en palabras que no son apropiadas para el paciente suici-- da, deben ser evitadas, ya que en su estado emocional no puede entender la comunicación ordi-- naria. Es el momento en que solo se debe tranquilizar al paciente, dándole apoyo, teniendo para con él una actitud de respaldo.

f) Se considera peligroso que el paciente, que ha estado hospitalizado o alejado de su medio am-- biente, retorne abruptamente a él, ya que es ahí donde se han originado sus conflictos, y puede - repetirse el ciclo de infelicidad y el recuerdo de escenas dolorosas y el intento mismo de suici-- dio.

CAPITULO VII

PSICOTERAPIA DEL PACIENTE SUICIDA

La psicodinamia y el simbolismo, pueden entenderse solo en relación con cada caso individual. Sin embargo, existen ciertas generalidades determinantes del acto suicida, éstas pueden ser inconscientes o solo parcialmente conscientes. Son las siguientes:

- 1.- Esperanza de lograr satisfacción futura; esto se refiere a una reunión permanente en la muerte con el objeto amado y perdido.
- 2.- Hostilidad dirigida hacia personas importantes, a quienes culpan de sus frustraciones presentes, que provocan en el enfermo culpabilidad, temor, y ansiedad. Está presente también el plan que encuentran en su venganza.
- 3.- Una expresión de desesperanza y temor, renunciamiento a cualquier proyecto de obtención de satisfacciones necesarias dentro de su medio ambiente y de su situación real.

El Dr. Menninger señala "Se debe tener en cuenta que a pesar del instinto de muerte, la vida florece a nuestro alrededor. El descubrimiento de la tendencia autodestructiva es importante y tiene por objeto combatir tal autodestrucción y fomentar y apoyar los instintos de vida en su batalla contra la muerte".

La reconstrucción de la personalidad muchas veces tiene lugar espontáneamente. Tenemos que aceptar que:

- 1.- El individuo autodestructivo, tiene cierto grado de discernimiento, es decir, alguna idea de que está enfermo y de que es una amenaza potencial para si mismo. Algunos de ellos reclaman ayuda. Además el sujeto está confuso, no está plenamente consciente, ni analiza plenamente su acto, antes de cometerlo.
- 2.- Toda la psicoterapia depende del principio de que la inteligencia consciente, el yo, sea capaz de gobernar, en circunstancias ordinarias, las fuerzas instintivas; teniendo en cuenta las oportunidades que se presentan y las prohibiciones impuestas por el mundo de la realidad.

La psicoterapia se dirige, por tanto, a fortificar o extender el yo y a limitar o suavizar la dureza del superyo. El primer paso de la psicoterapia es establecer cierto grado de relación armoniosa entre el terapeuta y el enfermo. Hay que crear una relación emotiva positiva; de ordinario esto se consigue de modo automático, cuando el médico actúa con paciencia y siente la simpatía y comprensión necesarias para identificarse con el enfermo, hasta el punto de darse cuenta de la naturaleza y hasta del grado de sus sufrimientos (empatía).

Toda la eficiencia de la psicoterapia depende del grado en el que el médico es capaz de dar al enfermo el amor que necesita y que no puede aceptar, que se siente incapaz de lograr. Lo que al principio es una razonable y comprensible actitud de esperanza, confianza y fe en el médico, tiende a ser algo más intenso, variable e irracional. Mediante esta relación que sirve de guía, se hace posible una reorientación intelectual y afectiva del enfermo; de modo que el yo pueda gobernar más eficientemente los componentes de la personalidad, de otro modo ingobernables; reducir la tendencia autodestructiva y aumentar la capacidad de vivir y amar.

Los recursos prácticos para lograr una reorientación intelectual son los siguientes:

1. - Dar al enfermo un panorama más claro de su realidad y luego de la naturaleza precisa de su autodestrucción; hacer una comparación de los conceptos objetivo y subjetivo de la conducta del paciente, de las situaciones, actitudes y valores morales, en tal forma que pueda reconocer en que difiere de las demás personas.
2. - Se aclararán los propósitos y motivos que intervienen en las situaciones o conflictos particularmente perturbadores para el paciente. De ordinario esto conduce a comparar la intención consciente y la intención inconsciente implicada en el resultado.
3. - Señalar algunas consideraciones hasta entonces pasadas por alto. Puede tratarse de factores de la realidad que el paciente no ha tenido en cuenta, consecuencias que no ha logrado prever, agresiones que no ha reconocido, recuerdos que ha reprimido.
4. - Cuando estos diversos elementos son considerados en conjunto, es posible una nueva autorregulación de la personalidad; el yo cobra nuevo vigor debido a la posibilidad de renunciar a las agresiones defensivas que ya no son necesarias, y se hace posible el desarrollo de intereses eróticos antes inhibidos.
5. - Toda esta labor conduce a un plan constructivo para el futuro, en una forma más eficaz. Puede hacerse una sustitución de las diversas satisfacciones activas por una elección espontánea o por una deliberada. El resultado será el desarrollo de "buenos" hábitos en sustitución de "malos" hábitos.

