000125

T
157.744
F363e

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

FACULTAD DE HUMANIDADES Y Cs . DE LA **EDUCACION**

CARRERA DE PSICOLOGIA

TESIS DE GRADO

"ESTADOS AFECTIVOS EN SUJETOS CON INTENTO DE SUICIDIO "
(Estudio de casos presentados en el hospital de clínicas universitario)

Profesor guía : Dra. Margaret Hurtado López
Postulante : Egr. Marcos Fernández **Motiño**

LA PAZ - BOLIVIA

DIVISION BIENES E INVENTARIOS
VERIFICADO
Fecha 2-10-96
S. V. L.
U. M. S. A.

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
Fac. de Humanidades y Ciencias de la Educación
BIBLIOTECA ESPECIALIZADA
La Paz — Bolivia

A P col-gio
2 Trastor... de la personalidad. L
3. Suicidio

83741

Esta tesis fue aprobada con máxima distinción en fecha 2 95

VICE DECANO

Guia P. de Muñoz
TRIÉUNAL

Virgen a Cerca de Camacho
Directora a i Psicología

Antonio Lopez Magallanes
Profesor Guia

Camacho
Tribunal

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FAC. DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE EDUCACION
DECANATO
LA PAZ - BOLIVIA

"No se si la muerte tiene murmullo de sonrisas o sólo es una melancólica noche que viaja a lo infinito, pero tengo la certeza que en cada sufrimiento hay mil ansias para seguir viviendo". Marcos.

DEDICATORIA

A mis padres: aquellos seres que pese al silencio y la distancia inspiraron bondad, lealtad y persistencia para cumplir las pequeñas tareas que constitu -yen retos que al final se alcanzan con mucha fe.

Aquellas personas que agilitan la muerte, perturbando la inocencia de la naturaleza que, por abatares de su propio destino, buscan el silencio de la vida.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Margaret Hurtado, por orientarme con paciencia en la elaboración de cada paso de ésta tesis. Como docente de la cátedra de Psicología Clínica me orientó también hacia la misma especialidad.

A Ma. Eugenia Terceros, mi pequeña ingrata, quien desinteresadamente me coadyuvó en la recolección y extracción de datos e información para la presente investigación.

Al Dr. Jaime Torrico, Director del Servicio de Reumatología del Hospital de Clínicas Universitario, por darme confianza y responsabilidad en el servicio que dirige.

Al Dr. Fernando Alvarez, Jefe del Servicio de Endocrino del Hospital de Clínicas Universitario, quien me prestó colaboración y cobertura con pacientes.

Y, al Dr. Alberto Criales, Jefe de Medicina Interna del Hospital de Clínicas Universitario, por motivarme en seguir con empeño en ésta investigación.

"ESTADOS AFECTIVOS EN SUJETOS CON INTENTO DE SUICIDIO"

ABSTRACTO

El objeto de la la presente investigación, fue llevada en el Hospital de Clínicas Universitario de la Ciudad de La Paz. Para ello, se realizó un estudio de casos a sujetos de ambos sexos internados en éste nosocomio, en la gestión de 1993, con el diagnóstico de intento de suicidio, por intoxicaciones: medicamentosa, órgano fosforados, substancias químicas, agresiones físicas, y otras.'

Para el abordaje de la investigación se plantearon diferentes supuestos problemáticos del fenómeno suicidal, pues, se trata decuestionamientos reales preocupantes en nuestra sociedad: el suicidio tiene su causa en alteraciones mentales?, los suicidas se encubaron necesariamente en un ambiente aversivo o en un núcleo familiar desintegrado?, será que el paciente con intento de suicidio es producto de sus frustraciones afectivas que se remontan a su pasado?; Estas consideraciones tienen estrecha relación con los objetivos, cual es, explicar los procesos de manera integral y las causas fundamentales del estado afectivo de sujetos con intento de suicidio, determinar la edad riesgo para el intento de suicidio, conocer si las alteraciones del estado de ánimo son factores principales para el intento de suicidio y el análisis de la influencia de la cultura cognitiva de un sujeto suicida a otro potencialmente suicida. Estos objetivos tienen su fundamento en la hipótesis que fue planteada "A mayor influencia del estrés psicosocial, existe una significativa modificación del estado de ánimo para la amenaza existencial".

Para demostrar la hipótesis, se realizo un estudio de casos,donde se aplicó el método de la evaluación clínica a través de observaciones, cuestionarios y la aplicación de escalas para el estado depresivo, dando como resultados : La edad riesgo está entre los 18 a 23 años de edad; Los mensajes que dejan éstos sujetos son debido a las expectativas no resueltas en las que expresan odio, culpa, perdón, reproche; A mayor frustración afectiva, mayor es el conflicto en el estado de la afectividad; El factor socioeconómico es una gran influencia para cometer el intento de suicidio; Las causas principales para cometer el intento de suicidio, prescriben tres situaciones, la primera , son conflictos que se remontan a épocas pasadas de la niñez o la infancia, las segundas, son conflictos situacionales de extrema tensión y estrés; la tercera configura ya los trastornos en el estado de ánimo como la depresión, estado disfórico, melancolía, chantaje afectivo y la psicosis inducida, que llevan a cometer el intento de suicidio.

INDICE

I. Introducción 10
II. Fundamentación 11
HL Planteamiento del problema 14
IV. Diseño teórico 14
A. Objetivo General 14
B. Objetivos específicos 15
V. Planteamiento de la hipótesis 15
VI. Definición de variables 16
A. Variables independientes 16
B. Variables intercurrentes 16
C. Variables dependientes 16
VII. Operacionalización de variables 17
VIII. Marco teórico 18
VA. Falsa dualidad de la vida y la muerte - 20
B. Análisis conceptual del suicidio 21
C. Breve reseña histórica del suicidio 22
D. Factores que contribuyen al suicidio 26
1. Alcoholismo 26
2. Herencia psicosocial 26
3. Imitación 27
E. El suicidio desde la perspectiva sistémica 27
1. Enfoque psicosocial del suicidio 28
1.1. Suicidio egoísta 28
a. Melancólico 28
b. Epicúrico 28
1.1.1. La religión frente al suicidio – 28
1.1.2. Las clases y profesiones 30
1.1.3. El suicidio relacionado con el sexo 30
1.1.4. El suicidio en el desarrollo de la ciencia 31
1.1.5. El estado marital en el suicidio 31
1.1.6. La estructura familiar 32
1.1.7. Movimientos sociales en el suicidio 33
1.2. Suicidio altruista 35
1.11 Altruista facultativo 36

1.2.2. Altruista obligatorio 36
1.2.3. Altruista agudo 36
1.3. Suicidio anómico 36
1.3.1. Crisis económicas 37
1.3.2. Estado conyugal 38
1.3.3. Factores cósmicos del suicidio 39

2. Aspectos culturales del suicido 41

3. Generalidad psicológica del suicidio 42
3.1. Herbet Hendin 42
3.1.1. Muerte como abandono vegetativo 42
3.1.2. Muerte como homicidio introyectado 43
3.1.3. Muerte como reunión 43
3.1.4. Muerte como resurrección 43
3.1.5. Muerte corno autopunición 43
3.1.6. Muerte en cuerpos efectivamente muertos 43
3.2. Karl A. Monninger 43
3.3. Strorring 45
3.4. Henry Ey. P. Bernard y Ch. Brisset 45
3.4.1. Impulsión suicida inconsciente
3.4.2. Crisis melancólica 46
3.4.3. Delirio 46
3.4.4. Obsesión impulsiva 46

F. Alteraciones , de la afectividad 46
1. La depresión 46
2. La melancolía 47
3. La psicosis 48
4. La disforia 48

G. Fundamento neurofisiológico del suicidio 48

H. El suicidio en las diferentes etapas del desarrollo 49
1. El suicidio en la niñez 50
1.1. El verdadero chantaje 51
1.2. El chantaje afectivo 52
1.3. El chantaje colérico 52
2. El suicidio en jóvenes 52
3. El suicidio en los ancianos 54

I. Comunicaciones póstumas 55
1. Contenidos prospectivos 55

2. Comunicaciones póstumas vindicativos 55
3. Comunicaciones póstumas explicativos 55
4. Comunicaciones póstumas afectivo - amorosos 55
5. Comunicaciones póstumas metafísicos 56
6. Comunicaciones póstumas expectativos 56
7. Comunicaciones póstumas auto punitivos 56
8. Comunicaciones póstumas extorsivos 56

J. Delitos y sanciones al acto suicida 56
1. La religión 55
2. Las leyes 57

K.Medios que facilitan el intento de suicidio o suicidio 58
1. Muerte por vía oral 59
2. Tóxicos introducidos por otras vías 59
'3. Herida de bala o proyectil 59
3. Asfixia por ahorcadura o estrangulamiento 59
5. Herida de arma blanca 60
6. Asfixia por sumergión 60
7. Suicidio por arrollamiento 60
8. Auto cremación 60
9. Salto al vacío y electrocución 60

IX. Diseño Metodológico 61
A. Definición de la población 61
B. Definición de la muestra 62
C. Criterios de selección 63

X . Métodos y técnicas 63
A.Criterios de selección 514
B. Métodos 64
C.Técnicas 54
D.Instrumentos 65

XI. Presentación y procesamiento de los datos 67

XII. Posibles alternativas de interpretación de los resultados mas su explicación porcentual 92

XIII. Verificación de los resultados con relación a la hipótesis 139

XIV. Generalización de la población 140

XV. Conclusiones 144

XVI. Recomendaciones 149

XVII. Sección de referencia 152
A. Bibliografía 152
B. Cuadros anexos 154

"ESTADOS AFECTIVOS EN SUJETOS CON INTENTO DE SUICIDIO"

1. INTRODUCCION :

Los estados afectivos, sin duda, son procesos esenciales en el desarrollo, en sus relaciones personales e interpersonales, del ser humano. Por consiguiente, la afectividad corno parte cotidiana de la vida es indisoluble e integral porque de ésta depende la estructuración de la personalidad del sujeto. Es por esto que definir la afectividad es designar a un conjunto de la vida, de los sentimientos, llamados también estados de ánimo del hombre, con arreglo a sus características mas destacadas: intensidad, expresividad y duración. Por tanto, toda vivencia tiene lugar en un determinado estado de ánimo.

La exacerbación del estado afectivo por distintas experiencias vivenciales, sean estas negativas o factores amenazantes que siente el ser humano, desencadena un estado de ánimo irritado que puede o no llevar a un estado disfórico, o presentar una depresión, ansiedad o melancolía sea con alteración de menor o mayor grado, dependiendo siempre de la experiencia vivencial por las que atraviesa, el medio que lo circunda y el factor de la personalidad del sujeto que influirá, de una u otra forma, en el estado anímico. Sin embargo., la etiología de estas alteraciones no necesariamente radican en hechos recientes, sino, pueden estar en algunas frustraciones afectivas que pueden bien remontarse en la .niñez o la adolescencia. Cualquier experiencia negativa del sujeto puede desencadenar alteraciones como la ansiedad, melancolía o simplemente presentar un estado disfórico.

Estas patologías interiorizadas y excesivas en el ser humano al no ser tolerables tienden a buscar o dar soluciones a sus problemas, con una hostilidad interna de auto-agresión. Al no poder encontrar alternativas de solución a sus problemas psíquicos, el sujeto en crisis toma como única opción la auto-eliminación, como si fuera la solución más rápida a sus problemas; así da una solución a su dolencia psíquica, sin -importar la condición en el que se encuentra: casado o soltero, joven o anciano, varón o mujer, sin distinción de clase social o categoría económica.

Antes de tomar esta extrema decisión, el sujeto pasa por un proceso de auto-aislamiento o encapsulamiento social que lo lleva a cometer el suicidio o, cuando menos, al intento de suicidio, para este cometido busca medios que

le faciliten encontrar la muerte sean estos físicos, químicos o intoxicaciones farmacológicas.

Este tipo de sujetos agilitan la muerte presionado por distintos motivos socioeconómicos, pero principalmente psicológicos. Se trata de un mal que se presenta en la estructura de la sociedad, por esta razón, causa profunda preocupación orientada a cómo resolver este problema.

Lo que expuse líneas arriba justifica la realización de esta investigación en la que desarrollo los factores que configuran la fatal decisión del suicidio o el intento de suicidio.

II. FUNDAMENTACION:

Según las estadísticas, el suicidio y/o intento de suicidio es cometido por una mayor personas jóvenes que en los de edad avanzada. Se trata de un problema que se presenta en distintas poblaciones no solamente de la presente época, sino en todas del pasado. Filogenéticamente el hombre ya tuvo este cometido. Fue un asunto tratado por pensadores, sean estos filósofos, religiosos, poetas, sociólogos, etc., quienes buscaron una explicación o teorización lógicas sobre las causas del suicidio, claro, desde el punto de vista de la formación profesional al que pertenecían.

Nadie pudo impedir ésta autodestrucción humana ni siquiera cuando las sociedades tipificaron la muerte voluntaria como delito que es castigado por varias formas: moralmente, físicamente, psíquicamente o jurídicamente. El Estado boliviano prohibe toda forma de auto-eliminación física, es más, establece sanciones, naturalmente a los que sobreviven al suicidio.

Esta investigación tiene el propósito de desmitificar diversos elementos causales del suicidio y el intento de suicidio, tomando en cuenta que en Bolivia no existen datos estadísticos plenamente confiables; esto porque las clínicas particulares, por ejemplo, mantienen en celosa reserva los casos atentidos por ellas y, por otro lado, 'muchas familias prefieren callar antes que reportar por temor a la ley y por temor a la censura de la sociedad.

Para esta investigación elegí al Hospital de Clínicas Universitario por las siguientes razones, que creo son válidas: Es una institución pública que cuenta con todos los servicios de emergencia que funcionan las 24 horas del día, es uno de los nosocomios más importantes de la capital porque es la mejor equipada y cuenta con todas las especialidades médicas, no envano, los demás hospitales remiten aquí a una cantidad considerable de pacientes con delicadas dolencias físicas, orgánicas y funcionales a los que no pueden

atender por limitaciones materiales; y es prácticamente el único lugar adecuado para atender y tratar los intentos de suicidios, porque es un centro de atención de cuadros que verdaderamente son una emergencia ante la vida y la muerte.

Este tipo de pacientes intentan quitarse la vida en cualquier lugar (en sus domicilios, a la intemperie o ambientes públicos) y por cualquier medio (agresiones físicas y/o intoxicaciones mediante elementos roedorcidas, plaguicidas o medicamentosas). Cuando los suicidas presentan súbitamente la sintomatología, corno pérdida de conocimiento, desorientación en las tres esferas (tiempo, espacio y persona), son auxiliados por familiares, la policía o algún civil, quienes conducen a la víctima al servicio médico de emergencia de donde son derivados a los servicios especializados del Hospital de Clínicas. Es así que este nosocomio se convierte en el lugar que recibe a gran parte de la población con intento de suicidio, sean estos varones o mujeres.

Estas características descritas, además la facilidad y la cooperación que se me prestó para extraer datos precisos, hacer un seguimiento sistemático e integral a los pacientes con diagnóstico de intento de suicidio, por el cual, se eligió al Hospital de Clínicas para desarrollar la presente investigación.

Preguntas necesarias:

El sorprendente número de pacientes con intento de suicidio, solamente registrados en el Hospital de Clínicas, llamó la atención de sobremanera y ello fue determinante para se que elija el tema de la investigación que se la denominó "Estados afectivos en sujetos con intento de suicidio".

Indudablemente, el suicidio y/o intento de suicidio traen consigo innumerables secuelas tanto como económicas. Para comprender mejor habría que preguntarse: ¿Cuánto gasta o invierte cada año el Estado boliviano en sujetos del tipo suicida? ¿Cuántos recursos humanos se pierden? ¿Cuántos males o dolencias deja el suicidio en el núcleo de la familia afectada?

Se trata de cuestionamientos cuantificables. Pero, quizás, los motivos cualitativos sean los más marcados del problema preocupante del suicidio.

Estas razones se podrían explicar por si mismos: ¿Qué alteraciones psíquicas inducen al suicidio? ¿Será que el paciente con intento de suicidio es producto de sus frustraciones afectivas de su pasado o de su constante estado de hostilidad interna? ¿Los suicidas se incubaron necesariamente en un

ambiente adverso o en un núcleo familiar desintegrado? ¿El suicidio tiene su causa en deformaciones mentales o son reflejo de la sociedad en decadencia?

Como veremos, el suicidio dejó de ser un fenómeno de ocurrencia extraordinaria para convertirse en un tema cotidiano y nada extraño a la sociedad, sus puntas avanzan sobre el complejo tejido social, porque se trata de un mal que no sólamente alcanza a "locos o enfermos mentales" como se creía antiguamente.

Entonces, conviene preguntarse. ¿Qué está haciendo el Estado para resolver este problema? ¿Le interesa a la sociedad el problema? ¿De qué modo, el Estado y la sociedad, podrán encontrar y dar soluciones más acertadas?

Hablar de soluciones de por si es más complicado de lo que podría uno ¡maginarse debido a las innumerables limitaciones propias de un país pobre como el nuestro. Lamentablemente, no contamos con sistemas o centros de diagnósticos, prevención y rehabilitación destinados específicamente a seres humanos que demandan atención, tratamiento y ayuda psicológica. La situación se torna más difícil considerando que gran parte de la gente afectada por este mal pertenece a la clase baja, media-baja y, exporádicamente, alta.(OMS.1974). Naturalmente, la disponibilidad de recursos económicos es fundamental para acudir o no a consultorios particulares. Cual fuere su suerte, necesitan ayuda de especialistas, no requieren de lamentos.

Esto nos demuestra que un Estado o sociedad carentes de una política de seguridad tanto en el área de salud como psicológico se convierten en instituciones que no ofrecen protección ni deberían sentirse protegidas frente a la amenaza constante de las enfermedades físicas y mentales. Tendrían que preocuparse con interés particular en proteger y conservar la vida.

Sin duda. El problema es de toda una población, de una u otra forma, porque todo acto de muerte voluntaria entraña suspicacia, temor, resignación, y, en algunos casos, encierra cierto misterio. Pero más allá de estas reacciones, el suidicio y/o intento de suicidio siempre dejan huellas y herencias colectivas que no son otros que las tendencias suicidas. Ningún sujeto está excento de seguir la huella o heredar la tendencia de la muerte voluntaria, por cualquier circunstancia o motivo, ambos, imprevisibles.

III.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La población investigada en 1993 en el Hospital de Clínicas, pacientes de 'ambos sexos con diagnóstico de intento de suicidio por diferentes causas: intoxicaciones medicamentosas, reudorcida, plaguicida, agresiones físicas y otros, muestra que tomó esa extrema decisión por sufrimientos internos, sea del sentido vivencial o influenciados por el medio ambiente en el que relaciona sus experiencias personales e interpersonales.

Esas frustraciones afectivas y sociales nos señalan que el sujeto puede padecer de una agresión tanto interna, personal y social. Al no poder controlar estas agresiones, será posible que elija el suicidio, sino ¿cuál podría ser la nosología de ese acto de autodestrucción?

Por todo lo expuesto anteriormente, se planteo el siguiente problema que considero debe ser investigado en un contexto social y conceptualizado en un marco teórico siempre dirigido hacia una realidad concreta:

a).- ¿Cuáles son las presiones psíquicas y afectivas que presenta un paciente con intento de suicidio?
b).- ¿Los estados afectivos que experimentan los sujetos son o no una decisión para el intento de suicidio?
c).- ¿Por qué los intentos de suicidio se dan más en jóvenes y de bajos recursos económicos?

IV. DISEÑO TEORICO:

1.- OBJETIVOS:

a) General:

Explicar los procesos de manera integral y las causas fundamentales del estado afectivo que presentaron los sujetos con intento de suicidio

b) Específicos:

1. Realizar un estudio y seguimiento a los sujetos con dificultades en el vinculo afectivo en sus relaciones personales e interpersonales, en sujetos de ambos sexos.

2. Determinar las causas que inducen a cometer el intento de suicidio.

3. Analizar los procesos de socialización del sujeto potencialmente suicida con su medio circundante.

4. onocer si la depresión, melancolía, psicosis y el estado disfórico son factores principales para el intento de suicidio)

5. Determinar la edad riesgo por la que pasa un individuo que comete intento de suicidio.

6. Analizar la influencia de la cultura cognitiva de sujetos suicidas a sujetos potencialmente suicidas.

7. Determinar la importancia de las comunicaciones póstumas.

8. Analizar el intento de suicidio en la concreción sexo.

9. Conocer la importancia e influencia de las estaciones del año y los meses respectivamente, para cometer el intento de suicidio.

V. PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS:

La configuración de los estados afectivos en la personalidad determinaran el tipo de comportamiento, sea este negativo o positivo, frente a un estímulo o situación en la que interactúa el ser humano en su adaptación y acomodación al medio al que pertenece; por tanto, toda reacción supone un cambio, un proceso de transformación en el hombre. Cuando el sujeto interactúa intemaliza lo cognoscible y después lo interioriza con sus representaciones mentales o cognitivas, por éste último, se relaciona independientemente y se guía por sus significados co itivos que los obtiene de sus experiencias pasadas, llamadas también huellas némicas y mapeo cognitivo.

Por consiguiente, la determinación del estado afectivo es muy importante en el desarrollo humano, en todas y cada una de las etapas por las que atraviesa como persona. Por eso, el equilibrio tanto afectivo como emocional es de vital importancia en las distintas esferas por el que vive, como son la sexualidad, lo cognitivo, biológico, conductual y social, que son factores tan integrados entre si que cualquier alteración en uno o todos estos se produce un proceso de reacción en la conducta y personalidad.

La hipótesis que plantearé tiene su fundamento en que todo ser humano es producto de la relación recíproca e indivisible con el medio ambiente. En esta realación ambos, humanos y medio, se van transformando en su contradicción de existencia y coexisten en una unidad entre si.

"A mayor influencia del estres psicosocial, existe una significativa modificAción del estado de ánimo para la amenaza existencial"

DV

VI. DEFINICION DE LAS VARIABLES:

A. Variables independientes: (causa)
   1. Influencia del estres psicosocial.
      a. Amenaza del sentimiento vivencial
      b. Amenaza del medio circundante

B. Variables intercurrentes:
   1. Modificación del estado de ánimo
      a. Depresión
      b. Melancolía
      c. Psicosis
      d. Estados disfóricos
      e. Chantaje afectivo

C. Variables dependientes : (efecto)
   1. Amenaza existencial
      a. Autodestrucción.
      b. Ideas suicidas.
      c. Intento de suicidio y muerte.

VII. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

1. Criterios de definición de las variables:

Para determinar los criterios de la variable independiente, y permitan medir en este caso el estrés psicosocial, como la amenaza al sentimiento vivencial y la amenaza del medio circundantes se tomo categorias como: conflictos en el nucleo familiar, abamdono de los padres, pareja contrariada, violación sexual, ingesta de alcohol, ingesta de farmacos, fuga de hogar, otros intentos,de suicidio, los cuales se sintetizan en la agresiones del medio ambiente y del grupo de pertenencia). Por consiguiente, el estrés psicosocial es la causa para sus conflictos y perturbaciones afectivas.

Los criterios de la variable dependiente, se tomo ciertas categorias que nos permitan medir la amenaza existencial corno: ideas suicidas, pensamientos recurrentes de muerte, ideas fijas, reticentente en sus relaciones interpersonales, tensión, irritabilidad, insomnio, baja tolerancia a la frustración.

2. Operacionalización de variables propiamente dichas:

Las variables planteadas expresan una relación lógicamente determinada, que comprende desde el inicio de las variables independientes, pasan por las variables intermedias o mediacionales y dan como resultado o producto las variables dependientes; dicho de otro modo, los procesos por los que atraviesa un individuo con dificultades del vínculo afectivo, sean estas por frustraciones afectivas en sus relaciones personales e interpersonales, marca en el ser humano varias manifestaciones conflictivas que aparecen en cualquier etapa de su desarrollo. Entonces, se puede ya plantear que en la estructuración a nivel interno de los procesos psíquicos existe una marcada etiología que perturba las funciones psíquicas y, por que no decirlo, aparece la amenaza en forma de agresión dirigida hacia si mismo, llamada también amenaza del sentimiento vivencial y amenaza del medio circundante, que vienen a constituir las variables independientes. Pero, ¿Qué significa el tener una amenaza del sentimiento vivencial? Es cuando un individuo tiene dificultades en sus sentimientos (parte subjetiva) ocasionados por situaciones estresantes que conflictuan su estructura psíquica. Y ¿Qué es la amenaza del medio circundante? Es cuando las dificultades están presentes en sus relaciones interpersonales que se refieren, fundamentalmente, al ambiente

socio-cultural, producto de la hostilidad del medio en el cual se desarrolla o de situaciones de estrés vivencial.

En estos pacientes, que como principio tienen dificultades ya explicadas anteriormente, cualquier conflicto afectivo-emocional exacerba su estado de ánimo conduciéndolos de una depresión a un cuadro de melancolía, de una psicosis a un estado disfórico o simplemente a un chantaje psicológico. A estas reacciones las denominamos variables intermedias por estar en la fase intermedia: entre las variables independientes y las variables dependientes.

Ahora bien, en algunos de estos cuadros, sean estos depresivos, melancólicos, psicosis, disfóricos o los que preceden con un chantaje psicológico, aparecen síntomas súbitos que conducen a una exacerbación de hostilidad interna y retraimiento con alto contenido de autodestrucción. O en los otros cuadros en que el sufrimiento interno y los síntomas van tomando cada vez más fuerza, porque en éstos no aparecen súbitamente sino de manera progresiva hasta encontrar una exacerbación muy marcada con alto contenido de irritabilidad y retraimiento con rasgos agresivos. En ambos casos, dan solución a sus problemas con la muerte que bajo cualquier medio agilita el último adiós a una vida tormentosa. Esta es la variable dependiente.

Sin duda, todas las variables guardan estrecha relación, así como el suicidio o intento de suicidio pasan desde las dificultades del vínculo afectivo, por alteraciones del estado de ánimo y hasta la amenaza existencial como la última solución al problema de su vida.

VIII. MARCO TEORICO:

Para poder estudiar el suicidio o intento de suicidio es necesario tomar en cuenta no sólamente el acto individual, sino también las determinantes de los procesos y factores que influyen en la decisión fatal del individuo. Tal es así que para poder estudiar al hombre es fundamental anotar su medio ambiente y a los sujetos con los que se interrelaciona, en un marco de reciprocidad colectiva, tiempo y espacio, perspectiva de movimiento tanto en su retrospectiva como en su prospectiva.

Este estudio tiende a tener ciertas variaciones principales debido a los procesos socio-culturales por los que atraviesa toda sociedad. Por consiguiente, al hablar del intento de suicidio o suicidio mismo encontraremos en la historia de la especie humana ciertas variaciones que dependen de la cultura de un pueblo, de sus formas de expresión y de vida .

o

El suicidio o intento de suicidio se convierte en un factor amenazante para la humanidad y que cobra ribetes de importancia entre lo que significa la vida y la muerte, una contradicción que explícitamente se presenta como una dualidad de función entre la vida y la muerte por el otro lado, sin embargo, implícitamente nos expresa la unidad misma de dos polos que parecen opuestos porque lo uno sin lo otro no podrían existir. Desmitificar esta dualidad es, sin duda, encontrar el origen mismo de la humanidad. No nos abocaremos a ésa tarea biológica, sino a hallar principios que expliquen el por qué de la muerte voluntaria.

Levene, en su obra titulada "El Suicidio", presenta un análisis sobre este hecho. Históricamente, el suicidio o intento de suicidio fue sancionado moral o físicamente, o sencillamente aceptado, dependiendo éste del comportamiento de las culturas, costumbres o valoraciones de cada pueblo. Este fenómeno caminó, en tiempo y espacio, al ritmo evolutivo del hombre y las sociedades.

Por ejemplo, el inundo pagano censuraba al suicidio y a los suicidas. Los cristianos incorporaron el concepto de vida a sus valores morales de cumplimiento obligatorio señalado por el decálogo divino (los 10 mandamient2s). En consecuencia, aquel individuo que no cumpliese esas normas, tema que ser sancionado o castigado ante la ley divina. En su lenguaje, cometer suicidio o intento de suicidio era infringir el mandato de Dios, por lo tanto, suicidas y suicidio debían ser sancionados.

Los grandes filósofos, como Platón, Pitágoras y Cicerón, influenciaron con sus pensamientos de tal manera que el suicidio comenzó a ser considerado como delito y las personas que lo intentaban eran castigadas públicamente.

Los sajones hacían salir el cadáver del suicida por la ventana y no por la puerta. En Atenas, cortaban las manos de los suicidas y en Roma, se dejaba los cadáveres en el patíbulo a merced de las bestias. En los cuarteles militares, imponían la pena de muerte al soldado que atentaba contra su vida.

En Alemania, el verdugo tenía derecho a apropiarse de todo lo que encontraba de aquel que hubiera cometido el delito de autoeliminarse y en Francia, bajo el mandato del rey San Luis, estaba penado con la muerte.

Las medidas draconianas de esas épocas, para frenar el suicidio o el intento de suicidio, nos demuestra que las sociedades no habían alcanzado ni asimilado un nivel científico para explicarse el por qué los individuos se entregaban a la muerte voluntaria. Era natural, porque en esos tiempos no se exploró ampliamente la personalidad y el comportamiento

humano. A pesar de las sanciones, no lograron resolver el problema del suicidio.

El hombre cuando ante un estímulo siente un temor con reacciones emotivas desproporcionadas le causa cierta irritabilidad auto-agresiva y esto, frecuentemente, le impulsa a cometer el suicidio. Cabe entonces preguntarnos: ¿Aquél que comete o intenta quitarse la vida es un cobarde o es un valiente que no teme a la muerte? Quizá, Levene dio la respuesta cuando dijo que uno se mata para no afrontar la lucha por la vida, es posible que se necesite mucha más fuerza para no matarse. El suicidio no es el remedio de los cobardes sino de los agotados y agobiados por la vida que llevan, pero tampoco se los puede considerar valientes. Al no encontrar alternativas de vida, lo único que hacen es dar una respuesta sin costo alguno, sea éste de exigencia personal tanto físico como psíquico.

Por estas características, es muy difícil que el sujeto con ciertos conflictos pueda encontrar un diálogo interno que le permita discernir y reflexionar acerca de los valores de la vida y la muerte. Estos dos polos se presentan en el pensamiento del sujeto-conflicto como unas entidades muy cerca a su personalidad que influye en su decisión propia; entonces, se puede decir que la vida y la muerte encierran un concepto de unidad.

A. LA FALSA DUALIDAD DE LA VIDA Y LA MUERTE:

Hacer meditaciones sobre el significado de la vida y de la muerte, a veces, es encontrar un silencio en el vacío. Es por esto que se es necesario definir los conceptos de vida y muerte. Tossini lo define claramente:

> "la vida (...) es un concierto armonioso de funciones (...) donde cada célula del conjunto tiene su propia vida y su propia jerarquía dentro de todo orgánico (...) una de tales jerarquías -y la más importante- es el sistema nervioso, cuyas células y neuronas (...) forman la unidad viviente" (El suicidio, pag 1, 2)

Los conceptos de vida y muerte, sin duda, han configurado la evolución del ser humano. La vida es la primera lucha ante la muerte, sabiendo que en cualquier momento, bajo ciertas circunstancias, puede llegar la muerte sin considerar tiempo, madurez o inmadurez. Es una situación constante muy ligada al hombre, porque desde que es concebido a la vida adquiere implícitamente también la muerte.

Entre las dos entidades de la vida y la muerte existe un trecho, un espacio, en el que el ser humano se desarrolla en su medio ambiente, como ser su cultura, sus relaciones sociales, económicas o geográficas, etc. En tanto, el hombre, encuentre un equilibrio entre su estructura psíquica y su medio circundante puede no tener una muerte precipitada. Dastre lo describe mejor: "la muerte se define, así por la vida, con aquello que ella no lo es, o que no es ya ".

Sin embargo, cuando en realidad existe una lucha entre el bienestar y el sufrimiento en la que se presentan dificultades y problemas como factores amenazantes que exacerban conductas de hostilidad, tanto interna como externa, juega entonces el papel de la hostilidad personal de uno, y es así que éstas causas pueden llevar a precipitar la muerte como lo es el suicidio.

B. ANALISIS CONCEPTUAL DEL SUICIDIO:

El suicidio se define etiológicamente como la muerte dada así mismo (súis=a sí, y caedes=muerte) o como lo define Emilie Durkeim: el suicidio es el acto mediante el cual un hombre se quita voluntariamente la vida, a sabiendas que se ha de matar.

En este sentido, el suicida actúa para escapar de sus problemas, rencores o frustraciones, motivado siempre por una amenaza. El suicidio es una conducta agresiva, cuya meta es la obtención de la muerte mediante un acto de auto-lesión, realizado conscientemente. Si la persona logra su cometido fatal el hecho se lo califica como suicidio y si el sujeto sobrevive al hecho se considera un intento de suicidio.

Según Esquirol el suicidio es una enajenación mental, porque el suicida está atentado contra su vida, porque éste está afectado de delirio; por consiguiente, los suicidas son alienados. Este planteamiento fue apoyado en 1845 por el Dr. Bordin, consideró que el suicidio constituye una entidad morbosa ubicada en un episodio de la locura.

La corriente "alienista" clasificó al suicidio corno la alienación descrita por Jousset y Moreau de Tours, anótese este concepto de suicidio de acuerdo con esa época. Estos dos autores consideraban al suicidio como una forma de enajenación del sujeto. Es más, clasificaron al suicidio en cuatro grandes áreas: Suicidio maníaco, suicidio.melancólico, suicidio obsesivo y suicidio impulsivo automático. Desarrollemos sus características:

1.- Suicidio maníaco: Se da en sujetos con alienaciones y de concepciones delirantes por las cuales se escapa de este cuadro o sólo cumple una orden imaginaria que lo lleva a cometer el suicidio.

2- Suicidio melancólico: Es un estado en el que el sujeto se encuentra deprimido y sometido predominantemente a un estado anímico de tristeza exagerada, agobiado por el sentimiento de culpa y de soledad derivados de la tortura y dolores de su medio. Esto lo lleva a no apreciar y perder el vínculo afectivo.

3.- Suicidio obsesivo: En este caso, el sujeto tiene la idea fija sobre la muerte y que por ello siempre busca, o esta presente en su pensamiento, el convencimiento de matarse como una necesidad instintiva.

4.- Suicidio impulsivo o automático: Es un acto de impulso incontrolable, que en cualquier situación esta la idea de muerte y el de quitarse la vida.

C. BREVE RESEÑA HISTORICA DEL SUICIDIO:

En Francia, desde inicio del siglo hasta 1850, se registraron 300.000 casos de suicidios, motivados por toda aquella existencia de sufrimientos influyentes por los sistemas deplorables de la admosfera social de la época. M. Bierre de Boismont, en su obra "El suicidio y de la locura suicida", describió:

> "(...) Hay países y siglos tristemente privilegiados, en que el suicidio se multiplica en proporciones espantables, hay, por el contrario, comarcas y tiempos en que la muerte voluntaria se convierte en un crimen tan raro como monstruoso". (El suicidio, pag. 11)

Pues siempre es lo mismo, aunque con ciertas variaciones de intensidad por las que atraviesa el ser humano. Es así que las pasiones tienden a ser el alimento del sufrimiento, los celos de las torturas, el amor de los delirios y el orgullo de las exaltaciones equivocadas. No todos sufren de la acción de la misma manera, sin embargo, todos las experimentan. Sienten la necesidad de reconocerse entre si o identificarse como hermanos, unidos por las mismas experiencias de sufrimiento.

Entendemos el concepto de civilización como un conjunto de normas o ideas morales, de necesidades, de deseos con principios y creencias inmersos en valores creados por el hombre. Cuando la civilización se sobre-excita vienen ciertos actos febriles de cambios: el deseo se exalta, crece la desconfianza, la desesperación y las decepciones. Todo esto conduce al suicidio caracterizado como "los días de la tragedia". Las muertes voluntarias son efecto de sociedades agitadas, incluso llegan a la tragedia por algún dogma religioso, un sistema filosófico, una moda poética y hasta literaria. No todos pueden vencer a esta mezcla de vida. A los derrotados o vencidos sólo les queda, como único recurso, la muerte voluntaria.

Es necesario recapitular algunas normas que se dieron y se dan en nuestra sociedad a lo largo de la historia. Es ley reconocida que el suicidio aparece raramente o se multiplica según las creencias de una época a otra época. Es también ley la virtud de la reproducción exacta de las mismas formas respondiendo al impulso de las ideas reinantes o predominantes. Se reproducen con asombrosa fidelidad. Se trata de una comprobación histórica del suicidio en las diversas edades de la humanidad, diríamos, desde el sacrificio mismo de la era de Brahama, pasando por la escuela estoica que abrió la puerta de la libertad a las almas romanas, hasta el suicidio literario de aquellos hijos soñadores de Wester y René.

Tanto en el Oriente como en la India el suicidio era considerado un acto de traición. Por cuanto Alejandro; El Conquistador, encontró en Taxila a filósofos que vivían desnudos en los márgenes del Gangers. Estos, llamados también griegos gimnosofistas sectarios de Brahama, respondieron con el suicidio al conquistador por el cual, este acto fue visto corno traición. Manolonio, jefe de los filósofos que rehusó a seguir a Alejandro el conquistador, Mostraron el deseo de morir ante el conquistador y su ejército de soldados. Por estos mismos medios u holocaustos es que la filosofía India se reveló ante las poderosas Grecia y Roma.

El fanatismo por la muerte voluntaria viene de tiempos muy remotos. Basta citar aquellos sufrimientos de tipo ritual en la que algunos sectores, por sus devociones religiosas, se condenan a horribles y lentos suplicios para quitarse la vida. Por ejemplo, en tiempos inmemoriables, el budismo introdujo el suicidio en sus seguidores. Sorprendentemente, hoy en día, los discípulos de Brahama se matan como en los tiempos de Alejandro.

Ahora la muerte no tiene ningún significado, no es mas que el sacrificio de una personalidad adolorida, es desvanecimiento místico que lleva a un

radicalizamiento de todo deseo de existencia. Hay un ejemplo clásico que dice:

> "(...) la escuela cínica, madre brutal del estoicismo, produjo a Diógenes, especie de Socrates delirante, como lo llamaba Platon, que termina por el suicidio su existencia orgullosamente extraña conocida es la historia del vanidoso del descendiente de Diógenes El Cínico, peregrino, que en el siglo II de la era cristiana, se arrojó solemnemente a la hoguera en presencia de toda la Grecia reunidos en los juegos olímpicos" (Caro E.pag. 33)

El suicidio es un acto enérgico, en cuya virtud se halla la posesión de liberarse de inevitables sufrimientos que proclaman su libertad con la muerte. En esta época se podía considerar a la muerte voluntaria más que un suicidio una protesta.

Los comurentes, academia de la muerte creada en Egipto por Cleopatra y Antonio, cuyos miembros se comprometían a morir juntos, buscaban las formas mas dulces de morir y dejar alegremente esta vida. Cleopatra faltó a este compromiso, pero más tarde se vió obligada a tornar esa fatal decisión. Lucrecia, gran poeta de ardientes y enérgicos versos, puso fin a su vida por medio del suicidio. El cristianismo quiso poner fin a este tipo de actos haciendo una interpretación divida hecha por San Agustin:

> "(...) no es por falta de razón, el no existir en los libros santos ningún pasaje, en que Dios nos recomiende o nos prometa, ya sea para evitar algún mal que para ganar la vida eterna, que nos demos la vida voluntariamente a la muerte, está prohibida en aquel precepto: no matarás (...) de donde se sigue que la prohibición es en general y que en el precepto de no matar no tiene aceptación, puede ser admitida la grandeza de alma de los que atentaron contra su vida" (Caro E., pag. 47).

En la edad cristiana el suicidio fue visto como un acto pecaminoso. El concilio de Arle, del año 452, declaró que la muerte voluntaria no podía ser otra cosa que el efecto del furor diabólico. Los concilios de Auserre, de Troyes y otros muchos, en sus instrucciones pastorales del papa Nicolas I, niegan a los suicidas las oraciones de la iglesia y la sepultura

cristiana.Consideraban que el cristianismo viene a ser aquel que da sentido a una vida digna de ser considera en esa época.

Un mal reprimido como lo es el suicidio jamás desaparece por completo y deja siempre su huella en especial en aquellos sujetos abatidos por la vida. El suicidio no hace distinción de sexo, color de piel ni creencia religiosa. Contrariamente a lo que se pensaba, los círculos del clero fueron también presa de este mal, por ejemplo, Baudoin, monje de Bruswich, se colgó colgado de una campana, el viejo fraile Horon se ahogó y así hubieron otros muchos casos.

Cuando llegó el protestantismo hubo nuevas condenas al suicidio, mediante mensajes y orientaciones con profundo signifcado religioso buscaban sancionar al fenómemo. Linero decía:

"Dios es el señor único absoluto
de la vida y de la muerte".

Ya en la edad media se presenta la controversia sobre si el suicidio debería ser o no sancionado o quienes estaban de acuerdo con la muerte provocada. entre lo que significa el suicidio el de ser o no ser sancionado. Tomás Moro, en su obra "Utopía", consideraba la legitimidad de la muerte por si mismo. Montaigne manifestaba una decidida simpatía con la muerte:

"El saber morir nos libra de toda sujeción y cadena,
por tanto, la muerte voluntaria es la más bella"

¿Quién podría olvidar la enfermedad del siglo VIII, o llamada también "mal de Siglo"? Este diagnóstico conllevaba todos los elementos humanos de de la tristeza y sufrimiento, la melancolía y la pasión. Fue conocido como la Escuela Literaria del Suicidio que tenía por concepto doctrinal que "cada sufrimiento despierta la tentación de la muerte voluntaria". Este hecho se la denominó una muerte tras otra muerte o mejor con el nombre de "Weter" debido a las implicaciones de muertes continuas y a las muertes voluntarias trasmitidas de unas a otras.

El sentimiento al que se llega por la inutilidad de la existencia es una fase ¡mportante a la hora de la decisión del suicidio. En cambio, el sentirse necesario para alguien. es ya es un motivo para seguir viviendo. Existe también la insensibilidad de muchos hombres que de todas maneras llegan al suicidio, contrariamente, puede presentarse casos en la que la misma familia

¡mpone nuevos deberes que estos se convierten en lazos que a uno ata a la vida.

D. FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL SUICIDIO :

1. Alcoholismo:

La ingesta de alcohol, como sabemos, altera al organísmo en general, desde la pérdida del equilibrio físico y de la razón. Al alterar el estado mental, puede tener una estrecha relación con el suicidio y que puede manifestarse con mas violencia. Sin embargo, se pudo comprobar que aquellos sujetos que consumen alcohol tienen menor inclinación al suicidio comparativamente hablando de aquellos que no consumen alcohol. (Psiquiatría diagnóstico y tratamiento 1991)

2. Herencia psicosocial:

Otro factor muy importante a tomar en cuenta es la herencia del suicidio que se transmite de generación en generación. Para describir mejor, citaremos a Durkeim, quien hace la siguiente definición:

> "(...) importa, ante todo precisar, el sentido de la palabra; cuando se dice que el suicidio es hereditario se entiende sencillamente que los hijos de los suicidas, habiendo heredado el humor de los padres están inclinados a conducirse como ellos en las mismas circunstancias (...) puesto que no es el suicidio el que resulta entonces hereditario; lo que se transmite es (...) un cierto temperamento general, llegando al caso a predisponer (...) a los sujetos, sin que constituya (...) una determinación (...) Lo que se trasmite en este caso, no es la afección misma, sino solamente un terreno capaz de favorecer su desarrollo". (Durkeim Emilie pag. 124 -125-126.)

Sin duda, el papel que juega la herencia en el suicidio no es propiamente el acto mismo del suicidio, sino es producto de la afección mental, de la tara nerviosa que conduce a la muerte del sujeto. Por consiguiente, la herencia del recuerdo y la idea del suicidio tienden al suicidio, de la misma manera que sus antecesores, aunque, claro está, no llega a constituir una entidad psicológica propiamente dicha.