Al mismo tiempo debe tener lugar una reorientación afectiva basada sobre la transferencia antes mencionada. Para un individuo vencido por su propia hostilidad y por otros conflictos afectivos, el llegar hasta la tática seguridad de que alguien le ama lo bastante para escucharle o aconsejarle, constituye por sí misma una tranquilidad extraordinaria. Estas curas de transferencia son, sin embargo, ilusorias, ya que los individuos inseguros desarrollan repetidamente esos sentimientos y buscan nuevas seguridades de afecto y amor.

El Dr. Farverow señala; la reactivación del impulso suicida ocurre generalmente cuando

el paciente es considerado notablemente mejorado y tiene la oportunidad de entrar en contacto otra vez con el medio ambiente en el cual se enfermó. El impulso suicida, por lo tanto, no ha sido completamente superado, aún cuando se considere al paciente como convalesciente y aparente estar relativamente libre de tensión y ansiedad. El éxito en el manejo de esta reacción es el aspecto más crucial de la psicoterapia.

Podemos considerar diferentes fases en la psicoterapia:

1. - Ayuda; durante la fase llamada de ayuda la terapia está alrededor de una adecuada protección, aligerando al paciente de su ansiedad y desesperanza. La hospitalización aleja al paciente del origen de muchas de sus luchas y proporciona un gran alivio a su tensión; se siente además tranquilizado por la presencia acogedora y efectiva de otros. Es de vital importancia que el médico explique al paciente que el intento de suicidio fue un esfuerzo por resolver un problema opresivo.

2. - Convalecencia; la fase de convalecencia empieza cuando el paciente se encuentra relativamente confortable en el marco protector del hospital y continúa entrando a establecer contacto con el medio ambiente en el cual la enfermedad se originó. Una vez que el paciente se empieza a sentir cómodo, tiende a evitar los problemas dolorosos y teme dejar la atmósfera protectora que todavía requiere, en esta fase el paciente empieza a hacerles frente a sus conflictos y no se siente capacitado para hacerlo; presenta resistencias y ciertas racionalizaciones. La cooperación de los parientes para animar al enfermo a continuar con su terapia es vital; sus actitudes inconscientes de repudio u hostilidad crecen en ese tiempo y a menudo los pacientes abandonan su tratamiento en el momento menos indicado.

3. - Recuperación; en la fase de recuperación el paciente se encuentra nuevamente en su medio ambiente original, intentando hacer frente a la situación previa de frustración. En la mayor parte de los casos esto precipita una reactivación y lleva consigo un enorme riesgo; otros pacientes responden con agitación y preocupación consciente del suicidio.

La psicoterapia no puede funcionar como un espejo en el cual se reflejen los problemas del paciente. Una psicoterapia exitosa requiere una complicada profundización en la vida del parientes; esto incluye no solamente un conocimiento ligero del marco emocional, social y cultural del enfermo y una terapia en relación con eso, sino en igualdad de importancia, una terapia relativa a los amigos del paciente, a sus negocios u ocupaciones laborales. Antes del reingreso del paciente al hogar sería adecuado llevar a cabo una terapia de grupo con los parientes y amigos cercanos y captar así la percepción de ellos, así como su hostilidad y afecto hacia el paciente.

Cuando no hay un conocimiento claro de los factores emocionales presentes en el enfermo y cuando la relación terapéutica es distante o casual, el paciente está expuesto a intentar --

suicidarse seriamente bajo las mismas condiciones ambientales, no importa el grado de bienestar clínico y el tipo de confidencias que pueda mostrar. La reactivación bajo estas circunstancias es más propensa a tener serias consecuencias. Un importante problema es la falta de apoyo familiar, ya que bajo estas condiciones se pueden reactivar los síntomas previos; los familiares pueden inconscientemente rechazar al paciente no brindándole el ambiente protector necesario.

Los cambios que son necesarios algunas veces para ayudar al paciente a su recuperación, son en orden de frecuencia los siguientes:

- 1.- Cambio de ocupación, retiro de la misma, o bien búsqueda de ella.
- 2.- Significativa mejora en su relación matrimonial o afectiva, o bien hacer frente a la realidad. Ya que se debe analizar hasta donde hay búsqueda de dependencia patológica; muchas veces se trata de relaciones sado-masoquistas.
- 3.- Emancipación del dominio o restricción de los padres.
- 4.- Rompimiento con los compromisos inapropiados.
- 5.- Reorientación psicosexual.
- 6.- Ensanchamiento de las relaciones sociales, diversiones, etc.