Durkeim llegó a la conclusión sobre este problema hereditario señalando que éste no es posible cuando la constitución psicológica o afectiva de los individuos no presenta alguna alteración o secuela psicológica no lo rehusa . Pero, se considera al estado individual que uno presenta como una forma no definitiva ni automática, sino como la amplitud endeble de tomar distintas formas según las circunstancias para que se desarrolle el suicidio o simplemente no la tengan.

3. Imitación :

Existen suicidas que por imitación llegan al acto fatal, como aquel hecho ocurrido en 1772 cuando 15 inválidos se ahorcaron sucesivamente con el mismo método, o lo que sucedió en el campo de Boulogne: un soldado se quitó la vida dándose un tiro en el cerebro. En pocos días, varios otros ¡mitaron a los suicidas. La imitación se detuvo y desapareció la idea que evoca la muerte voluntaria.

E. EL SUICIDIO Y SU PERSPECTIVA SISTEMICA:

Según Tozzini, podemos indicar que existen tres estudios fundamentales acerca del suicidio que se fundamentan desde las perspectivas y tratamientos sociológicos, psicológicos y médico-psiquiatricos, éste último toma encuenta los estados alterados más profundos como los cuadros de la psicosis. Sin embargo, la fundamentación psicosocial se interpone a toda propuesta por la necesidad y la profundidad del estudio:

1 ENFOQUE PSICOSOCIAL DEL SUICIDIO:

En este estudio es muy importante mencionar al gran exponente como lo es el francés Emilio Durkheim. En su obra "El Suicidio", asienta un planteamiento netamente social que implica a la sociedad corno un ser supraindividual, muy diferente al pensamiento y consciencia individuales pero dentro del ámbito social porque en ella se desenvuelve la vida del ser humano.

Por tanto, el planteamiento de auto-eliminación humana, según este mismo autor, sugiere tres distintas conductas de suicidio: El suicidio egoísta, suicidio altruista y suicidio anómico. Consecuencia de lo descrito, explicar los antecedentes que presenta el sujeto suicida es sin duda conocer los motivos que lo llevaron a cometer dicho acto, entre estos podemos mencionar las dificultades de un individuo que lo conducen a la desesperación, que pueden -ser desgracias familiares, perdida de dinero,

aficionados a las bebidas alcohólicas, amor contrariado, sufrimiento físico, enfermedades mentales, miseria, etc.

1.1. SUICIDIO EGOÍSTA:

El suicidio egoísta se presenta en aquellas sociedades desintegradas, en aquellas que prima la individualidad ante la colectividad, ya que el sujeto se encuentra inmerso en si mismo. Aquí podemos encontrar el suicidio melancólico y, el suicidio epicúreo.

a).- Suicido melancólico: Se caracteriza por un estado de languidez afectivo-volitivo, en el que toda acción se esfuma, el sujeto es indiferente a todo cuando le rodea y termina sintiendo su propio yo.

b).- Suicidio epi curio: Es la "melancolía filosófica y soñadora está remplazada por una sangre fría escéptica y desganada que es particularmente sensible en la hora del desenlace" (Pag. 10, Tozzini, Suicidio)

1.1.1. LA RELIG ION FRENTE AL SUICIDIO:

Los estudios realizados sobre los suicidios en los países europeos puramente católicos, corno España, Portugal e Italia, demuestran que los índices de la auto-eliminación son bajos, pero no así en los países donde practican el protestantismo, como Prusia, Sajonia, Dinamarca, aquí los índices llegan a niveles máximos. Marselli confirmó estas afirmaciones en un estudio que realizó en medios de suicidio y en una población de un millón de habitantes. Y dio la siguiente relación: Estados protestantes con 190 casos, mixtos (protestantes católicos) con 96, católicos 58 y católicos griegos con 40. Sin embargo, es necesario conocer que los católicos registran cuatro a cinco veces menos suicidios que los protestantes, cualquiera que sea el país o nacionalidad.

Entonces llegamos a la conclusión de que los protestantes producen mas suicidios que otros cultos, tal como lo demuestra el siguiente cuadro por países, estimado en un universo de un millón de sujetos por cada confesión.

PAÍSES	AÑOS	Protestante	Católicos	Judíos
Austria	1825 - 59	79,5	51,3	20,7
Prusia	1849 - 55	159,9	49,6	46,4
	1869 - 72	187	69	96
	1890	240	100	180
Badén	1852 - 62	139	117	87
	1870 - 74	171	136,7	124
	1879 - 88	242	170	210
Baviera	1844 - 56	135,4	49,1	105,9
	1884 - 91	224	94	193
Wurtemberg	1846 - 60	113,5	74,9	65,6
	1876 - 76	190	120	60
	1873 - 90	170	119	142

Los judíos registran una incidencia menor en comparación a los católicos y protestantes. Son sistemas religiosos que comparten casi las mismas opiniones respecto al suicidio o la muerte voluntaria, lo mismo que están de acuerdo en sancionar con penas morales incluso más-allí del mundo material donde existe una autoridad llamada "Dios". Pero también disienten. El protestantismo admite el libre exámen y permite que el espíritu tenga una relación con el suicidio. Estos cambios anima a ésta religión a realizar reformas que implícitamente llevan muchos sufrimientos que deben ser atendidos por esta religión. Este proceso se debe considerar como la decadencia de las creencias tradicionales, pues no se podría encontrar su origen mismo sin esas reformas.

El protestantismo tiene una relación mas individual con el pensamiento porque en su actividad religiosa cuenta con muy poca práctica y creencias comunes como el catolicismo. Esto supone el por qué existen mas suicidios en el protestantismo que en el catolicismo. Se puede explicar mejor:

> "La superioridad del protestantismo, desde un punto de vista del suicidio, proviene de que se trata de una iglesia integrada con menor fuerza que la iglesia católica" (Durkheim Emilie El suicidio pag. 217.).

El judaísmo está menos expuesto al suicidio, hablando comparativamente a las demás religiones, debido, puede ser, a que se esfuerzan por ser superiores a las poblaciones que lo rodean y por la conservación del grupo .

1.1.2.LAS CLASES Y PROFESIONES:

Aun cuando Durkheim hace hincapié en que el suicidio no se puede determinar con precisión por clases y profesiones, existe una frecuencia en la clase mas elevada de la sociedad. En el año 1826 a 1880 (época en la que las profesiones libres ocupaban el primer lugar) se registraron 550 suicidios por millón de habitantes del mismo grupo profesional, mientras que los oficios domésticos ocupaban el lugar mas inmediato con 290. Otro estudio que realizó Valúan dio cuenta que entre 1868 y 1876 se presentaron 482.6 casos por millón de habitantes de la misma profesión, seguido por 401,1 por millón de habitantes que correspondía al oficio de militar.

1.1.3.EL SUICIDO EN RELACION AL SEXO:

Otro aspecto muy importante que vale la pena tomar encuenta. En todos los países del mundo la mujer tiende menos al suicidio y no así el hombre. Durkheim afirmó que esta conducta, considerado desde el punto de vista del género humano, obedece a que la mujer es tradicionalista y se adapta mejor a otras conductas y creencias establecidas, a que no tiene grandes necesidades intelectuales por ser menos instruída con relación a los hombres, y hace una excepción con la mujer negra, señalando que tiene predisposición al suicidio más que la mujer blanca -según él- debido a que la blanca recibió igual o más preparación intelecutal a la de su esposo o pareja.

Teoría de Durkheim con la que no estoy de acuerdo, porque la mujer negra, al igual que el pueblo negro, pasó por una etapa represiva (como fue la exclavitud o el racismo blanco) que la llevaron a frustraciones intolerables que se exacerbaron en decisiones fatales. Esto no tiene nada que ver con las cuestiones raciales que señaló Durkheim, ni siquiera los niveles intelectuales del hombre y la mujer.

Después de 1933 los índices de suicidios cambiaron en los niveles, digamos, raciales o étnicos. La revista "Suma Internacional" proporcionó las siguientes estadísticas del suicidio en las distintas etnias:

Tasa por 1000.000 en 1970
hombre blancos 18.0
hombres negros 8.0
mujeres blancas 7.1
mujeres negras 2.6
Tasas de mortalidad en 1980
hombres blancos 19.9
hombres negros 10.3

mujeres blancas 5.9
mujeres negras 2.2
Tasas de mortalidad en 1990
hombres blancos 22.0
hombres negros 12.0
mujeres blancas 5.3
mujeres negras 2.3

Ya en las ultimas estadísticas de 1991, cerca de 30.000 personas se suicidaron. Respecto a los casos clasificados por sexo existe una relación de 3 varones por 1 mujer. Las mujeres intentan suicidarse mas que los varones. Se estima que por un suicidio consumado 20 personas intentan suicidarse.

1.1.4. LA MUERTE EN EL DESARROLLO DE LA CIENCIA:

En síntesis: El suicidio también progresa junto con la ciencia. El hombre se instruye como también se quita la vida porque la sociedad religiosa se desintegra o porque ha perdido su cohesión. Pero no se quita la vida por ser instruido. Si la destrucción empieza es que ha comenzado la ciencia. La ciencia no sólo esta muy lejos de ser la fuente del mal, sino que es el único remedio de que disponemos para recurrir hacia la muerte voluntaria. Y sólo es posible la continuación de la vida por la reflexión y la inteligencia las que nos posibilitan una conciencia. Dicho de otro modo, a medida que el hombre va evolucionando a través de la ciencia, descubre y satisface ciertas necesidades y exigencias de su vida, y va dejando de lado, los valores humanitorios como la ética y la moral en la vida cotidiana del ser, en las que descuida la suguridad social, nucleos familiares, estructura afectiva en grupos de pertenencia y referencia.

1.1.5. EL ESTADO MARITAL Y SU CONTRATO SOCIAL:

Es sabido que en las poblaciones o periodos del celibato (soltero) no existe el suicidio en gran escala, es menos frecuente con relación a los' casados ya que estos últimos tienen más responsabilidades y presiones en el matrimonio. La tendencia a la muerte voluntaria es dudosa si clasificamos por edad y por matrimonio. El sujeto a la edad de 16 y 17 años está en contacto más con su medio ambiente como en ninguna otra edad. Pero a más edad más frecuente es el suicidio, como así lo demuestra estas cifras tomadas en Francia entre 1848 y1857:

De 16 a 21 años 45,9 Suicidios por millón de habitantes
De 21 a 30 anos 97,9 Suicidios por millón de habitantes
De 31 a 40 anos 114,5 Suicidios por millón de habitantes
De 41 a 50 anos 164,4 Suicidios por millón de habitantes

Siguiendo un estudio de ambos sexos y siguiendo la edad, se detectó que a medida que los solteros adquieren una edad avanzada aumenta la muerte voluntaria entre una población de 25 a 30 años de edad. La tendencia al suicidio, que es una ley Durkheiniana, es más alto en aquellos matrimonios precoces, con acentuación en los hombres. El suicidio en el matrimonio, tanto de varones como de mujeres, puede superar al índice de los solteros. Pero a partir de los 20 años de edad los casados, en ambos sexos, tienen más preservación con relación a los solteros que a partir de ese momento decrece hasta el último periodo de vida.

La preservación de los casados frente a los solteros varía según los hechos. En cambio, los viudos se quitan más la vida con relación a los casados, exceptuando a los viudos con hijos, ya que éste factor familiar les permite preservar la vida.

1.1.6. LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y EL SUICIDIO:

Conviene definir de que la familia está compuesta por un grupo conyugal y otro familiar propiamente dicha. El primero es producto de un contrato con afinidad selectiva y el segundo deviene de un fin natural consanguíneo al que pertenecen los hijos. El grupo conyugal liga a dos miembros de una misma generación y el grupo familiar es la continuación de una generación a otra generación. Hay que puntualizar que los grupos familiares con hijos pueden no ser susceptibles al suicidio.

El estado matrimonial preserva el suicidio y cuando el matrimonio fecunda dobla la preservación de la vida, es decir existe mucho mas garantía en un matrimonio con hijos que los sin hijos. El estado matrimonial preserva el suicidio por si solo, porque la presencia de los hijos corrige la mala acción del matrimonio, desde luego, genéricamente. Bertillon señaló: "cuando la mujer está en la vida conyugal, gana más que el hombre con esa asociación, pero cuando se sale de ella, pierde, decae necesariamente mas que el hombre". Debemos acotar que esta conducta de la mujer no se repite con el varón. El matrimonio sin hijos tiene una influencia a la supresión del suicidio, sino tiene una variación alguna, pero en un estado de viudez supera más a la mujer para cometer el suicidio, es corno afirma en una de sus leyes Durke i m.

1.1.7. MOVIMIENTOS SOCIALES Y LA RELACIÓN DEL SUICIDIO:

La historia nos demuestra que cuando existen convulsiones sociales, desorientación, caída de sistemas y nacimiento de otros, no hay más suicidios. Por ejemplo, la caída del imperio Otomanoes (Francia) del Siglo XIX, los suicidas quedaron estacionados. El índice de los suicidios bajaron considerablemente durante la turbulenta guerra de 1866 entre Austria e Italia, lo mismo ocurrió durante la guerra de 1870 a 1871 entre Francia y Alemania. Los casos de suicidios bajaron de 643 en 1963 a 545 en 1866 (el 16 %). En la contienda entre Francia y Alemania se registró una disminución del 15 %. Estos resultados se aplican a la generalidad de los acontecimientos históricos, tanto en vencedores como vencidos, invasores e invadidos.

Después de esta etapa de estacionaria, vuelve el curso habitual del suicidio. Pero no hay que descartar que cierto tipo de hechos se dan en los movimientos que agitan pasiones. Por esta razón, no todos los movimientos registran estos acontecimientos. Los movimientos despiertan sentimientos colectivos, avivan y estimulan el patriotismo o partidario. La fe nacional y la fe política tienen un mismo sentido que engendra una integración hacia la sociedad y consigo mismo, entonces, se excluyen las crisis y convulsiones sociales; diríamos, una saludable y seguridad con relación al suicidio. No es gracias a esta crisis "sino a las luchas de que esta crisis es causa", entonces el hombre pierde la idea de si mismo y renace la idea colectiva.

Cuando una sociedad esta integrada fuertemente puede tener individuos que se encuentren bajo una influencia directa que no les permite el destino de su vida a su libre albedrío, es así, corno se puede escapar de la muerte voluntaria. Pero cuando existe una degeneración de esta subordinación, el Estado no tiene la autoridad para retenerlos, por consiguiente, se creen que son dueños de su propio destino y despierta la debilidad de sí mismo, es entonces que despierta el instinto hacia la muerte.

Por consiguiente, se puede decir, que los lazos afectivos de un sujeto potencialmente suicida se rompe, porque no existe contacto en las relaciones interpersonales o con su medio circundante, por ello, el sujeto se encuentra encapsulado en sí mismo por el sufrimiento que padece, ya que éste no tiene coraje para seguir viviendo por amenaza de la muerte.

En ocasiones el deseo de morir se desvanece, cuando existen otros lazos afectivos que no son individuales o de grupo, sino mas bien colectivos, estos lazos afectivos, nacen en las guerras, revoluciones sociales o movimientos sociales.

> "Les falta (…) una razón para soportar con paciencia las miserias de la vida, "pues, los lazos colectivos que les une a la vida va perdiendo y reduciéndose a los lazos individuales, pues,"en una sociedad coherente y vivaz va de todos a cada uno y de cada uno a todos, con un contínuo cambio de sentimientos como nuestra asistencia moral, que hace que el individuo, en vez de estar reducido a sus solos esfuerzos, participe de la energía colectiva y acuda a ella para reconfortar la suya cuando esté gastada" Emilio Durkheim, El Suicidio, pag. 287)

Es en este sentido las causas suicidógenas son más de género que reacciones individuales, por eso cuando se presenta el suicidio puede dejar una huella, entonces justifica que otro sujeto si puede adoptar una muerte voluntaria.

Para la vivencia del género humano es necesario su consagración hacia un fin, en el que la vida tenga un sentido, que valga la pena. Cuando la vida no tiene suficientes motivaciones se está destinado a perecer en la nada. En esta fase el estado de "egoísmo se encuentra en contradicción con la naturaleza humana". En un estado egoísta el yo encuentra un fin en si mismo, vive su vida personal, obedece así mismo.

Por tanto, el suicidio egoísta es una causa generadora que afloja al hombre ante la vida. Es por el hombre mismo que va creando su propio objeto, su fin, producto del sentimiento colectivo de una sociedad que impone sus propias normas, se institucionaliza el orden social. Aquí se presenta la depresión y el desencanto. Se expresan el estado de desintegración de la sociedad a causa de un malestar social que se traduce en abstemia colectiva o en una tristeza individual que se plasma en la colectividad humana, por tanto:

> "Son mas bien un efecto que una causa, no hacen mas que simbolizar, en un lenguaje abstracto, bajo una forma sistemática, la miseria fisiológica del cuerpo social (...) Por esto se injusto acusar a esos teóricos de la tristeza de generalizar impresiones personales, son eco de un estado general (...) y que estos dan origen a una autoridad (…) y que se impone al individuo y le empujen (…) directa mente en él la

> desintegración de la sociedad (...) Por individualizado que cada uno este, queda siempre algo colectivo; la depresión y la melancolía y que resultan de esta individualización exagerada (...) si el individuo cede al menor choque de las circunstancias es porque en el estado en la que se encuentra la sociedad ha hecho de el una fuerza dispuesta al suicidio" (Durkheim E., El Suicidio, pag. 293, 294)

1.2. SUICIDIO ALTRUISTA:

Este suicidio se presenta en aquellas sociedades en las que tiene un lazo muy estrecho con el sujeto. El sujeto es más dependiente de la sociedad.

En el suicidio altruista, el hombre se mata porque cree que es un deber hacerlo y que tiene el derecho de quitarse la vida. Para él la muerte se convierte como una obligación, porque ésta se castiga con el deshonor o la pena religiosa. El individuo no pasa voluntariamente por una tristeza, depresión o melancolía, sino la realiza por una exigencia social o una creencia muy grande. Sobran los ejemplos de este tipo de suicidio. He aquí algunos de ellos:

Barthohia, en su obra "De camis comtempfae monis a Danis", relató:

> "Los guerreros Daneses consideraban como vergüenza morir en su cama, de vejez o enfermedad, y se suicidaban para escapar esa ignomia; Los Godos creian que los que mueren de muerte natural estaban destinados a pudrirse eternamente en antros llenos de animales ponzoñosos (...) La roca de los abuelos, conocido este nombre, porque se suicidaban los abuelos cansados de la vida, o en la India cuando por la muerte de sus esposos las viudas estaban destinadas a matarse".

Este suicidio se presentaba en algunos pueblos con las siguientes características genéricas:

a).- Suicidios de hombre ligados al dintel de la vejéz o atacados de enfermedad.
b).- Suicidios de mujeres a la muerte de su marido
c).- Suicidios de clientes o servidores a la muerte de sus jefes
(Durkheim E., El Suicidio,pag.299)

Este suicidio altruista tiene ciertas variaciones: el suicidio altruista facultativo, el suicidio altruista agudo y el suicidio altruista obligatorio. Estos tipos tienen un fundamento en la ética refinada que pone en consideración la personalidad humana y la muerte en estas circunstancias aveces se la conoce con el nombre de acciones mártires, pues estos resultados son para la enajenación de su personalidad, que gracias a su idea, o son servidores.

1.2.1. Suicidio altruista facultativo:

En este se comete el suicidio ante situaciones en que no necesariamente esta obligado a morir de manera voluntaria.

1.2.2. Suicidio altruista obligatorio:

Es el suicidio que se ejerce y se práctica por un cumplimiento social impuesto.

1.2.3. Suicidio altruista agudo :

El sujeto toma la muerte voluntaria por un sacrificio a la divinidad llevada por una creencia religiosa.

1.3 . SUICIDIO ANOMICO:

En el suicidio anómico surge en épocas de crisis, cuando una sociedad sufre perturbaciones, falla el poder regulador ante los individuos insaciables, se incrementan estos deseos de insatisfacción, que llevan al descontento social.. Por ello se dice que tanto en épocas de prosperidad como en épocas de crisis económicas o desastres financieros se registran más suicidios. Nace el

suicidio anomia-económica, existe también la anomia-doméstica que surge gracias al estado de viudez.

Este suicidio llamado anómico se expresa por pasiones individuales que se necesitan y no existe una norma que las regule. Allí, el hombre está sometido a un mundo de industria y comercio.

1.3.1. Crisis económicas:

Las crisis económicas, sin duda, traen consigo al suicidio como lo ocurrido en Viena de 1873, cuando se declaró la crisis financiera aumentó la población de suicidios. De 141 suicidas subió a 153, ambos datos el mismo año. Progresivamente, subió al 51% de suicidios (216), o citar también al famoso "crack" que se produjo en la bolsa de París en 1892 aumentó el suicidio.

Se trata de crisis que perturban el orden colectivo y social, lo que empuja a la muerte voluntaria.

El hombre no está ligado de manera estrecha a la vida mas que por un hilo muy tenue que en cualquier momento puede romperse por su insaciable búsqueda del equilibrio, tanto biológico como físico, en la que todo es franqueable ante su estado de estabilidad, y no existe cosa alguna en el hombre que pueda poner en armonía y sólo el poder moral o la toma de conciencia puede proporcionar medios de restablecimiento. Pues, el rol del ideal económico asignado a cada individuo comprende ciertos limites que le permiten movilizarse con cierta libertad en la búsqueda de un goce de sentimientos y placeres. El individuo espera legítimamente como previa de su moral, de una moral impuesta como la autoridad colectiva. Es entonces cuando la anomalía o la irregularidad son regularizadas, incluso las pasiones por ser menos disciplinados.

El comercio y la industria, sin precedente alguno, hacen cambios en la esfera social en la que la anomia se presenta en forma de crisis producto de los sistemas morales. Para amortiguar ésta se crea la religión corno forma de
- controlar a los subalternos, que a su vez es un regulador del sistema y se convierte en un instrumento de servicio .

La humanidad va en busca de satisfacciones y siempre tiende a seguir adelante, sin tregua alguna, hacia un fin indeterminado, donde la anomia es un factor regulador y especifico del suicidio, porque la actividad del hombre está a ser organizada y que por esta razón sufre.

1.3.2. El estado conyugal:

También existe la anomia doméstica que es una crisis que se presenta en un núcleo familiar por el fallecimiento del esposo, este hecho origina una viudez que puede llevar al suicidio, porque la viudez es una perturbación de la existencia.

En el estado matrimonial que es ley, según Durkheim, el matrimonio favorese a la mujer desde un punto de vista del suicidio y que los divorcios son perturbaciones que se producen por discusiones domesticas. Por tanto, es necesario definir qué es el matrimonio:

> "El matrimonio(...) es una reglamentación de dos relaciones de los sexos, que se extiende no sólo a los instintos físicos(...) sino también a los sentimientos(...) sobre la base de los apetitos materiales(...) el amor(...) es un hecho mas mental que orgánico(...) Lo que el hombre busca en la mujer no es simplemente la satisfacción del deseo genésico(...) que se complica con los sentimientos estéticos y morales(...) y tal es la función del matrimonio, regula toda esta vida pasional" (Durkheim E., El Suicidio, pag. 373)

El divorcio no es más que el debilitamiento de la reglamentación matrimonial. El estado de anomia conyugal es producido por el divorcio que induce a la muerte voluntaria o suicidio.

Estas consideraciones planteadas por E. Durkheim, desde la perspectiva sociológica del suicidio, tienen una explicación individual en las formas de suicidio que hacen a la individualidad de cada persona, llevadas por decepciones y cólera en las que el medio juega un papel muy importante en el sentimiento de una persona. Por consiguiente, se considera que el acto mismo de una muerte voluntaria hace que se exprese en diferentes matices ya anteriormente explicados, como son el suicidio egoísta, el suicidio altruista y por último el suicidio anómico, que tienen un fundamento significativo de la concepción y el proceso de suicidio en su configuración misma con una base fundamentalmente suigeneris de lo social.

Sin embargo, considerar al suicidio como fenómeno social es explicar la estructura misma de una sociedad en donde el sujeto tiene un rol determinado en el medio circundante. Para que uno llegue al suicidio encuentra diversas y variadas contradicciones que sirven de pretextos que los

podemos identificar como causantes fundamentales, por ejemplo: la pobreza, la abundancia, el divorcio, el casamiento infortunio y desgracias en el hogar, entre otros. Pero, sin duda, no son causas específicas ya que uno no puede determinar el grado de dolor que siente otra persona. Cuando los sujetos llegan a la tragedia, unos adoptan al suicidio como forma de menor provocación de dolor, en cambio, otros reaccionan cuando existe mayor provocación por el dolor.

Por esto se hacen dos consideraciones fundamentales: La primera se refiere al grado de influencia del medio ambiente en el individuo y la segunda tiene que ver con el grado de reacción del individuo hacia el medio ambiente.

Las causas mas importantes del suicidio siempre son sociales. La familia no puede modificar el número de suicidios porque la sociedad no cambia, ya que en algunos casos el suicidio no se trasmite por filiación personal, sino por guardar una herencia de un suicida, quien suele ser un maestro puro para la víctima de la herencia moral.

Empero, es necesario considerar otros factores coadyuvantes en la decisión de la muerte voluntaria, corno por ejemplo el tiempo, la temperatura, el clima. Por ello la necesidad de concebir la realidad del sujeto en su contexto.

1.3.3. Los factores cósmicos en el suicidio:

El suicidio se desarrolla con más frecuencia o acción cuando están ligados a ciertos factores cósmicos. Lo cósmico interactúa con diferentes resultados de un país a otro, porque en éstos el comportamiento es determinante por influencia del clima y la temperatura durante las cuatro estaciones del año.

Durkheim realizó un estudio sobre la influencia del clima en el suicidio y obtuvo los siguientes resultados:

De 36 o a 43 Grados de latitud 21,1 Suicidios por millón de habitantes
De 43 o a 50 Grados de latitud 93,3 Suicidios por millón de habitantes
De 50 o a 55 Grados de latitud172,5 Suicidios por millón de habitantes
Por encima de esta temperatura 88,1 Suicidio por millón de habitantes

Existe la creencia de que los suicidios se desarrollan más cuando el cielo está "mas sombrío y la humedad y temperatura están bajas" y se dice también que los aspectos desolados conducen a despertar ciertas pasiones tristes que provocan melancolía. Sin embargo, las estadísticas demuestran lo contrario de estas afirmaciones porque no es en invierno ni en otoño

donde se cometen más suicidios, sino, por el contrario, tienen su auge en una de las estaciones más bellas como lo es la calurosa primavera.

> " En efecto, si se divide el año en dos semestres, uno que comprenda los seis meses mas calurosos(...) y otros seis meses mas fríos, siempre es el primero el que cuenta mayor número de suicidios -No existe un solo país que constituya una excepción de esta ley(...)" (Durkheim E., El Suicidio pag. 174)

El suicidio relacionados al factor climatológico fue comprobado en Dinamarca, Bélgica, Francia, Prusia, Sajonia, Baviera,Wurtemberg, Austria, Suiza, Italia y España, con excepción de Irlanda, Holanda y los cantones de Berna y Noruega.

Las estaciones en las que se cometen el suicidio o intento estos se registran en un orden de más a menos: En verano y primavera los índices son mayores y en otoño e invierno son menores.

El factor climatológico influye de manera directa en la decisión del suicidio. El calor aumenta la excitación del sistema nervioso y las funciones cerebrales, constituyéndose en factores que conducen a la muerte volutaria, tal como afirman Ferri y Morselli, dicen -además- que estas variaciones climatológicas modifican la enajenación mental.

La ley durkeniana sobre el suicidio, que obedecen a cambios climatológicos, se expresan en los países de Europa, donde el suicidio aparecen más en los primeros meses del año, en esta etapa se puede apreciar la marcha del suicidio de manera regular y ascendente, de un mes para otro, hacia junio y julio aproximadamente y a partir de estos últimos meses declina en forma r descendente hasta el fin de año. Pueden presentarse variaciones de un caso a otro, pero no muy significativas .

Algunas afirmaciones de Bierre de Boismont señalan que los suicidios cometidos se presentan más en el día que en la noche, ya que en el día, empieza el cruzamiento de las relaciones humanas y la vida social resulta más intensa, (acotaría que aquí estas relaciones se exacerban con mayor intesidad y llevan a un rompimiento de los lazos afectivos entre sujetos). La hora del suicidio ocurre en la mañana y el atardecer, al medio día existe una aparente calma.

2. ASPECTOS CULTURALES DEL SUICIDIO:

Explicar el suicidio desde la perspectiva etnocultural es, sin duda, comprender laverdadera dimensión del significado de la autoeliminación en contexto social dado. Para comprender mejor, a este acto social, es necesario determinar el concepto de cultura. En su sentido enográfico, Tylor definió a la cultura como un complejo de conocimientos, creencias, artes, moral, derecho, costumbres de aptitudes y hábitos que el hombre los adquiere de la sociedad. Por lo tanto, para él "la cultura es comportamiento aprendido", que son modelos de conducta.

Por ello, los hechos sociales son procesos mediante los cuales un grupo social dado transmite, de personas a personas y de generación a generación, modos aprendidos de pensar, de sentir y de obrar. Radeliffe Brown dijo que no todo lo que es transmisible se instaura en el hombre como concepto .independiente, sino que lo asimila al proceso social, muchas de estas de acuerdo a un contexto situacional.

Por consiguiente, el suicidio o el acto suicidal es un hecho social que puede ser asumido como valores culturales de tradición y creencias. Es el caso de China y Japón donde el jarakiri es un acto de autoeliminación honorífica tomada ante la amenaza de su sentimiento vivencial. Tenemos también la expericiencia de la Segunda Guerra Mundial: La aviación japonesa contaba con un escuadrón denominado kamikaisis que practicaban el suicidio por honor nacionalista impuesto como valores patrióticos y culturales.

Algunas sociedades proscribieron al suicidio porque consideran que se trata de una actitud que alteran las normas sociales. No permiten el acto suicidal porque creen que el impacto socio-cultural produciría perturbaciones que podrían contagiar a otros sujetos. Así, mediante este control coercitivo, mantienen el equilibrio social establecido.

Sin embargo, no se puede generalizar que la cultura sea causante de este mal, sino tiene la capacidad de satisfacer y frustrar la satisfacción de las necesidades humanas. Por tanto, para que ésta se encuentre en equilibrio es necesario que la adquisición de cogniciones, así como los mapeos cognitivos, sean condiciones psicológicas necesarias para las prácticas de hechos sociales, llamados costumbres.

El suicidio es una acto transmitido de personan a otras personas por ser considerada un hecho social y una forma aprendida. Sí la sociedad es considerada como un hecho de relaciones sociales, entonces, el suicidio es producto de esas relaciones, a su vez, el componente humano se encuentra

dentro de las relaciones sociales y es vulnerable en la adaptación socio-cultural. Por ello, es muy importante que la conducta aprendida y socialmente transmitida encuentre una adaptación que justifique y racionalice determinadas formas de conducta.

3. GENERALIDAD PSICOLOGICA DEL SUICIDIO E INTENTO DE SUICIDIO :

En éste enfoque cabe mencionar a Tozzini, quien planteó una visión psicológica, citando al máximo exponente de la corriente psiconanalitica: Sigmon Freud. Expresa que el instinto se divide en: Instinto del yo y los instintos sexuales, en ésta última se encuentra inmersa la transformación de lo contrario, es decir, la orientación contra la propia persona, la represión y la sublimación, es aquí donde se produce el cambio del objeto y mantiene su propio fin, así el masoquismo, que es el sadismo primitivo, se vuelve contra sú propio yo.

El masoquista goza de su agresión contra sí mismo, tanto que el sádico goza del sufrimiento de un tercero .

Así como la libido del sujeto melancólico pierde su objeto de manera inconsciente, su propio yo pierde el afecto, se vuelve contra sí y vive de auto reproches y lleva una vida de acusación al medio circundante.

Ante algún desengaño por una persona, el melancólico en lugar de retirar la carga libidinosa del objeto (engaño y ofensa) hacia un sustituto, deja el objeto y se retrae, lo que provoca que su libido se dirija contra si mismo, por esta conducta, llega a identificarse con un narcisismo relacionado al objeto abandonado. Pero existe una carga erótica que no se utiliza ante una identificación narcisista y que ésta puede utilizarse con una expresión sádica de auto punición, que es la que permite agredir al objeto con la hostilidad enfermiza que presenta.

Es así que el impulso auto destructivo aparece a consecuencia de la regresión a un objeto o a la carga del objeto, despertando una hostilidad y/o el instinto a cometer el suicidio.

3.1. Herbert Hendin, otro militante de la corriente psicoanalista o más conceptuado como el psicodinamismo del suicidio, encuentra una clasificación de la muerte:

3.1.1. Muerte como abandono vegetativo: Es y se produce cuando el individuo se siente rechazado por el medio al que pertenece. El suicidio

aparece como el mecanismo de compensación sobre algunas situaciones, en la que el sujeto ejerce cierta influencia ante los demás. En esta etapa la muerte se convierte en ensueños ilusorios de dominio ante cualquier fracaso que pudiera existir, es decir, ante un venidero fracaso puede estar la muerte voluntaria y si el éxito llega se: va la amenaza de la muerte. Este hecho está siempre en función del sujeto.

3.1.2. Muerte como un homicidio introyectado: Su característica principal es el odio y el deseo de venganza ante un tercero. Se vuelve contra el mismo sujeto, es en este sentido, nace el mártir de la justicia y la maldad ajena. Es por estas circunstancias que uno vive amenazado por el medio social y por ello acude al recurso de la muerte voluntaria.

3.1.3. Muerte como una reunión: Esta nace por frustraciones del deseo o como un "deseo de amar". En los casos de masoquismo este tipo de muertes se convierte en un hecho placentero. Entonces, se podría afirmar que uno decide quitarse la vida más por la gratificación de lograr una reunión placentera de un amor frustrado que por otro motivo o motivación.

3.1.4. Muerte como resurrección: Son fantasías humanas de muerte. Los individuos afectados presentan signos de haber sufrido ciertas desgracias a consecuencia de la pérdida de un ser querido. Esto lo lleva a cargarse de un deseo de omnipotencia divina de muerte, es decir, busca un presunto renacimiento junto a los seres que perdió.

3.1.5. Muerte como auto punición: Ocurre cuando la muerte aparece como autoreproche en el sujeto que vive sensaciones de minosvalía frente a sus fantasías, entonces, el suicidio surge corno el castigo a esos fines desproporcionados.

3.1.6. Muerte de cuerpo en sujetos efectivamente muertos: Básicamente en ésta Hendin nos dice que esta caracterización se presentan sólo en hechos esquizofrenicos. El sujeto es incapaz de "sentir algo por alguien", siente muerto en vida.

3.2. Karl A. Monninger, señala en obra que dedico parte de sus estudios al suicidio en su obra "El hombre contra sí mismo" que el suicidio debe ser tomado en cuenta desde una dimensión del significado de la muerte y en esta su teorización plantea tres elementos internos: El de morir, matar y ser matado. Para él todos los suicidas tienen ese origen.

El deseo de matar es la materialización de los impulsos derivados de la agresividad primaria; el deseo de ser matado es una modificación

provocada por *esa* agresividad primaria que proviene de la consciencia del deseo de matar, de la autoagresividad dirigida por si mismo. A todo esto se añade a una "fuerza vectorial" que se desliza hacia la autodestrucción. Se trata de un tipo de factores desencadenantes del suicidio. El autor lo dice con mayor claridad:

> "(...) el deseo de matar inesperadamente desprovisto de ciertas ocasiones y objetos internos de satisfacción, puede volverse hacia la propia persona, dando lugar a su autoeliminación. Este deseo de matar, que surge de la primera capacidad de destrucción dirigida con débil neutralización hacia uno o varios objetos cuya repentina eliminación o infidelidad desata la ligadura, disocia los elementos del lazo afectivo, y permite que el impulso asesinado, ahora libre, se emplee sobre la persona donde se originó, como objeto sustituido, cumpliendo así un asesinato desplazado "Tozzini, El suicidio, pag 24.

Estas tendencias destructivas como constructivas se extravierten ya desde el nacimiento y el desarrollo de las experiencias vitales. El individuo reacciona con extroversión al comienzo de sus tendencias agresivas, más tarde se expresa con extraversión eróticas y constructivas. La unión de estas dos tendencias produce grados de neutralización destructiva. Es así como se presenta la destrucción y la autoeliminación del individuo.

Existe una clasificación de suicidios planteada por Menninger que es la siguiente:

a).- Son aquellos sujetos: Que aceptan el "precio de morir " y que su acción define su justificación ante la vida, sea esta por una enfermedad o minusvalia.

b).- Son aquellos sujetos: Que aceptan su autodestrucción sin ninguna repugnancia. No necesitan explicaciones y actúan sin propósito alguno, aparentemente, por ejemplo el alcoholismo crónico.

c).- Son aquellos sujetos: Que sus actos suicidas no tienen responsabilidad ante el medio, ya que su presión es tan fuertes que incurren en casos de accidente intencional.

d).- Son aquellos sujetos: Que tienen compromiso orgánico neurótico. No explican *sus* actos por no existir una explicación ni negación del acto.

Estas cuatro fases citadas anteriormente tienen un componente que es la búsqueda de una solución a sus planteamientos o problemas, en las que sus medíos son implícitamente expuestos o utilizados para cometer la muerte voluntaria.

Otros investigadores pretenden dar una explicación al fenómeno del suicidio a partir de las alteraciones psicopáticas, pues, en este caso, el acto presenta un componente sindrómico que induce a diferentes entidades nosológicas.

3.3. E. G. Strorring, en su libro "Psiquiatría general especial", plantea que el suicidio es un instinto normal, es más, es una desviación del instinto ligado a la conservación de la especie humana. Por tanto, para éste acto existen tres clases de suicidio :

3.3.1. Suicidio por balance: El individuo "sano" que presenta un instinto de conservación con una afectividad trastornada por grandes motivaciones, o conflictos psicosociales, puede convertirse en amenaza para su integridad corporal. Sin duda, también se dá en sujetos psicópatas con dificultades vitales insuperables.

3.3.2. Suicidio como conducta emocional: Se presenta en sujetos de conducta inestable e hiperexitable. Después del acto o intento de suicidio, le produce un sentimiento de culpa que veces puede estar asociado a un chantaje afectivo.

3.3.3. Suicidio como acto psicótico: En sujetos con enfermedades del estado de ánimo, tales como mentales, melancolía, depresión propiamente dicha, esquizofr enia, intoxicaciones, parálisis general progresiva y la distimia epiléptica

Estas características en sujetos suicidas tienen que ver con la personalidad del individuo. El acto del suicida puede implicar características mixtas o cuadros distintos.

3.4. Henry Ey. P. Bernard y Ch.Brisset, estos realizaron estudios sobre la muerte voluntaria, ambos señalan que el suicidio constituye un "trastorno instintivo-afectivo", pero un aporte fundamental de esta patología es la relacionada con la angustia y el delirio y presentan una clasificación acerca del suicidio.

Esta clasificación de la muerte voluntaria, presenta dentro de esta nosología patológica sub-clases que se presentan por la impulsión suicida inconsciente, por crisis melancólica, por delirio y por obsesión impulsiva .

3.4.1. Por impulsión suicida inconsciente: En ésta sub-clase, el acto suicida se presenta en una forma impulsiva inconsciente que es irresistible. Este hecho, se presenta en un alcoholismo crónico, en un estado de confusión epiléptica y en el curso de una melancolía estupurosa.

3.4.2. Por crisis melancólica: Es un estado de experiencia de muerte deseada por el que pasa un sujeto melancólico. El acto suicida presenta brusquedad, tras meditaciones preparadas, en éste último el suicidio no solo está comprometido individualmente, sino que aveces éste compromiso con la muerte puede llegar a arrastrar a sus hijos y familiares.

3.4.3. Por delirio: Este hecho se presenta en diversas formas como en el trastorno de pensamiento de tipo delirioso en sus distintas formas: persecutorio, celotípico, hipocondriaco, etc.

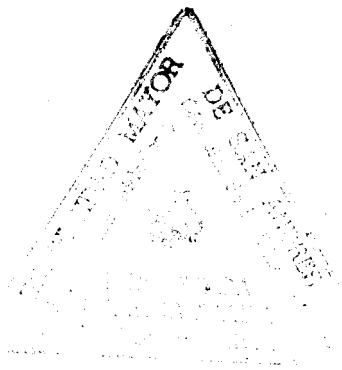
3.4.4. Por obsesión impulsiva: Al igual como el trastorno, el pensamiento y el acto están comprometidos en tal situación que la autodestrucción es virtual. Se presenta también en la neurosis fóbica u obsesiva.

F. ALTERACIONES DE LA AFECTIVIDAD:

1. La depresión:

La depresión se la designó como la disminución general de todas las capacidades físicas y mentales frente a estímulos tanto físicos como emocionales. Por ello, la depresión es un estado de tristeza, abatimiento, agobio, que se caracteriza por el descenso de humor, implicando la lentitud de los procesos psíquicos que bien pueden entrar a un estado psicopatológico. Sin embargo, es fundamental explicar la tristeza habitual o normal sin que ésta se convierta en patológico. Todo este diagnóstico será determinado por el tiempo, es decir a mayor tiempo es mayor el compromiso con la depresión.

> "Una cosa es la tristeza, sentimiento normal, como la alegría, y otra la depresión o tristeza patológica. La tristeza es un estado de ánimo que se experimenta de ordinario ante situaciones, dolencias de la vida cotidiana. De corta duración no altera a la conducta.



En cambio la depresión constituye una característica psicopatológica que puede adoptar la forma de síntoma la vivencia anómala de sentirse deprimido) cuando la depresión es muy honda suele llamarse melancolía (...)" (Vidal y Alarcon Psiquiatría pag. 341.)

En este sentido, los periodos de tristeza, que dependen de la estructura de la personalidad y de las situaciones conflictivas por las que atraviesa el individuo, llevan a un conflicto afectivo y éste a su vez conduce al sujeto a que se sienta triste o agobiado. que le resulta muy difícil superarlo. El riesgo aumenta hasta entrar a un estado depresivo.

El trastorno afectivo es un trastorno del humor, considerada por el DSM III-R como trastornos del estado de ánimo. Al respecto él término "humor" indica un estado emocional que puede afectar a todos los aspectos de la vida de un individuo". (Psiquiatría general, pag. 349)

Sin embargo, los trastornos depresivos y esenciales en este estudio son la depresión y la distimia, con sus variantes como la depresión mayor, la depresión mayor con melancolía, la depresión con acentuación en la incapacidad de encontrar y sentir placer, la depresión mayor con rasgos psicóticos asociados fundamentalmente con delirios y alucinaciones y, en algunos casos, con estupor depresivo que guardan relación con la baja auto estima, sentimientos de culpa, nihilismo y castigo.

El sujeto deprimido presenta desinterés por las diversas actividades que le presenta su medio ambiente y a menudo piensa en la muerte y el suicidio como medios de liberación de sus problemas.

2. La melancolía:

El estado melancólico es considerado como la depresión intensa y profunda en la que entra en un estado vivencial de dolor prolongado caracterizado por el enlentecimiento general y la inhibición de las funciones psíquicas y psicomotoras, por las cuales, se sienten incapaces de realizar funciones cotidianas por la inercia, la ideación lenta, la atención, están más focalizadas en hechos melancólicos fríos y distantes de la realidad.

Estos sujetos se encuentran en un profundo estado de tristeza, y entran en un auto desprecio o inseguridad, por lo cual, la desdicha y la culpa es presa de su vida, sintiéndose atormentados y abatidos por la vida que los lleva a la búsqueda de la muerte voluntaria.

> "El suicidio llega a hacerse obsesivo, imaginario, deseando y buscando sin cesar. Se la considera a la vez como una obligación, un castigo necesario y una solución. La posibilidad del suicidio sitúa a todo melancólico en peligro de la muerte (...) El raptus suicida es una impulsión brutal y súbita que precipite al melancólico (...)" (Tratado de psiquiatría, pag. 249)

Por tanto, el trastorno del estado depresivo entraña vulnerabilidad para el individuo, porque representa un peligro para su vida.

3. La psicosis:

Los cuadros psicóticos, que presentan alucinaciones tanto visuales como auditivas o episodios deliriosos, conducen a una muerte provocada. Los individuos, como característica, presentan frecuentes alucinaciones, mutismo o depresión estuporosa. Por ello, la psicosis es considerada como el trastorno del estado mental y que por ésta razón presenta cuadros deliriosos con una fuerte tensión emocional y afectiva que distorsionan su contexto y, por ello, buscan, en algunos casos la autodestrucción .

4.La disforia:

En el estado disfórico el paciente se encuentra en situaciones muy criticas por las que denota exacerbaciones muy rápidas. En esta situación, éste es muy sensible frente a todo estímulo y sumamente irritable, propenso al medio ambiente y hacia sí mismo; es ansioso y triste; asimismo, presenta ausencia de sentimientos, de bienestar, es pesimista y lo domina la "disforia depresiva" que muchas veces desencadena en hechos irreparables.

G. FUNDAMENTO NEURO FISIOLOGICO DEL SUICIDIO:

El sistema nervioso central constituye el centro de regulación de las funciones fisiológicas y psíquicas en el normal desenvolvimiento de la afectividad "a parte de ello existen datos que indican que el tranco cerebral anterior, el tálamo y el sistema límbico, así como las vías froto-talámicas revisten especial importancia en la correspondencia vivencial", es decir, en situaciones en las que el sujeto se relaciona con su medio circundante. En tanto, el sistema nervioso autónomo o vegetativo, cuyos centros (...) se hallan relacionados(...) con regiones cerebrales en especial como el hipotálamo, por tanto toda emoción esta acompañada en

medida diferente con arreglo a la intensidad, agudeza y disposición individual a reaccionar por excitación vegetativa (especialmente por la simpática), que se manifiestan en reacciones somáticas concomitantes a las emociones, como la sudación, rubor, aumento del riego sanguíneo, palpitaciones, elevación de la presión arterial o bien descenso de la misma, hiperventilación, diarrea, etc. En cuanto al sistema endocrino, éste está relacionado con todos los procesos que acontecen en el S.N.C., con el funcionamiento del sistema nervioso vegetativo, se producen modificaciones hormonales, sobre todo en las reacciones de urgencia (hipofisis ACTH) como la médula suprarrenal, la tiroides y las pulsiones.

A todo esto, sin lugar a dudas, los centros reguladores, como los ya mencionados, existen neurotransmisores que actúan en los centros del hipotálamo y el hipocampo, éstas trasmiten substancias químicas que pueden regular el estado afectivo. Entre ellas encontraremos la serotonina que es causante de la depresión, ya que ésta modula la acción de otros componentes químicos cerebrales que puede motivar a conductas e impulsos agresivos, por la asociaciones de éstas presentan ciertas reacciones, así lo afirmó J.John Man, jefe del centro de investigaciones del Instituto de la Salud Mental de la Universidad de Pittsburgh, Suecia.

ETAPAS DEL DESARROI HUMANO:

El suicidio y el intento de suicidio son fenómenos que llaman la atención no solamente de aquellos que están inmersos en este delicado problema, tanto en el tiempo como en su futuro, sino también de la sociedad por tratarse de hechos que implican autoeliminación o autoagresión, sin contemplaciones de edad, sexo, tiempo y lugar. Los suicidas consiguien un compromiso con la muerte, sin esperar ni respetar el desarrollo del ciclo vital de la naturaleza humana.

Pues, el Suicidio en este tiempo van cobrando más vidas. En los años de 1968 a 1976 las tazas de suicidio aumentaron en aquellas personas comprendidas entre las edades de 15 a 24 años. El suicidio ocupa el segundo lugar en el registro del tipo de muertes, primero se sitúa las muertes por tránsito. En los niños presenta un acenso de suicidios entre los 10 a14 años de edad. Estos casos se dan en países desarrollados.

En la evolución de la especie humana la eliminación voluntaria es un hecho, con componente causal y que puede estar apoyado por distintos factores que coadyuvan en la decisión del suicidio.

1. EL SUICIDIO EN LA NIÑEZ:

En los niños no se encuentran estudios que puedan describir de manera explícita al suicidio en esta edad, esto por una razón: ellos, generalmente, no muestran síntomas claros de algún trastorno del estado de ánimo, pero sí existen datos sobre alguna dificultad de la afectividad. sin embargo, pueden presentar de manera enmascaradas o solapadas cuadros de trastornos afectivos, como son la depresión y/o la melancolía. En la adolescencia ya se puede observar síntomas similares al adulto .

En el trastorno del tono afectivo existe un dolor moral que trae consigo una profunda tristeza, caracterizado, según Rubio Cabezas, por remordimientos, auto-acusaciones, desprecio y desobediencia, llevadas por un penoso sentimiento de indiferencia afectiva, ya que su vida intelectual tiene un ritmo lento invadido por las perturbaciones afectivas. Así mismo, su atención es muy débil porque su conducta es pasiva. Acepta todo lo que pueda suceder por la lentitud del ritmo de vida.

El melancólico se siente abrumado, callado, invade una tristeza ya que "(...) sus ideas de condenación y el paroxismo de la ansiedad le orienten hacia el suicidio, el cual a veces arrastra a los suyos(...) " (El niño exitado y deprimido, Rubio Cabezas 1976)

La ciclotimia, sintomáticamente, es una forma de psicosis maníaca depresiva y no necesariamente parte de una depresión melancólica o de una manía. Es una alteración psicopática que puede distinguirse por las manifestaciones de excitación.

En el niño y el adolescente deprimidos, cualquier actividad que realizan les resulta penoso y difícil, tanto en lo físico como intelectualmente. A veces sus actitudes se llenan de inercia, la imaginación es pobre, duda de sí mismo, se desprecia, se siente incapaz y presenta sentimientos de inferioridad ligado a una depresión profunda Así es como aparece la depresión del niño. Entonces, surge la idea de suicidio.

Muchas veces, ésta depresión se manifiesta en la fuga de su hogar, hecho que bien puede considerarse como un "pequeño suicidio" que busca huir de una amenaza. Pero en el transcurso de la huida puede surgir la idea del suicidio. La fuga resulta producto de discusiones triviales de una familia, en la que el niño no se siente amado y respetado. Nacen los sentimientos de culpa y soledad en el niño.

El suicidio ocurre en un individuo deprimido. El deseo de muerte puede más que todas *sus* conjeturas. Dicho de otro modo, la muerte no es lo que se prefiere, sino se presenta como un camino para huir de la vida por la ausencia de vida. Se puede considerar que el sujeto tiene una sensibilidad embotada, o la vida de él carece de "sal", la vida emocional no encuentra un sentido o gusto a la vida.

El niño, debido a su corta experiencia vivencial, no tiene noción a cerca de la muerte. Comenzará a configurar la verdadera noción sobre ese hecho fatal a partir de las operaciones concretas, formales y abstractas de su evolución. Sin embargo, considerar el significado de la muerte es imposible porque "concebir la nada y la muerte lo es"., según dijo Cousinet. El mismo decía que la vida es:

> "Un fenómeno comportable y en rigor puede uno contestarse con percibirlo, y que acepta aunque renuncie uno a explicársela, mientras que la muerte no es ni perceptible ni comportable (salvo en el momento en que se produce), y las especulaciones de los niños se entiende mucho más lejos .Es un fenómeno. Es la negación de la percepción, es lo no percibido, lo no sentido, lo cual introduce en el pensamiento infantil, que hasta entonces solo se ha nutrido y formado de experiencias y de percepciones, un elemento que a la vez nuevo y contradictorio: existe, y sin embargo no puede ser objeto ni de percepción ni de experiencia (...)" (El niño Exitado y Deprimido, pag,54)

Los factores dominantes en el intento de suicidio prevalecen la emotividad, la ciclotimia, la depresión y la impulsividad. Estos cuadros, sin embargo, generalmente llevan al suicidio o a una auto-agresión. Se podría decir que la reacción suicida en los niños no es sino una de las manifestaciones de su falta de juicio y de la ausencia de dominio de sí mismos. La impulsión tiene en ellos libre curso y toma fácilmente un carácter absurdo, que muchas veces este hecho no es fácil percibir por diferentes factores que conjugan en el acto.

> Moreau De Tuars dijo: "el niño por su naturaleza, es capaz de representar una comedia por motivos mas diversos: y que éstas pueden tener un significado o estar acompañadas de algún chantaje"

Sin embargo la objetividad de buscar un beneficio, o con el fin de buscar un cambio de actitud de alguien, muchas *veces* tiende a ser revelada por algún chantaje. El chantaje puede ser clasificado en tres grandes grupos: El verdadero chantaje, el chantaje afectivo y el chantaje colérico.

1.1. El verdadero chantaje.- Es aquel en que el niño reconoce o confiesa el chantaje. Pero se debe suponer que tales confesiones corresponden siempre a una realidad concreta, o en algunos casos después de armar una comedia terminan reconociendo y planteando sus necesidades.

1.2. El chantaje afectivo.- Este chantaje sin duda es producto de una relación en la que el niño se encuentra muchas veces en situaciones de rechazo por sus seres más queridos o próximos. Por esta situación, el niño es capaz de crear una comedia, como diría Dupré, al crear a " la mitomanía" que lo define como una tendencia patológica, más o menos voluntaria y consciente a la mentira y a la creación de fábulas imaginarias.

1.3. El chantaje colérico.- Se trata de una verdadera impulsión, tiene tendencia a la excitación desagradable y que presenta reacciones violentas que van acompañadas de rupturas de objetos o amenazas de muerte .

Estas clasificaciones del chantaje en los niños, sin duda, cobran ciertas expectativas en el proceso mismo en que aveces puede estar manipulando, manejando de acuerdo al interés propio.Tambien, sabido es, que para llegar a un acto suicida no necesariamente pasa por un chantaje, sino aveces comete la decisión de autoeliminarse como producto, generalmente, de alteraciones afectivas provenientes de núcleos familiares disgregados, niños abandonados, o en las que aveces se encuentran en situaciones muy conflictivas de las que les es muy difícil salir o afrontarlas por la soledad y el desamparo en que se encuentran.

2. EL SUICIDIO EN JOVENES:

Considerar la muerte voluntaria en esta edad, sin duda, tiene elementos muchos más claros en relación a la niñez, para poder estudiar ésta etapa, Jacobs y Teycher en 1967 realizaron un estudio en jóvenes comprendidos entre los 14 a 18 años de edad, y que éstos intentaron suicidarse por distintas causas, y generalmente estos presentaron problemas en su niñez y parte de su adolescencia. Los sujetos que tuvieron experiencia con intento de suicidio como factor desencadenante pero no causal, tuvieron antecedentes como problemas en sus relaciones sociales. Sin embargo, es necesario considerar no solo los factores

ambientales, sino también las causas psicogenas, por ello, lo indujo a éste autor a investigar o revisar sus historias clínicas de *sus* pacientes, en las cuales, encontró diversas experiencias, y que estos pacientes eran: alienados por sus padres, tendencias a la depresión, dificultades pasionales o de romance y que en algunos casos una gran mayoría tenían un intento de suicidio anterior .

En este tipo de adolescentes mayores, los estudiantes universitarios son los que mas tienden a suicidarse frente a los que no estudian, este hecho se explica en que no necesariamente puede ser atribuible a los resultados de las notas, sino a que cuando alcanzan sus logros se dan cuenta que llegaron a una meta con un vacío

La Organización Mundial de la Salud (OMS) para Europa, en 1974, organizó en Luxemburgo una conferencia sobre el suicidio, en esta se afirmó que la causa de muerte por suicidio entre las personas de 15 a 24 años de edad, ocupa el segundo y tercer en las defunciones en el mundo. Este grupo por intentos de suicidios aumenta en su frecuencia rápidamente.

El suicidio y el intento de suicidio son los que presentan una conducta autoagresiva y que éste hecho también se encuentra en los individuos de pendientes de los fármacos o del alcohol, los efectos de estos elementos pueden trastornar la personalidad y conducirla a la muerte voluntaria.

Existen también factores predisponentes para la eliminación y culminación hacia la muerte y que esta decisión puede estar motivada por la existencia de ciertos problemas y dificultades en la estructura familiar, como pueden ser las relaciones conflictivas entre los progenitores, la carencia afectiva de los padres hacia sus hijos y por la infelicidad en etapas anteriores. Los conflictos pueden llevar a una depresión y esta a su vez a una toma de decisión contraria a la vida.

La ingesta de alcohol y fármacos, se dijo, que sería factor de aumento de los suicidios. Por ejemplo, en Finlandia y Suecia, en los grupos de distintas edades y de ambos sexos, el suicidio era muy alto, porque eran considerados países altamente consumidores de ambos tóxicos. Pero cuando en 1955 se prohibió dicho consumo, los índices de suicidio se elevaron mucho más.

Los estudios realizados en sujetos con suicidio demuestran un hecho curioso: Los sujetos que consumen o son fármaco-dependientes o toxicómanos rara vez emplean la sustancia que dependen para suicidarse.

Cazzullo demostró, en un estudio realizado en Milán (Italia), que los intentos de suicidio en la juventud tiene una relación con el tipo de estructuración familiar y situación ambiental al que pertenece y que el suicidio entre los jóvenes se da en aquellos que tienen una relación conflictiva en su familia y no pueden realizar una función que les corresponde. Este hecho se ve en familias disgregadas por el padre, madre y/o hermanos. Es mucho más conflictiva cuando el potencial suicida tiene antecedentes en su conducta, como las relaciones conflictivas con su medio ambiente y su sentimiento personal. Por consiguiente, el hecho afectivo juega un rol muy importante en su estima y valoración de sí mismo.

La incidencia de los intentos de suicidio es muy baja entre los hijos únicos, por la capacidad afectiva de los padres hacia él, lo cual es suficiente para su estado afectivo y asegura en su personalidad la seguridad y el equilibrio entre su estado emocional.

Muchas veces, los jóvenes a cierta edad tienen la necesidad de vivir independientemente de sus progenitores o buscan estar solos, alejados de su familias a fin de evitar situaciones conflictivas. Pero hay que advertir que cuando éstos están solos están expuestos a depresiones que puedan conducirle al suicidio. Por ello, se considera que la libertad en la juventud implica cierto riesgo para la mantención de su estructura corporal o física.

Otro grupo de riesgo menor está constituido por individuos con experiencia de intento de suicidio. Se habría de tratar mas bien como un gesto revelador por el estado de angustia, que sí requiere ayuda. Sin embargo, este grupo es considerado como riesgo, porque podría llegar a situaciones lamentables e incluso irreparables para sus vidas.

3. EL SUICIDIO EN LOS ANCIANOS:

En algunos países desarrollados, la etapa de la ancianidad es la que frecuentemente presenta intentos de suicidio y suicidio, por ello, algunos autores la denominan 'la edad riesgo". En los EE.UU. de Norte América se considerada que este riesgo se encuentra en un rango promedio de 65 años de edad y de cuatro personas de esa población una se suicida o al menos uno intenta y de cada dos intentos de suicidio uno realiza su cometido, esto por la exactitud de cómo planifica el hecho.

Este hecho fundamentalmente se da por la marginalidad y el rechazo de la sociedad como también familiar, y gran parte de estos sujetos presenta sentimientos de soledad o de culpa o se sienten una carga para el Estado o parientes cercanos. Este sentimiento de soledad y de rechazo conlleva, sin duda, a tomar la decisión de autoeliminarse por una incertidumbre en su futuro.

I. COMUNICACIONES POSTUMAS DE LOS SUICIDIOS:

La comunicación escrita dejada por aquellos sujetos que toman de decisión de quitarse la vida buscando la muerte voluntaria, guardan estrecha relación entre la vida y la muerte, esas cartas póstumas que dejan antes de quitarse la vida y dejar de existir en este mundo, se comunican a través de mensajes donde se advierte mensajes de despedida o dan su último adiós, en la que expresan despedidas hacia sus familiares, amigos, cónyuges o parejas. Estos se clasifican, según el tipo de mensaje póstumo las cuales fueron estudiadas por Tozzini y que estas son : prospectivos, vindicativos, explicativos, metafísicos, auto punitivos, extorsivos y afectivo - amorosos .

1. Contenidos póstumos **prospectivos** :

Estos contenidos dan muestras que los suicidas dejan recomendaciones a sus familiares, donde la preocupación de los varones es más económica, en cambio en las mujeres la preocupación son de tipo maternal. Este hecho, es una forma de que la muerte no fuese a acabar, por ello, uno no puede despojarse aún de la vida y la muerte, esta última no fuese a acabar con todo lo mundano de esta vida, en algunos casos, los individuos dejan recomendaciones antes de abandonar esta vida. Por esto presentan una angustia anticipadora por desprenderse de la vida y les angustia el abandono de dejar a su medio ambiente sea este familiar o de trabajo, por ello, su despedida tiene a exigir ciertas precisiones que deberían cumplirse.

2. Contenidos póstumos vindicativos :
En estos mensajes dejados por individuos suicidas expresan hacia el exterior su agresividad interna, y que su tragedia culpan a quienes consideran culpables de sus verdaderos sufrimientos por la vida que llevaron .

3. Contenidos póstumos explicativos :
Estos contenidos póstumos, tienen un fin, el de dejar quitar toda responsabilidad o culpa a algún familiar o amigo. Generalmente expresan 'no se culpe a nadie de mi muerte", en estos casos, el suicida tiene una gran preocupación por dejar en claro los móviles que lo llevaron a tomar una decisión y no se llegue a culpar a alguien .

4. Contenidos póstumos afectivo - amorosos :
La expresividad que presenta su estado afectivo dan cuenta de toda libertad de odio hacia familiares o amigos. En esta situación, la auto eliminación van acompañados con el deseo de morir en su pensamiento con el nombre del ser querido o de su ser más amado y que el mensaje explica cuan lo quiere o la ama, que sin embargo, tiene que decir el último adiós a esta vida .

5. Contenidos póstumos metafísicos :
En esta situación los mensajes y con contenidos que expresan los sujetos suicidas, sin duda escriben inspirados en preceptos filosóficos o poéticos sobre la muerte, la vida, el prójimo y la naturaleza .

6. Contenidos epitafios expectativo :
La ambivalencia presente en el pensamiento de sujetos suicidas, expresan sentimientos mixtos acerca del deseo de morir, por los que desconfían de los medios que utilizan para quitarse la vida, que en estos sienten un pequeño margen de seguir viviendo .

7. Contenidos epitafios autopunitorios :
En este tipo de mensajes expresan los individuos el de poner en claro del porque de su auto agresividad, por los que expresan odio y reproche contra ellos mismos con un sentimiento de culpa muy marcado.

8. Contenidos epitafios extorsivos :
Son mensajes explicativos que de una u otra manera tienen a ser extorsivas y buscan algún fin de la que puedan sacar un beneficio personal, donde el contenido epitafio expresan la sobre vivencia al acto mismo del suicidio, en los que casi siempre se quedan como intentos de suicidio, siempre motivados por móviles afectivos o patrimoniales.

J. DELITOS Y SANCIONES DEL ACTO SUICIDA E INTENTO DE SUICIDIO:

1. La Religión :
En nuestro País, como la muerte voluntaria o el acto del suicidio es sancionada moralmente y éste hecho se fundamenta de manera mucho mas marcada en la religión tanto en el catolicismo como el cristianismo, ambas nos dicen; El que cometiese el suicidio o se quitase la vida en contra de la voluntad de "Dios", solo conseguiria el pecado y el sufrimiento más alla de este mundo mundano, ya que la vida del ser humano fue creada por un todo poderoso y que solo por la voluntad de éste podría quitar la vida a través de la muerte y que en ningún momento el hombre podría cortar su vida .

Cortar ésta vida de manera súbita es provocar la muerte de manera anticipada sin esperar el final del ciclo vital del hombre, este acto anticipatorio es un hecho pecaminoso o como dijera Maldonado Ramírez en su artículo sobre el 'suicidio :

> "si el hombre era criatura de "Dios" y el hombre había elegido destruir aquello que "Dios" creo, entonces el hombre era asesino, cometía una felonía (...)" Suicidio pag.89.

Esta negación del suicidio por la religión aveces van regulando esas depresiones latentes que tiene un ser humano y aveces por el castigo de un creador más alla de éste mundo, existe la sugestión colectiva de no provocar un pecado que suele ser sancionado y que para evitar éste hecho, aveces es necesario no realizar el acto suicida. En cambio aquel que cometiese el acto suicida es un ser pecaminoso al igual que aquel que intentase quitarse la vida

2. Las Leyes :

Las normas creadas en nuestra sociedad son principios que regulan el "normal " desenvolvimiento de los individuos y habitantes de nuestra sociedad, y para encontrar un equilibrio armonioso de la vida y la sociedad se debe cumplir ciertas normas que son deberes y obligaciones del ciudadano; En éste caso, existen normas y leyes que regulan la integridad física y corporal de nuestras vidas, es por ello, que el código penal de nuestro País van regulando ciertas normas de nuestras vidas y conviene citar algunos deberes y sanciones que nos dan una cierta tipificación de delitos.

Estos delitos expresos en nuestras normas se puede conceptualizar el hecho del suicidio, corno la autoagresión, y se considera un acto delictuoso que si puede ser castigado por nuestro código penal en el Título VIII 'Delitos contra la vida y la integridad corporal" en sus capítulos I (homicidio) y III (delitos contra la integridad corporal y la salud) nos expresan claramente lo siguiente :

> "Art.256 (homicidio-suicidio).El que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si la muerte se hubiera intentado consumado, incurría en reclusión de dos a 6 años.
> Si con motivo de la tentativa, se produjeren lesiones, la sanción será de uno a cinco años.
> Aunque hubiera mediado con sentimiento de la víctima en el doble suicidio, se impondra al

sobreviviente la pena de reclusión de dos a seis años" Código penal pag. 102-103.

Art.275 (auto lesión) Incurrirá en reclusión de tres meses a tes años .
1) El que se causaré una lesión o agravare voluntariamente las consecuencias de la misma, para no cumplir un deber, servicio u otra prestación ¡mpuesta por la ley, o para obtener un beneficio ilícito.
2) El que permitiere que otro le cause una lesión, para los mismos fines.
3) El que lesionare a otro con su consentimiento .
"código penal" pag, 108-109 .

Estos dos artículos son las que van normando nuestras vidas directa o indirectamente sobre la muerte voluntaria o tentativas de suicidio, en las que ciertas atenuantes puedan corroborar a que se tipifique en uno de estos artículos y pueden ser sancionados, y de esta manera se pretende controlar por la prohibición del acto suicida o intento de suicidio, que sin embargo no siempre lo prohibido niega el acto, más por el contrario encuentra ciertos matices de búsqueda a lo prohibido.

K. MEDIOS UTILIZADOS PARA LA FACILITACION DEL SUICIDIO C/ E INTENTO DE SUICIDIO:

Los medios utilizados para la realización de una muerte voluntaria en su ejecución misma Tozzini realiza una investigación en las que éstas están ligadas al hecho y la experiencia personal del que pretende suicidarse.

Son aquellos en los que el individuo suicida pretende quitarse la vida de manera voluntaria, y las formas elegidas por estos individuos, buscan medios eficaces, sin que exista una posibilidad menos hacia el fracaso o como también porque no decirlo hacia el mismo fracaso, que para ello, elige medios que si dan resultados aveces irreparables como son : el disparo en la sien, circuncisión de arterias, asfixia por estrangulamiento, arrollamiento, electrocución, intoxicaciones por fármacos o medicamentosa, etc. Sin duda que la elección del medio que emplea el suicida, esta muy ligado a las implicaciones psicológicas bajo las siguientes características:

a. Su personalidad.
b.El conocimiento que tenga sobre la idoneidad de dicho procedimiento.
c.E1 real deseo de morir y sobre vivir.
d.Las posibilidades de empleo a su alcance.

El conjunto de suicidios en la elección del medio, están ligados de acuerdo a los roles que desempeñan la sociedad, tanto varones como mujeres y afirma también Monninger, que el predominio del uso del medio para quitarse la vida , la mujer elige los medios como la vía oral y la utilización de armas blancas se da en los varones, sin que esto signifique exclusividad .

Los medios más utilizados son : la muerte por vía oral, tóxicos introducidos por otras vías, herida de bala, asfixia por ahorcadura o por estrangulamiento, herida de arma blanca, asfixia por sumersión, suicidio por arrollamiento, auto cremación, suicidio por salto al vacío y electrocución .

1. Muerte por vía oral :
Se considera todo aquello que el sujeto puede ingerir por vía oral (boca) y que mediante este medio el sujeto suicida, elige esto para que pueda ingerir por medio de líquidos o pastillas tóxicas para el organismo, como los barbitúricos, el arsénico, etc. con los que pueda llegar a cometer la muerte voluntaria por intoxicación .

2. Tóxico introducidos por otras vías :
Estas intoxicaciones orgánicas provocadas por los suicidas en su cometido para Su muerte voluntaria, para este hecho se utilizan monoxido de carbono, uso de gas de petróleo, líquidos inyectables .

3. Herida de bala o proyectil :
Se considera este hecho como una forma rápida o súbita para conseguir la muerte, que para éste cometido, se utiliza un arma de fuego realizando un disparo en la sien o el compromiso que siempre se involucra la destrucción del diencéfalo .

4. Asfixia por ahorcadura o por estrangulamiento :

a. La muerte voluntaria provocada por ahorcadura, sin duda, es un medio que se utiliza frecuentemente en mujeres, que consiste en la suspensión del individuo por el cuello mediante una cuerda en la que el cuerpo queda libremente sin apoyo alguno, quitando al organismo todo medio de respiración .

b. La asfixia por estrangulamiento, es una situación donde el acto esta dirigida por un tercero que implica compresión o presión manual del cuello sin suspensión del cuerpo .

5. Herida de arma blanca :
Este medio es considerado como el medio más agresivo y sangriento que uno puede conseguir para quitarse la vida. El sujeto puede contemplar su mismo acto, como el de crear una hemorragia realizando una circuncisión de una arteria o vena, este hecho se da en aquellos que tienen un auto reproche de auto agresividad y que desean dejar una preocupación al medio circundante, esté medio que utiliza el sujeto es porque tiene la infrasencibilización al dolor.

6. Asfixia por sumersión :
Este medio consiste que para encontrar una forma de suicidio es dejarse caer al agua (piscinas, ríos, mares, estanques) a sabiendas que si puede conseguir una muerte por falta de oxigeno en los pulmones, en la que existe una gran cantidad de ingesta de agua que penetra a todas las cavidades de los distintos órganos .

7. Suicidio por arrollamiento :
Estos casos producidos por éste medio implican el deseo de darse muerte o dar un fin a su vida por colocarse en la vía pública de auto transporte para ser embertido o arrojarse a una pista o colocarse a una linea ferroviaria .

8. Auto cremación :
Este es un medio de eliminación que implica un deseo no solamente de `quitarse la vida, sino, es un hecho de desprenderse de una estructura corporal odiada, por el cual, puede llegar a ser una muerte purificada .

9. Salto al vacío y electrocución :
Son medios naturales y artificiales en las que el sujeto se deja caer al vacío, sea este por un puente, edificio y peñas en las que si existe un compromiso evidente de una altura considerable, este acto siempre deja un siniestro sangriento de destrucción de la estructura corporal. Y en la electrocución consiste que el individuo realiza una descarga de electricidad hacia su propio cuerpo con un determinado voltaje con lo que consigue su cometido como la búsqueda de la muerte voluntaria.

IX. DISEÑO METODOLOGICO :

El diseño metodológico, para realizar la investigación de los "Estados Afectivos en Sujetos con Intento de Suicidio", nos permitió conocer, explicar y descubrir los procesos fundamentales de las causas y los factores por los que atraviesa un sujeto con una hostilidad de auto-agresión. Por tanto, se debe entender este fenómeno o hecho, no desde la perspectiva simplista unilateral e individual, sino, por el contrario, desde una perspectiva sistémica. Lo sistémico nos permitirá conocer todas las conexiones y correlatos, tanto internas como externas; entre medio ambiente y cultura cognitiva, de manera individual y social, del fenómeno suicidal.

Entender el diseño metodológico, utilizado en esta investigación, implicó un procedimiento de hechos concretos observables que pudieron ser explicados, desde el contexto de la realidad socio-cultural, y su conceptualización teórica desde la perspectiva de la psicología clínica.

Por consiguiente, en el descubrimiento de estos hechos utilicé un procedimiento para llegar a un abordaje clínico, sin dejar de lado los factores coadyuvantes intrínsecos del individuo y de su estructura en la que se desenvuelve: Medio ambiente, relaciones personales e interpersonales y núcleo familiar.

La afectividad, sin duda, es un producto de las relaciones interpersonales del individuo con su medio circundante y producto también de sus relaciones personales expresado en reacciones internas. La importancia de esto radica fundamentalmente en el análisis de los factores ambientales e individuales y en la elección de un modelo que permita reflejar la veracidad de la realidad cognoscible del estado afectivo en sujetos con intento de suicidio, sin descuidar el contexto social y principalmente de lo psicológico.

Por consiguiente, la metodología utilizada en esta investigación es el "Estudio de Casos desde la perspectiva Sistémiéa y su Modelo Médico" por cuanto permite identificar y determinar las causas fundamentales por las cuales un individuo llega al intento de suicidio y permite explicar de modo que la interpretación tenga un sustento científico.

A. DEFINICION DE LA POBLACION:

Definir la población estudiada implicó la utilización de procesos lógicamente concatenados que respondan a ciertos criterios científicos sobre una investigación que sí fueron tomados encuenta.

Para ello, se definió, en esta investigación, el análisis de lo que hoy significan los estados afectivos de aquellos sujetos que vivieron una experiencia producto del o de los intentos de suicidio, que encierran factores y causas que vulneran la fragilidad de la estructura de la personalidad de un individuo.

Para este estudio se eligió a todos aquellos individuos que intentaron quitarse la vida, bajo diversas formas, durante el periodo calendario de 1993.y parte de 1994. Estos casos fueron registrados en el Hospital de Clínicas Universitario con diagnóstico de intento de suicidio.

Se define a esta población como una población-riesgo porque en ella se detectó una potencialidad inclinada hacia la eliminación física de manera voluntaria. Frente a cualquier amenaza y circunstancia presenta una conducta de hostilidad, de autoagresión, a sabiendas que puede ocasionarle una muerte súbita o progresiva.

Asimismo, en ésta población, fue consignada todos aquellos individuos que tienen ciertas características genéricas con dificultades en el estado de ánimo, como depresiones, melancolía, disforias o aquellas ligadas a estados mentales alterados de manera profunda. Es necesario puntualizar que algunas alteraciones en el estado de ánimo van acompañadas de otras o asociadas unas con otras .

También se puede puntualizar que estos sujetos presentaron en su desarrollo ontogenético algunas secuelas psicológicas no resueltas, producto de núcleos familiares desintegrados, carencia afectiva, frustraciones afectivas, violaciones sexuales, prostitución, alcoholismo, fármaco-dependientes, vagancia, dificultades económicas, conflictos pasionales, abortos, identidad sexual, sometidos a un estrés psicosocial, etc. Estas características definen el tipo de población estudiada en esta investigación .

En síntesis se podría afirmar que para definir a esta población se tomó en cuenta el intento de suicidio en sujetos de ambos sexos pasaron por esa experiencia y estuvieron internados como pacientes del Hospital de Clínicas.

B. DEFINICION DE MUESTRA:

La muestra utilizada en la presente investigación tomó en cuenta todos los procesos causales del intento de suicidio. Por consiguiente, se pretendió ir mas allá de una muestra convencional o tradicional que enmarcan ciertos

criterios de selección. Se trata de una muestra de estadística censada que implica la regularidad y permanencia de números pequeños.

Elegí este tipo de muestra por la finalidad de la presente investigación y la variedad de categorías y variables utilizadas, la misma que responde a una metodología y un método muy concretos.

C. CRITERIOS DE SELECCION:

El criterio de selección involucró tres procesos y pasos fundamentales descritos anteriormente: Metodología, población y muestra. Estas guardan cierta congruencia entre sí, porque el diseño metodológico es un proceso que explica el hecho investigado de manera lógica y sistemática, encierra una concepción dialéctica que permite explicar el fenómeno presuicidal como un hecho en movimiento ligado a su estructura psicosocial.

En cuanto a la población, escogí una institución receptora de casos de sujetos con intento de suicidio que ingresaron en calidad de pacientes al Hospital de Clínicas Universitario. La muestra responde a una estadística censada, cuya característica fue la heterogeneidad de sus categorías, de una población no muy numerosa, registrada como estudio la gestión de 1993.

X. METODOS Y TECNICAS:

En el abordaje y procedimiento de la investigación de estudio de casos que permitió descubrir los procesos por los que van desarrollándose el problema del intento de suicidio ligado, naturalmente, a causas que inducen cometer la fatal decisión. Sin duda, diversos otros factores coadyuvantes acompañan y empujan al ácto presuicidal.

La metodología utilizada corresponde a un estudio a través de encuestas y observaciones, porque considero es la más expedita para hallar no sólo una explicación y procedimiento coherentes sino resume de manera sistemática una visión de análisis global de los hechos.

Hablar del diseño de investigación explicativa implica tener un panorama de distintos hechos sociales, culturales, legales, económicos y psicológicos que fundamentan la actitud del sujeto con el intento de suicidio. Es decir, para descubrir y explicar el fenómeno de la muerte voluntaria es necesario conocer la individualidad y los procesos colectivos debido a que mantienen

D. INSTRUMENTOS:

Los instrumentos utilizados en la extracción de información de signos y síntomas de sujetos con intento de suicidio, correspondieron a los que respondían a los objetivos de la presente investigación, corno es la afectividad. Los instrumentos fueron los siguientes:

1) Cuestionario inicial de evaluación psicológica
2) La escala de evaluación de Hamilton
3) Inventario de depresión de Beck
4) La escala de GAF

1. CUESTIONARIO INICIAL DE EVALUACION PSICOLOGICA:

Este instrumento de evaluación psicológica, como su nombre indica, es un material que permitió establecer las causas de la formación y estructuración de las conductas con intento de suicidio. Esta información fue detectada en el medio ambiente, procesos vivenciales, aspectos personales y sociales. Para esto se tomó encuenta las siguientes áreas de acción: Información general, antecedentes familiares, antecedentes patológicos, causas del suicidio, medios para el intento de suicidio, análisis retrospectivo y perspectiva del intento de suicido, exploración de áreas tanto afectivas, físicas, conductuales, cognitiva, sexual, como también reconocimiento e indagación de la vida personal o desarrollo ontogenético. (ver cuadros anexos)

Este instrumento permite extraer signos y síntomas que orientan a conocer el estado afectivo del sujeto y la configuración del diagnóstico.

2. ESCALA DE EVALUACION DE HAMILTON:

Esta escala de evaluación para los estados de la ansiedad, depresión, manía y esquizofrenia están ligados al DSM.III. Por tanto, lo que interesa en esta investigación es la escala de depresión de Hamilton (HDS), con escala de melancolía (MES) y escala de ansiedad (HAS)

a) Escala de ansiedad de Hamilton (HAS), Se eligió este instrumento para valorar la gravedad del estado clínico y no para un diagnóstico por que ésta permite extraer signos clínicos (que se utilizo en la entrevista). Comprende 14 ítems y cada ítems tiene o lleva consigo cuatro signos clínicos: ansiedad, tensión, insomnio, dificultad en la concentración y la memoria, humor

depresivo, síntomas somático-musculares, somático-sensoriales, síntomas cardio-vasculares, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas genitourinarios, síntomas vegetativos y comportamientos durante la entrevista (ver cuadros anexos).

b) Escala de depresión de Hamilton (HDS), con escala de la melancolía (MES). Esta permitió determinar el grado de compromiso con el estado de ánimo de los sujetos con intento de suicidio, sin que con ésta descripción se determine un diagnóstico. Comprende 23 ítems a saber: Humor depresivo, auto-desprecio y sentimiento de culpa, impulsos suicidas, insomnio inicial, insomnio medio, insomnio tardío, trabajo e interés, enlentecimiento (general), agitación, ansiedad psíquica, ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos general, interés por el peso, hipocondría, perdida de insighat, perdida de peso, insomnio general, enlentecimiento motor, enlentecimiento verbal, enlentecimiento intelectual, enlentecimiento emocional, cansancio y dolor. (ver cuadro anexo)

3. INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK:

Comprende el grado de depresión existente en el sujeto, ya que éste presenta signos en que el sujeto describe sus sentimientos que están próximos a las afirmaciones que presenta este inventario. Este presenta 21 ítems y cada grupo de éste presenta cuatro a cinco signos respectivamente.

Escala de pensamiento suicidas. Comprende el grado de compromiso que éste tiene frente a la muerte voluntaria, se refleja en tres niveles:

1. Características de las actitudes hacia la vida y la muerte
2. Características de los pensamientos/deseos de suicidio
3. Características del intento de suicidio

Estas características permitieron configurar el nivel de compromiso con la depresión o el trastorno del estado de ánimo y la de configurar las razones, el tiempo y valoración de su medio ambiente. (ver cuadro anexo)

4. ESCALA DE GAF:

La escala de evaluación global del sujeto consiste en considerar las actividades que realiza el individuo, es decir su actividad psicológica, social, laboral y escolar (ésta última en el sentido amplio de la palabra), a fin de configurar el grado de compromiso que pueda presentar con alguna dificultad del estado afectivo o trastorno del estado de ánimo.

Para establecer el procedimiento metodológico para abordar al objeto de estudio, en este caso el estado afectivo en sujetos con intento de suicidio, fue necesario llevar a cabo una metodología como lo es el diseño de investigación explicativa y sistemática, enfocando diversos factores (social, cultural, legal y económico) coadyuvantes con el estado psicológico, tal es la afectividad que tiene una gran influencia en el estado de ánimo. Para su estudio se tomó en cuenta un método: El de la psicología clínica, la evaluación sistemática de la misma. Se consideró el estudio de casos a nivel institucional que permitió realizar un análisis cuantitativo y cualitativo, a fin de poder explicar la importancia de los estados afectivos que presenta un individuo con intento de suicidio. Para ello se aplicó diversas técnicas e instrumentos de abordaje descritos anteriormente.

XI. PRESENTACION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para describir los fenómenos del intento de suicidio es necesario describir el suicidio, llevados adelante un estudio de casos en el del Hospital de Clínicas Universitario y registrados en el periodo de 1993 fudamentalmente y con -algunos casos en el periodo de 1994.En la que se realizo el estudio propiamente dicho.

Por consiguiente, en primer lugar, explicaré tres niveles que se fundamentan en este estudio y en el interés de integrarlo datos referenciales vistos en un periodo de 8 años, casos que intentaron quitarse la vida por diversas causas y circunstancias, ya que se desconoce la etiología por la que llegaron estos pacientes; éste estudio fue realizado por un grupo de médicos con propositos de tratamiento. Sin embargo, se tomó en cuenta los datos que interezan en la presente investigación que realizamos.

Señalaré rápidamente lo que fue el periodo contemplado entre 1985 a 1992 con adición de nuestros datos que contempla la gestión de 1993 principalmente.

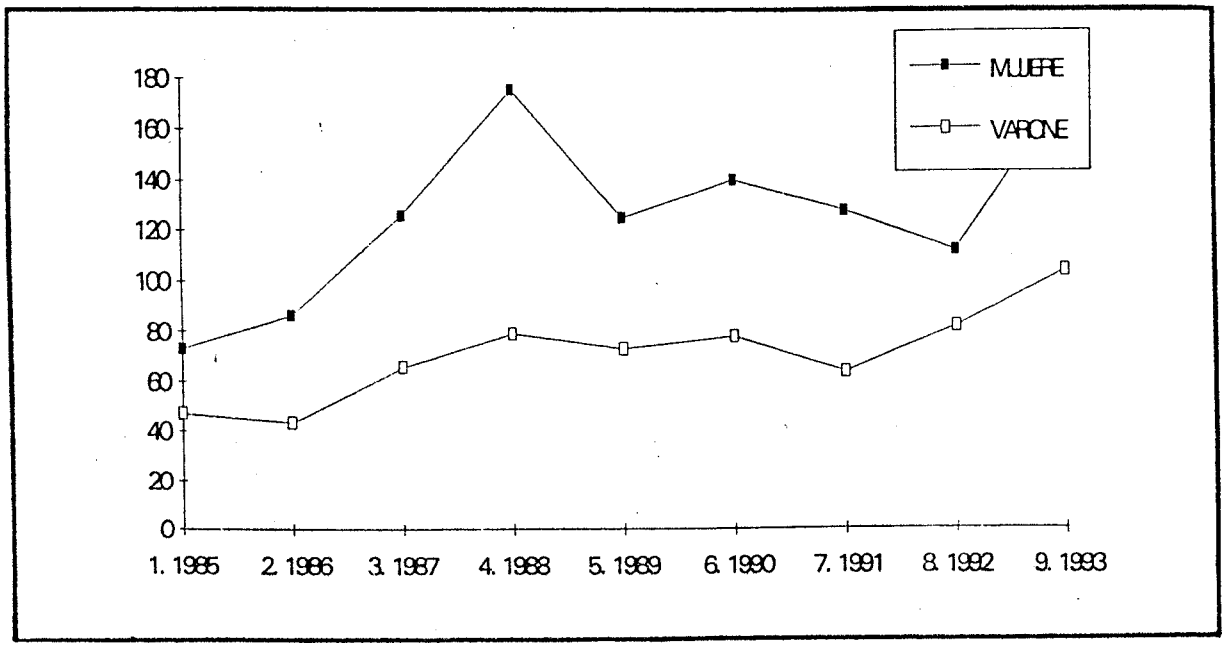
Estos datos 'explican de por sí cómo fue evolucionando el intento de suicidio. Este hecho se puede apreciar muy claramente en el cuadro siguiente:

Arios	Mujeres	Varones	Total.
1. 1985	73	47	120 •
2. 1986	86	43	129 •
3. 1987	125	65	190 •
4. 1988	175	78	253 •
5. 1989	124	72	196 •
6. 1990,	139	77	216 •
7. 1991,	127	63	190 •
8. 1992,	111	81	196 •
9. 1993	174	104	278 • •

• Son datos extraídos de un estudio retrospectivo del diagnóstico y tratamiento de los intentos de suicidio, presentados en el Hospital de Clínicas, realizado por la Dra. Strellnauver I.

• • En este estudio se contempla todos los casos registrados en el Hospital de Clínicas bajo las diversas formas de intento de suicidio.(Estudio propiamente dicha).

INTENTOS DE SUICIDIO



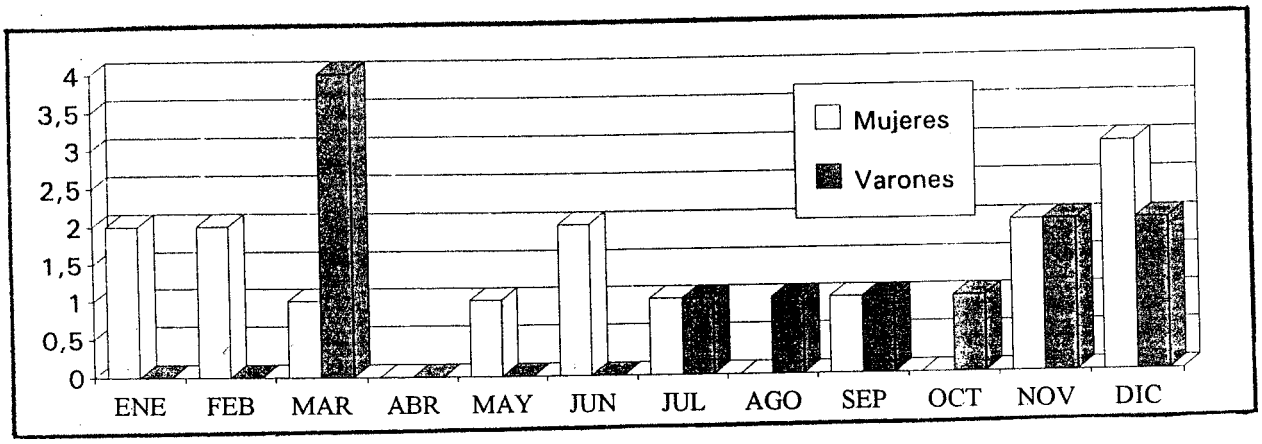
Este cuadro nos muestra cómo es que existe un aumento y una tendencia a practicar la auto-eliminación, o buscar la muerte voluntaria, como una de las alternativas o solución a sus diferentes problemas; o, simplemente, como una respuesta a sus conflictos frente a la vida. Se nota una marca muy particular: las mujeres llevan un índice por encima de los varones.