CAPITULO VIII CONCLUSIONES

- La mayoría de los sujetos estudiados rindió como normal bajo, desde el punto de vista intelectual.
- 58% de los sujetos tenía aspiraciones mayores a sus capacidades productivas, lo que representa una fuente de frustración.
- La mitad mantenían relaciones interpersonales cuya superficialidad funcionaba como defensa contra posibles conflictos.
- 74% experimentaba frustraciones de tipo afectivo, que les lastimaban profundamente.
- 64% mostró conflictos graves en el hogar, estos hogares se caracterizaban principalmente por ser desorganizados.
- 72% percibió su medio ambiente como poco afectuoso.
- Los sentimientos de minusvalía fueron acentuados en el 52%.
- Los sentimientos de culpa fueron moderados en el 64%.
- Los sentimientos de soledad fueron acentuados en el 84%.
- Los sentimientos de angustia fueron acentuados en el 46%.
- La necesidad de agresión fue acentuada en el 60%.
- La necesidad de manipulación fue acentuada en el 72%.
- La necesidad de evasión fue acentuada en el 84%.
- La necesidad de dependencia fue acentuada en el 52%.
- El concepto de si mismo principalmente fue devaluatorio.
- Para el 60% el vivir significaba estar manteniendo una lucha constante contra un medio que percibían como desfavorable.
- Para el 60% el concepto de muerte no estaba claro, por lo que hacia ella había confusión.

- El intento de suicidio es una demanda de ayuda, aún cuando no sea conscientemente intencionada.
- Al examinar lo relativo al intento de suicidio, se encontró la existencia previa de ideas de suicidio.
- La liberación de impulsos agresivos en una explosión emocional puede tener un efecto catártico beneficioso, y a que la persona puede descargar la tensión reprimida, así el intento de suicidio produce un cambio en la situación vital de la persona.
- Mediante la psicoterapia se trata de reducir la tendencia autoagresiva y aumentar la capacidad de vivir y amar.

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

- Arregui-Zalba, S.I.- Compendio de Teología Moral.- Barcelona, 1958.
- Brugget W., S.I.- Diccionario de Filosofía, Barcelona, 1953.
- De la Fuente R. - Psicología Médica.- Biblioteca de Psicología y psicoanálisis.- Fondo de Cultura Económica.- 7a. Edición.- México, 1967.
- Deshaies G.- Semiología del Suicidio. Enciclopedia medicoquirúrgica. Paris, 1949.
- Dublin L. Suicide. A sociological and Statistical Study.- The Ronald Press Company.- New York, 1963.
- Durkheim E.- El Suicidio. Estudio de Sociología.- Schapire.- Buenos Aires, 1965.
- Ey H.- Semiología del Suicidio.- Enciclopedia Psiquiátrica.
- Fenichel O.- Teoría Psicoanalítica de las neurosis, Buenos Aires, 1964.
- Freud S.- Duelo y Melancolía. Ob. Comp.- Vol. I.- Madrid, 1948.
- Freud S.- Totem y Tabú.- Ob. Comp.- Vol. II.- Madrid, 1948.
- Freud S. Metapsicología.- Ob. Comp.- Vol. II.- Madrid, 1948.
- Fromm E.- La Sociedad Contemporánea.- Fondo de Cultura Económica.- 7a. Edición.- México, 1966.
- Garma A.- Sadismo y Masoquismo en la Conducta Humana.- Biblioteca de Psicoanálisis.- Argentina, 1962.
- Gómez Ruiz J.H.- 112 casos de intento de suicidio.- Trabajo inédito.- México, 1966.
- Grinberg L.- Culpa y Depresión. Estudio Psicoanalítico.- Buenos Aires, 1963.
- López Hndez. N.- Trabajo Social en pacientes hospitalizados por intento de suicidio.- México, 1967.
- Mandolini G.- Historia General del Psicoanálisis, de Freud a Fromm.- Editorial Ciordia.- 2a. - Edición.- México, 1962.

Menninger K. - El hombre contra sí mismo.- Buenos Aires; Lozada, 1952.

Noyes P. - Psiquiatría Clínica Moderna.- La Prensa Médica Mexicana.- 2a. Edición, México, -- 1958.

Rahaim M., S.I. - Compendio de Filosofía.- México, 1964.

Rodríguez S. Ma. Luisa. - El Suicidio en México D.F. - Cuadernos de Sociología.- Universidad - Nacional.- 1a. Edición.- México, 1963.

Scribners S. - Enciclopedia de Religión y Ética.- Vol. XII.- New York, 1957.

Shneidman, E.S. y Ferberow, N.L. - Clues to Suicide.- McGraw Hill.- New York, 1957.

Stengel E. - Psicología del suicidio y los intentos de suicidio.- Buenos Aires, 1965.

VITA. - The Seventh Suicide.- Official newsletter for International Association for Suicide Pre--vention.- Executive Editor: Farberow N.- Los Angeles, Cal., 1967.

Wolff W. - Introducción a la Psicología.- Fondo de Cultura Económica.- 2a. Edición.- México, 1960.