1.) Suicidios consumados:

El suicidio, propiamente dicho, recobra gran importancia por la relación directa con el intento de suicidio. Por ello, es necesario conocer cuántos suicidios existieron en 1993. El total de sujetos consumados o fallecidos por suicidio alcanza a 27 casos, entre varones y mujeres. Se constató el suicidio por los mensajes póstumos, por las referencias de estos pacientes antes de su despedida, corroborados por información de sus familiares, más el diagnóstico del médico. El cuadro descrito se expresa así:

Meses	Mujeres	Varones	sub. Total
Enero	2	-	2
Febrero	2	-	2
Marzo	1	4	5
Abril	-	-	
Mayo	1	-	1
Junio	2	-	2
Julio	1	1	2
Agosto	-	1	1
Septiembre	1	1	2
Octubre	-	1	1
Noviembre	2	2	4
Diciembre	3	2	5
Total	15	12	27

SUICIDIOS CONSUMADOS



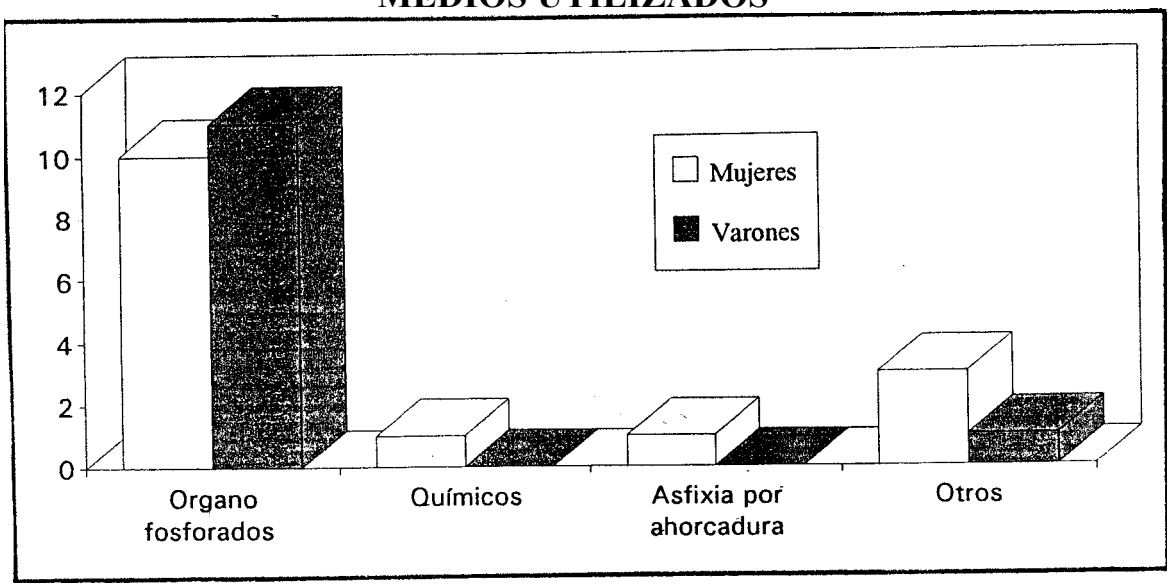
En estos suicidios consumados, como nos lo demuestra la gráfica, se puede observar que las mujeres eran las más propensas al suicidio. Asimismo, nos muestra que en todos los meses existen suicidios, con excepción de abril .

2.) Medios utilizados para el suicidio:

Los medios utilizados para quitarse la vida o consumar el hecho suicida varían estos, tanto en varones como en mujeres, según la siguiente relación:

Medios utilizados	Mujeres	Varones	sub. Total
Organo fosforados	10	11	21
Químicos	1		1
Asfixia por ahorcadura	1		1
Otros	3	1	4
Total	15	12	27

MEDIOS UTILIZADOS



El medio más común utilizado en el suicidio ha sido el órgano fosforado, elemento que es habitual encontrarlo en los mercados popular y que son vendidos sin restricciones como veneno de roedores.

3.) Sujetos con intento de suicidio por meses:

2. El Hospital de Clínicas socorrió en 1993 a un total de 278 sujetos, entre varones y mujeres, con diagnóstico de intento de suicidio. Los mismos que han sido clasificados por mes de atención médica, tal como sigue:

Meses	Mujeres	Varones	Sub.Total
Enero	14	9	23
Febrero	23	5	28
Marzo	10	8	18
Abril	14	3	17
Mayo	17	14	31
Junio	17	4	21
Julio	6	7	13
Agosto	19	12	31
Septiembre	12	10	22
Octubre	12	9	21
Noviembre	13	11	24
Diciembre	17	12	29
Total.	174	104	278

En este cuadro se puede apreciar que los intentos de suicidio se dan en todos los meses sin excepción. Los meses más representativos son mayo, agosto y septiembre, seguido por febrero, noviembre y meses sucesivos. Esto nos demuestra que no existe un mes-riesgo exclusivo para quitase la vida, sino, que cada mes constituye un terreno como cualquier otro para realizar un intento de suicidio. Esta conducta puede estar ligada a otros factores que más adelante describiré. Lo que si se puede apreciar es que existe más intentos de suicidio en mujeres con relación a los varones, tanto en los meses como en el año. Esto parece confirmar la teoría Durkeniana de que los intentos de suicidio se practican más en mujeres que en varones debido a la condición y el rol que desempeñan en la sociedad. En cambio los varones sí llegan más al suicidio que las mujeres.

4.) Medios utilizados para en intento de suicidio:

En cuanto a los medios que facilitaron la práctica de la muerte voluntaria, se puede observar que son muy variados y dependen, su uso, de la cultura cognitiva y el conocimiento del medio que posee el sujeto. Veamos el cuadro demostrativo sobre la incidencia del medio utilizado, por sexo:

Medio utilizados	Mujeres	Varones	Sub.Total
Órgano fosforados	103	57	157
Medicamentosa	27	16	43
Benzodiazepinas	5	4	9
Barbitúricos	7	2	9
Salicilatos	5	2	7
Insecticida	5	4	9
Plaguicida	3	-	3
Estricnina	1	-	1
Agentes Químicos	2	2	4
Thinner	1	5	6
Vidrio Molido	1	1	2
Acido sulfúrico	-	2	2
Hipoclorito de Sodio	6	5	11
Corte de Arterias	2	1	3
Hidrocarburos	-	1	1
Monoxido de carbono	2		2
Neutralizador de pelo	1	-	1
Cloroformo	-	1	1
Gas licuado	-	1	1
Liquido de orfebrería	-	1	1
Otros	3	2	5
Total.	174	104	278

Los medios que más utilizados en el intento de suicidio, sin duda, han sido los órganos y elementos tóxicos como son las sustancias químicas, ácidos y el alcohol. Los sujetos eligen más la ingesta de órgano fosforado (raticidas o roedorcidas), que es el medio más frecuente, seguido por ingesta de fármacos o medicamentos que varían desde los salicilatos (aspirinas) hasta los antibióticos orales, no muy frecuentes son los tranquilizantes e hipnóticos como son los derivados del petróleo y así sucesivamente.

5.) Edad cronológica de sujetos con intento de suicidio:

Los intentos de suicido por edad es determinante para conocer la edad-riesgo, tanto en varones como en mujeres. Para establecer esta información se fragmentó la edad cronológicamente por años de edad, con una frecuencia de 3, a fin de poder someterlo a un control estadístico que por resultado arroje una media aritmética. Este es un cuadro organizado por edad y sexo:

Edad cronológica	Mujeres	Varones	Sub.Total
10 a 12 años	2		2
13 a 15 años	23	13	36
16 a 18 años	44	19	63
19 a 21 años	43	13	56
22 a 24 años	21	20	41
25 a 27 años	18	7	25
28 a 30 años	7	10	17
31 a 33 arios	3	5	8
34 a 36 años	7	7	14
37 a 39 arios	2	5	7
40 a 42 arios	1	4	5
43 a 45 arios		1	1
46 a 48 arios	1		1
49 a 51 años	-	-	
52 a54 años			
55 a 57 años	-		
58 a 60 años	1	-	1
61 a 63 años	1	-	1
Total.	174	104	278

En el cuadro se puede observar que los intentos de suicidio se dan más en la edad joven en ambos sexos, con cierta modificación o variación respecto a la edad. La edad-rango se determinó con una frecuencia de tres años de edad

para consignar la diversificación respecto a la edad cronológica de los individuos, esto con el fin de obtener un buen estudio y una buena apreciación.

Un dato importante es que en el grupo de mujeres, el suicidio se hace presente en la edad de 11 años con acenso hacia los 13 años, haciendo una acentuación frecuente entre los 16 y18, seguido por 19 a 21 años de edad, este último dato nos demuestra que la edad-riesgo podría estar acentuada en este margen, seguidos por un descenso entre las edades de 21-24 y 25-27 años de edad, para luego decaer el intento de suicidio en la edad avanzada. En cambio, en los varones se aprecia el inicio del intento de suicidio entre las edades de 13 a 15 años, con un pico muy peligroso entre las edades de 16 a 18 años de edad y un ligero descenso entre las edades de 19 a 21 años. Luego se presenta, de manera peligrosa, entre las edades de 22 a 24 años de edad, lo cual nos demuestra que la edad-riesgo podría estar entre las edades de 16-21 y 22-24 años de edad. Se presenta un descenso a medida que se van adquiriendo mas edad.

6.) Actividad u ocupación :

Es muy importante establecer en los sujetos con intento de suicidio el tipo de actividad u ocupación laboral que realizan para poder determinar el grado de pertenencia o clase social. El cuadro nos permitirá distinguir la relación ocupacional con el intento de suicidio:

Ocupación	Mujeres	Varones	Sub.Total
Estudiante.	65	36	101
Labores de casa	50		50
Desocupado	11	13	24
Empleado de oficina	5	14	19
Meretriz	12	-	12
Empl. doméstica	11		11
Vendedor	6	1	7
Comerciante	1	5	6
Mecánico	-	6	6
Albañil	-	4	4
Peinadora	4		4
Sastre		4	4
Garzón	1	1	2
Pastelero	-	2	2
Publicista		2	2
Costurera	2	-	2

Chofer		2	2
Portero	1	1	2
Farmacéutico		1	1
Geógrafo		1	1
Secretario	1		1
Profesor	1		1
Contador		1	1
Aux. de contabilidad		1	1
Radialista		1	1
Músico		1	1
Agricultor		1	1
Gastronómico		1	1
Tejedora	1		1
Artesano		1	1
Cocinero	1		1
Carpintero		1	1
Zapatero		1	1
Panadero		1	1
Tornero		1	1
Niñera	1		1
Total.	174	104	278

Los datos más representativos en este cuadro demuestran que las ocupaciones guardan una relación diferente con el intento de suicidio, esto se puede evidenciar en una descripción fragmentada. Primero tomaremos en cuenta a las mujeres. Aquí se puede evidenciar que en el primer lugar se ubican las estudiantes, con un gran porcentaje de estudiantes universitarias como estudiantes de secundaria. Le sigue las mujeres con ocupación labores de casa, luego vienen las meretrices o prostitutas; el índice tiende a bajar con las empleadas domesticas con un porcentaje igual al de las desocupadas.

En cambio, en los varones se puede evidenciar la existencia de una representatividad considerable en los estudiantes tanto universitarios como de secundaria. Y en línea descendiente les siguen los empleados de oficina, los desocupados y a otras profesiones u ocupaciones ocupaciones como la de los mecánicos, comerciantes, albañiles, y así sucesivamente baja a las distintas ocupaciones sin que sea una representatividad considerable.

DIVISION ... VERIFICADO Fecha ... S. V. L. U. M. S. A.

7.) Estado Civil:

El estado civil de los sujetos con intento de suicidio tiene una vital ¡importancia porque mantiene una directa conexión con la afectividad y la mantención de ésta, es decir, tiene un compromiso estrecho con su estructura familiar de pertenencia y el paso de ésta a la conformación de otro núcleo familiar. Por consiguiente, es imprescindible conocer este aspecto mediante los siguiente datos estadísticos:

Estado civil	Mujeres	Varones	sub.Total
Soltero	93	61	154
Casado	12	10	22
Concubino	39	15	54
Divorciado	10	5	15
Separado	20	13	33
Total.	174	104	278

En este cuadro demuestra que el intento de suicidio lo realiza una población que se encuentra en celibato o soltero, seguida por el estado de concubinato, descendiendo hacia los separados, casados y finalmente llega a los divorciados. Sin embargo, se puede realizar una asociación entre los separados y los divorciados por la similitud, no en cuanto al concepto mismo sino en cómo la gente concibe la separación y el divorcio, porque ambas condiciones civiles mantienen un contenido de ruptura del contrato social de compromiso entre dos personas del sexo opuesto.

8.) Lugar de origen o procedencia:

El origen geográfico de los sujetos con intento de suicidio tiene su incidencia en esta decisión. La afectividad que uno pueda mantener, tanto en el grupo de pertenencia corno en el grupo de referencia, es determinante por la relación que ocupará en el contexto social y su medio geográfico. El cuadro es elocuente:

Procedencia	Mujeres	Varones	Sub.Total
Citadino	102	61	163
Provinciano	70	41	111
Extranjero	2	2	4
Total	174	104	278

Los citadinos son más representantes de los individuos que buscan la muerte voluntaria, seguidos por los provincianos, con muy poca frecuencia de los extranjeros, o de una representación poco significativa.

9.) Nivel de educación o instrucción:

El grado de compromiso con el nivel de instrucción, o sin ella, tiene una importancia porque el grado de conocimiento le permite escoger el medio apropiado para quitarse la vida, tal como podemos apreciar en éste cuadro:

Instrucción	Mujeres	Varones	Sub.Total
Básico	36	12	48
Intermedio	28	21	49
Medio	61	40	101'
Técnico	8	8	16
Superior	15	16	31
Ninguno	26	7	33
Total.	174	104	278

Y es necesario hacer notar que el grado de compromiso con la instrucción no refiere a la actualidad por la que cursan, sino refleja, en algunos casos, el año que cursan o que en algún momento de su vida cursaron la escuela. En este sentido, uno puede apreciar que la mayoría corresponde al ciclo medio, bajando de nivel al ciclo intermedio y básico; desciende a individuos con ninguna instrucción, llega a sujetos con instrucción superior y termina en técnicos.

10) Lugar del habitad en la ciudad:

La ubicación del domicilio, sin duda, nos van a demostrar, no con certeza, la pertenencia a una clase social séa, nos dirá si pertenece a una clase baja, media o alta. Se trata de un dato muy significativo, por ser un factor demostrativo de la clase. Los resultados son los que observamos:

Domicilio	Mujeres	Varones	Sub. Total
Urbano	24	17	41
suburbano	59	33	92
Periférica	80	42	127
El Alto	11	7	18
Total.	174	104	278

En su mayoría los sujetos de ambos sexos, con intento de suicidio, pertenecen al área periférica, seguidos por aquellos que viven en el área suburbana, descendiendo al área urbano y, finalmente, con muy poca influencia de la ciudad del Alto.

11.) Antecedentes Familiares:

Esta información nos permite detectar la situación familiar del sujeto en estudio, tomando encuenta las condiciones en que se encuentra nos progenitores, la integración familiar, la influencia de ingesta de bebidas alcoholicas, entre otros factores determinantes. Este cuadro es demostrativo:

E. Civil de los padres	Mujeres	Varones	Sub.Total
Padres casados	37	28	65
Padres separados	39	26	65
Padres concubinos	13	16	29
Padres divorciados	10	5	15
Ninguno	75	29	108
Total.	174	104	178

Este gráfico nos muestra que una mayoría de los sujetos con intento de suicidio proviene de familias que desconocen sobre quienes son sus padres. Nótese que la categoría ninguno significa que los padres fallecieron, les abandonaron o simplemente no llegaron a conocerlos; la segunda incidencia está por aquellos padres que son casados y separados, desciende a padres concubinos y separados, pero se considera que los casados y concubinos tienden a tener el mismo significado al igual que un divorciado y un separado. Por consiguiente, si dejamos de lado estas dualidades, el segundo lugar correspondería a casados y concubinos y el dato final seria divorciados y separados.

Categoría	Mujeres	Varones	Sub.Total
Padres fallecidos	15	10	25
Padre - fallecido	32	14	46
madre - fallecido	22	11	33
Desconoce	6	3	9
Total.	75	38	113

Abandono	Mujeres	Varones	Sub. Total
Abandono de padres	7	8	15
Abandono - padre	17	15	32
Abandono - madre	10	11	21
Ninguno	140	70	210
Total.	174	104	278

Aquí tenemos otros datos interesantes, está vez refleja la relación entre sujetos con intento de suicido y padres con ingesta contínua de alcohol. Observemos el cuadro:

Ingesta de alcohol	Mujeres	Varones	Sub.Total
Padres alcohólicos	10	9	19
Padre - alcohólico	21	13	34
Madre - alcohólica	7	5	12
Ninguno	136	77	213
Total.	174	104	278

Se puede decir que la ingesta de alcohol se dá en los padres, seguidos por ambos padres y finalmente madres solas, ésto se ve en un nivel bajo con relación a la población en general.

12.) Problemas Educativos:

En los antecedentes de los sujetos con intento de suicidio encontraremos otros factores coadyuvantes en la decisión de buscar una muerte voluntaria, como los problemas escolares presentes en alguna época de su vida, sea esta en la escuela propiamente dicha o en algún nivel de su instrucción, sea primaria o secundaria.

Pob. escolares	Mujeres	Varones	Sub.Total
Abandono	75	39	114
Reprobación	20	10	30
Expulsión	7	9	16
Ninguno	72	46	118
Total.	174	104	278

En este cuadro se puede apreciar que la mayoría de la población presenta problemas tanto en el abandono, la reprobación, como en la expulsión, lo cual debe llamarnos la atención por cuanto éstos problemas influyen directamente en su estado de ánimo. Lo analizaremos detenidamente mas adelante.

13) Fuga de su Hogar:

Otro problema fundamental por el que tuvieron que pasar estos individuos con intento de suicidio es la fuga del hogar y/o abandonando del mismo por diversas causas conflictivas tanto individuales como familiares. El cuadro siguiente nos muestra el total de las veces que incurrieron en la fuga o el abandono de su hogar por resultarles conflictiva la estructura familiar a la que pertenecen:

Fuga de su hogar	Mujeres	Varones	Sub.Total
Con fuga	104	69	173
Sin fuga	70	35	105
Total.	174	104	278

Interpretemos el cuadro anterior: Una gran población encuestada ha cometido la huída del hogar. Esto nos lleva a pensar, y afirmar, que verdaderamente tuvieron conflictos en su medio circundante, o simplemente nos hacen pensar de tuvieron un medio ambiente adverso que les hizo fugar.

Sólo con fuga	Mujeres	Varones	Sub.Total
Una vez	91	51	142
2 a 3 veces	9	13	22
3 veces y más	4	5	9
Total.	104	69	173

En el análisis del cuadro se encuentra en que la mayoría de esta población presenta fuga de su hogar, sea ésta en una sóla oportunidad, seguida por aquellos que se fugaron por más de 2 veces y aquellos que se fugan de manera frecuentemente, ésta última la incidencia es muy baja.

14) Relaciones conflictivas en su núcleo familiar:

En esta oportunidad también se describe que estos sujetos presentaron conflictos en su núcleo familiar y en sus relaciones interpersonales. Se puede decir que provienen de un medio muy hostil, tanto en sus relaciones

familiares como extra-familiares. Así lo apreciamos en los cuadros siguientes :

a. Mujeres: (RR. Conflictivas población total de 178)

Categoría	C. prob.	S. prob.
Padres	94	80
Hermanos	51	123
Esposo	47	127
Hijos	31	142
Amigos	24	150
Ninguno	30	144

b. Varones: (RR. Conflictivas de una población de 104)

Categoría	C. prob.	S. prob.
Padres	73	31
Hermanos	47	57
Esposa	40	64
Hijos	21	83
Amigos	10	94
Ninguno	20	84

15) Ingesta de Alucinógenos:

La ingesta de diversas substancias tóxicas para el organismo como el alcohol o la de ciertos alucinógenos que alteran el sistema nervioso central y modifican el comportamiento, son impulsadas por diversas causas y factores tanto en varones como en las mujeres tal como lo demuestra el siguiente cuadro:

a . Mujeres:

Categoría	Ocasionalmente	Frecuentemente	Nunca
Cocaína	18	10	146
Marihuana	3	5	166
Alcohol	73	80	21
Thinner	5	2	167
Gasolina	2	-	172
Clefa	2	-	172

Lo que llama la atención en este cuadro es la ingesta de bebidas alcohólicas de manera muy frecuentemente con un número elevado de individuos seguido con un bajo porcentaje de ingesta de cocaína, y se puede apreciar una baja ingesta de marihuana y la inhalación de thinner poco frecuente o excepcionalmente.

b . Varones:

Ingesta	Ocasionalmente	Frecuentemente	Nunca
Cocaína	23	19	62
Marihuana	11	8	85
Alcohol	25	64	15
Thinner	5	2	97
Gasolina	-	-	104
Clefa	5	2	97

Al igual que el cuadro femenino, se puede apreciar que entre los varones es frecuente la ingesta de bebidas alcohólicas, con mucha frecuencia, seguido por un número significativo de ingestantes de cocaína, descendiendo con los de marihuana y terminando con los inhalantes volátiles con el similar número de casos.

16) Violación Sexual:

Sujetos que de una u otra manera estuvieron comprometidos con algún intento y/o violación sexual en alguna época de sus vidas, sea en la infancia o la adolescencia, han tenido comportamientos inducidos por este hecho, tal como contemplamos en la siguiente estadística:

Intento y/o violación sexual	Mujeres	Varones	Sub total
Con violación sexual	95	5	100
Con intento de violación	26	8	34
Sin intento y/o violación s.	53	91	144
Total.	174	104	278

Estos resultados llaman la atención. Se trata de una población que experimentó la violación sexual. Las mujeres son las más danmificadas por la violación consumada corno por el intento de violación. En cambio, en los

varones existe un número mayor sin ningún antecedente al respecto, seguido por un menor número de haber violado sexualmente en alguna época de sus vidas, seguido por aquellos que sí intentaron y los que nó realizaron el acto de violación sexual.

17) Abortos:

Se demuestra en el cuadro de abajo que las mujeres con problemas y/o estar sometidas a una presión psico-social han recurrido al aborto corno una forma de solución obligatoria a sus aflicciones:

Abortos provocados e inducidos :	No. Mujeres
Con Abortos	116
Sin Abortos	58
Total.	174

De todo esto, sin duda, lo llamativo es la practica de abortos provocados o inducidos por el elevado número de casos. Este problema será analizado más adelante. Pero veamos los motivos que indujeron a las mujeres a someterse a un aborto.

Causas para el aborto:	No. Mujeres
Prob. de paternidad	31
Miedo a los padres	28
Violación sexual	24
Prob. Económicos	15
Prostitución	10
Dificultades orgánicas	8
Total.	116

Las causas para el aborto, como hemos visto, es variado. El primer sitio éstaocupado por aquellas mujeres que practican el aborto debido a problemas de paternidad o falta de reconocimiento legal de los padres a sus futuros hijos, el segundo lugar corresponde a las fobias de las embarazadas a sus padres por distintos factores, el tercer lugar ocupan aquellas víctimas de violaciones sexuales, cuarto por las que tienen problemas económicos y

finalmente por causas de la práctica de la prostitución y las que acuden al aborto por dificutades orgánicas y accidentales.

18) Prácticas realizadas sobre sexualidad:

En los antecedentes de los sujetos investigados se puede observar algunas prácticas realizadas en alguna época de su desarrollo ontogenético ligado a la sexualidad.

Practicas realizadas sobre - sexualidad	Mujeres	Varones	Sub.Total
Promiscuidad	24	17	41
Prostitución	26	2	28
Homosexualidad	11	4	15
Ninguno	113	86	199
Total.	174	104	278

Lo más representativo en esta población es el número de casos en las mujeres, ésto es confirmado por la práctica de la prostitución, seguida por la promiscuidad y muy pocos casos la practica de la homosexualidad. En los varones se puede apreciar que el primer lugar lo ocupa la promiscuidad descendiendo a la prostitución y finalmente llegando a la homosexualidad, en todos estos casos con bajos niveles de antecedentes.

19) Ritmo del ciclo menstrual:

En cuanto al ciclo menstrual en mujeres que presentaron amenorrea de segundo grado, el cual significa la alteración funcional y no orgánica atribuible al estrés a la que está sometida, observamos:

Amenorrea :	Mujeres
C. amenorrea	85
S. amenorrea	89
Total	174

Esto significa que el 50% de la población, antes del intento de suicidio, pasó con alguna dificultad el ciclo menstrual, sea ésta de uno a tres meses no atribuible esto al embarazo o alguna alteración de tipo orgánica.

20) Suicidio en familiares:

Habíamos dicho que las relaciones intra-familiares son determinantes en las conductas de los suicidas, por eso es importante establecer la verdadera asimilación de un suicidio cercano, por ello es necesario conocer esa herencia social del suicidio que bién se aplica en estos individuos, tal como lo refiere éste cuadro:

Antecedentes de suicidio	Mujeres	Varones	Sub.Total
Con antecedentes de S.	107	72	179
Sin Antecedentes de S.	67	32	99
Total.	174	104	278

Un gran número de sujetos tiene antecedentes de llevar consigo la herencia social del suicidio, así nos muestra el anterior cuadro, en las páginas siguientes le dedicaremos un comentario aparte para deducir si el suicida resulta ser un buen maestro para otro candidato a la auto-eliminación.

Encontramos que un sujeto toma la decisión fatal influenciado por la estructura familiar donde encuentra a otro miembro familiar suicida, o en sus relaciones extra-familiares encuentra a algún amigo íntimo que influye. Veamos las siguientes estadísticas:

Herencia social del suicidio - consumado	Mujeres	Varones	Sub.Total
Hermano	35	16	51
Pariente	29	21	50
Madre	11	15	26
Padre	15	10	25
Abuelo	11	5	16
Amigo	6	5	11
Ninguno	67	32	99
Total	174	104	278

En este cuadro se puede apreciar que la influencia del suicidio es sin duda una herencia colectiva que puede desplazarse entre la familia, a veces de la misma generación o de otra generación a la subsiguiente.

21) Intentos de suicidio anteriores:

En la extracción de información retrospectiva de otros intentos de suicidio que se dieron en el transcurso de su vida, se puede apreciar en el cuadro siguiente:

Intentos anteriores	Mujeres	Varones	Sub.Total
Con intento de S.	78	53	131
Sin intento de S.	96	51	147
Total.	174	104	278

En esta ocasión hay un dato que apreciar sobre intentos anteriores. En el caso de los varones más del 50% tuvo intentos de quitarse la vida, el dato en las mujeres el número es para tomarlo muy en cuenta .

El número de intentos dados con anterioridad nos muestra el grado de compromiso que el sujeto practicante tiene con la muerte y el compromiso para ser tratado, porque estos individuos buscan afanosamente un cambio en su vida.

Intentos de suicidio	Mujeres	Varones	Sub.Total
Con un intento de S.	61	41	102
Con 2 a 3 intentos de S.	10	9	19
Con 3 y más intentos de S.	7	3	10
Total.	78	53	131

Los datos nos muestran que la mayoría de los casos, tanto en mujeres como en los varones, ya intentaron quitarse la vida con muy bajos %, los otros ya intentaron quitarse la vida en varias oportunidades sin ser consumados aún.

22) Causas para el intento de suicidio:

Las causa por las que el sujeto intenta autoeliminarse son muy variadas, además existen varios otros factores coadyuvantes descritos anteriormente, pero una mejor clasificación de motivos nos permitirá observar con mayor precisión:

Causas para el intento de suicidio:	Mujeres	Varones	Sub.Total
Pasionales	31	29	60
Estudios	21	20	41
Beneficios	11	10	21
Infidelidad conyugal	13	8	21
Violación sexual	20		20
Familia contrariada	7	11	18
Separación conyugal	11	5	16
Paternidad	15	1	16
Embarazo	15		15
Maltrato de padres	5	7	12
Maltrato conyugal	10	1	11
Económicos	5	4	9
Empleo	2	5	7
Homosexualidad	3	2	5
Aborto	3	-	3
Enfermedad	2	1	3
Total.	174	104	278

Lo mas significativo de los motivos del suicidio es el relacionado con la influencia de tipo pasional, seguido por los problemas de estudios, y muy cdrca a este factor se ubican las mujeres violadas sexualmente, en seguida por los problemas de embarazo y problemas de paternidad; descendiendo por infidelidad, separación conyugal, maltrato conyugal, chantaje psicológico, familia contrariada y en menor proporción el aborto, maltrato de los padres, preocupaciones económicas, homosexualidad y empleo. En los varones se puede apreciar por familia contrariada, chantaje psicológico, infidelidad, maltrato de los padres, empleo, maltrato conyugal, separación conyugal, paternidad, problemas económicos, y sin poca representatividad la homosexualidad y enfermedad.

23) Lugar del acto que se cometió el intento de suicidio:
El lugar del intento de suicidio es de vital interés para determinar el grado de auxilio que podría requerir la víctima, todo ello se describe de la siguiente manera:

Lugar del acto	Mujeres	Varones	Sub.Total
Domicilio	105	61	166
Intemperie	32	21	53
Local público	22	10	32
Dom. familiares	15	12	27
Total.	174	104	278

La gran mayoría intentó el suicidio en su domicilio, seguido por los optan por la intemperie, los que prefieren locales públicos y finalmente los que se inclinan por los domicilios de sus familiares cercados. Este fenómenos se presenta en ambos sexos.

24) Intento de suicidio influenciado por sustancias alucinógenas:

En el estudio sobre el intento de suicidio se vió por conveniente detectar el estado físico y anímico en que los sujetos tomaban la decisión y observa si al momento de la decisión necesitaban de estímulos que alteren su plena conciencia:

Categoría	Mujeres	Varones	SubTotal
Etílico	31	44	75
Drogado	3	10	13
Mixto	2	3	5
Ninguno	138	47	185
Total	174	104	278

Los números son determinantes: Un mayoría de los sujetos realiza el acto presuicidal de manera "consciente" sin ningún alucinógeno, pero demuestra también que los varones cometen el acto, más que las mujeres, cuando están en un estado etílico; en menor proporción corresponde a los que utilizaron alguna droga pero de manera irrelevante, frente aquellos que recurrieron a los alucinógenos y alcohól.

25) Comunicaciones Póstumas:

En el acto presuicidal un gran porcentaje de los sujetos intentan comunicarse con las persona queridas o como también con aquellos que fueron la causa de su muerte. Suelen dejar algunas explicaciones del por qué toman una decisión muy drástica y fatal. Paso a descreibir lo que sigue:

Comunicación póstuma	Mujeres	Varones	Sub.Total
Con mensaje póstumo	63	42	105
Sin mensaje póstumo	111	62	173
Total.	174	104	278

Para el análisis de aquellos sujetos que intentan explicar o decir la ultima expresión de lo que fueron sus vidas, fue necesario clasificar el contenido de éstos mensaje. Por tanto, la clasificación de los mensajes póstumos se la realizó de modo tal que fuese fácil de describir y analizar:

Tipos de comunicaciones	Mujeres	Varones	Sub.Total
Contenido afectivo-amoroso	18	15	33
Contenidos metafísicos	11	8	19
Contenidos auto punitivos	9	9	18
Contenidos vindicativos	13	3	16
Contenidos prospectivos	9	5	14
Contenidos expectativos	3	2	5
Total.	63	42	105

26.) Resultados de la escala de Beck para la depresión:

Categoría:	Mujeres	Varones	Total
No depresivo	4	3	7
Depresión leve	25	15	40
Depresión moderada	65	37	102
Depresión grave	80	49	129
Total.	174	104	278

Estos resultados, según el inventario para la depresión de Beck, muestran que el sujeto presenta grados de compromiso con un trastorno de la afectividad, que se expresa en los estados depresivos.

Los primeros que ocupan la tabla de valoración con los sujetos con depresión grave, luego los que sufren depresión moderada, seguidos por los leve y, finalmente, lo que no tienen depresión, en esta categorización se respeta ambos sexos.

27) Resultados de la escala de depresión de Hamilton con escala de melancolía:

Categoría	Mujeres	Varones	Total
No depresión	8	5	13
Depresión menor	63	38	101
Depresión mayor	103	61	164
Total.	174	104	278

Los resultados presentados en el mencionado cuadro configuran lo que vendría a llamarse trastornos en el estado de ánimo, sin embargo, se puede apreciar claramente que en ambos sexos los resultados dan un gran porcentaje a los que presentan una depresión mayor, seguidos por los que

presentan la depresión menor, con un descenso hacia los sujetos no depresivos.

28) Resultados de la escala de GAF:

La escala GAF permite evaluar la totalidad de los componentes o correlatos psicológicos por las que atravesaron todos los individuos, con ciertas características, como lo es el intento de suicidio. Por ello, referiremos los resultados tomados al 10% de la población de ambos sexos:

Esta escala GAF del DSM.III-R permitió conocer el juicio sobre la actividad social y laboral del sujeto con intento de suicido, para el cual se tomó en cuenta el 10% de la población de 278 casos registrados. Sin embargo, se tomó una muestra representativa de esa población con el criterio de la estadística de números bajos.

Por consiguiente, si tomamos en cuenta a las mujeres con una población de 174 casos que representan el 100%, el 10% de esta cantidad es 17.4. En los varones la población real es de 104 que corresponde al 100% y el 10% representa el 10.4.

Por tanto, el 10% se constituye en este estudio una muestra muy representativa. A fin de contar con una apreciación correcta se tomó muy en cuenta los códigos o categorías que significan el grado de riesgo y asu vez en su implicancia en la conservación de la vida.

Categoría	Mujeres	Varones	Total
90 - 81			
80 - 71			
70 - 61	1		1
60 - 51	1		1
50 - 41	2	1	3
40 - 31	2	2	4
30 - 21	3	2	5
20 - 11	7	4	11
10 - 1	1	1	2
Total	17.4	10.4	27

Los datos presentados, después de su aplicabilidad de la escala GAF, dan como resultados, tanto en mujeres como en varones, que el código 20-11 que corresponde a la categorización de peligro relativo ante el intento de suicidio y deterioro de la comunicación ocupa el primer, seguidos por el código 30-21 que significa la presencia de ideas suicidas e incapacidad de mantener relaciones interpersonales; el tercer lugar corresponde al código 40-31 que implica deterioro importante en las distintas áreas como familiares, laborales con un estado de ánimo deprimido; el cuarto código corresponde al código 50-41 que expresa síntomas graves con ideaciones suicidas y con deterioro de la actividad laboral. Los demás códigos, como los de 60-51, 70-61 corresponden únicamente a las mujeres con un bajopor centaje: La primera con síntomas moderados y la segunda con síntomas leves.

29) Causas por trastornos afectivos:

Los sujetos si bien están sometidos a estresores psicosociales, como son los factores coadyuvantes para las dificultades y alteraciones de su estado de ánimo, el rol importante de sus estados de la afectividad modificarán y expresaran ciertas alteraciones y dificultades:

Estado de ánimo	Mujeres	Varones	Sub.Total
Depresión	144	83	227
Chantaje psicológico'	11	10	21
Estado disfórico	10	5	15
Melancolía	5	3	8
Psicosis	4	3	7
Total	174	104	278

Por la alteración del estado de ánimo como es la depresión, son más los casos que entran en esta patología, induciendoles a cometer el intento de suicidio, seguido por el chantaje psicológico que tiene el propósito de conseguir beneficios del núcleo familiar al que pertenecen; luego tenemos el estado disfórico de excesiva irritabilidad, para luego descender por un estado de la melancolía, considerada ésta como la depresión mucha más profunda, después se presenta con índices bajos la psicosis. Estos cuadros son los que exacerban los estados de la afectividad y que estos desembocan en la auto-eliminación.

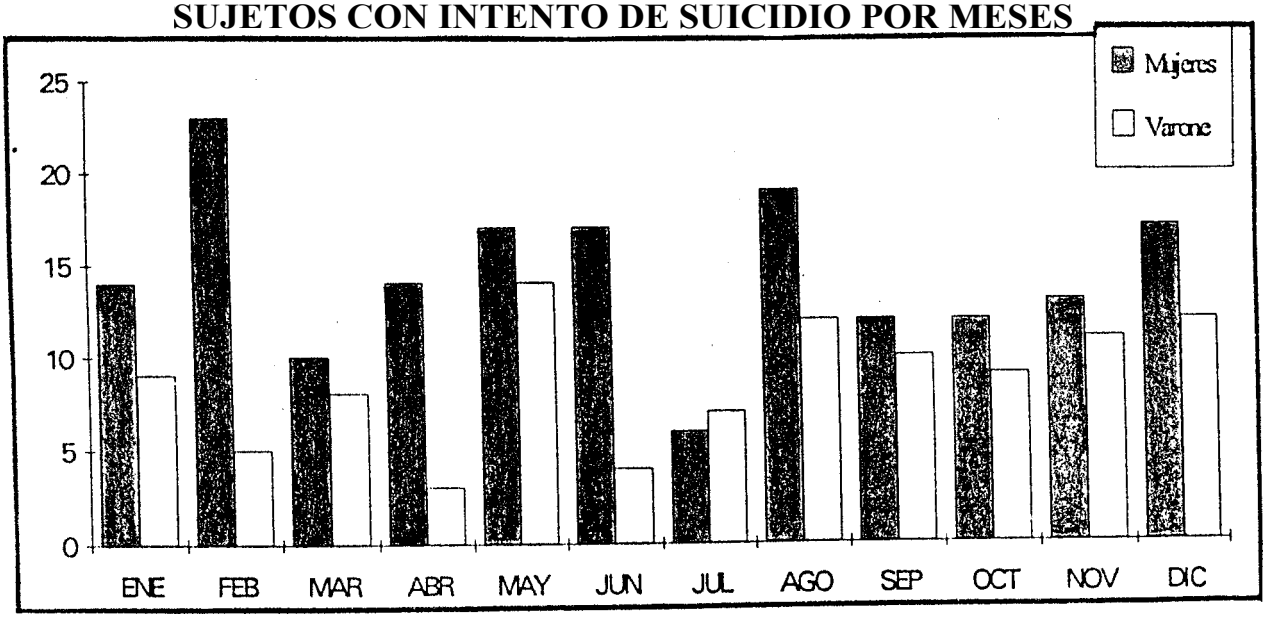
XII. POSIBLES ALTERNATIVAS DE INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS MAS SU EXPLICACION PORCENTUAL:

Para comprender en su verdadera dimensión al intento de suicidio es necesario analizar el acto desde la perspectiva sistémica, ya que en esta investigación intervienen diversos factores: Lo social, lo cultural, lo legal, lo económico, lo demográfico y, principalmente, lo psicológico. Pués, una explicación unilateral del objeto estudiado no demuestra la cientificidad de la misma en virtud a esta explicación. Las alternativas de explicación de los resultados obtenidos, las abordaremos desde diferentes perspectivas, no sin antes demostrar y explicar las diferentes categorías estudiadas:

1. Meses del año:

Las estadísticas nos dieron a conocer que en todos los meses del año existen intentos de suicidio con predominio del sexo femenino sobre el sexo opuesto. Lo primero implica el compromiso con el cambio de su vida que desarrolla. Otro factor es la elección del medio que utiliza para intentar quitarse la vida. En algunos casos no siempre llega na comprometer la vida, tanto en mujeres como en varones.

SUJETOS CON INTENTO DE SUICIDIO POR MESES



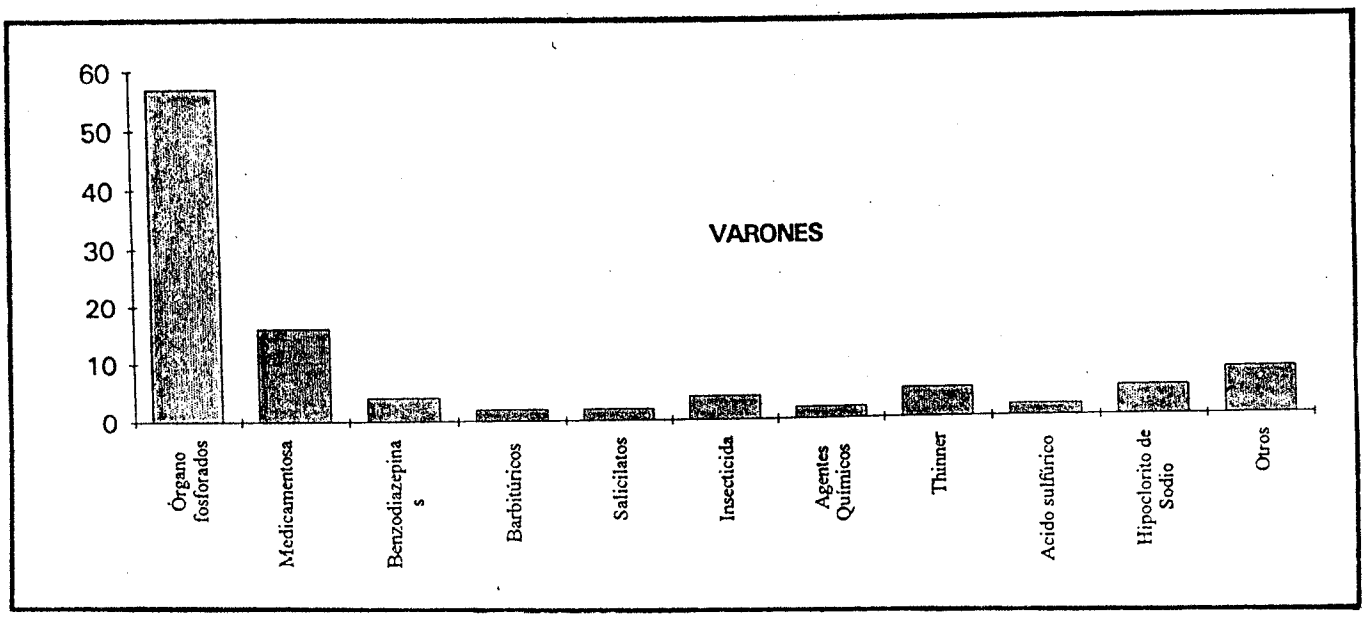
Por esta explicación, no se puede considerar el factor climatológico, debido a que nuestro medio climatológico tiene una variación contínua y repentina. Sin embargo, se puede puntualizar la siguiente interpretación de los resultados obtenidos: Cualquier día del año es fértil para realizar un acto

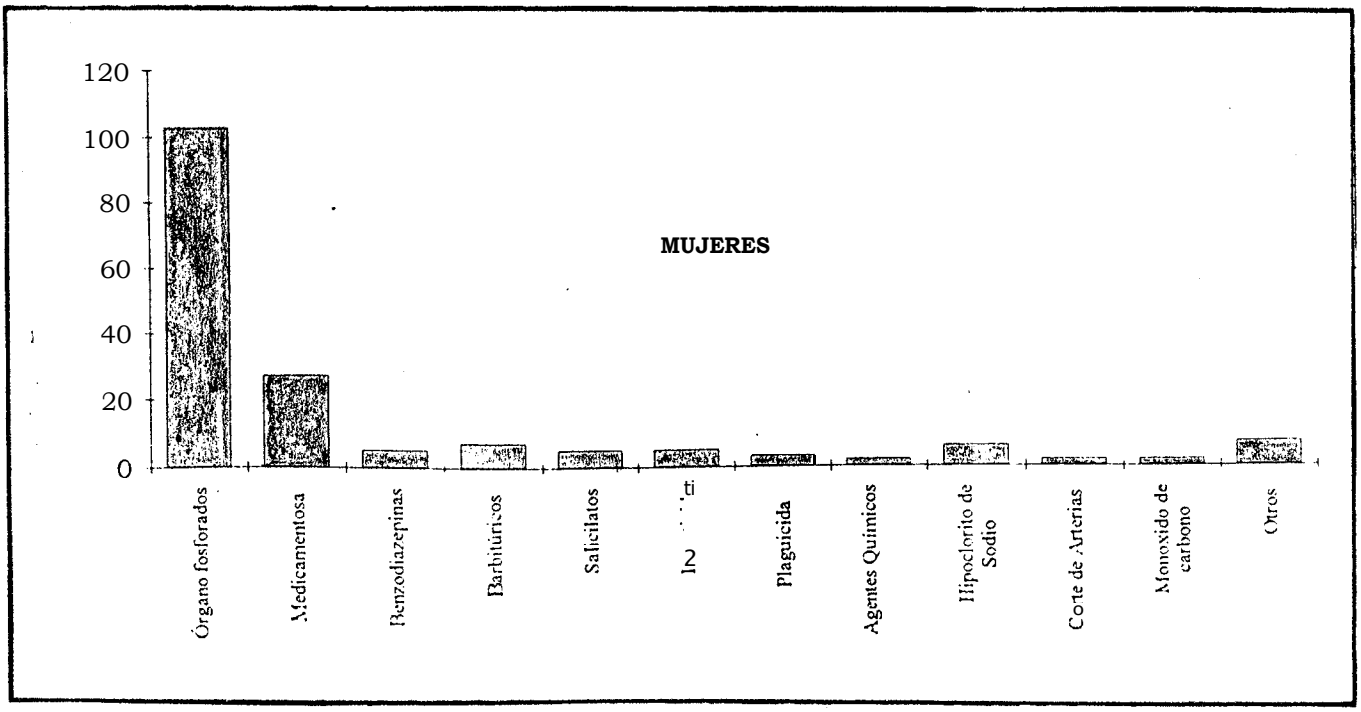
suicida, no existe una explicación adecuada que sustente lo contrario. Los intentos de suicidio no son atribuibles a una de las cuatro estaciones en particular, sino a los meses de mayo, agosto y diciembre porque son lapsos que tienen que ver con la actividad cotidiana de la persona, por ejemplo: reprobación del año académico, reestructuración familiar sea por alejamiento de la familia o pérdida afectiva de un ser amado, o por migración a otras ciudades.

2.Medios que facilitaron el intento de suicidio:

En cuanto a los medios suicidas se puede decir que ésta elección tiene que ver con la cultura cognitiva, la cual tiene una gran influencia no sólo en el conocimiento del medio o instrumento que va a utilizar, sino en la transmisión de éste conocimiento o experiencia de una persona a otra lo que va a cobrar una eficacia en el intento de suicidio. En esta elección, un sujeto potencialmente suicida acude a experiencias de tipo social anteriores porque existe una introyección como conducta aprendida. Así también, se puede evidenciar que la transmisión del acto suicida pueda darse de una generación a otra generación, por ejemplo, el sujeto potencialmente suicida hace propios enajenando conductas de autoeliminación.

MEDIOS UTILIZADOS PARA EL INTENTO DE SUICIDIO





Los medios de comunicación influyen directa o indirectamente en la asimilación del uso de los medios o instrumentos en la autoeliminación, en cualquier individuo mas aún si se trata de sujetos sometidos a estresores psicosociales. Pero sin lugar a dudas, en este tipo de actos, también intervienen el medio ambiente en el que uno se desarrolla, aquí el sujeto que se encuentra en estado disfórico y con algún trastorno del estado de ánimo utiliza el medio o instrumento a su alcance.

Esta explicación se concretiza en el hecho de que un alto porcentaje de los intentos de suicidio corresponde a la intoxicación por órganos fosforados (raticida o roedorcida), por considerarlo eficáz, fácil de adquirir en cualquier mercado y económicamente barato. Esta experiencia se traduce en una herencia transmitida a otra generación .

En un segundo nivel entrarían todos los intentos de suicidio por intoxicaciones medicamentosas: desde un simple analgésico, benzodiazepíni co y antibiótico, hasta los paliativos del cáncer, como la colchisina, adquiridas en pastillas, cápsulas o grageas. Estos son adquiridos en distintos lugares sean farmacias o, lo más grave, en mercados populares. Estos elemento de intoxicación, naturalmente en abundancia exagerada, son ingeridos por la via oral, práctica aprendida por informaciones propias, fuentes familiares o de los medios de comunicación.

En el tercer nivel se incluyen las intoxicaciones de tipo variado, por ejemplo: La ingesta de substancias químicas que van desde los detergentes hasta el uso de ácidos o derivados del petróleo, estos elementos fáciles de

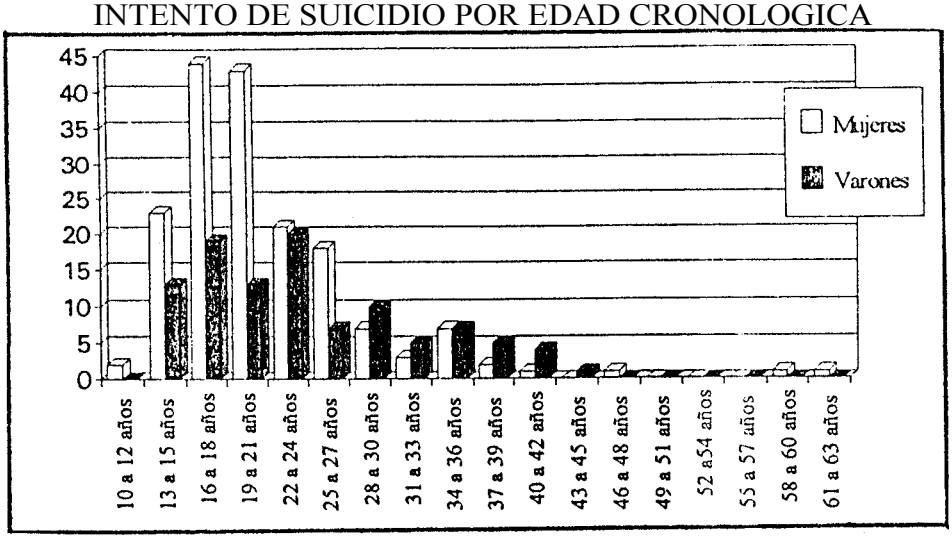
encontrarlos en el hogar, en el taller o simplemente en la vía pública o puestos de venta libre. Los suicidas eligen este tipo de medio suicidal no por planificación premeditada sino por encontrarse a la mano.

El intento de suicidio por medios agresivos o físicos como la circuncisión de arterias, asfixia por ahorcadura o cualquier otro intento suicida que implique el compromiso de tipo sangriento o destrucción corporal, tiene un significado muy particular: Primero, la agresión consigo mismo, contra su propio cuerpo, es decir rechaza su propio cuerpo; Segundo, se expresa en el castigo contra el medio ambiente o social, el sujeto potencialmente suicida con ese acto deja a su medio circundante en una incertidumbre o en un estado culposo por la tragedia ocurrida, en muchos casos este acto es considerado como un castigo a la sociedad por el sufrimiento que uno (el suicida) vivió o vive.

3. La edad riego:

La edad-riesgo para el intento de suicido, a nivel general, se presenta entre las edades de 16 a 21 años, en ambos sexos. Este dato nos demuestra que en la adolescencia y parte de la juventud existen más riesgos en cuanto a la mantención de la integridad física, ya que sus estados de ánimos están en crisis y esto porque los individuos están en un periodo de transito de la dependencia familiar hacia la libertad individual, en este intermedio encuentra un vacío de la afectividad.

INTENTO DE SUICIDIO POR EDAD CRONOLOGICA



Entre ambos sexos existe una ligera diferencia: En la mujer el intento de suicidio se presenta a partir de los 10 años de edad, con datos no significativos de incremento hacia la edad de 13 y 15 años, un riesgo entre

los 16 a los 18 años de edad; a partir de estas edades tiende gradualmente a decaer en su incidencia hasta los 48 años de edad, con algunos brotes no significativos entre las edades de 58 a 63 años, éste último más por la pérdida afectiva del cónyuge que por otro tipo de conflictos.

La explicación lógica del inicio de la mujer en el intento de suicidio, se presenta una edad más temprana que el varón, es que ella sufre más que el varón debido a su condición femenina y el rol que desempeña en la sociedad y en la estructura familiar. Ella presenta más frustraciones y tiende a autoagredirse, demostrando un estado de ánimo más labil que del varón. La edad-riesgo de la mujer se debe a que pretende independizarse, y al maltrato que recibe por la sociedad y su grupo de pertenencia.

En este periodo la mujer refleja la primera crisis de personalidad, se da a los 16 años de edad, llamada también crisis de identidad. En este periodo sufre cambios no sólo biológicos o físicos, sino también atraviesa por algunas reacciones afectivo-emocionales. Esta edad-riesgo tiene dos periodos: La primera (antes explicada) entre los 16 y 18 años; la segunda, comprendida entre las edades de 22 a 24 años, en esta etapa se registra el tránsito de la dependencia de sus progenitores o padres hacia la formación o inicio de una vida conyugal. Aquí también la mujer sufre cambios de sus lazos afectivos de la familia e inicio del apego a otro objeto de la afectividad, a lo que debemos sumar la edad fértil que influye en los cambiantes estados de ánimo.

La fase final, en la que se presentan mujeres con intento de suicidio a una edad muy avanzada, obedece a la consecuencia de que estas mujeres pierden el objeto afectivo (esposo) es decir la separación conyugal sea por muerte o abandono, lo que les lleva a un estado depresivo con peligro de muerte voluntaria.

En el varón el intento de suicidio se inicia poco mas tarde que en la mujer, que es a partir de los 13 años de edad, con un considerable aumento a los 16 y 18 años de edad. Este comportamiento ésta ligado a la crisis de la identidad y desarrollo. Al igual que en la mujer, el varón manifiesta cambios tanto físicos que modifican su estado de ánimo como conflictos afectivo-emocionales, asimismo, presenta una lucha entre su grupo de pertenencia y su grupo de referencia. Esta situación le causa conflictos.

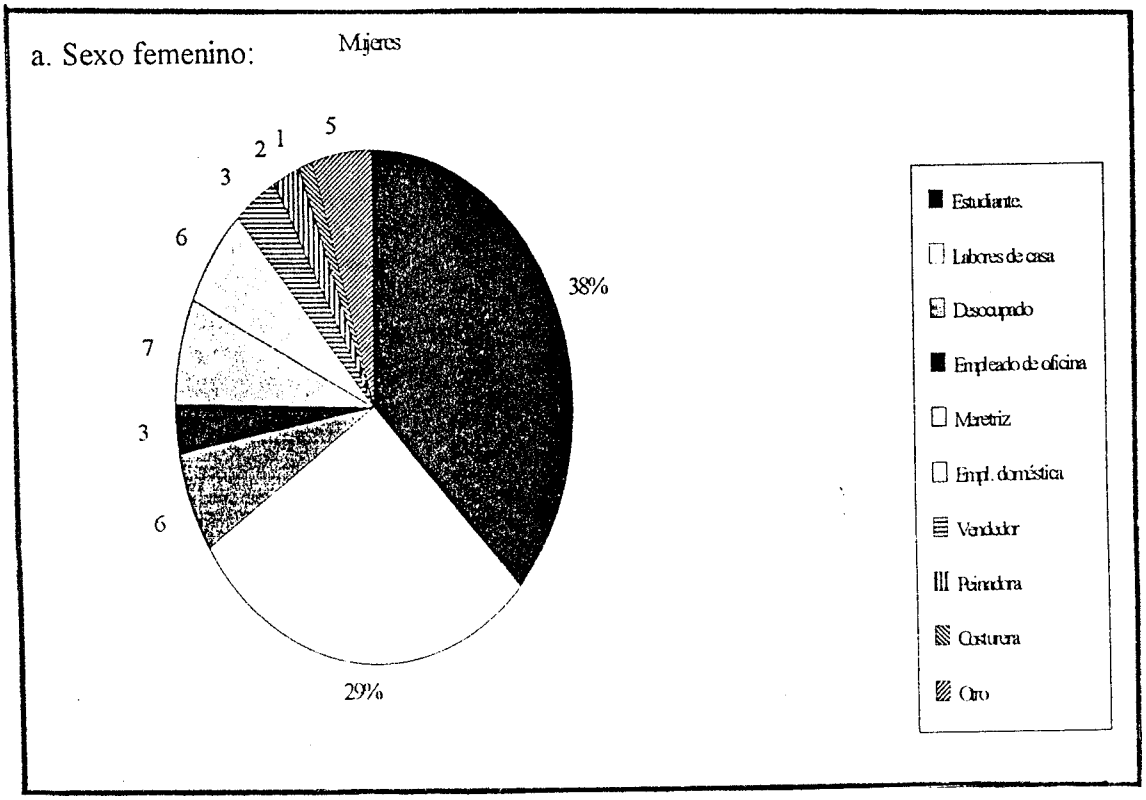
La otra crisis que enfrenta es entre los 22 y 24 años de edad debido a que se presenta una dualidad interna entre la dependencia afectiva hacia sus progenitores o padres sustitutos y la independencia de estos familiares. Esta

situación le causa dificultades en la aceptación o rechazo de un nueva estructura social. La dependencia afectiva hacia sus padres y sus deseos de libertad individual le causa problemas de afectividad, ya que la libertad ¡mplica pérdida afectiva y sentimientos de soledad. Por esta situación existe la crisis en el estado de ánimo.

Gradualmente, el intento de suicidio en el varón decae hacia los 45 años de edad porque está mas arraigado a la familia, sus hijos o nietos. Pero la separación o ruptura de estas relaciones puede causarle conflictos afectivos que decencadenan en hechos lamentables.

4. Grado ocupacional

INTENTO DE SUICIDIO SEGUN GRADO OCUPACIONAL



Si consideramos el grado ocupacional de los individuos estudiados se podría afirmar que el mayor grado de incidencia suicidal se encuentra entre los estudiantes de ambos sexos. Hay que hacer notar que se trata de una

población heterogénea porque en ella existen estudiantes del ciclo medio, generalmente, y universitarios. Los estudiantes acuden al suicidio o intento de suicidio por la reprobación de algún curso, por la pérdida del año académico o por tener conflictos son sus progenitores o padres sustitutos. En los universitarios el desenlace de sus actos son llevados a cabo por distintas causas y ninguna por causas académicas.

Estas experiencias mencionadas anteriormente se dieron en ambos sexos, por tanto, para poder explicar más detalladamente, al margen de los estudiantes, desglosare por niveles, por sexo y por ocupaciones:

a. Sexo femenino:

En el 2do. nivel se encuentran las que desempeñan labores de casa, presentan conflictos familiares debido a problemas conyugales, parejas contrariadas, relaciones conflictivas, abandono del cónyuge o infidelidades.

En el 3er. nivel están las meretrices que trabajan en centros nocturnos de prostitución, esta función conlleva un sentimiento de culpa, bajos en nivel de auto-estima y auto-valoración de si misma por la labor que desempeñan; Esto hace que presenten una gran disposición a quitarse la vida, por cuanto consideran una desgracia la vida que llevan por el maltrato que se les dio en alguna época de sus vidas por su familia, por su cónyuge o pareja.

En algunos casos, estas mujeres se ven obligadas a trabajar en distintos lugares como callejeras, colegialas o coperas, algunas de ellas, por la amenaza de su cónyuge o por obligación familiar (falta de recursos económicos).

En el 4to. nivel se encuentran las empleadas domésticas, típicas mujeres migrantes de distintas comunidades o provincias del interior del país que buscan mejores condiciones de vida. Al encontrarse en situaciones conflictivas están sólas y se ven desprotegidas en cuanto a su afectividad que se vá atrofiando ligeramente por no contar con un grupo de pertenencia ante la falta de su estructura familiar que le ayude a modificar su estado de ánimo. Pero esto no ocurre, sino, por el contrario, entra en un estado depresivo. Por eso ante cualquier exacerbación de un factor precipitante ese anima al intento de suicidio, por ejemplo, las malas relaciones entre el empleado y empleador, frustración afectiva provenientes de cualquier tipo, sea este familiar o afectivo-amoroso.

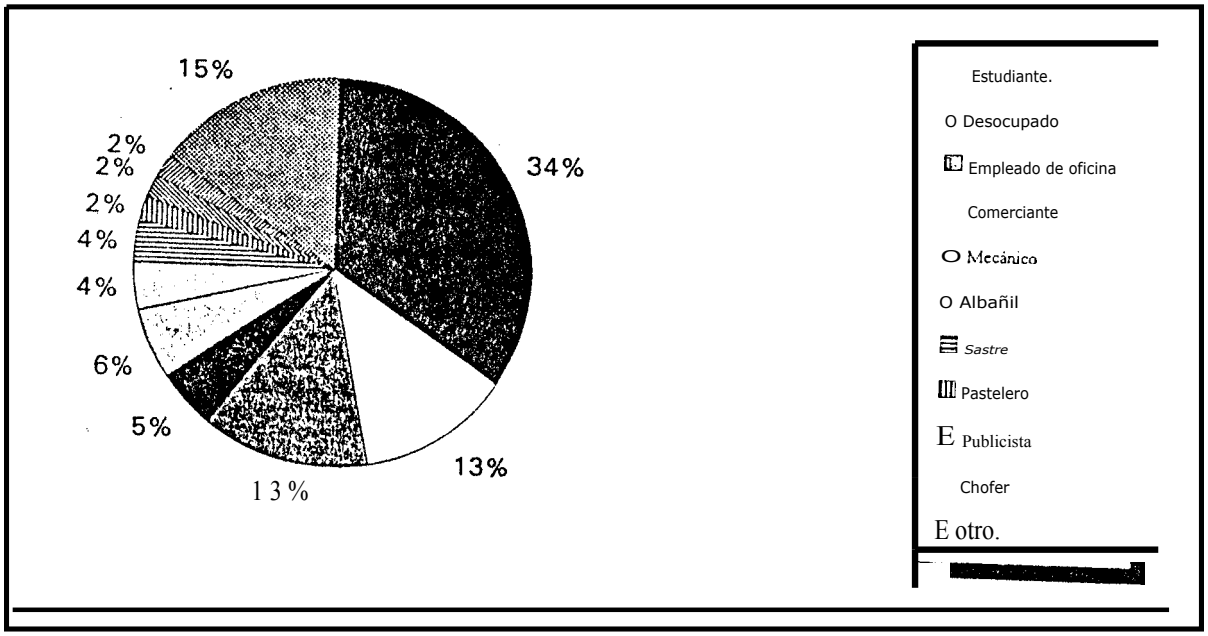
En el 5to. nivel están las mujeres con desempleo. La situación económica del país hace casi imposible disponer fuentes de trabajo. Por esa razón las

mujeres clasificadas en este grupo se sienten abrumadas y abatidas. Su situación de empobrecimiento y la imposibilidad de satisfacer sus necesidades más premiosas la llevan a un conflicto y frustraciones frente a la vida o deseos de vivir dignamente, por esto, son proclives al suicidio como fórmula de solución a sus problemas económicos.

En el 6to. nivel están todas las mujeres con diferentes ocupaciones (peinadoras, vendedoras, secretarias, costureras, niñeras, porteras, profesoras, etc.). Esta condición laboral no las hace menos importantes frente al suicidio como los casos hasta ahora vistas. Evidentemente son ocupaciones de bajos ingresos económicos, pero esta situación no garantiza su estado de conservación y de su integridad física porque en éstas asocian diversos conflictos tanto maritales, pasionales, infidelidad, como de trabajo, etc.

b. Sexo masculino:

INTENTO DE SUICIDIO POR GRADO OCUPACIONAL



En el 2do. nivel se encuentra empleado de oficina. Por lo general, esta población es la que presenta conflictos en su familia por la ingesta de bebidas alcohólicas y la infidelidad a sus esposas, que ocasionan

alteraciones en su vida marital. Por no ser una ocupación libre tiene más restricciones que otras ocupaciones, sumado a las frustraciones constantes, tanto a nivel laboral corno conyugal, y las diversas represiones por las que atraviesa en sus relaciones personales e interpersonales, se presentan conflictos con su personalidad y su estado afectivo.

En el 3er. nivel se ubican los desocupados, por cuanto estos tienen una gran responsabilidad no sólo con ellos mismos, sino con su familia. Por la condición de ser "el hombre de familia" tiene una gran responsabilidad en la mantención de su familia. Al no poder encontrar un trabajo en lo que fuese se sienten rechazados y marginados por la sociedad y por su familia, por tanto, piensan que lo único que les queda es la muerte voluntaria.

En el 4to. nivel los señalamos a los mecánicos o los que un día serán choferes. Ellos creen ascender de posición económica y social al cambiar el taller por el carro, pero, muchas veces esta ideación o ilusión terminan en frustraciones no sólo económicos sino también en conflictos pasionales o sociales.

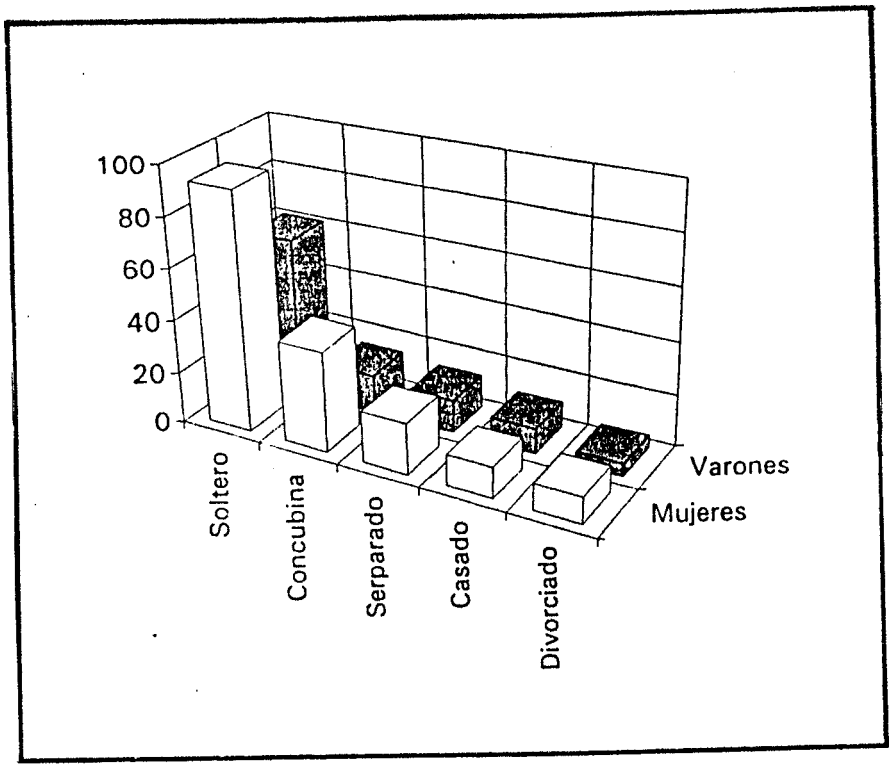
En el 5to. nivel están los que se dedican al comercio. Esta población por estar fuera de sus hogares presentan conflictos de infidelidad, cometida por ellos mismos o por sus cónyuges. En algunos casos se encuentran con frustraciones de tipo económico por la perdida de grandes sumas de dinero, como también presentan conflictos con sus hijos por la situación de estar más fuera de su hogar por los viajes que realizan. En algunos casos se encuentran en situaciones intolerables que les someten a estresores psicosociales. Todo este conjunto de reacciones y vivencias les lleva a presentar dificultades en su estado de ánimo que puede muy bien conducirlos a estados depresivos y buscar la muerte voluntaria .

En el 6to. nivel se encuentran todas las demás ocupaciones (albañil, sastre, pastelero, chofer, publicista, zapatero, tornero, radialista, farmacéutico, geógrafo, etc.). A este grupo laboral pertenecen también personas con recursos económicos bajos y de clase baja, esta situación conflictua su estado de ánimo porque su estado económico y social no garantizan la estabilidad de sus vidas. Sin embargo, podemos encontrar en el grupo diferencias sociales, por ejemplo, los farmacéuticos, geógrafos y radialistas pertenecen a una clase media y su estado de ánimo es menos estresante con relación a las otras ocupaciones. Pero vale la pena comentar insólitos casos en esta categoría de suicidas. El farmacéutico fue clasificado en el grupo de suicida de tipo chantaje afectivo y no del tipo que busca la muerte voluntaria segura, porque tiene conocimiento de los medios farmacológicos o medicamentosos.

En síntesis. Los que más se suicidan son individuos (de ambos sexos) que tienen ocupaciones no especializadas o que se ven obligados a practicar variados oficios debido a sus aflicciones económicas, esto no ocurre en las demás profesiones.

5. Estado Civil:

INTENTO DE SUICIDIO SEGUN SU ESTADO CIVIL



ler. nivel, etapa del celibato tanto en varones como en mujeres; se trata de un periodo crítico por cuanto se encuentran en una situación solitaria, se consideran libres y sin responsabilidad ante la vida, por esta situación no presentan responsabilidades familiares. Al no poseer compromiso alguno se encuentran expuestos a la vulneración de. su seguridad corporal o física, además su estado de ánimo se conflictúa, por ello, su afectividad tiende a romperse, los lazos afectivos se desprenden rápidamente y entran en un sentimiento de soledad, por esta razón existen más intentos de suicidios en esta etapa como en ninguna.

2do. nivel, se caracteriza por la presencia de concubinos, es decir una relación sin previo compromiso civil de tipo vivencial de pareja. Es una relación sin ninguna garantía entre ambas parejas, ya que éste compromiso

oculta ciertas situaciones de relación conyugal que no tienen la certeza de la pertenencia mútua de la unidad familiar, por estas características presentan una relación contrariada.

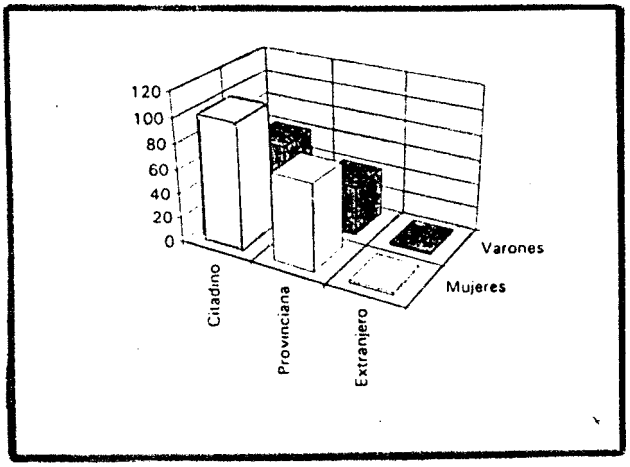
3er. nivel, parejas separadas. En esta etapa, las parejas, llegan a la culminación o cancelación del contrato de convivencia pactada. Esto ocurre por la pérdida afectiva, llamada también afectivo-amorosa. Una de las partes empieza a perder y sentirse culpable de los hechos y al sentirse rechazado opta una solución por la vía del intento de suicidio o suicido por el gran compromiso y dependencia afectiva hacia su pareja.

4to. nivel, parejas casadas. Se podría afirmar que son personas que tienen un seguro contra el intento de suicidio y son poblaciones ligadas a una familia porque estas condiciones crean más conexiones afectivas que difícilmente se pierden por la condición de casados. Sin embargo, en las familias de casados puede registrarse efectos de contrariación y por lo tanto conductas hacia el intento de suicidio.

5to. nivel, divorciados. El suicidio o intento de suicidio se presenta, pero con menor incidencia, en aquellas parejas que llegaron a la ruptura legal del contrato conyugal, esto debido a que ambas partes aceptan voluntariamente la separación afectividad y su condición civil, lo que les permite tener una libertad de decisión y control del estado de ánimo, por tanto, la afectividad desplaza a otras relaciones familiares, de hijos o amantes.

6. Procedencia:

SUJETOS CON INTENTO DE SUICIDIO SEGUN SU PROCEDENCIA



La procedencia geográfica es muy importante a la hora de determinar el grado de relación que uno mantiene afectivamente con su familia, su

ambiente en que se desarrolló y entre todas sus relaciones interpersonales que determinan su personalidad.

El ler. nivel corresponde a los nacidos en la ciudad. Los conflictos de las grandes capitales alteran el estado de ánimo de sus habitantes. Aquí la familia no responde a modelos convencionales, sino se adapta a nuevas situaciones sea de tipo laboral, familiar o social, estas condiciones conflictuan las relaciones personales e interpersonales, haciendo la vida más agitada que en otras poblaciones.

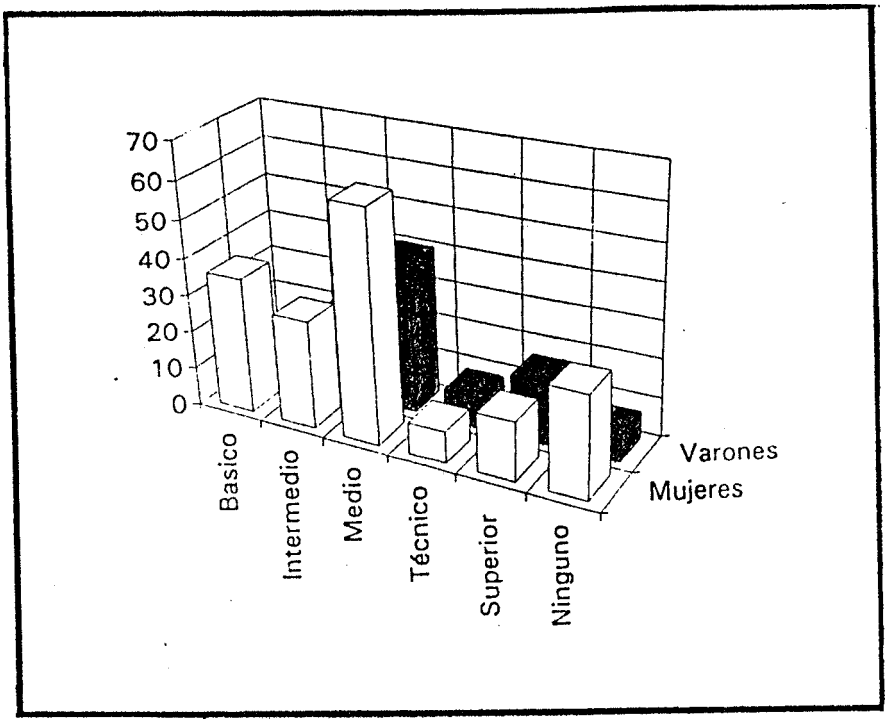
El 2do nivel corresponde a los migrantes de provincias. Estos pobladores dejan su tierra natal, su familia, su infancia, su adolescencia, sus grupos de pertenencia y casi todo. Por estas circunstancias, sus lazos afectivos se encuentran distantes, por los cuales son labiles cuando tienen que emigrar a ciudades donde no cuentan con nadie. La afectividad se hace mas vulnerable para un cambio negativo en su propia vida.

El 3er. nivel corresponde a los extranjeros, con las mismas características del segundo nivel aunque en menor escala.

7. Grado de instrucción:

La ubicación de los niveles están de acuerdo al compromiso con el intento de suicido:

GRADO DE INSTRUCCION DE SUJETOS CON INTENTO DE SUICIDIO



ler. nivel, se ubican los individuos que están cursando el ciclo medio, es aquí donde más conflictos se presenta, fundamentalmente, con los alumnos por causas de reprobación del curso y esto a su vez por conflictos pasionales.

2do. nivel, se encuentran los que cursan en el ciclo intermedio y sus conflictos están ligados a la reprobación del año académico y conflictos con su comportamiento como la expulsión del colegio, con ambas características, que de alguna manera vulnera su estado afectivo, en ambos sexos.

3er. nivel, están los del ciclo básico. Cabe hacer notar que gran parte de ésta población estuvo cursando este ciclo o que culminó en alguna época de su vida, por ello, no tiene tanta importancia. En este estudio no se contempla casos de intento de suicidio en niños del ciclo básico.

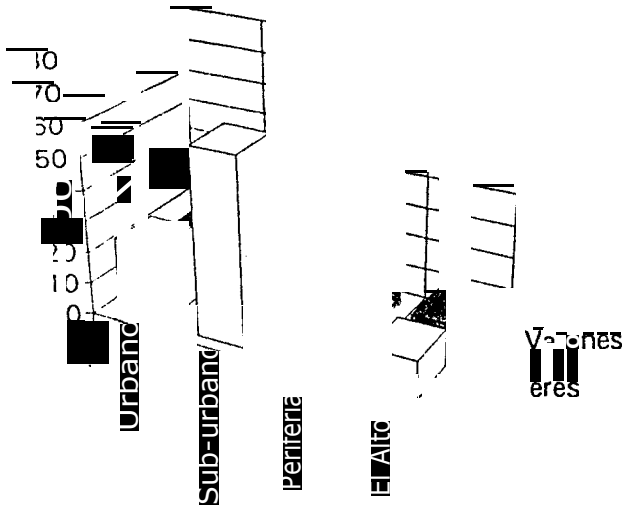
4to. nivel, se encuentran sujetos que nunca cursaron una instrucción básica.

5to nivel, se encuentran individuos que cursaron el grado superior o que están cursando, entre profesionales y universitarios, aunque estos últimos asumen el suicidio o intento de suicidio no por razones de pérdida del año académico.

6to nivel, están los técnicos con un bajo nivel de casos con intento de suicidio, atribuibles a conflictos muy diversos.

8. Lugar de su habitad o domicilio:

HABITAD DE SUJETOS CON INTENTO DE SUICIDIO



ler. nivel, están los individuos que habitan zonas periféricas de la ciudad, con poco o casi nada de servicios básicos. Por el lugar precario en el que viven dan a conocer una situación económica bastante empobrecida, sin duda, son los sujetos con más intento de suicidio.

2do. nivel, son individuos que habitan las zonas suburbanas, generalmente corresponde a la clase media baja que tienen ciertas necesidades y ciertas prioridades, que son preocupaciones para los individuos.

3er. nivel, corresponde a los habitantes que están acentados en zonas urbanas y que sus exigencias no sólo son cuestiones económicas sino de otra índole.

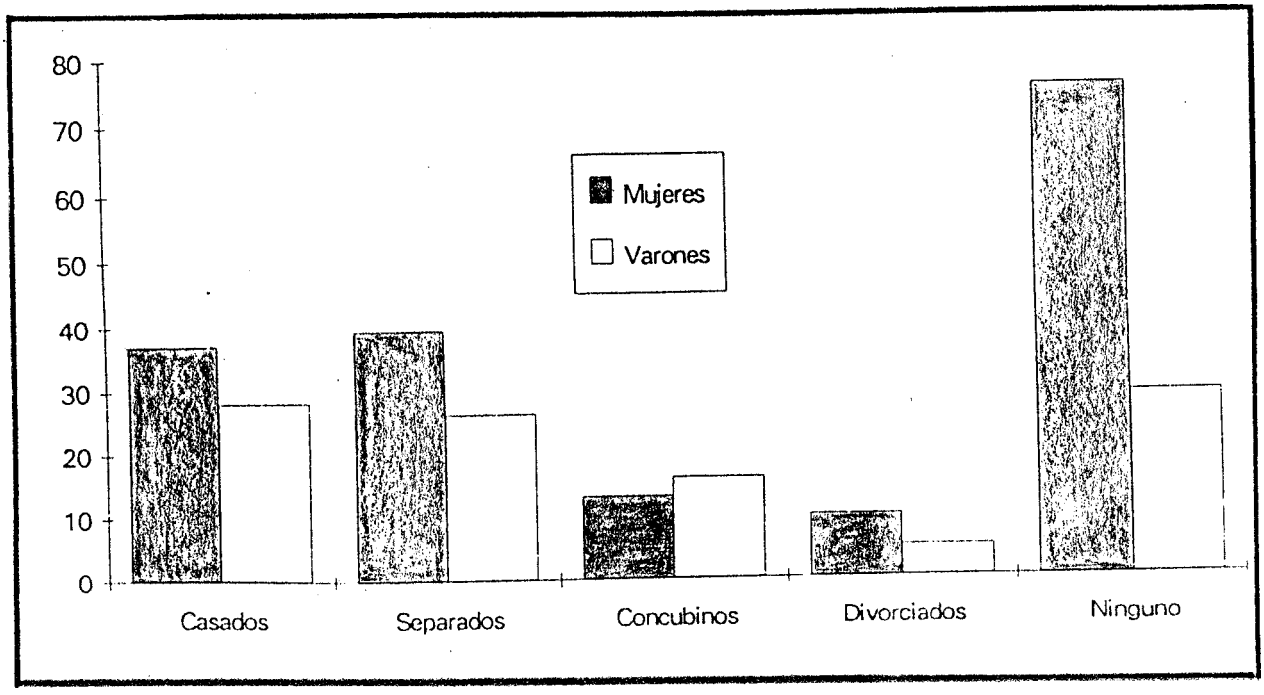
4to. nivel, se encuentra la población de la ciudad de El Alto, aunque conviene aclarar que por ciertas circunstancias ésta no fue atendida en los centros hospitalarios de esa urbe, aunque son casos no significativos.

En síntesis. El hábitat de los sujetos estudiados nos da a conocer la pertenencia de estos a una clase social. Se trata de una población de clase baja económicamente. Esta condición nos permite abordar la explicación de que gran parte de los que se suicidan pertenecen a esa clase.

9. Antecedentes familiares:

a. Estado civil de los padres:

ANTECEDENTES DE SUS PROGENITORES



Estos antecedentes nos muestran que la estructura familiar se desarrollan los pilares fundamentales de la afectividad y el estado emocional de todos sus miembros o individuos.

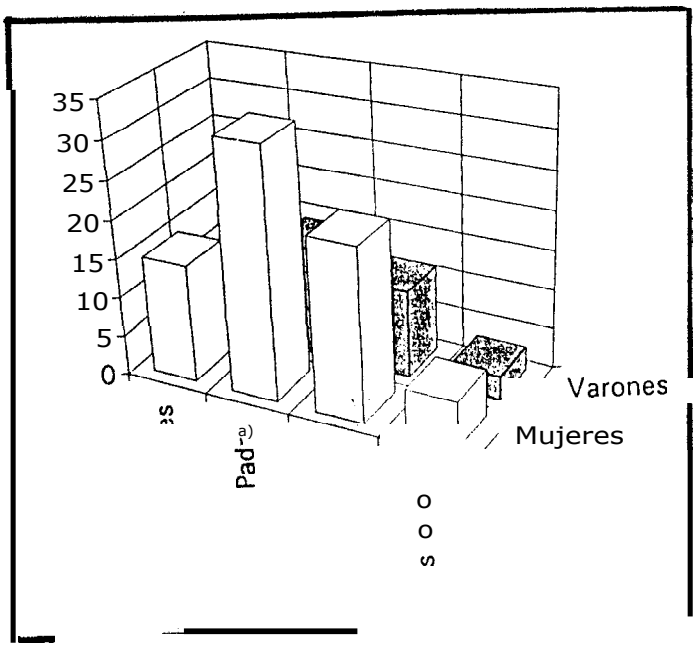
Es necesario considerar el estado marital de los padres, porque determinan los conflictos por los que atraviesan o atravesaron y por los que se hostilizan las relaciones personales e interpersonales de los individuos, esto por causas de padres divorciados, padres separados o padres concubinos. Para una mejor explicación dividiremos en dos niveles:

Primera explicación: Los individuos pertenecen a una familia con padres casados y son dependientes de la misma. Pero el índice de este grupo es muy bajo. A este grupo no se los puede atribuir los conflictos de los padres, sino puede deberse a las conductas de los hijos, ya que los padres no presentan antecedentes de relaciones conflictivos ante sus hijos.

Segunda explicación: Corresponde a una población que tiene antecedentes en la estructuración de su familia. Comprende al grupo de padres divorciados, padres separados y padres concubinos, éstos se convierten en problemas para sus hijos, más aún si no han conducido y encaminado adecuadamente el afecto en su desarrollo. En estos casos los sujetos refieren sentirse rechazados y culpables por la situación que viven sus padres, en muchos casos son instigados por sus propios padres y están sometidos a un estrés constante, por los cuales la relación padre-hijo se conflictuan, en algunos casos llegan a las agresiones físicas y verbales (le hijo a padre o de padre a hijo.

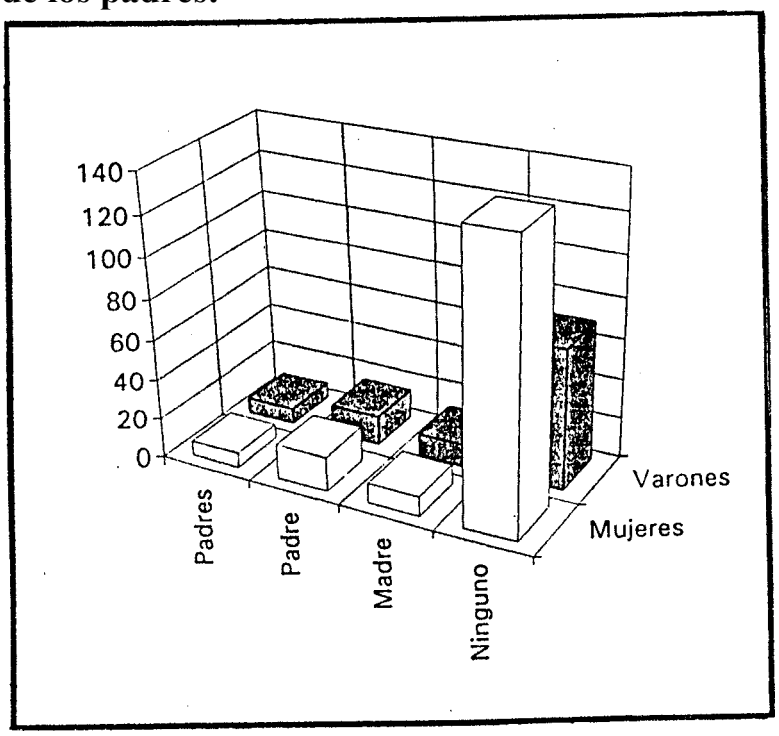
10. Antecedentes familiares:

a. **Fallecimiento de los padres:**



Similar situación ocurre cuando los hijos provienen de padres conflictivos o cuando los padres fallecen, ocasionándoles en orfandad carencia afectiva. Muchas veces se encuentran frustrados, desorientados, marginados o directamente desconocen a sus padres. Presentan remordimientos y se sientes culpables de haber nacido en un mundo abandonado por sus progenitores. Estos individuos presentan alteraciones en su estado de ánimo, presentan intolerancia a las rupturas y pérdidas afectivas de algún ser que ama, estas pueden de características atenuadas y de desordenes afectivo-primarios.

b. **Abandono de los padres:**



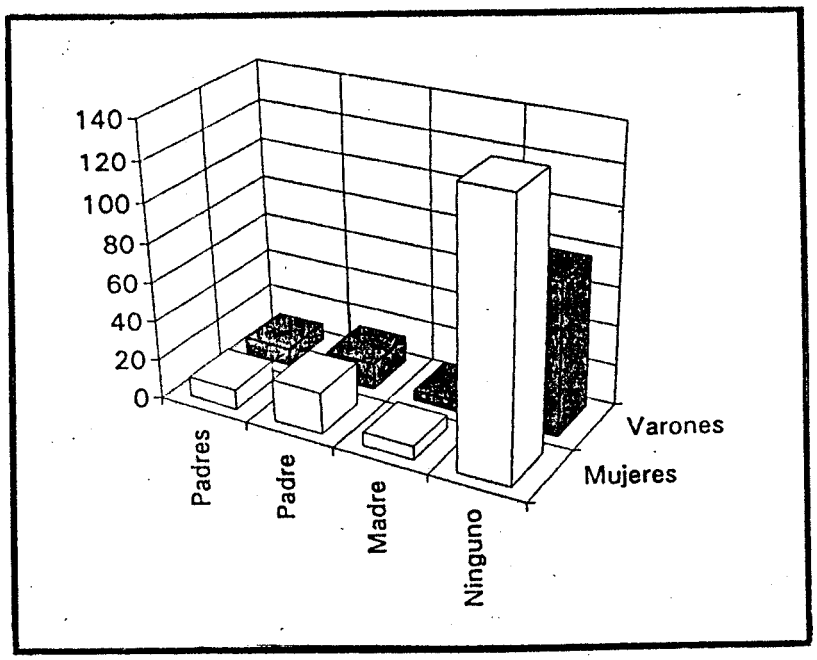
Otro antecedente muy importante es el abandono de los padres a sus hijos por diversas circunstancias, esto ocasiona principalmente conflictos afectivos por los cuales estos individuos crecen con dificultades de ser rechazados por sus padres, se encuentran frustrados y esto les lleva a presentar sentimientos de soledad y sentimientos culposo. Son individuos carentes de toda afectividad paterna que les induce, en lo posterior, a presentar tendencias de autoculpa, son poco asertivos, pesimistas, hipercríticos de sí mismos y son temerosos a la adecuación de su medio circundante.

En conclusión. Una gran parte de ésta población tiene conflictos debido a los antecedentes de sus padres y muchas veces, por estas causas, los sujetos se ven conflictuados en situaciones de las que resulta difícil salir.

11. Ingesta de alcohol de sus padres:

La ingesta de bebidas alcohólicas de sus padres (hasta llegar a la embriaguez y posibles alcohólicos) ocasiona conflictos en las relaciones personales e interpersonales de los padres. Estos individuos maltratan a sus hijos y muchas veces también hacen que indirectamente sus hijos ingieran bebidas alcohólicas. Estos niños de padres alcohólicos crecen desprovistos de protección, cuidado paternal y carentes de toda afectividad, por ésta situación buscan esa afectividad negada por sus progenitores en otras actividades y/o personas extra familiares.

INGESTA DE ALUCINOGENOS DE SUS PROGENITORES



Estos niños provenientes de hogares conflictivos, como los ya mencionados anteriormente, se sienten hijos rechazados, con sentimientos de culpa, abandonados y con un fuerte sentimiento de soledad. Por consiguiente, se acentúan la vivencia de fracaso-pérdida de auto-estima, desesperanza y tristeza.

12. Formas de disciplina y castigo:

Debido a las formas de disciplina y educación paternal durante la infancia y/o adolescencia, muchos de los individuos con intento de suicidio provienen de un ambiente adverso.

ler. nivel, son individuos que sufrieron agresiones físicas de parte de sus progenitores o padres sustitutos. Estas agresiones provenientes en formas de castigos simples o castigos crónicos, con la utilización de instrumentos duros como un palo o pedazos de fierro, quemaduras de piel, hasta tirones de cabellos. Por éstas experiencias, los individuos se sienten rechazados, conflictuados, contrariados, reticentes y suspicaces. Un reflejo inmediato de esta relación hostil es el odio a sus progenitores muchas veces cargado de fobias. Se llega a un nivel en que la afectividad se encuentra atrofiada.

2do. nivel, está la sobreprotección de los progenitores o sustitutos hacia estos sujetos. Los padres suplen la afectividad y el cariño por ofrecimientos de objetos sean regalos o dinero. Esta gratificación sin causa, aparente, también conflictua ya que estos se encuentran desorientados y muchas veces solitarios.

3er. nivel, están los sujetos que fueron echados de su hogar corno forma de castigo, ocasionando una situación muy difícil de afrontar ese sentimiento de rechazo. Estos individuos al ser marginados de su estructura familiar presentan un sentimiento de agresión y odio hacia sus padres, se sienten culpables consigo mismo, muchas veces son individuos insatisfechos.

4to. nivel, son individuos que sufrieron agresiones verbales, no sólo se remonta a la llamada de atención simple, sino, por el contrario, a momentos de hostigamiento y amenaza permanente de sus progenitores, llevándolo a un estrés psicosocial. Por tanto, estos sujetos son agresivos, irritables, inestables en su conducta y, generalmente, son inseguros consigo mismo.

5to. nivel, están los individuos que recibieron como forma de castigo la prohibición de ingesta de alimentos, ocasionando odio, venganza y humillación. Los castigados presentan un estado afectivo recaído por no ser aceptados en su núcleo familiar. Por lo general son individuos que se atormentan por la vida que llevaron.

6to. nivel, es un castigo utilizado por los padres que consiste en la reclusión en domicilio, considerado un castigo no agresivo pero persuasivo en la modificación de conducta. En algunos casos se llegó al extremo de un encierro total en un cuarto y con una prolongación de tiempo. Esta forma de castigo ocasiona reproches hacia sus progenitores y conlleva una autoimagen negativa consigo mismo y con los demás familiares.

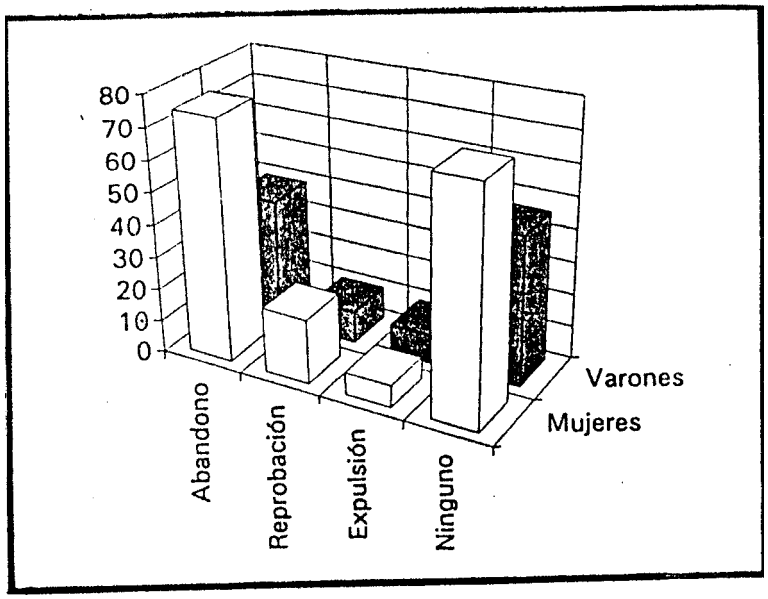
7mo. nivel, están los individuos que no recibieron un castigo de sus progenitores, sin embargo, es una población muy reducida y no presentan alteración alguna por castigo.

En síntesis. La pauta generalizada es que estos sujetos que llevan consigo un castigo de épocas remotas tienen secuelas psicológicas no resueltas, que en el futuro tienen una afectividad un tanto frágil y vulnerable ante cualquier presión o situación conflictiva.

13. Sujetos que presentaron problemas escolares:

Considerar los problemas de los sujetos estudiados durante su instrucción educativa, sin lugar a dudas, refleja un antecedente muy importante para ver el grado de aspiración o frustración que tuvo en alguna etapa de su vida.

CONFLICTOS ESCOLARES EN SUJETOS CON ANTECEDENTES DE INTENTO DE SUCIDIO



ler. nivel, se considera el abandono de la escuela, aunque no es un parámetro muy significativo, porque no se le puede atribuir un inadecuado comportamiento o exclusivamente al factor económico, pero sí nos da pautas globales para comprender la conducta del sujeto. Por consiguiente, existe el sentimiento culposo hacia la familia, los miembros de la misma familia y consigo mismo, esto genera un remordimiento ante la vida que llevó anteriormente.

2do. nivel, están los individuos que tuvieron una reprobación atribuible estos a diversos factores sociales y económicos, que sin lugar a dudas dejan

frustraciones con baja auto-valoración e incluso una frustración para seguir estudiando.

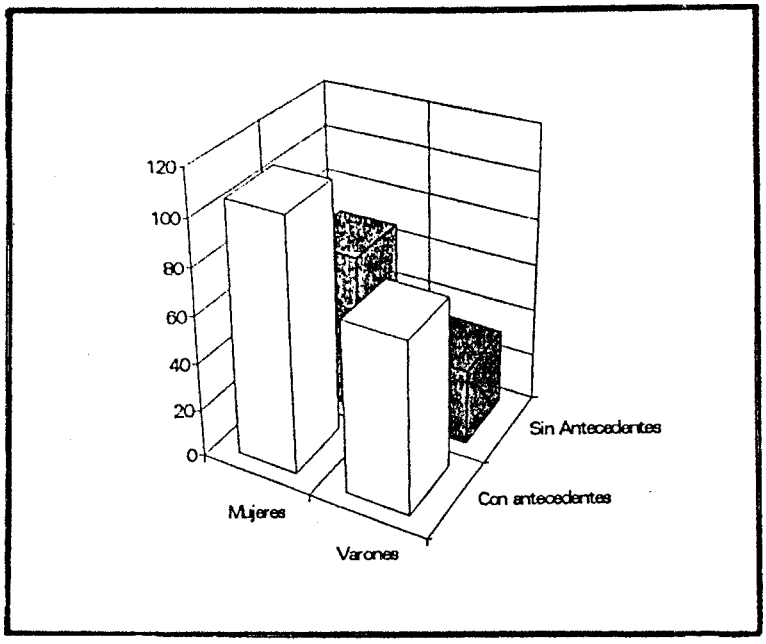
3er. nivel, encontramos a los individuos que fueron expulsados del colegio por presentar alguna alteración de su conducta que pueden ser conflictos de comportamiento o de disciplina, los cuales producen rechazo hacia los castigos y la libre interpretación de los mismos con relación a su vida. Se trata de una reacción de independencia ligada a la frustración que provocan cierta rebeldía y conflictos en las relaciones interpersonales de los individuos .

4to. nivel, están los sujetos que no presentan ningún conflicto, por lo que se presume que tienen una normalidad en su desarrollo y se constituye en una población sin ningún conflicto a nivel académico.

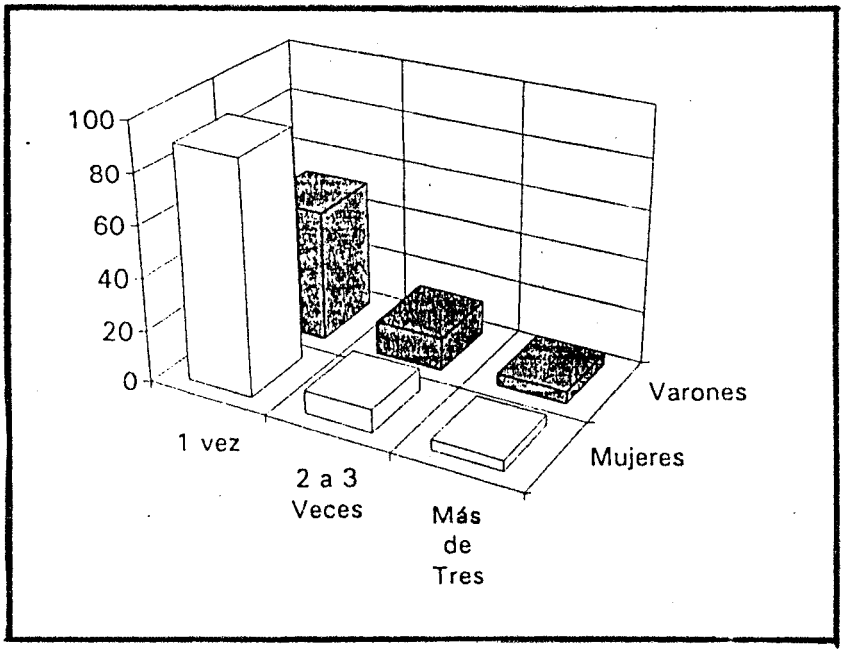
14, Fuga de su hogar:

Este se divide en dos sectores: Los que tienen antecedentes de haber abandonado su hogar y los que no lo hicieron. Los primeros: presentan conflictos familiares, conyugales o pasionales y muestran un grado de decisión bajo cualquier circunstancia, incluso sin considerar el daño que puedan causar. Los segundos: Son sujetos que no se fugaron por ningún motivo, muestran ser tolerantes a diversos conflictos o tener capacidad para resolverlos.

CON Y SIN ANTECEDENTES DE FUGA DE SU HOGAR



SUJETOS CON ANTECEDENTES CON VARIAS FUGAS DE SUS HOGARES



Dentro la población con fuga se puede contemplar tres niveles de estudio: Primero, los que fugaron en una sóla oportunidad, segundo los que fugaron en 2 a 3 ocasiones y tercero los que fugaron en más de tres oportunidades.

ler. nivel, implica a los que iniciaron o cometieron una fuga de su hogar por considerar que su núcleo familiar les era muy adverso y hostil y por resultarles difícil soportar una situación negativa para su integridad; por no querer estar sometido a un estrés constante o cumplir un deseo de estar con la persona que ama. Sin embargo, la fuga del hogar ocasiona siempre una incertidumbre y culpa por la conducta asumida, que en lo posterior trae consigo conflictos en el estado de la afectividad.

2do nivel, son individuos que no encuentran una solución a sus conflictos por lo que se sienten, gran parte de sus vidas, conflictuados, confundidos y que por la hostilidad reinante en su medio ambiente tienden a fugarse cuantas veces crean que es necesario. Por este razonamiento, la fuga es considerada coma la única solución a sus problemas. Estos actos, son realizados por la incomprensión de sus progenitores o la falta de comunicación entre padres e hijos.

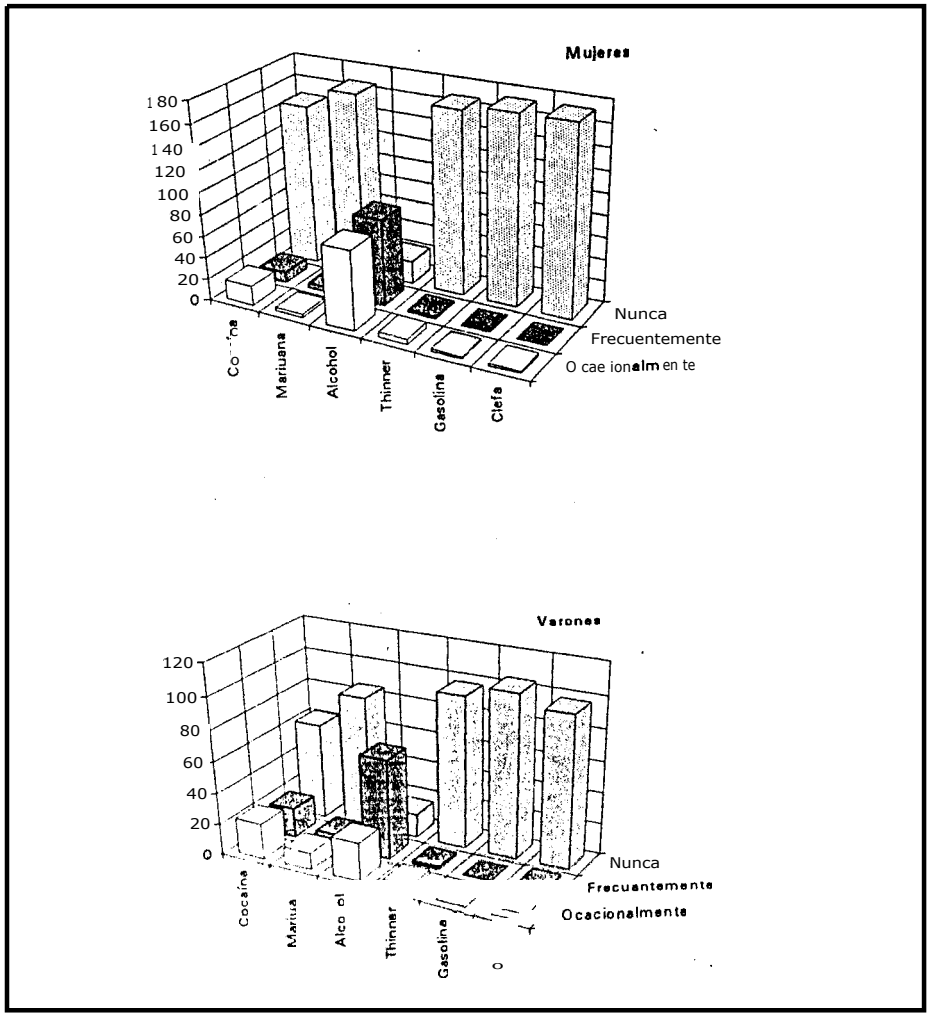
3er. nivel, son los llamados sujetos crónicos porque siempre están en constantes fugas y que ambulan de un sitio a otro, buscando soluciones inmediatas a sus problemas y muy pocas veces encuentran una tranquilidad a su medio adverso.

q. Sujetos con intento de suicidio que mantienen conflictos en sus relaciones interpersonales:

En esta coacción los individuos presentan ciertas agresiones en sus relaciones interpersonales porque se sienten rechazados por el medio al que pertenecen, debido a las diversas frustraciones que encontraron en el pasado. El hecho de sentirse, muchas veces, marginados por su grupo de pertenencia, hace que actúen con hostilidad o simplemente se aíslen de su entorno que en esas condiciones es un riesgo para la conservación de su vida. En cambio, en el varón las relaciones conflictivas con su medio ambiente se ven mucho mas marcadas por la agresividad que este desprende hacia su medio ambiente, y que muchas veces al ser intolerables esta situación se exacerba con mas irritabilidad y hostilidad, que muchas veces termina con la autoagresión misma.

15. Ingesta de alucinógenos :

INGESTA DE ALUCINOGENOS EN AMBOS SEXOS



ler. nivel alcohol. La frecuencia de ingesta de alcohol es muy elevada en ambos sexos, esta afirmación puede entenderse como el escape de una realidad conflictiva antes de encontrar capacidad y fuerzas para afrontar ese problema.

2do. nivel cocaína. Tanto varones como mujeres, con predominio en los varones, buscan dar un salto imaginario para poder sentir un placer que les fue negado por su realidad,. En las mujeres ocasiona un sentimiento de culpa hacia su medio ambiente. La incidencia del consumo está ligada a situaciones en las que los sujetos se encuentran conflictuados y desorientados.

3er. nivel marihuana. Al igual que el anterior caso se registra en ambos sexos, pero más en la clase media alta, mediatizados por una realidad de displicencia.

4to. nivel thinner. Este inhalante se encuentra en un bajo nivel, no significativo, de la población con intento de suicidio o suicidio. Muestra, sin embargo, que enfrentan una crítica situación por la que atravesaron estos sujetos, donde su núcleo familiar es de tipo disgregado, y por eso se convierten en dependientes del consumo de fármacos volátiles.

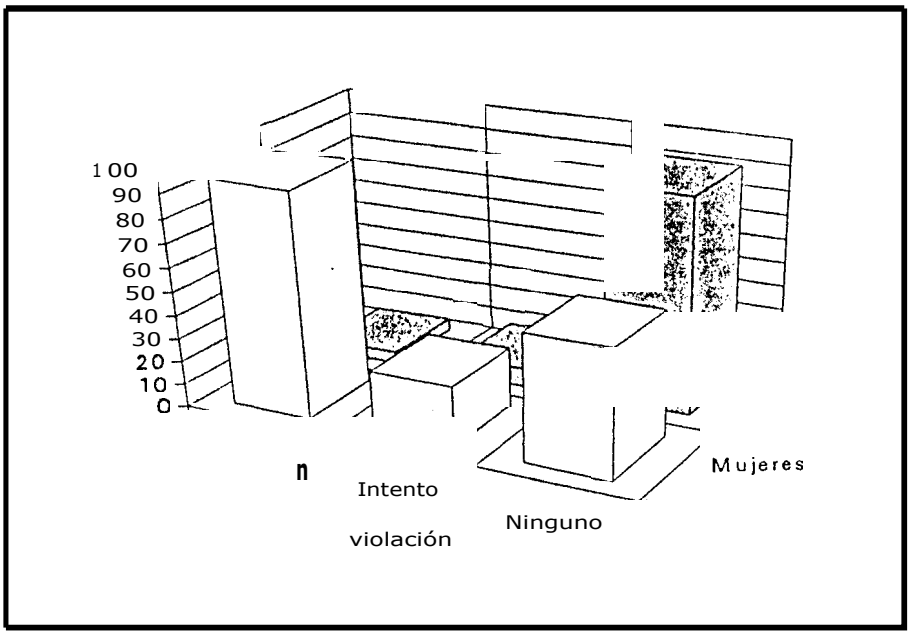
Sto. nivel gasolina. Es similar a la anterior caracterización anterior, se registra en baja escala, se dedican a la inhalación por algún periodo de sus vidas tratando de encontrar un consuelo a su realidad muy crítica.

6to. nivel clefa. No fue muy común encontrar este tipo de registro porque no difiere de la anterior descripción, pero sí se constituye en un antecedente para comprender el tipo de estructura familiar al que pertenece.
En síntesis. Uno encuentra la necesidad de poder ingerir o inhalar substancias para modificar el comportamiento que desempeña en su medio para dar una culminación pasajera o eventual a sus problemas más agobiantes.

16. Comprometidos con intento y /o violación sexual:

En este estudio es necesario considerar y fragmentar en 2 secciones el tema tratado, por la diferenciación sexual de los sujetos, porque además,
la mujer se convierte en víctima y el varón en victimador, en ambas situaciones presentan en lo posterior secuelas psicológicas no resueltas, que a través del tiempo se convierten en traumas o bien pueden desplazarse hacia ciertas dificultades o trastornos de la conducta. La clasificación de

estudio se la realizó de acuerdo a un orden de acuerdo con el grado de importancia.



a) Mujeres:

ler. nivel, se encuentran las mujeres que sufrieron violación sexual en algún periodo de sus vidas, cometidas por parientes o terceras personas, en ocasiones por grupos o pandillas, sin embargo, estas experiencias se guardan como secreto de lo ocurrido por no confiar en ningún familiar, amigo, y otros. Al no dar a conocer este hecho, las mujeres víctimas conllevan represión del acto o estrés situacional.

Estas mujeres causan problemas en su estado afectivo como los sentimientos de culpa, frigidez en algunos casos, sentimientos de soledad, aversión al sexo opuesto, sentirse sucias, ideas suicidas, ideación recurrente de muerte, estrés postraumáticos y secuelas psíquicas que acompañan toda su vida y que de alguna manera modifica su estado de ánimo. Todo esto se convierte en una experiencia que la induce a quitarse la vida.

2do nivel, se encuentran las mujeres que tuvieron experiencia de intento de violación sexual y el victimador no llegó a su cometido por diversas circunstancias. El hecho no consumado le deja en su conducta un cierto

grado' de desconfianza no solo con el sexo opuesto, sino en sus relaciones interpersonales.

3er. nivel, son mujeres que no tuvieron intento y/o violación sexual. Se trata de una población con índice bajo.

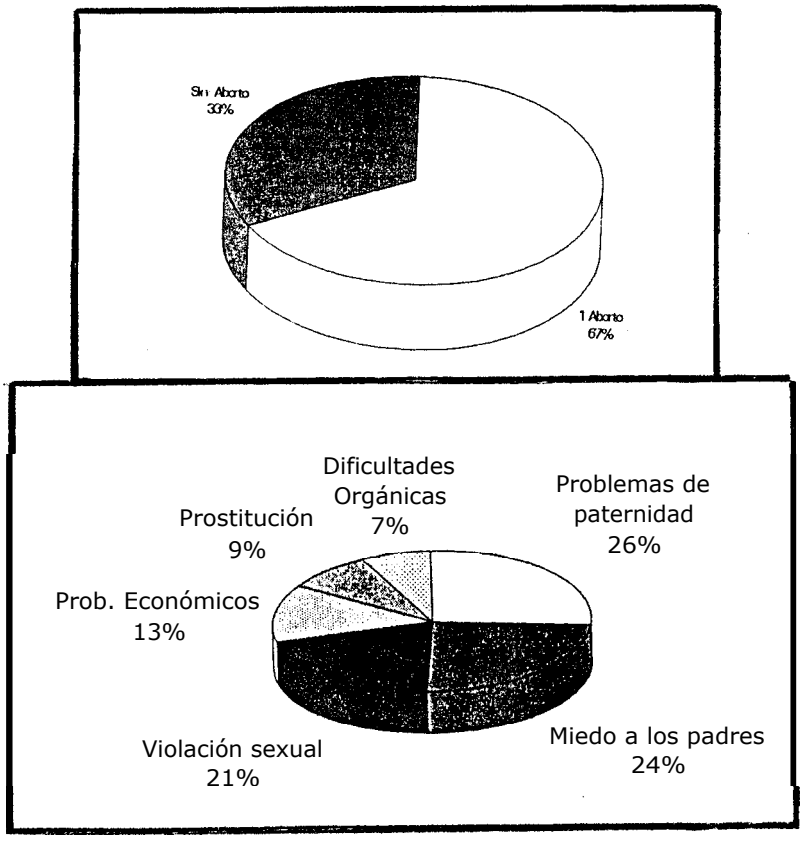
b) Varones:

1er. nivel, son individuos que estuvieron comprometidos con una violación sexual y que por ello tienen sentimiento de culpa, más si las víctimas han sido sus mismos parientes, por estas circunstancias son personas con tendencias a la depresión.

2do nivel, son individuos que en alguna época de sus vidas intentaron realizar una violación sexual, y que producto de ello el sentimiento de culpa no es tan frecuente, pero es una actitud en la que si puede entrar a un descontrol emocional.

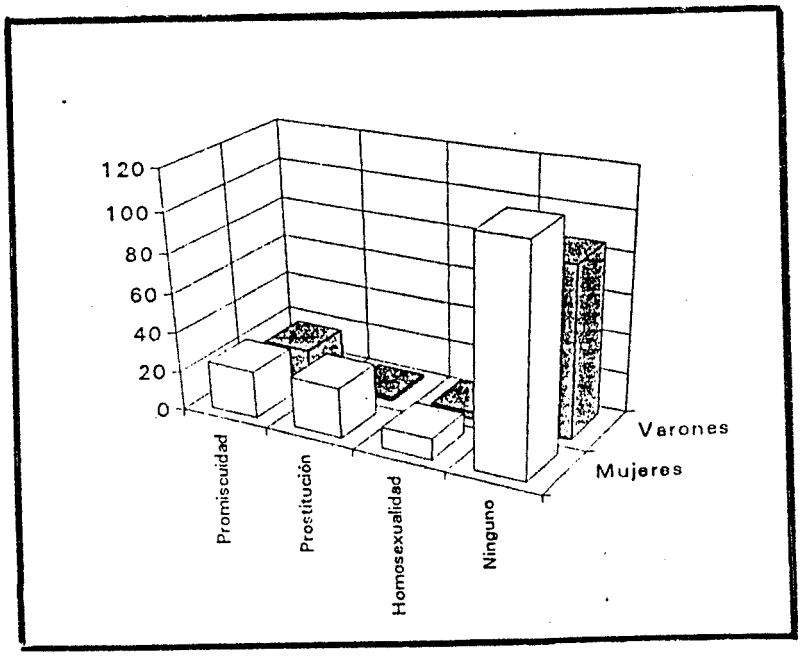
3er. nivel, corresponde a varones que no llegaron al intento ni a la violación sexual, por lo tanto no merece explicación alguna.

17. **Antecedentes de aborto:**



Los abortos provocados e inducidos que presentaron gran parte de la población, se debe a causas variadas como: violación sexual, problemas de paternidad, miedo a los padres, problemas económicos, familia numerosa y prostitución. Las tres primeras experiencias señaladas ocasionan en la mujer sentimientos de culpa, sentimientos de soledad, problemas emocionales, labilidad emocional, tensión, irritabilidad y temor por la vida. En las dos últimas experiencias existen sentimiento de culpa, en algunos casos, sin que éstas presenten ningún otro síntoma porque fueron realizadas con el consentimiento del cónyuge, la pareja o los padres.

18. **Prácticas realizadas - sexualidad:**



ler. Nivel prostitución:

En este tipo mujer existe una experiencia en alguna etapa anterior de su vida, es decir prácticas ligadas al trabajo de meretrices, en algunos casos, por obligación de presiones conyugales, en otros tratando de tener por esa vía mejores condiciones de vida. Esta forma de vida no es pasiva, sino persiste un sentimiento de culpa, se sienten, en algunos casos, sucias y asqueadas consigo mismo; en otros casos, afloran sentimientos de culpa y cuando estos pensamientos son recurrentes se convierten en motivos suficientes para intentar el suicidio. En cambio, en el varón existe una población insignificante y que éstos practican por dinero y con gente mayor, aunque en estos casos no existe el sentimiento de culpa.

2do. Nivel promiscuidad:

Esta práctica en la mujer es muy baja en relación a la totalidad de la población, pero su característica está ligada a los conflictos conyugales, donde la traición es común por la necesidad afectiva de encontrar alguien que pueda sustituir la crisis por la que atraviesa, por esta razón busca ciertos placeres sin que medie un compromiso.

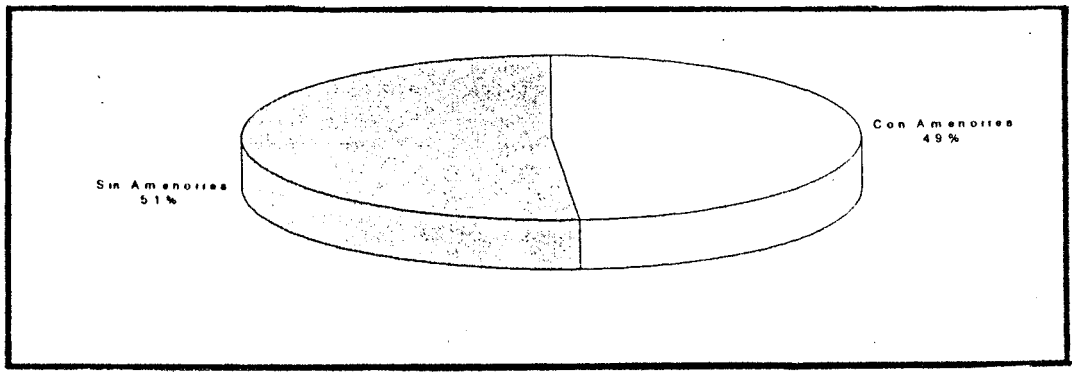
En el varón está ligado más a conquistas o prácticas aventureras en las que a veces buscan amantes o se involucran entre los deseos sexuales de la noche en centros nocturnos, llevados estos por conflictos conyugales o falto de pareja o relación amorosa .

3er. Nivel homosexualidad:

En la mujer existe la práctica de la homosexualidad, incluso, más que en el varón, algunas de ellas llevadas por encontrar ciertos placeres debido, muy probablemente, porque fueron rechazadas por el sexo opuesto o simplemente ya presentaban tendencias a la homosexualidad o porque les gustaría ser varones. Las reacciones descritas conflictuan su identidad y su rol; en algunos casos la fuerte tendencia del sentimiento de culpa y de soledad puede ser un antecedente que puede llevar a un estado depresivo.

En los varones éstas practicas son de menor incidencia, pero la tendencia a la homosexualidad es más marcada y sus conflictos son el temor a ser rechazados no solo por su familia, sino por la sociedad, por tanto, se sienten irritables e incomprendidos y decididos al suicidio o cuando menos al intento, si no son aceptados tal corno son o quieren ser.

19. Amenorrea de 2do. grado:



En las mujeres con amenorrea de segundo grado revelan conflictos por los que están atravesando o están sometidas a estresores psicosociales, la situación displacentera es intolerable y puede llegar al extremo de influir en ciertas funciones fisiológicas, por ejemplo, la irregularidad del ciclo menstrual donde se observa una suspensión temporal.

20. Paternidad:

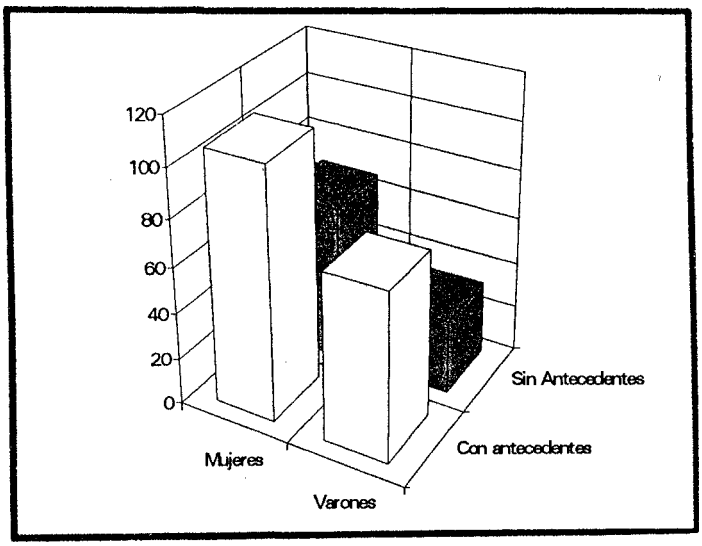
Existen mujeres que presentaron, en alguna época de sus vidas, conflictos con su vida amorosa, tuvieron frustraciones al tener un hijo no reconocido por su padre lo que provoca problemas de paternidad. Las mujeres que viven esta última experiencia se sienten burladas, utilizadas, rechazadas, amargadas y creen que sus vidas son una tragedia, sin solución.

21. Antecedentes de suicidio de algún pariente o amigo

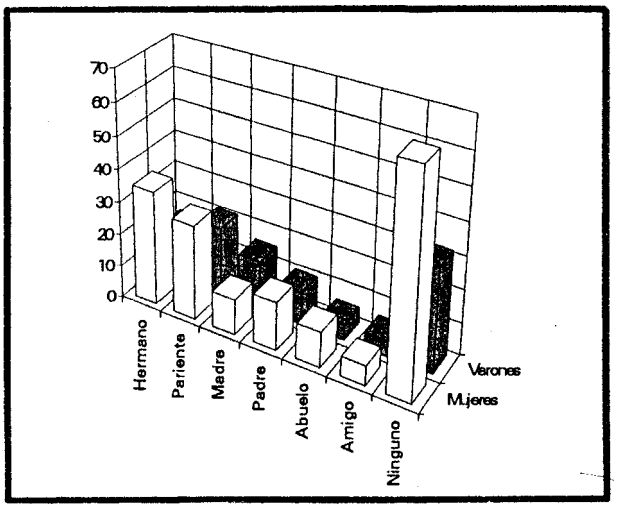
Tanto en los varones como en las mujeres, la influencia del suicidio de algún pariente o miembro de la familia o amigo siempre deja una enseñanza que en situaciones conflictivas es retomado por otro suicida. La afirmación queda demostrada por el resultado de la población estudiada, gran parte de ella tuvo el antecedente de tener un pariente, familiar o amigo que perdió la vida por suicidio. La población con menor incidencia no tuvo ningún antecedente, sin embargo contaba con alguna información. Se trata de un cometido que forma una cadena que se extiende en muchos círculos, por tanto, los niveles

de influencia están muy cerca de aquellos que son potencialmente sujetos suicidas.

SUJETOS CON ANTECEDENTES DE SUCIDIO EN SU FAMILIA



SUICIDIO EN ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA



En el ler. nivel de influencia se hallan los hermanos, es decir que tuvieron hermanos fallecidos por suicidio. La experiencia influye directamente por estar muy cerca la información o que en algunos casos, s sujetos, fueron testigos presenciales, de esta manera se comprome n unos con otros, haciendo que los demás sujetos adquieran por apren taje el acto suicidal.

En el 2do. nivel están los parientes, tíos, abuelos y otros que t ién dan lecciones del acto suicida por aprendizaje.

En el 3er. nivel se encuentran la influencia de la madre, aunque ella siempre deja huellas en los hijos y que éstos siempre presentan pensamientos recurrentes del acto y, en situaciones conflictivas pueden repetir la misma historia que la madre.

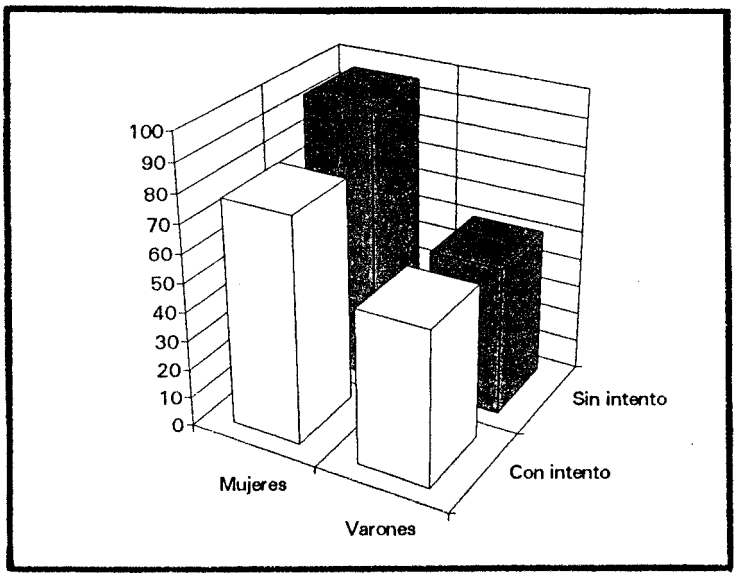
En el 4to. nivel de influencia se encuentran los padres fallecidos por suicidio, que siempre dejan algo de desconcierto en su estructura familiar y que los hijos, generalmente, imitan a los padres.

En el 5to. nivel de influencia están los abuelos, aunque no muy directamente pero son recogidos significativamente por los nietos, por el apego de éstos a los primeros.

En el 6to. nivel están los amigos aunque son muy distantes pero al mismo tiempo influyentes sobre el sujeto con actitud suicidal.

La herencia del aprendizaje del acto suicida deja una semilla y madura de acuerdo con el aprendizaje de otros sujetos potencialmente suicidas. La asimilación del acto es perfecta, porque los suicidas, agobiados por su modo de vida, consideran que el que cometió el suicidio es un buen maestro.

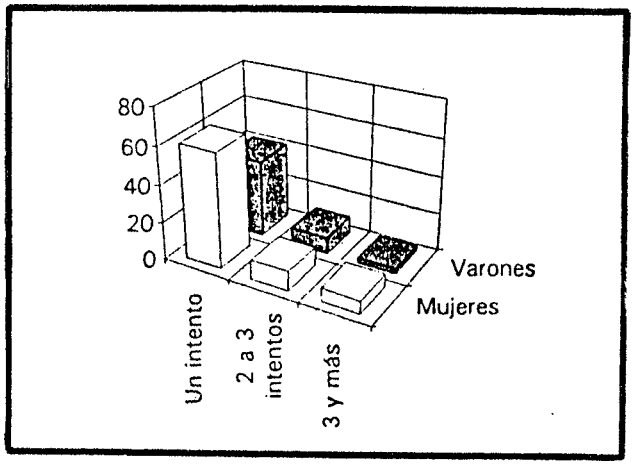
22. **Retrospectiva de otros antecedentes de suicidio:**



Los sujetos que tuvieron una experiencia anterior de intento de suicidio y pese a otro intento de suicidio no lograron modificar o cambiar su situación crítica, siempre reflejan ideas suicidas aunque sea un simple chantaje psicológico, pero se convierten en peligro constante para el mantenimiento de su integridad física y una amenaza para su vida.

En las mujeres existe un grado considerable con intentos de suicidio anterior a los que tuvieron, en el varón el 51 por ciento corresponde aquellos que si tuvieron una experiencia anterior al intento de suicidio frente a los 49 por ciento de los que no presentaron. Sin embargo, los intentos de suicidio como experiencia anterior tienen en algunos casos más de una oportunidad, clasificados de la siguiente manera:

ANTECEDENTES DE OTROS INTENTOS DE SUICIDIO

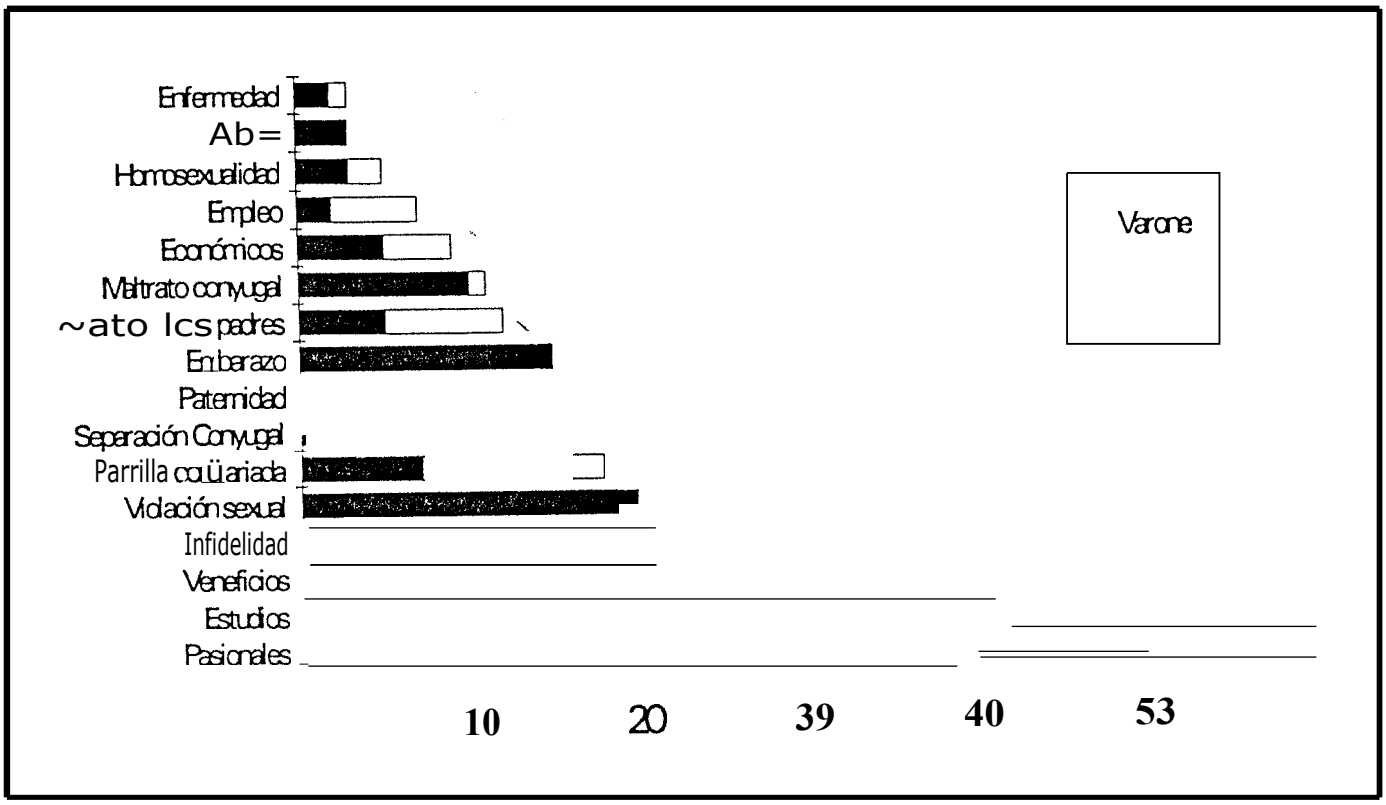


ler. nivel, corresponde aquellos sujetos que tuvieron una experiencia anterior al otro intento de suicidio y que estas tienen las mismas características llevadas por las mismas situaciones.

2do. nivel, son individuos que tuvieron dos intentos de suicidio llevados por varias causas, los cuales, nos muestran que frente a conflictos mayores la solución es la búsqueda de una muerte voluntaria.

3er. nivel, son sujetos con más de tres intentos de suicidio, considerad la cronicidad del los casos, son sujetos muy abrumados por la vid en la que muchas veces no encuentran salida alguna a sus problemas.

23. <u>Causas para el intento de suicidio:</u>



La causa por la que un sujeto toma la decisión de autoeliminarse es la exacerbación del estado de ánimo, nótese que no siempre ésta causa secundaria puede llevar a la muerte mediante el suicidio. Bien puede remontarse a épocas pasadas (causas primarias) donde presentaron dificultades en la infancia, adolescencia o juventud, allí ya tuvieron problemas por conflictos en su estructura familiar, sean traumas psíquicas, carencia afectiva, mal trato, etc., sin embargo, se traducen en causas secundarias por las que uno confronta situaciones conflictivas que precipitan el intento de suicidio:

ler. nivel. Problemas pasionales y la frustración de tipo afectivo pasional o amorosa son causas de ésta población, generalmente conformada por adolescentes. La causa fundamental se encuentra en la ruptura amorosa y debido a que el sujeto no tienen capacidad de aceptación del rompimiento se

obligan a quitarse la vida. El sujeto llega a ese extremo creyendo que nunca más encontrará (un príncipe o princesa) como el que están perdiendo.. Muchas veces, toma esa actitud no sólo como una solución a su problema sentimental, sino como una forma de eternizar su amor.

2do. nivel. Son problemas que se presentan durante los estudios del sujeto. La reprobación del año académico le genera conflicto en el estado de ánimo. Este conflicto se presenta generalmente en la población adolecente. El problema plantéa dos aristas: Frustración por la pérdida del año y temor por a sus padres, ambos factores influyen en la modificación del estado afectivo y éste apunta a una solución por la vía de la auto-eliminación.

3ro. nivel. El problema es utilizado como chantaje psicológico o beneficioso. El chantaje es un medio para conseguir un fin, es decir cuando el sujeto hace del intento de suicidio un medio para obtener ciertos beneficios. Asume esta actitud por su incapacidad de controlar su propio medio y de obtener lo que desea.

4to. nivel. Problema de infidelidad conyugal. La infidelidad muchas veces tiene que ver con el maltrato conyugal aunque no existan agresiones físicas, pero son ya un maltrato psíquico; en otros casos es testigo de la infidelidad y la traición pasional. Cuando la situación se convierte en intolerable e incontrolable, tanto en el varón como en la mujer, el único recurso que le queda es la búsqueda de la muerte voluntaria.

Sto. nivel. Violación sexual. La víctima de esta agresión física y psicológica se dá generalmente en las mujeres, la agresión les ocasiona un estrés postraumático o llega a convertirse en síndrome de sentimiento de culpa, suspicacia al sexo opuesto e irritabilidad, este cuadro les causa conflictos afectivo-emocionales como el de sentirse sucia, asqueada de si misma y baja auto-estima. No tardan mucho en concebir una ideación suicida.

6to. nivel. Problema familia contrariada. Cuando una familia es contrariada y muy conflictiva, donde las relaciones madre-padre e hijos se encuentran alterados, con pérdida del respeto y cariño, los hijos son la punta de lanza y son los culpables de lo que ocurre en ese núcleo familiar. En esas condiciones, los hijos presentan sentimientos de culpa, sentimientos de ser rechazados, sentimientos de soledad y sentirse extraños en la familia. Ante dicha situación depresiva, los hijos suelen huir de la familia e intentar el suicidio.

7mo. nivel. Problema por separación conyugal. La separación conyugal siempre deja conflictos a nivel de la afectividad (ruptura-afectiva) y causa problemas por la pérdida del objeto deseado. Por estas características cualquier de la pareja, el varón o la mujer, entra en crisis y considera al suicidio como medio de demostrar que su pareja es la única persona a quien amó y que seguirá amándolo más allá de la vida terrenal.

8vo. nivel. Conflictos de paternidad. Se presenta en mujeres que por diversas circunstancias de sus vidas quedan embarazadas y sus padres se niegan a reconocer a sus hijos. Por esta razón la mujer se encuentra frustrada por esa relación pasional. Además, en ella se presenta otro problema conflictivo: la lucha solitaria por la su sobrevivencia y la de su hijo, cuando no le resulta fácil entra en un estado de angustia por los sentimientos de soledad e incertidumbre por el futuro; entonces, tiende a convertir se en un ser predispuesto a quitarse la vida.

9no. nivel. Problema de embarazo. Son las mujeres adolescentes que caen en el problema de gravidéz no deseada, por esta razón se conflictuan por temor a sus padres, temor a afrontar su futuro y responsabilidad de criar un hijo, estas condiciones angustiantes la llevan a suicidarse y eliminar al hijo que lleva en su vientre.

10mo. nivel. Problema maltrato de los padres. El maltrato de los padres a los hijos tiene una relación directa con aquellas familias contrariadas que mantienen a sus hijos en un estado de hostilidad y con administración de castigos. Es muy evidente, tanto en las agresiones físicas como verbales, o la prohibición de ingesta de alimentos, que los castigos provocan en los hijos sentimientos de ser rechazados, culpables de lo que pueda ocurrir. Asumen estas actitudes como reflejo de la conducta agresiva y autoritaria de los padres. En esas circunstancias, los hijos pueden decidirse por la auto-eliminación, por considerar que la vida que llevan es demasiada tortuosa.

11ro. nivel. Problema maltrato conyugal. En esta situación los conflictos son de tipo contrariados, más allá de la aplicación de castigos simples o de tipo moral, existe un evidente maltrato físico y verbales llegando a extremos corno fracturas, quemaduras, etc. Las agresiones conllevan en la víctima un estrés psicosocial con escape en el suicidio.

12do. nivel. Problema económico. Si bien tiene una relación directa con el sexto nivel, se trata de sujetos que tienen empleo pero que sus ingresos son muy bajos para vivir dignamente y sus necesidades vienen hacer demasiado grandes. Al encontrarse sofocados y angustiados, agobiados y frustrados, no dejan de pensar en cometer suicidio.

13ro. nivel. Problemas de empleo. A consecuencia de la imposibilidad de encontrar empleo para sobrevivir, genera en los sujetos una baja auto-estima, con baja auto-valoración de si mismo, que puede llevarlos a una situación conflictiva, debido a que además asume el rol social de padre o madre y por lo tanto responsable directo de la mantención de la familia. Al no poder cumplir con estas las exigencias y necesidades, entran a un estado de depresión que los lleva a ejecutar un intento de suicidio o suicidio, aunque esta actitud viene a ser una solución egoísta porque deja a su suerte a los demás miembros de la familia, indefensos en el caso de los niños.

14to. nivel. Homosexualidad. Los sujetos se encuentran conflictuados no sólo por el sentimiento personal, sino por los conflictos creados por la sociedad, ya que éstos se sienten rechazados o marginados, lo cual les produce cierta ira e irritabilidad por no ser aceptados tanto en sus relaciones personales como interpersonales. Este tipo de sujetos se convierten en suicidas potenciales que en cualqiuier momento pueden protagonizar su muerte voluntaria.

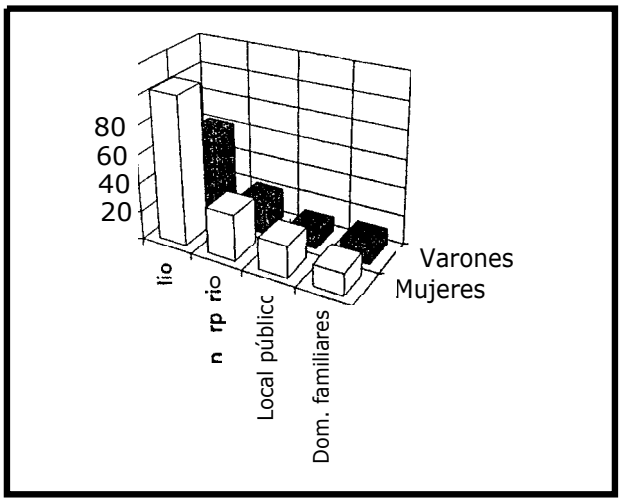
15o. nivel. El aborto. Cuando una mujer decide practicar el aborto, no por enfermedad o alteración orgánica, sino porque existe ciertos atenuantes como temor a sus padres, embarazo no deseado, por obligación o por violación sexual, le causa ciertos problemas que la llevan a un estado de ansiedad este sentimiento es más elevado en las mujeres jóvenes. Existe la certeza de que el conflicto, en lo posterior, puede conducirlas a cometer el suicidio.

16o. nivel. Problema enfermedad. La población que desea autoeliminarse por la enfermedad que posee, aunque en menor escala, no responde a un diagnóstico de mal crónico o terminal, aunque según la literatura el suicidio se presenta en este tipo de casos, pero sin embargo las investigaciones al respecto demuestran que los sujetos que intentaron quitarse la vida, en un estado disfórico, fueron llevados por un dolor intenso en la región del cráneo-encefálico, a nivel de la zona occipital. En síntesis, uno puede llegar a autoeliminarse en situaciones de dolores insoportables e intensos, más que por enfermedades crónicas o terminales.

24. Lugar del acto:

Es muy importante determinar el lugár del acto (intento de suicidio) porque este ayuda a determinar el grado de compromiso que un individuo pueda

tener con relación a su estado afectivo y su estado de ánimo, por los cuales clasificaremos en los siguientes niveles:



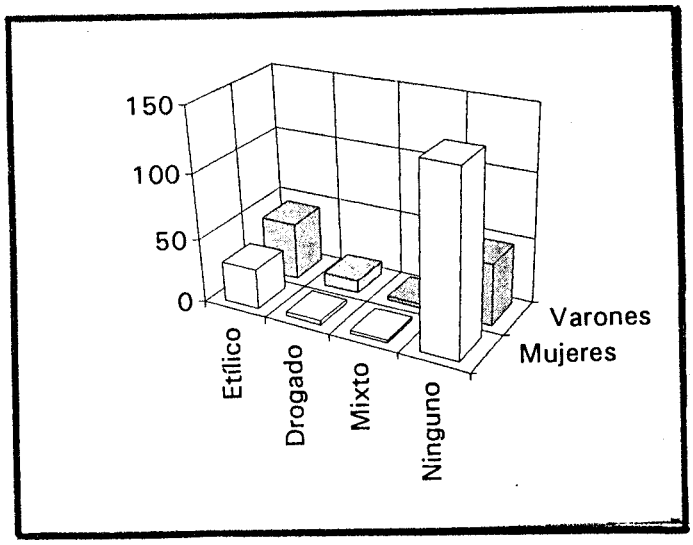
lo. nivel se encuentra en ambos sexos, aquellos que llevaron acabo el acto presuicidal en sus respectivos domicilios, con el fin de conseguir una muerte verdadera, aunque estos están tan cerca de sus familiares, al mismo tiempo pueden estar tan distantes, ya que nadie podría preocuparse de ellos o ser considerados en un lugar seguro para cometer el acto sin que nadie interrumpa.

2o. nivel se encuentra en lugar de la intemperie calle o avenida, sin que esto signifique el llamar la atención ya que en muchos casos la realizan en un estado de deprimido o un estado disfórico, por la que ya no interesa el lugar para cometer el acto suicida.

3o. nivel están los locales públicos en la que estos sujetos esperan de que alguien les ayude a mantener la vida, ya que los individuos que realizan en estos lugares, cantinas, snacks o cafeterías, esperan que alguien les preste socorro, el cual nos muestra que no están convencidos de quitarse la vida.

4o. nivel al igual que el anterior, es que si están en lugar seguro como estar en casa de algún familiar o pariente y estar seguros de que si puedan interferir en sus problemas y también solucionar los mismos.

25.Intento de suicido con efectos alucinógenos:



lo. nivel con una gran mayoría de esta población intentó quitarse la vida en un estado sobrio, es decir, que no medie ninguna substancia química o estimulante para realizar el acto suicida. Esta población la lleva casi de manera consciente a sabiendas de que van a cometer un intento de suicidio o en algunos casos suicidio, ya que su estado de ánimo en la que se encuentra no da tiempo para que este pueda lamentarse o pensar que van a sobreponerse, más por el contrario, su actitud y su personalidad, de ese instante, hace que pongan en ejecución su pensamiento suicida.

2o. nivel están los individuos que si utilizaron un medio como es la ingesta de alcohol como medio que facilite en la toma de decisiones, dicho de otro modo: el consumo de alcohol antes del acto suicida da cierto coraje en la que la conciencia se encuentra alterada y que en este estado de embriaguez el individuo pueda realizar con facilidad el intento de suicidio.

3o. nivel esta en el uso de algunas drogas como la cocaína, la marihuana, alucinógenos, bloqueantes del estado de conciencia, en la que si les permita realizar el intento de suicidio, aunque la población es muy baja.

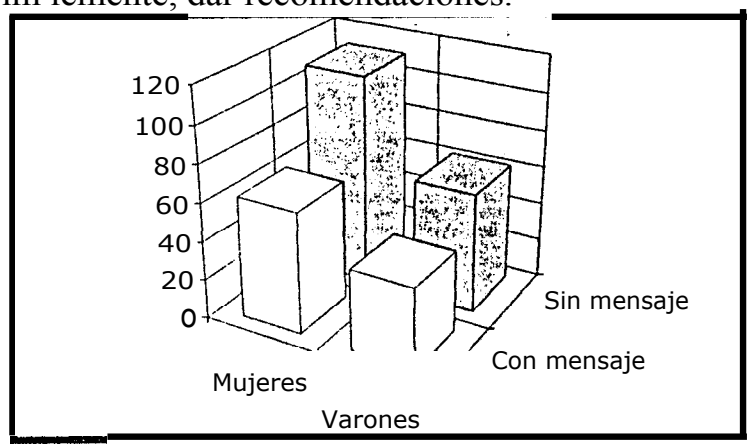
4o. nivel conformado con la ingesta de alcohol y drogas como medios facilitadores del acto de quitarse la vida, se da en sujetos que necesitan tomar valor o que son indecisos para quitarse la vida y que através de estos medios uno puede decidir eliminarse.

Cabe mencionar que estos individuos que utilizan medios que facilitan su decisión para autoeliminarse nos muestran que de manera consciente no pueden tomar una decisión tan extrema para autoeliminarse o quitarse la vida, que sin embargo, no es que la ingesta de alcohol o drogas necesariamente puede llevar a que uno cometa el intento de suicidio o suicidio, sino que estos individuos ya tienen ciertos correlatos psicológicos o secuelas que llevan consigo o definitivamente tengan un estado de ánimo deprimido.

26. Presencia de comunicaciones póstumas:

Los mensaje póstumos, en cierta manera, encierra el misterio del por qué uno intenta quitarse la vida, aunque esto pareciera ser una ironía. Para dejar una carta o un mensaje póstumo, muchas veces, se necesita valor para decir, sobre todo, una verdad que antes no se las pudo decir al causante del conflicto.

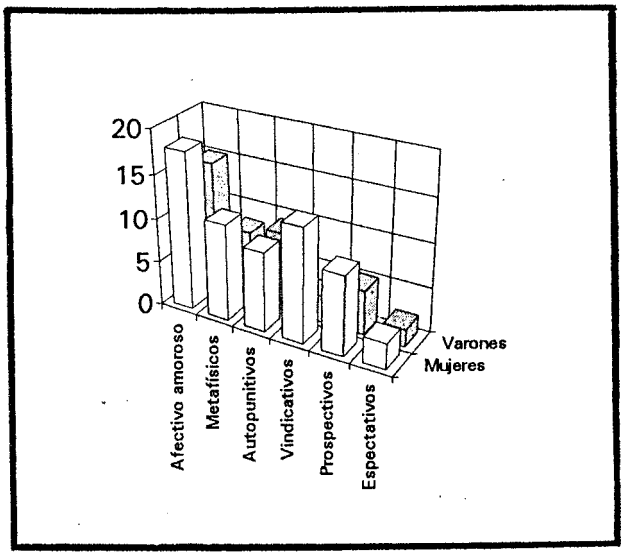
Los suicidas que dejan mensajes son sujetos que tuvieron instrucción por lo menos básica. No todos los que saben leer y escribir dejan, necesariamente, mensajes. Los individuos dejan mensajes motivados por la incertidumbre y la necesidad de dirigirse a sus seres queridos por última vez con el propósito de explicar los motivos de sus decisión fatal, declararse culpables, pedir perdón o, sim lemente, dar recomendaciones.



Individuos de ambos sexos preparan y tienen cartas póstumas, aunque en un porcentaje menor a los que no dejan ningún tipo de mensajes, éstos debido a que las condiciones depresivas en las que se encuentran no les permiten dejar explicaciones de su decisión, prefieren dejar en el misterio los motivos de dicha muerte.

A.Tipos de comunicaciones póstumas:

Existen comunicaciones póstumas en las que el suicida expresa las causas fundamentales que le indujeron a buscar un mundo fantasioso o la muerte. En estos mensajes están escritos sus fracasos y derrotas. Los mensajes continen una variedad que vale la pena clasificarlos para una mejor comprensión de la conducta del sujeto suicida.



ler. nivel. Contenidos vindicativos. Los sujetos, mediante este tipo de mensajes, expresan sentimiento de rechazo y culpa contra quienes creen que son responsables de su situación aflictiva. En los mensaje muestran odio y hacen que se sientan culpables los receptores. Analicemos ulgunas experiencias de mensajes vindicativos:

Carta póstuma de una mujer de 35 años de edad, con ocupación labores de casa, dirigida a su esposo decia : (son transcripciones textuales) "Yo sé que nunca te importado corno tú esposa, has logrado tu propósito, como me has destruido con las barbaridades que me has hecho, me mato aquí, ya no me harás más daño, ni tu ni nadie, toda tu vida he sido una puta, ya nunca más estaré a tu lado, y por favor siquiera gasta en mi funeral y diles a mis hijos que murió la vieja puta, borracha a la que querían pegar, nunca más me podrán un dedo; me voy tan destrozada, nunca te importé a ti, ni a nadie, !déjame morir!, morir, ahora disfruten todos de mi desaparición. Mi mamita y papito Néstor perdóname, adiós los amo a mis hijos".

Estudiante de 24 años, parte de su mensaje decía: "no soporto más tu hipócrita actitud, nunca te he importado... espero que te alegres por mi muerte ya no estaré más contigo espero que cuando me encuentres ya, ya

este muerto y te alegres por mi muerte y tu nunca me has querido, no soporto verte, ni soporto esta vida, ya no puedo más. Adiós".

2do nivel. Contenidos autopunitivos. Los individuos se encuentran disconformes consigo mismo. Muestran una agresividad y -hostilidad de desprecio con baja auto valoración. Tienen muy identificado el sentimiento de culpa, creen que el núcleo de sus problemas son ellos y se consideran culpables de cualquier problema que ocurre en su medio ambiente.

Mujer de 39 años de edad: "...no hice cosa alguna para seguir viviendo, fracasé como madre, ya no puedo darles nada, por la que ustedes se puedan sentir orgullos, yo se que sin mi saldrán adelante, espero que me entiendan y me perdonen, les amo a todos ustedes ..."

Hombre casado de 44 años de edad: "...soy un desgraciado ya no tengo remedio la vida me trata desgraciadamente tan mal, el destino no tuvo piedad de mi, siempre tuve una mala suerte, para todo, nací un hombre sin suerte, por tantas desgracias que me paso en toda mi vida, por dios perdón ... María cuida a nuestros hijos, solo soy un padre con problemas ustedes merecen tener un padre un esposo que les de todo..."

2do nivel. Contenidos metafísicos. Muchos de estos casos buscan liberar su culposidad de los problemas en hechos que van más allá de nuestras percepciones y dejan huellas en expresiones poéticas. Se expresa así:

Jóven de 16 años de edad: "...que amarga es mi vida, soy un ser que se marchita en el olvido... me voy de esta tormentosa vida sin gloria alguna..."

Otro muchacho que se dirigió a su madre: "... soy un extraño en este mundo, nunca pude comprender esta vida, que para algunos la vida es miel de rosas y para mi, solo una desgracia ..."

Un joven de 22 años escribió a su enamorada: "...mis días son tormentosos, quien pudiera comprender las pasiones de éste amor que martiriza este corazón ..."

4to, nivel. Contenido afectivo-amorosos: Estos contenidos expresan los conflictos pasionales por la pérdida del objeto del que son dependientes. La pérdida de una pasión son la causa principal de la tragedia del sujeto, quien soporta este dolor, incluso se lo llevan hasta el más allá.

Una estudiante de 18 años de edad sufrió la ruptura con su enamorado: “ ...la vida me engaña, mis días son ilusiones que se desvanecen al no estar a tu lado ...espero hoy más que nunca entiendas cuanto te quiero, me voy de este mundo, solo con mi muerte iré al encuentro de nuestro amor ...”

Por una negativa de ser admitido por su suegro, un hombre de 20 años de edad escribió: "no encuentro otra solución, tú y mi hijo valen mucho para mi, y no puedo olvidarlos, por esto tengo que recurrir a lo que nunca había pensado hacer. Yo no quise tener problemas con tu padres, perderles a ustedes es como perder a mi propia vida, tómo esta decisión porque tú y mi hijo valen tanto para mi, mi vida y hoy se van de mi lado, sin ustedes prefiero morirme ..."

5to. nivel. Contenidos prospectivos. Los sujetos revelan sus preocupaciones o aflicciones que los tenían ocultos. Consideran momento oportuno decirlos en forma de recomendaciones antes de cometer el suicidio y ponen al suicidio como solución al problema.

una mujer que escribió a su esposo: "siempre quise decirte Juan, un día me violaron varias veces y tu ni creiste talves a ti ya no te interese, pero eso ya no importa ... hace mucho tiempo atrás pense en quitarme la vida, no la pude hacer por nuestros hijos, pero ellos son hombrecitos que entenderán de mi muerte por favor Juan cuida bien a nuestros hijos revisa sus cuadernos y que no falten a la escuela ..."

Una muchacha joven escribió a sus padres: " ... Papito no se lo que me pasa, ya no quiero vivir, no quiero más vivir a decir verdad intente varias veces y no me odien por esto ... yo no entiendo porque ustedes se llevan tan mal y yo no sé por qué (a) mis hermanos no les interesa. Por favor papito traten de llevarse bien no peleen entre ustedes y que me perdone mi hermana y que sea feliz en su matrimonio . Les quiero mucho. Diosito me perdone.

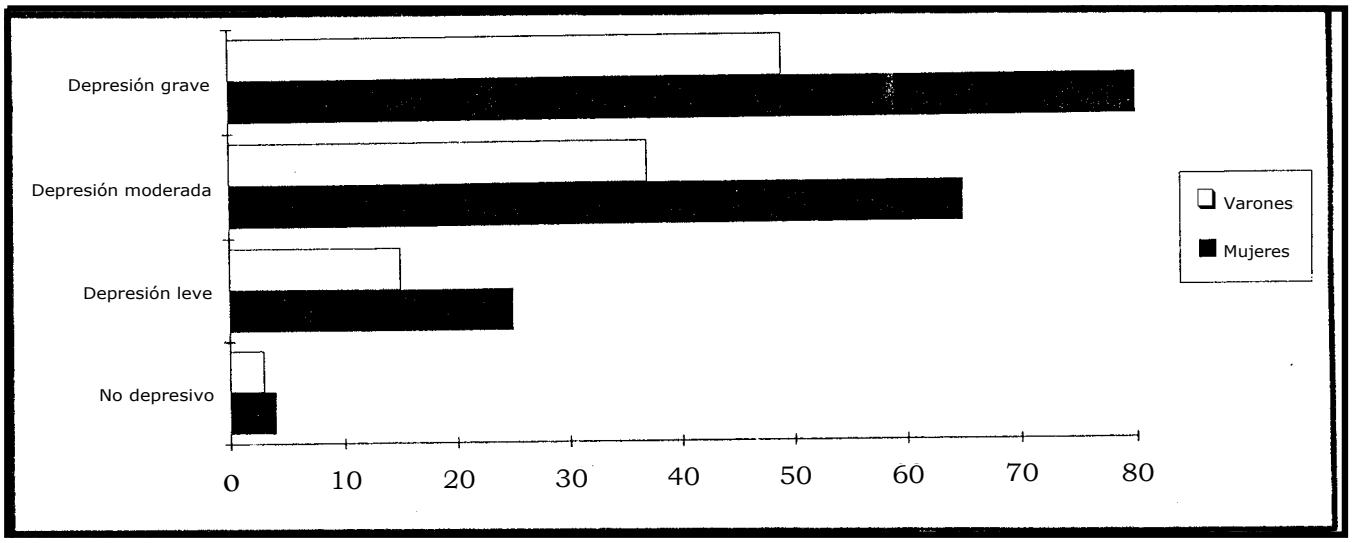
7mo. nivel. Contenidos expectativos. Son sujetos que presentan cierta inseguridad en cuanto al acto que están realizando, se refleja en una ambivalencia de vivir o quitarse la vida.

Una mujer de 36 años de edad decía: " ...bastante has controlado mi vida, me has hecho tanto daño con tus traiciones, nunca has confiado en mi, en la que tu dices que soy tu esposa, espero que tus queridas se alegren de mi muerte, y no te atrevas a decidir sobre mi vida, déjame morir tranquila y si algo sale mal ayúdame a morir ..."

Otra mujer comunicó a sus padres: "...que quieren que fui una hija puta, ramera, que tuvo hijos para distintos hombre, sí, es porque me controlan como si fuese un objeto que no siente, críen ahora a mis hijos, ya nunca más sentirán vergüenza, porque me voy para siempre y espero conseguir mi muerte y no hagan nada para salvarme, así se libraran de esta hija de puta a la que nunca la quisieron."

27.Interpretación de los resultados del inventario para la depresión de Beck:

Estos resultados guardan relación con el estado afectivo que presenta un individuo en circunstancias en que se encuentra conflictuado, debido a una situación estresante producido por el medio en el cual se desarrolla. Es esta escala se contemplan cuatro categorías fundamentales, las más principales son los estados depresivos grave, moderada, leve y síndrome depresivo, aunque ésta última no tiene categorización.



Sin embargo, se puede indicar que cualquier estado depresivo, siempre es un estado que encierra cierto grado de amenaza para sí mismo, que puede iniciarse desde el simple insomnio y presentar ideaciones de muerte sin riesgo aparente, hasta llegar a ideaciones de suicidio con grave riesgo de muerte. Estos estados depresivos, muchas veces, son producto de diversas frustraciones registradas en el transcurso de sus vidas o de situaciones súbitas que conflictuan el estado de ánimo en el individuo.

Los resultados de este inventario encierra cierta subjetividad porque se trabajó con sujetos con intento de suicidio, o que transgredieron a la muerte, en muchos casos después de estar sometidos a controles y tratamientos. Esto

implica cierto tipo de malestar profundo, asociado a cierto tipo de dolor penetrante en la que muchas veces pareciera que estos individuos salieran de un estado depresivo. Sin embargo, no quita la validéz de los resultados ya que el inventario fue aplicado con el criterio de confirmar el compromiso de la afectividad que uno presenta.

Sin bien podemos describir que aquellos sujetos que cursaban con algún estado depresivo, desde los graves pasando por los moderados hasta llegar a los leves, encontraremos que los individuos llegan a identificarse con ciertos caracteres. Los graves, por ejemplo, se identifican con estas frases: "ya no puedo soportar ésta pena", "ésto no tiene remedio", "he fracasado totalmente como persona", "estoy harto de todo", "me siento despreciable", "me siento de todo lo malo que ocurre", "me mataría si pudiera nuevamente", "no quiero vivir más", "siento que estaría mejor muerto", estas frases sin duda reflejan el estado en el que se encuentran los individuos, agobiados por la vida, carentes de toda afectividad, con un estado de valoración y auto imagen bajas, sin sentido a la vida, acosados por la vida, donde el sufrimiento puede más. Estas condiciones le predisponen a la búsqueda de una muerte como una forma de huír al dolor.

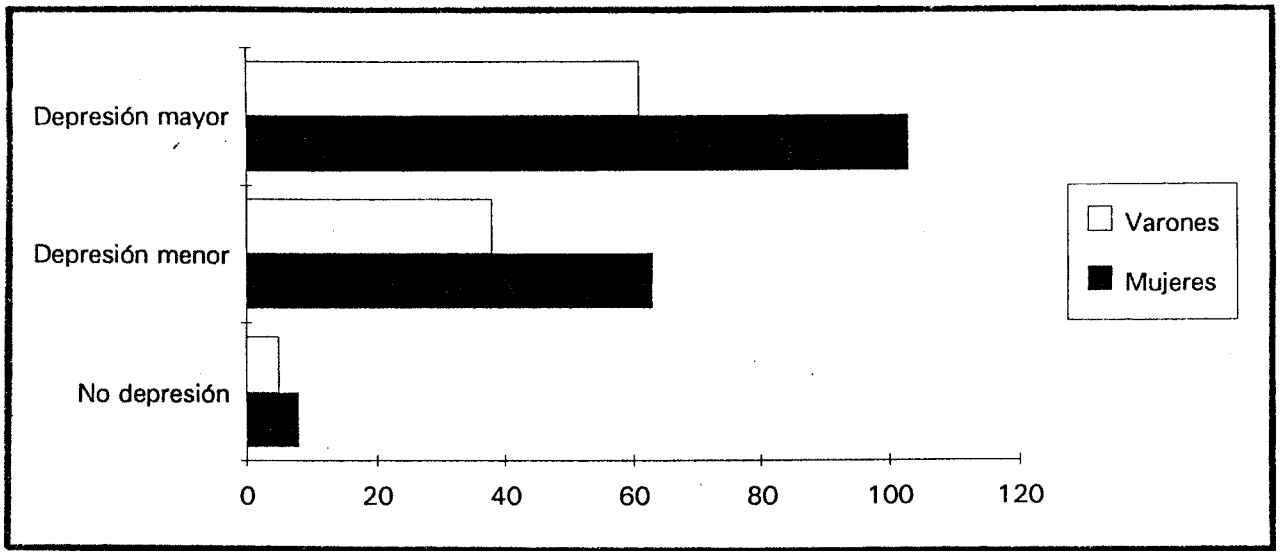
En la depresión moderada uno encuentra similitud pero no igualdad con elk caso anterior, aunque siempre presenta ciertos rasgos. Aquí las frases más utilizadas por los suicidas: "La tristeza me produce verdaderos sufrimientos", "creo que nunca me recuperaré de mis penas", "ya no me divierte lo que antes me divertía", "me siento bastante culpable", "estoy asqueado de mi", "siento que tengo muchos defectos", "no sé si volvería a suicidarme", "siento que tengo graves defectos", "siento que he hecho muy pocas cosas que valgan la pena", "no espero nada bueno de la vida".

Los sujetos de esta categoría sufren y se encierran en sus penas, empecinados por una vida que sienten defraudada y fracasada. Las experiencias negativas reverberan y son recurrentes en los sujetos que se sienten atrapados. La muerte les resulta una solución rápida de poner fin a sus problemas.

La depresión leve no deja de ser peligrosa para la seguridad y preservación de la vida, siempre implica riesgo. Las frases utilizadas por los suicidas demuestran que el sujeto se siente triste y deprimido, desanimado cuando piensa en el futuro, se siente fracasado más que cualquier otra persona, está siempre aburrido, se siente despreciable, presienten que algo malo le va a suceder, se siente acusado así mismo, tiene pensamientos de hacerse daño, está asociado, por ejemplo, a una riña o irritabilidad, estos sentimientos pueden llevarlo hacia una muerte voluntaria.

Los sujetos no depresivos son personas que pueden entrar en cualquier momento a algún estado depresivo, muchas veces influenciados por un estado disfórico o la búsqueda de un beneficio, que puede ser considerado como chantaje psicológico lo que implica un cierto grado de depresión.

28. **Los resultados e interpretación de la escala de depresión de Hamiltoncon escala de melancolía:**



Los resultados encontrados presentan algunos de los síntomas explorados y configurados en ciertas áreas que son típicas de la depresión y parte de la melancolía, ésta escala presenta tres categorías: Depresión mayor, depresión menor y, la que no se consigna pero que también tiene una gran importancia, el estado no depresivo. Por tanto, describiré sólo los dos primeros estados por ser esenciales en este estudio.

La depresión mayor presenta ciertas alteraciones en las distintas áreas, como el humor depresivo en la que se siente abrumado y abatido por la vida, en el sentimiento de culpa encontrarnos reproches de todo, se siente culpable de todo lo que ocurre en su medio; en sus impulsos suicidas intenta e intentará nuevamente realizarlo; la presencia de insomnio presenta un insomnio tardío o medio; en la actividad laboral presenta deterioro que les es muy difícil llevar a cabo una actividad o concentrarse, (nótese que cuando se habla de actividad laboral también se sobreentiende la actividad escolar en el amplio sentido de la palabra).

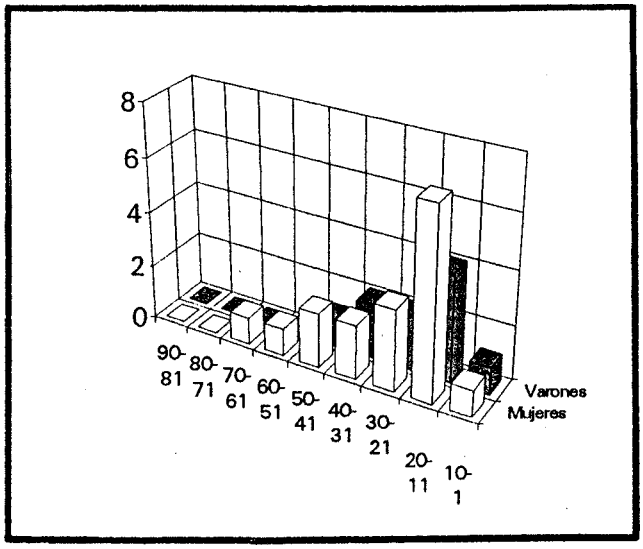
En cuanto al enlentecimiento general se encuentra al individuo con lentitud de movimientos en la actividad motora; presenta cierta agitación o cansancio con movimientos e inquietud de las manos o cambio de posición; en la

ansiedad psíquica presenta excesiva preocupación e irritabilidad con cierto grado de ansiedad; la ansiedad somática interfiere gradualmente en la actividad laboral o cotidiana del sujeto; en cuanto a los síntomas somáticos gastrointestinales considera que la alimentación es desabrida y que le causa daño; pueden presentar el desinterés por el sexo opuesto e incluso por la pérdida del impulso sexual; en algunos casos llegan a presentar disfunciones hipocondriacas, se encuentra también el enlentecimiento verbal o dificutad para la expresividad facial, en la que muy pocas veces se encontró el enlentecimiento emocional y que el sujeto se retrae de sus relaciones interpersonales y prefiere aislarse de toda situación vivencial

En la depresión menor, sin duda, coexisten los síntomas ya descritos anteriormente, pero con menor grado de alteración en las distintas áreas, humor, auto desprecio, impulsos suicidas, insomnio, desinterés en trabajo, enlentecimiento, en la actividad, motora, verbal, presencia de agitación con menor intensidad, cierto grado de ansiedad somática, síntomas somáticos tanto gastrointestinales generales, e hipocondriacos.

En la melancolía presenta claros trastornos como el insomnio general que es mas frecuente, con claro deterioro de la actividad laboral por el enlentecimiento tanto motor, verbal e intelectual, éstas dificultan toda concentración e incluso llegan a conflictuar las relaciones personales e interpersonales por el enlentecimiento emocional; se encuentran distantes de toda actividad y prefieren aislarse, muchas veces se encuentran asociados a ciertos dolores o malestares muy marcados.

29. Interpretación 'de la escala de GAF:



La evaluación global de la presente escala configura toda la actividad tanto laboral, social y psicológica lasa cuales las realizaremos de acuerdo a la importancia y según a la mayor frecuencia de sujetos característicos en los diferentes códigos que se expresan, las cuales dan el grado de compromiso que presenta un sujeto con relación al nivel de riesgo que presenta:

ler.nivel están los códigos 20 - 11, que significa "peligro relativo de auto y heterolesión" en las que se encuentran las experiencias como los intentos de suicidio, relaciones violentas en su medio ambiente con deterioro de la comunicación y descuido inminente de al higiene personal por el grado de compromiso que esta presenta con la depresión.
2do. nivel, esta los que se encuentran en el código 30 - 21 "con conducta delirante... con deterioro importante de la comunicación... en las que presenta ideación delirante", esta situación los convierte en sujetos conflictuados en el trastorno del estado de ánimo, en perjuicio de uno mismo tanto social como laboral.

3ro. nivel, se encuentran los individuos sujetos al código 40 - 31 "presenta deterioro importante en diferentes áreas social, escuela relaciones familiares" con deterioro en el estado depresivo por las que presento diversos fracasos tanto sociales corno personales, por las cuales también se los considera individuos con riesgo aparente para el suicidio.

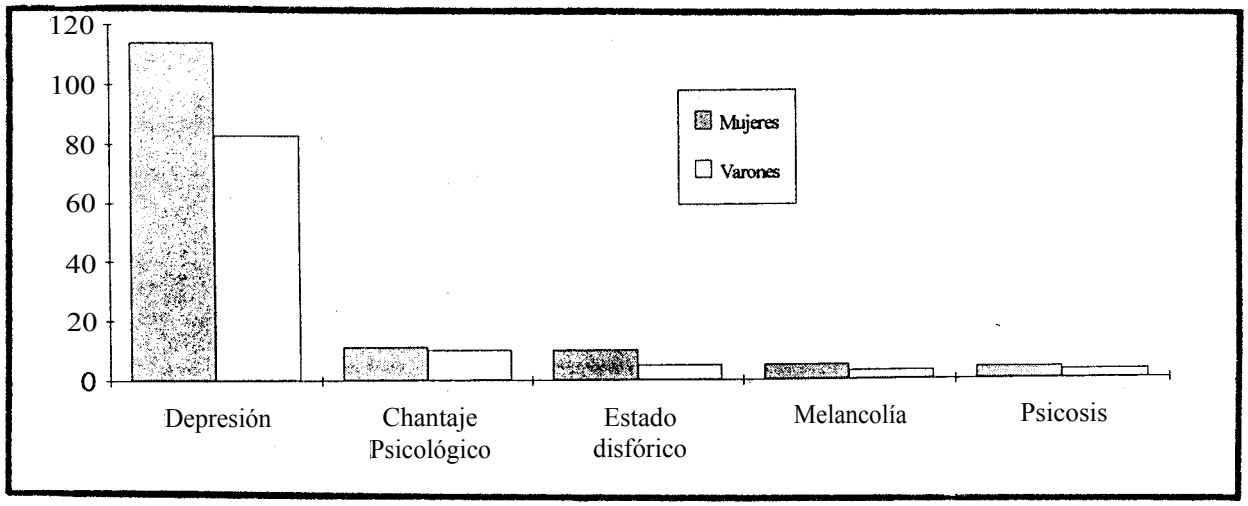
4to. nivel, se encuentran los sujetos que están en los códigos 50 - 41, que implica síntomas graves e incluso presentan ideaciones de suicidio, como también dificultad y deterioro de las distintas áreas psicosociales.

6to. nivel, se encuentran sujetos de ambos sexos catalogado en los códigos 10 - 1, se significa peligro persistente con lesiones de autoagresión, donde los intentos de suicidio son persistentes con riesgo de muerte, aunque con una escala de la población de menor grado.

7mo. nivel, se encuentran con menor población solo las mujeres en los códigos de 60 - 51 y 50 -41, con el misma población la primera implica síntomas moderados en las que se encontró que estos sujetos presentan conflictos en sus relaciones interpersonales con poco deterioro de las actividades sociales y laborales o mantener conflictos en su socialización personal. El segundo caracterizado por síntomas leves, con estados depresivos muy leves.

30. **Causas par la alteración y dificultades en el estado de ánimo:**

Si bien todos los individuos con intento de suicidio cursan de alguna manera con alteración o dificultad en su estado de ánimo por la labilidad del mismo, y que estas varían de acuerdo a la experiencia vivencial, situacional y que por éstas presentan alguna alteración en la estructura psíquica, por ello, explicare la diversidad de los trastornos por la que uno llega para cometer el acto o el intento de suicidio:



1 er. nivel. estado depresivo, por esta cursan la mayor población de los sujetos considerados depresivos, la cual, se dan en ambos sexos, considerado este estado como un factor de alto riesgo en la que involucra el desconcierto, y el desazón en la que la mayor parte de la población con intento de suicidio cursa con éste problema de la depresión caracterizado por una tristeza muy profunda donde la situación vivencial del pasado la viven corno el presente y el presente no existe para ellos y se ven atrapados y encapsulados por los problemas que les parece una utopía salir de ellos, por los cuales presentan lentificación para encontrar soluciones ya que estos se encuentran por un proceso de angostamiento de la realidad, donde su camino es de tipo tubular en la que no encuentran salida y la única es la muerte, que muchas veces influye ya en los otros cuadros por las que uno intenta quitarse la vida, por ello es un cuadro muy principal para el intento de suicidio.

2do. Chantaje psicológico, si bien todo intento de suicidio siempre es la búsqueda de solución a cambio de una situación a otra, en este cuadro también existe cierto grado de depresión, pero tiene una gran acentuación

para que los individuos que realizan y practicaron el intento de suicidio buscan beneficios, que si pueden satisfacer ciertos hechos u objetos que de una u otra manera se sienten satisfechos estos individuos, y es considerada como la segunda causa para autoeliminarse.

3ro. Estado disfórico, Caracterizado fudamentalmente por una excesiva irritabilidad donde la situación estresante es intolerable que muchas veces desencadena en cólera o ira, que también estos están ligadas a ciertos estados depresivos, aunque con gran acentuación en el estado disfórico que muchas veces después de un conflicto puede llevar a autoeliminarse como la tercera causa.

4to. La melancolía, es un estado también parte de la depresión, aunque la melancolía es mucho mas profunda que la depresión o es una depresión profunda y que por esta son muy pocos los individuos con este cuadro en la que presentan un mayor aislamiento y un apego a sus problemas en las que les es muy difícil salir y su única alternativa de salir es la búsqueda de la muerte.

5to. L a psicosis o depresión psicótica, presenta alteraciones de las funciones psíquicas superiores como la percepción y el pensamiento por el cual, es un estado profundo en la que estos individuos cursan con ciertas alucinaciones e ilusiones y que por estas circunstancias son amenazantes para la conservación de su vida y que sin embargo son muy pocos los sujetos con este cuadro.

XIII. VERIFICACION DE LOS RESULTADOS CON RELACION A HIPOTESIS :

La verificación y explicación de la hipótesis planteada en el presente estudio presenta cuatro niveles de análisis, en el proceso de un sujeto con intento de suicidio, y cada uno de estos niveles implica un subnivel, es decir, que cada nivel presenta una cierta estructuración que puede configurarse como factor precipitante y predisponente para la modificación del estado de ánimo.

El primer nivel, se evidencia de acuerdo a los resultados obtenidos que los conflictos a nivel personal del sentimiento vivencial presentan en los sujetos fracasos y frustraciones por experiencias presentadas y que estas alteran al estado afectivo, por la cual, ya es considerado como factores de riesgo y que potencialmente pueden ya presentar ya una agresión interna.

El segundo nivel, llamadas conflictos con el medio circundante, los individuos tiene ya una gran dependencia hacia su medio circundante, por la que viven a la expectativa de lo que pueda ocurrir en su medio ambiente en el cual se desarrolla; por esta situación, el sujeto entra en conflicto por las dificultades que atraviesa sea esta por experiencias remotas ya sea en la niñez o posteriormente, criados estos en medios aversivos adversos a su desarrollo o maduración emocional por las que provienen de familias desintegradas, padres alcohólicos, fuga de sus hogares, ingesta de alucinógenos, conflictos pasionales, parejas contrariadas, y que por estas estos individuos son sometidos a presiones psicosociales llamados estrés.

El tercer nivel, llamado nivel mixto (1ro. y 2do. nivel) cuando estas mantienen una correspondencia, sin duda, presentan estos alteraciones en el estado afectivo considerados ya de alto riesgo , por tanto es acá don
de el sentimiento vivencial y /o los conflictos con su medio circundante modifican el estado de la afectividad de manera muy significativa, y el individuo ya entra en una crisis, ya afloran los pensamientos del pasado y que cuando a esta se asocian ciertas confrontaciones vivenciales como el estrés, riña con cólera, rechazo, son factores que precipitan ya al intento de suicidio o suicidio .

El cuarto y último nivel, ligada esta a la excesiva exacerbación del estado de humor, en la que el individuo entra o cae en un estado muy alterado, en la que ya esta comprometido con un cuadro depresivo, melancólico, estado disfórico o presentar alteraciones mucho más profundo. Asimismo, por el constante estrés en la que uno es sometido, uno puede encontrar el chantaje psicológico, es donde ya mediatizan las ideas de muerte recurrentes, ideas suicidas y poner en ejecución la muerte.

Por tanto, los estados afectivos que experimentan los sujetos, son una decisión para llevar a cabo el intento de suicido, considerando las acusas y las presiones por las que atraviesan, mas aun, si estos pertenecen a una clase baja de pocos ingresos económicos.

XIV.GENERALIZACION DE LA POBLACION:

Los sujetos suicidas o potencialmente suicidas, generalmente son individuos que presentan de algún modo en alguna etapa de su desarrollo, sea este por alguna agresión de su medio ambiente, son individuos agresivos que cursan por una agresión interna, los cuales, tiene una relación muy recíproca por lo que vendría a significar la agresión contextualizada.

Para que un individuo intente quitarse la vida es que ya tiene antecedentes como:

Causas psicológicas, y que estas se presentan en la historia familiar en los que predominan la ingesta de bebidas alcohólicas o el alcoholismo, suicidio de algún familiar, presentan expectativas irreales a situaciones reales , como también estos son individuos dependientes afectivamente.

La segunda causa, son los factores de riesgo, en la que la mayoría de estas personas sufren de algún trastorno de la afectividad y que sus correlatos de estos, provocan en los individuos ya a estados o periodos de depresión, asociados estos a estados de ansiedad, angustia o que estos presenten estados disfóricos, en síntesis los factores de riesgo son la depresión, el estado disfórico y la ingesta de alcohol tres factores de riesgo que predisponen para el suicidio.

La tercera causa, también de riesgo son consideradas, la edad, que en ambos sexos, se considera una edad riesgo, en las mujeres comprende entre los 16 a los 21 años de edad; en los varones, esta entre los 16 a 24 años de edad. En cuanto al sexo, son las mujeres las que intentan quitarse la vida mas que los varones; en cuanto a la ocupación, existe mayor intento de suicidio en individuos que tiene diversas ocupaciones frente a los profesionales. El tipo de población se acentúa considerablemente el intento de suicidio en sujetos que proviene de clase baja y que por los problemas que atraviesan son de tipo socio - económicas. En cuanto al estado marital, en ambos sexos las personas solteras corren un mayor riesgo para quitarse la vida seguidos por las personas que tienen un estado de convivencia conyugal como lo es el concubinato.

La cuarta causa principal, son los llamados factores agudos, ya que estos exacerban el estado de ánimo que predispone al suicidio o intento de suicidio por atravesar experiencias muy dolorosas. las cuales pueden ya suponer un estado de riesgo, por las siguientes causas:

a. Ingesta de bebidas alcohólicas.
b. Comprometido con violación sexual.
c. Disolución de una relación afectivo - amorosa.
d. Problemas de paternidad y aborto.
e. Problemas económicos.
f. Maltrato conyugal e infidelidad.
g. Familia aversiva y contrariada.
h. Problemas en el estudio.
i. Estado depresivo.
j. Estado difórico.

Estas causas principales o factores de riesgo, son factores predisponentes y precipitantes para que un sujeto, sea este varón o mujer, tenga limitaciones en la solución de sus problemas, por cuanto estas, se encuentran en un estado con menor posibilidades de afrontar por la llamada "visión en túnel ", que dificulta tener una visión amplia, ya que estos sujetos pasan por un angostamiento situacional.

Sin embargo, es necesario generalizar ciertos factores que componen en la estructuración de un individuo con intento de suicidio o potencialmente suicida, por tanto, lo prescindible es dar una explicación de toda una estructura que para ello desarrollare muy escuetamente lo social, lo cultural, lo económico y lo legar ya que estas de una u otra manera interbienen en el proceso en la que se desarrollan los individuos:

En lo social, como estructura en la que cada individuo se desarrolla es condicionado para que este actúe con su espacio o medio ambiente, de esta relación reciproca uno encuentra un producto, que es el ser humano con todas sus características individuales, tanto en su conducta como en su estructura de personalidad, por tanto se entendiera que un individuo potencialmente suicida, es producto de causas y factores precipitantes para que este realice un acto de auto eliminación, cuando ésta se encuentra con dificultades de la afectividad o el desequilibrio en la adaptación a ciertas situaciones, como la disolución de un lazo familiar, o cualquier relación social, por lo cual el lazo afectivo que une cualquier relación significativa para el individuo es cuando se produce la ruptura del lazo afectivo, por consiguiente esa ruptura se da en situaciones como la disolución matrimonial, romance, estructura familiar o la separación del grupo de pertenencia sea este primaria (familia) o secundaria (círculos sociales), o también es bueno citar aquellos relacionados a conflictos en la que se mella el honor de una mujer por una violación sexual entonces se presenta la búsqueda de la muerte por la negación de su pasado, estas llamemos así tragedias por una muerte provocada dejan sin sabores al contexto de la sociedad, en la que en nuestro medio dejamos de lado la seguridad de ellos o aquellos acosados por el silencio de una sociedad que no respeta al ser humano porque la deja de lado.

En lo cultural, diríamos que desde que uno viene a este mundo en cualquier rincón de este mundo ya tiene un grupo de pertenencia donde una persona tiene que cumplir ciertos valores, morales, éticos, religiosos que sin duda representan una identidad que expresa formas de vida, muchas veces viene ya impuestas por la sociedad a través de ciertas instituciones como la familia, la escuela, etc. por tanto sus formas de vida y de conducta responden a esas normas directa o inconscientemente.

El novelista Joyce Carol Oates en una reflexión sobre el tema del suicidio decía en 1987:

"El suicida no participa en el juego, no acata las reglas. Abandona muy pronto la fiesta, y deja a los otros invitados dolorosamente incómodos"

pues, cuando uno se refiere a estos individuos con intento de suicidio uno toma en cuenta la cultura cognitiva que presentan dichos individuos, notece con cuidado y claramente que cuando uno hace propio de ciertas formas de vida y de ciertos conceptos uno asimila de acuerdo a la situación y por la necesidad por la que uno atraviesa, y en el caso específico de un sujeto potencialmente suicida es que existe una gran capacidad de retener cierta información y ponerla en practica, ya que existe similitud (no igualdad) en ciertas características.

¿Cómo presentar cierta sintomatología?. En el caso nuestro es necesario interrogarnos ¿por qué intentan suicidarse mas mujeres que varones y de bajos recursos económicos? por una razón sencilla, es que vivimos en una teorización vivencia! machista, donde las mujeres tiene menos oportunidades que los varones, donde prevalece más sometimiento de la mujer por su condición en diversas áreas, por consiguiente presenta mas frustraciones y que éstas se traducen en una agresión para ellas y ésta agresión es causante para autoagredirse, los medios son sedimentados o objetivizados por un contexto social, y que desgraciadamente a esto contribuyen los medios de comunicación, antecedentes familiares con suicido y los medios mas frecuentes son la ingesta de órgano fosforados y la intoxicación medicametosa, propio de nuestro País en especial lo primero.

La estructura principal, lo económico factor suigeneris o principio de la sociedad, es el que condiciona el desarrollo no solo del estado sino del conjunto de la sociedad, por tanto se entiende, que dentro de ;la estructura social lo económico es el que prima el que genera desarrollo, cambios y transformaciones, digo esto porque la población estudiada pertenece a una clase baja, de pocos recursos económicos, por tanto sus niveles de vida son más conflictuados y de alguna manera también modifica su estado de ánimo o en ocasiones por estos conflictos muchas veces están sometidos a estresores psicosociales, muchas veces por la incapacidad de resolver ciertos problemas, que indudablemente condiciona y modifica su forma de vida tanto en su familia, crianza de sus hijos, relaciones personales e interpersonales, que indirectamente se ven afectados por la salud, educación, alimentación y que estos factores mencionados son factores precipitantes para ser considerados población riesgo, por ello, son gentes que debieran tener mas oportunidades y a que de lo contrario es encontrarse con los limites de la psicología.

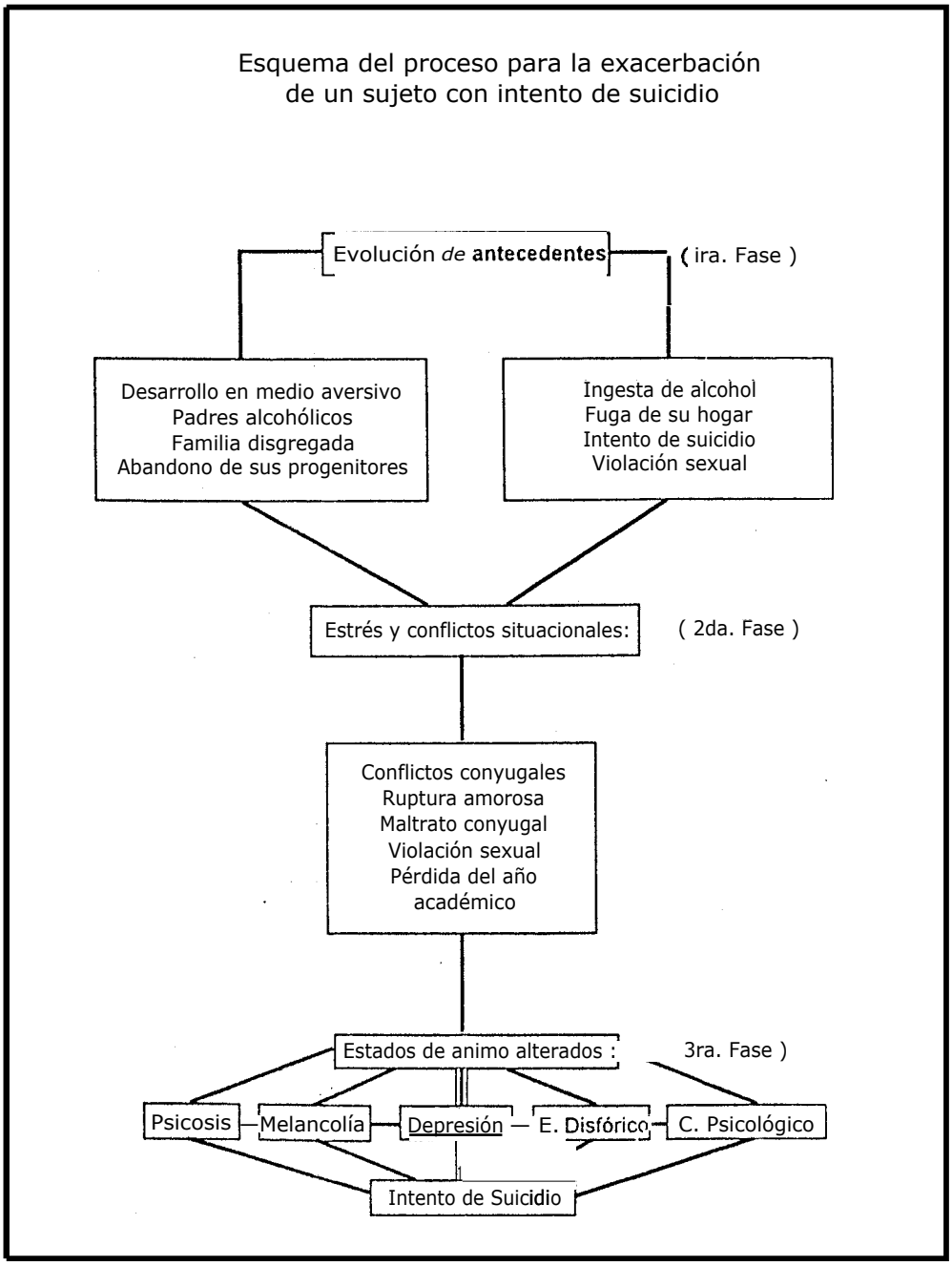
En cuanto a lo legal, si bien las leyes en nuestro País son normas que regulan el normal desenvolvimiento de todos los ciudadanos y habitantes de nuestra sociedad, estamos de acuerdo que deben ser cumplidos de acuerdo a los hechos delictuosos o de acuerdo a ciertas realidades como en el caso del trastorno del estado de ánimo,

cuando uno revisa el código penal en los art. 256 y el 275 expresan muy claramente un castigo o una sanción para quien cometiese la auto punición o intentase quitarse la vida con la pena de 2 a 6 años de cárcel o reclusión, "uno diría las leyes se acatan pero no se cumplen" ya que el intento de suicidio no se la resuelve con reclusión o no se la llego a conocer en su verdadera dimensión, pues a quien se la condena un hecho delictuoso o a un sujeto que cursa con depresión con trastorno en su estado de ánimo? la respuesta es evidente, es que los sujetos con intento de suicidio necesitan un tratamiento y una rehabilitación psicológica y no un castigo, por ello, la necesidad de una reforma de ese código penal.

XV. CONCLUSIONES:

Existen ciertas causas o factores para que un individuo intente suicidarse, sin que ello signifique que todas las personas con conflictos o frustraciones en sus satisfacciones tengan que necesariamente autoeliminarse, tampoco se puede decir que todas las personas que en alguna etapa de sus vidas presentaban algunos estados depresivos sean potenciales suicidas. Existen hechos significativos como conflictos a consecuencia de la pérdida de un objeto amado o estar sometido a estresores psicosociales. Los comportamiento descritos se presentan en tres tipos de fases que bien pueden darse de manera progresiva, según el presente esquema de desarrollo:

Primera fase: Se encuentra constituida por las tensiones y estrés tempranas, que a su vez se desdoblan en sentimientos de frustración y fracaso, relacionados con un modo de vida y medio ambiente, estos síntomas se generan en circunstancias de hostilidad y agresiones recibidas durante toda la historia familiar. El origen en sí del conflicto proviene del ambiente creado por padres alcohólicos, familia contrariada, separación de los padres, abandono de sus progenitores, etc. Este cuadro empeora por la vivencia de experiencias lamentables como la violación sexual, aborto, prostitución, ingesta de bebidas alcohólicas, fuga de hogares, conflictos escolares, suicidio de algún miembro de la familia, intento de suicidio en su historia personal y otros. Se convierten en causas esenciales que activan un desarrollo vivencial hacia la auto-eliminación.



Segunda fase: Contempla experiencias situacionales con un gran contenido de estrés y experiencias negativas presentadas súbitamente a consecuencia de algún problema o conflicto, que desencadena en alguna alteración del estado de ánimo. Las situaciones estresantes e intolerables llevan un alto contenido de cólera causadas ya sea por una ruptura amorosa, conflictos conyugales, violación sexual, reprobación del año académico, etc.

Tercera fase: Es la más importante y principal, aquí el individuo tóma la decisión de realizar el suicidio o intento de suicidio. Llegan a esta determinación cuando se encuentran cursando estados depresivos, melancolía, estado disfórico, incluso el chantaje afectivo o psicológico. Al conjunto descrito se lo denomina causas primarias

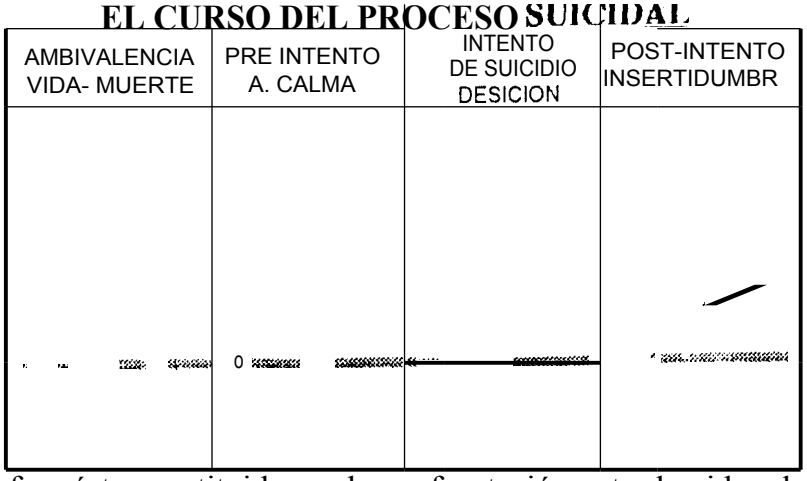
por ser consideradas factores de riesgo que conducen a la búsqueda de la muerte voluntaria.

Las causas primarias, para llegar al intento de suicidio, por orden de importancia, son los estados de depresión, el chantaje psicológico, estado disfórico, la melancolía y la psicosis. Conviene remarcar que el trastorno depresivo es la esencia misma de la alteración del estado de ánimo, ya que de ésta se desprenden todos los demás cuadros.

Las causas secundarias son los conflictos súbitos que dificultan al estado afectivo con conflictos del sentimiento vivencial y por amenaza de su medio circundante, llamado estrés situacional.

Las causas terciarias son todas las dificultades como las frustraciones y los fracasos que presentó en todo el desarrollo de su vida personal.
En el curso suicidal, en el intento de suicidio, los sujetos atraviesan por cuatro fases de manera súbita y gradualmente, también puede llegar a ser un ciclo que conduce a hechos irreparables y lamentables. Así lo indica el siguiente cuadro:

EL CURSO DEL PROCESO SUICIDAL



La primera fase ésta constituida por la confrontación entre la vida y la muerte, en la cual los individuos ingresan a un campo de ambivalencia entre la conservación de sí mismo y la auto-eliminación.

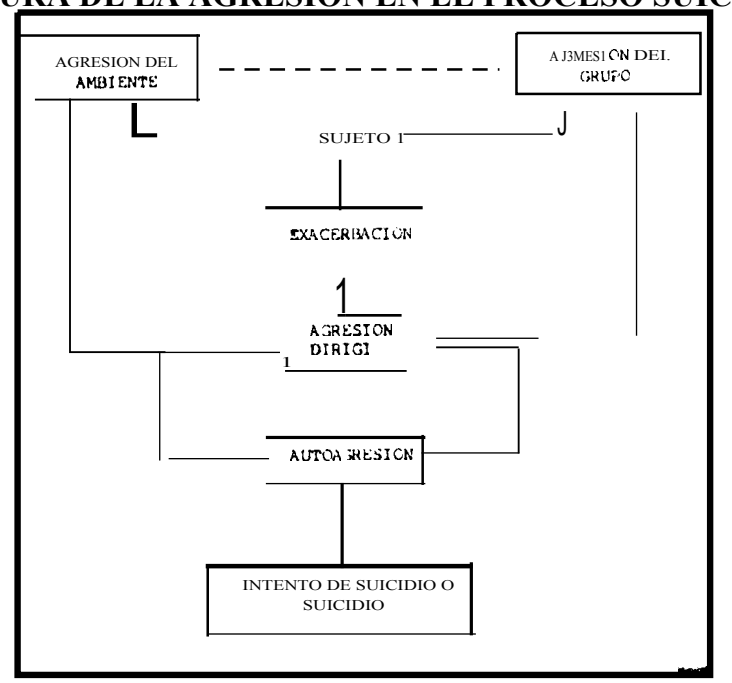
La segunda fase caracteriza que el sujeto cursa por una aparente tranquilidad, a esta fase se la denomina también estado de calma, porque antes de la tempestad está la calma.

La tercera fase clasifica al acto propiamente dicho como lo es el intento de suicidio, mediante el cual el individuo pretende solucionar sus problemas, ya que éste se encuentra ya en un estado crítico, en esas condiciones no puede abordar racionalmente ni asumir el descontrol emocional .

La cuarta fase, y la última, es el post-intento de suicidio. Una vez transcurrido el acto, el sujeto entra en un estado de incertidumbre, con prevalecencia del estado depresivo. Empero, en él existe aún predisposición a la reincidencia si acaso persistiera la amenaza de su medio circundante y/o la amenaza de su sentimiento vi vencial

El intento de suicidio como el suicidio, tienen la esencia que radica fundamentalmente en la agresión, principalmente por ser vector de la hostilidad tanto interna, de grupo y del medio ambiente; Es decir, para que exista el intento de suicidio, tiene que existir una agresión del medio ambiente hacia el sujeto y éste agrede a su grupo y al no poder agredir en segundo plano, la agresión está dirigida contra sí mismo y por que no decirlo, también esta dirigida contra su medio ambiente.

ESTRUCTURA DE LA AGRESION EN EL PROCESO SUICIDAL



- Las condiciones socioeconómicas son determinantes e influyentes en el individuo que se encuentra en situaciones criticas y paupérrimas, lo que imposibilita que sobrevivan o vivan dignamente. Por ello, lo económico se convierte en causas de riesgo para la conservación de la integridad física del sujeto, vulnerable a cometer el intento de suicidio.

- La edad riesgo para cometer el intento de suicidio en ambos sexos (18 a 23 años de edad) es producto de la falta de estímulos reforzadores a su auto valoración. Se considera que a mayor edad menor es el riesgo a cometer la auto eliminación.

- A mayor experiencias de situaciones estresantes (tensiones de todo tipo) mayor compromiso con los trastornos del estado afectivo.

- El intento de suicidio es una forma de cambiar la vivencia situacional intolerable y se convierte en un escape o forma de liberación de sus problemas mediante la renuncia a la vida.

- Existen más intentos de suicidio en el sexo femenino que en el sexo opuesto, porque se considera que la mujer tiene, en nuestro medio, más frustraciones y fracasos, por el rol que desempeña la mujer en la sociedad. Todo esto la lleva a reprimir su agresividad y sus deseos, en ningún momento las desplaza debido a su condición de mujer reprimida por el contexto social, familiar e individual.

- A mayor frustración afectiva en el desarrollo ontogenético del ser humano (por diversas causas psicosociales), mayor es el conflicto en el estado de la afectividad.

- Cuando un sujeto tiene conflictos en su estado de la afectividad por diversas causas sean estas fundamentalmente primarias, sin duda es un estado de riesgo para su conservación de su estructura física y corporal, ya que esto implica en la afectividad de un individuo una baja tolerancia a la frustración, baja autoestima y baja autovaloración. Por ello, presenta conflictos en sus relaciones personales e interpersonales.

- Los medíos que se utiliza para el intento de suicidio, sin duda es la raticida (órgano fosforados), y la intoxicación medicamentosa, en ambos está relacionado con el conocimiento que se tiene acerca de la idoneidad de éste producto, y por el alcance en la que se encuentra (mercados, farmacias, intemperie, etc.) para su empleo, Pon consiguiente, el empleo de éste producto esta relacionado: con el grado de conocimiento y su procedimiento fácil (ingesta), deseo de morir, facilidad de acceso y su alcance, precio económico.

- Uno de los factores que desencadena hacia el intento de suicidio en sujetos potencialmente suicidas, es el aprendizaje, fundamentalmete por el uso indebido de los medíos de información (prensa escrita y oral), donde el emisor transmite información con contenidos poco selectos de manera sensacionalista y tiene una mayor recepción precisamente en sujetos potencialmente suicidas.

- Los mensajes o comunicaciones póstumas escritas por sujetos con una experiencia de intento de suicidio, es que van más alla del simple adiós, en la que expresan un deseo o expectativas no resueltas, tanto en situaciones de grupo, pareja, familiar, económica, laboral, académica. Estos son con contenidos de reproche, venganza, culpa, perdón, odio.

XVI. RECOMENDACIONES:

Considerar el intento de suicidio implica siempre un riesgo para la integridad física y la conservación de la vida. El acto presuicidal deja un desconcierto, una anticipación del miedo sin objeto, vivido por la sociedad y en particular por la familia y/o sus seres queridos o próximos al sujeto. Este ambiente de incertidumbre llama la atención de quienes estarnos inmersos en la problemática de las muertes precipitadas de seres que se encontraron agobiados y abatidos por la vida que llevaron y por las situaciones estresantes que determinan un sufrimiento de una "pesadilla vivencial". Por todo lo explicado es necesario e imprescindible realizar programas de prevención, educación y tratamiento.

a) Prevención primaria (Educación)

Dentro de los programas de educación es necesario contemplar dos funciones y factores principales: la familia y la educación formal, ésta última en el sentido más amplio de la palabra.

Cuando consideramos que la estructura familiar es la principal institución de la sociedad y responsable directa de la implementación de la moral, la ética y las normas creadas y recreadas con relación a la formulación de sentimientos, emociones y afectos como la estima, la valoración y la aceptación de sí mismo, se convierte en núcleo central del estado de ánimo. Es por esto necesario crear servicios de asesoramiento familiar, orientados principalmente a familias contrariadas y a parejas que inician una nueva familia, a fin de reforzar una equilibrada crianza de los hijos y de sus relaciones personales e interpersonales.

En cuanto a la escuela, es el centro de aprendizaje y transmisión de conocimientos, de normas y valores adquiridos de la sociedad, de manera sistemática y gradual. A su vez, la sociedad y el Estado tienen la misión principal de formar individuos instruidos en distintas áreas, tal como manda la el código de la educación (Ley de Reforma Educativa), sin embargo, el sistema educativo y la sociedad no consideran ciertos valores morales y éticos destinados a preservar la vida del sujeto bajo ciertas circunstancias.

Sin bien consideramos que todo aprendizaje es asimilación de modelos, de experiencias vividas, en la que el sujeto internaliza e interioriza lo percibido, sea mediante por imágenes y sensaciones, siempre deja de lado algo que no gusta a las personas, nos referimos a la muerte y a su verdadera significación en sí misma.

A nadie gusta tocar el tema del fin de nuestras propias vidas, sin embargo, no usamos la autocensura para referimos a la muerte del vecino. Por lo general, la actitud es

dejar correr los días sin otorgar importancia a lo que pueda ocurrir a los demás, incluso si éstas están inmersas en la tragedia del suicidio que deja serias secuelas en toda la sociedad aunque no la percibamos de inmediato.

Repentinamente nos interesa la vida y la muerte, con preferencia sobre la primera, ocurre esto cuando nos encontramos en situaciones de amenaza vital, sea por enfermedad con riesgo vida o contemplamos una tragedia en la familia. Por reflejo e intuición vivencial empezamos a querer y amar la vida, tal vez en esta fase otorgamos una justa dimensión al sentido de la vida y la muerte, en el ínterin nos valorarnos, nos estimamos y nos auto-evaluamos.

Por ello, la educación formal debiera contemplar en el curriculum, en el proceso de enseñanza y aprendizaje, los valores y normas que crean condiciones espirituales de. moral para aceptar y encarar los retos del fracaso y el triunfo, del éxito y la derrota, de la sonrisa y el llanto, de la vida y la muerte, todo esto dirigido a la conservación, confrontación y solución acorde a la realidad el medio circundante de los problemas situacionales y vivenciales. Gente especializada tendría que diseñar las estrategias destinadas a este tipo de educación en todos los centros de enseñanza escolares y superiores.

b) Prevención secundaria (intervención)

La intervención determina fundamentalmente a los sujetos que se encuentran en situaciones estresantes que les ocasionan dificultades afectivas o algunos trastornos en el estado de ánimo y gracias a ello se encuentran cursando un estado de angostamiento, de ira, confusión y desesperanza. Muchas veces buscan aceptación, valoración y fundamentalmente cambio de su situación vivencial, pero al no poder liberarse de sus problemas se convierten en víctimas del "raptus suicida".

Por tanto, nace la necesidad de crear centros de prevención e intervención para sujetos que se encuentren en situaciones criticas, para dar respuestas a las llamadas de socorro de los sujetos que buscan afanosamente que la vida les dé una oportunidad, una esperanza, para sobrevivir, antes de su último adiós. A ellos, es necesario darles ayuda precisa y oportuna en centros que funcionen las 24 horas del día y ante la imposibilidad de llegar a estos lugares o ir en busca de las víctimas es necesario el contacto telefónico. Diríamos una línea de consulta psicológica.

Este sistema de comunicación telefónico debe ser un servicio de alto contenido y de orientación psicológica, que reciba las llamadas de los sujetos en emergencia de modo que escuche palabras claves de aliento y persuasión, nos referimos al uso de un adecuado lenguaje de comunicación que motive una interacción entre sujeto y psicólogo, que le permita ingresar a un proceso de calma y autocontrol de su crisis.

Segundo. Crear centros de intervención psicológica de tipo referencial, administrado por profesionales del ramo a fin de dar un apoyo psicológico oportuno.

c) Prevención terciaria (Tratamiento)

La actitud experimental por la que atravesó el individuo, un intento de suicidio fracasado gracias a la intervención oportuna de los médicos, no destierra por completo los síntomas de un trastorno de la afectividad, porque estos sujetos pueden nuevamente caminar hacia los estados depresivos, motivo del acto suicidal.

Estos estados depresivos o trastornos del estado de ánimo son considerados como factores de riesgo para la preservación del estado físico, por ello, los sujetos que cursan por estos estados requieren de una gran ayuda profesional.

De este modo se justifica la necesidad y prioridad de crear consultorios psicológicos, destinados con preferencia a la población de bajos recursos económicos porque tienen que estar bajo un control riguroso y tratamiento psicoterapeútico profesional, que en otras partes no podrían encontrar salvo con dinero.

Asimismo, es necesario poner en funcionamiento consultorios psicológicos de diagnóstico y tratamiento en hospitales, con sus respectivos servicios, a fin de detectar psicopatologías de individuos potencialmente suicidas a fin de prevenir actos lamentables e irreparables.

Por consiguiente, la intervención al intento de suicidio demanda un proceso que empieza por la prevención primaria, prevención secundaria o intervención y, finalmente, la prevención terciaria que implica el seguimiento y tratamiento psicológico al sujeto con problemas situacionales.

XVII. SECCION DE REFERENCIA :

A. BIBLIOGRAFIA :

-Asociación Psiquiatrica Americana " DSM- III- R", Criterios de diagnósticos. Ed. Masson, S.A.Barcelona España 1988

Aunau Blas Jaime "PSICOLOGIA EXPERIMENTAL"
Ed. Trillas, México 1980

- Bender Maslow 'TRASTORNOS MENTALES Y EMOCIONALES"
Ed. Ateneo, Bs. Aires Argentina 1990

- Attegay Raymon "DICCIONARIO DE PSIQUIATRIA"

Beh P. Kastrup y Rafaelsen O.J. "ACTA PSIQUIATRICA SCANDINAVIA" Breve compendio de las escalas de evaluación para los estados de la ansiedad, depresión, manía y esquizofrenia con síndromes correspondientes en el DSM-III.
Ed. Espaxs. Publicaciones Médicas Barcelona.
España 1988.

- Campbell T. Donald, Stonley C. Julian. "DISENOS EXPERIMENTALES Y CUASI EXPERIMENTALES"
Ed. Amarroute, Bs. Aires Argentina, 1979.

- Coello Cortes Ramiro "EL EXAMEN DEL ESTADO MENTAL"
Ed.Tegucigalpa Colombia 1986.

- Channon Davis, Flaherty Joseph PSIQUIATRIA-DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO" Ed.Médica Panamericana S.A. Buenos Aires Argentina 1991.

- Capponi Ricardo "PSICOPATOLOGIA Y SEMIOLOGIA PSIQUITRICA"
Ed. Universitaria, Santiago de Chile 1987.

- Davidoff L.Linda "INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA"
Ed. Xalco S.A.México 1992.

Durkheim Emile "EL SUICIDIO "
Ed. Dirección General de Publicaciones
México 1974.

- Dreisbach H. Robert, Robertson O. William "TOXICOLOGIA CLINICA-PREVENCION DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO "
Ed. El Manual Moderno S.A. México D.F. 1988.

- Gros Mayer,Stater Eliot,Roth Martín "PSIQUIATRIA CLINICA II"
Ed. Paidos,Buenos Aires
Argentina 1974

- Ey Henrry, Bernard P. y Brisset Ch. 'TRATADO DE PSIQUIATRIA"
Ed.Toray - Masson , S.A.
Barcelona - España 1969
- Honard H. Golman " PSIQUIATRIA GENERAL"
Ed. El Manual Moderno, S.A.
México 1991.

- John Bowlby "LA PERDIDA AFECTIVA"
E.d. Paidos Buenos Aires Argentina 1990 .
- Portuando A. Juan "PSICOPATOLOGIA EN PSICOLOGIA CLINICA"
Ed. Biblioteca nueva Almagro.
Madrid España 1985.
- Rubio Cabezas, Manuel "EL NIÑO EXITADO Y DEPRIMIDO" Los suicidios en niños y adolescentes en España.
Ed. Planeta S.A. Barcelona.
España 1976.
- Serrano Torrico S. "CÓDIGO PENAL" Decreto ley Nro. 10426 de 23 de agosto de 1972. Ed. Serrano La Paz-Bolivia.

- Siena Bravo R. "TECNICA S DE INVESTIGACION SOCIAL"
Ed. Paraninfo S.A. Madrid 1988
- Organización Mundial de la Salud. 'TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO" , Ginebra 1992.

- Tozzini A.Carlos "EL SUICIDIO"
Ed. Depalma Buenos Aires Argentina 1969.

Levene Ricardo "EL DELITO DE HOMICIDIO "
Ed. Depalma Buenos Aires Argentina 1977.

-Kaplan Horold, M.D, Sadoch J. Benjamin "COMPENDIO DE PSIQUIATRIA"
Ed. Ateneo Bs. Aires Argentina1990

- Vidal Guilermo, Alarcon Renato D. "PSIQUIATRIA"
Ed. Médica Panamericana.
Bs. Aíres Argentina 1986.

A.1, REVISTAS Y ARTICULOS

- Compatibilidad de las estadísticas, Sobre el suicidio, Ed. Crónica O.M.S. 1975.

- Contreras Hernan A. "DESEO DE MORIR Y REALIDAD DEL ACTO EN SUJETOS CON INTENTO DE SUICIDIO" Ed. Salud pública Mexicana, feb. 1984

- Maldonado Ramírez, Eduardo "EL SUICIDIO" Ed. Cuadernos Unicef. Hospital de clínicas La Paz Bolivia 1987

- May A.R. "EL SUICIDIO PROBLEMA MUNDIAL"Ed. Salud mental, O.M.S. Para Europa, mayo 1973.

- Suicidio en la juventud, Ed. Crónica de la O.M.S. 1975.

- Suma Internacional, Ed. Extractado de Newsweek, Colombia Nro. 48, junio 1994.

-Terroba Carza, Graciela y Sallijeral, M.T. "LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA COMO METODO PARA EL ESTUDIO DEL SUICIDIO" ED. Salud Pública México 1983.

- Revista para el crecimiento personal "UNO MISMO" La sanación emocional,Nro 47 Octubre 1993

B. CUADROS ANEXOS:

S I G C

I.INFORMACION GENERAL: FECHA .....

- -

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

EDAD ..... SEXO..... FECHA NAC LUGAR .....
PROVINCIA ..... RESIDENCIA ACT..... ANOS .....
MESES ..... ESTADO CIVIL ..... OCUPACION .....
GRADO DE INST..... DOMICILIO .....
SERVICIO .....

I. ANTECEDENTES FAMILIARES:

II. RELACIONES PERSONALES E INTERPERSONALES

A. RELACIONES FAMILIARES :

PADRE .....

MADRE .....

HERMANO (S) .....

ESPOSO (A) .....

HIJO (S) .....

B. RELACIONES EXTRA FAMILIARES :

PAREJA.....

.....

AMIGOS.....

VECINOS.....

OTRO(S) .....

III. ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

A. ..... MES ..... ANO .....

B. ..... MES ..... ANO .....

C. ..... MES ..... ANO .....

IV. PROBLEMA ACTUAL:

A. CUANDO Y COMO EMPEZARON SUS PROBLEMA ?

.....

.....

.....

V. PORQUE INTENTO SUICIDARSE:

.....

.....

.....

DIA..... MES..... ANO..... HORA..... LUGAR..... DEJO MENSAJE.....

A. POSIBLES CAUSAS:

1. CONYUGAL
2. VIOLACION SEXUAL
3. ABORTO
4. FAMILIAR
5. PATERNIDAD
6. ENFERMEDAD CRONICA O INCURABLE
7. ECONOMICOS
8. TRABAJO
9. ESTUDIO
10. PASIONAL
11. OTRO .....

VI. MEDIOS QUE FACILITARON:

A. INTOXICACIONES:

1 . INSECTICIDA
2. RATICIDA
3. DETERGENTES
4. MEDICAMENTOS
5. DERIVADOS DEL PETROLEO
6. CIANURO DE MERCURIO

B. AGRESIONES FISICAS:

1. ARROJARSE DE EDIFICIO O ALTURA
2. SECCION DE VENAS O ARTERIAS
3. AHORCAMIENTO
4. OTRO.....

VII. RETROSPECTIVA Y PROSPECTIVA:

A. INTENTO ANTES SUICIDARSE: SI NO CUANDO :

1. MES ..... ANO ..... CAUSAS
2. MES ..... ANO ..... CAUSAS .....
3. MES ..... ANO ..... CAUSAS .....

B. VOLVERÍA A SUICIDARSE SI NO DUDOSO
PORQUE .....

VIII. EXPLORACIONES:

A. CUALES SON SUS PRINCIPALES MIEDOS:

1.
.....
3. .....
4. .....

B. AFECTIVAS:

ENOJADO	ARREPENTIDO	SATISFECHO.
DESESPERADO	CULPABLE	ABURRIDO.
FASTIDIADO	FELIZ	TRISTE
CELOSO	TEMEROSO.	OPTIMISTA
ENVIDIOSO		

C. FISICAS:

JAQUECA	SEQUEDAD DE BOCA	INCAPAZ DE RELAJARSE
PALPITACIONES	TEMBLORES	SUDORACION EXCESIVA
TENSION	CONTRACCIONES	TRASTORNOS INTESTINALES
TICS	IRRITABILIDAD	MALESTAR ESTOMACAL
RUBOR	INQUIETUD	ADORMECIMIENTO
VOMITOS		

INDIGNO DE SER AMADO	SE EQUIVOCA DEMASIADO
NO HACE NADA BIEN	NO PUEDE TOMAR DECISIONES
LA VIDA ESTA VACIA	PERDIDA DE INTERES
DISMINUCION DE PLACER	DISMINUCION DE LA CAPACIDAD DE DORMIR
ES INCOMPETENTE	HABLA MAS DE LO HABITUAL
ES UD. DESPRECIABLE	DISMINUCION DE LA NECESIDAD DE DORMIR

IX. COMPLETE LAS SIGUIENTES INTERROGANTES:

SINO LE CRIARON SUS PADRES QUIEN LO HIZO Y A QUE EDAD ?
.....
.....

COMO FUE CRIADO POR SUS PADRES O SUSTITUTOS ?
.....
.....
EN QUE FORMA FUE DISCIPLINADO O CASTIGADO POR SUS PADRES SIENDO NIÑO? .....
.....

PODRIA CONFIAR EN SUS PADRES SI NO
PORQUE
.....
.....

LO COMPRENDIAN SUS PADRES SI NO
PORQUE
.....
.....

SE SENTIA AMADO Y RESPETADO POR SUS PADRES SI NO
PORQUE .....
.....

QUIENES SON LAS PERSONAS MAS IMPORTANTES EN SU VIDA
.....
ALGUNA VEZ FUE AMEDRENTADO O BURLADO ?
.....

QUE ES LO QUE MAS LE PRODUCE ALEGRIA ?
.....

SU MAYOR TRISTEZA ?
.....

SU MAYOR FRUSTRACION ?
.....

SE SIENTE CULPABLE ACTUALMENTE
.....

UNA DE LAS COSAS DE LAS QUE SE SIENTE ORGULLOSO ?
.....

UNA DE LAS COSAS DE LAS QUE SE SIENTE CULPABLE ?
.....

EN QUE CIRCUNSTANCIAS PIERDE EL CONTROL ?
.....

TODA SU VIDA FUE ?
.....

UNA DE LAS COSAS QUE NO PERDONA ?
.....

COMO FUE SU VIDA SIENDO NIÑO ?
.....
UNA DE LAS FORMAS QUE LA GENTE LE LASTIME ?
.....

UNA MADRE DEBERIA SER ?
.....

UNA PADRE DEBERIA SER ?
.....

COMO ES UN VERDADERO AMIGO ?
.....

COMO DEBERLA SER UN ESPOSO (A) ?
....

COMO DEBERIAN COMPORTARSE SUS HIJOS ?

.....

ALGUIEN QUE LE ABORREZCA ?

.....

TIENE ALGUN PARIENTE QUE HAYA INTENTADO O COMETIDO SUICIDIO ?

.....

.....

X. USTED CONSUMIO :

TIEMPO	NUNCA	ALGUNA VEZ	SIEMPRE	CANTIDAD
COCAINA				
ALCOHOL -				
CIGARRILLOS				
CAFE				
DROGAS				
THINNER				
GASOLINA				
CLEFA				
MARIHUANA				

XI. ÁREAS DE EXPLORACION :

1.) COGNITIVAS : (PENSAMIENTO)

DESPRECIABLE
CONSIDERADO
ARREPENTIDO
INUTIL
DESVIADO
CONFUSO
IDEAS SUICIDAS
INATRACTIVO
AMBICIOSO
CONFLICTUADO
INDIGNO DE SER AMADO
NO HAY NADA QUE ESPERAR
ARREPENTIDO
INCOMPETENTE
SEGURO
INATRACTIVO
LEAL
IDEAS DE MUERTE RECURRENTE

2.) CONDUCTA:

COMER CON EXCESO
APATIA
INSOMNIO
MIEDO
AISLARSE
PERDIDA DE CONTROL
DESCONTROL EMOCIONAL
DIFICULTAD DE CONCENTRACION
REACCIONES IMPULSIVAS
ESTALLIDOS DE MAL GENIO
CONDUCTA AGRESIVA

3.) SENSACIONES:

INSEGURIDAD
SOFOCACION
FALTA DE ALIENTO
INESTABILIDAD
INESTABILIDAD
RECHAZO
AHOGO
HIPERSENSIBILIDAD
ESCALOFRIOS
TAQUICARDIA
OPRESION

FUE RECHAZADA ALGUNA VEZ? SI NO

PADRES HERMANO(S) HIJOS ESPOSO(A) AMIGOS OTRO .....

ALGUNA VEZ ABANDONO SU HOGAR ? SI NO
PORQUE .....

CUANDO: MES ..... ANO .....
MES ..... ANO .....

ALGUNA VEZ SE FUGO DE SU HOGAR ? SI NO
PORQUE .....

CUANDO: MES ..... ANO .....
MES ..... ANO .....
MES ..... ANO .....

PRESENTO PROBLEMAS ESCOLARES ? SI NO
!.ABANDONO 2. REPROBACION 3. EXPULSION
PORQUE: .....

TUVO CONFLICTOS ? PADRES HERMANOS ESPOSO(A) PAREJA HIJOS
PARIENTES OTRO .....

A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA ENAMORADO(A) ?
.....

SU VIDA SEXUAL ES SATISFACTORIA ?
.....

EXPERIMENTA ANSIEDAD O CULPA DERIVADOS DEL SEXO O MASTURBACION ?
.....

ESTUVO ALGUNA VEZ COMPROMETIDO CON INTENTO O VIOLACION SEXUAL?
.....

PRESENTA PROBLEMAS DE PATERNIDAD ?
.....

ALGUNA VEZ PRESENTO DIFICULTADES EN SU CICLO MENSTRUAL ?
.....

ALGUNA VEZ PRESENTO AMENORREA ?
.....

CUANTOS ABORTOS PRESENTO ? ..... A QUE EDAD ?
.....
PORQUE.....

FUE ABUSADA SEXUALMENTE ALGUNA VEZ ?
.....
.....

OTROS DATOS DE INTERES: (ENTREVISTA LIBRE)
.....
.....

2. ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON (HDS):

1. HUMOR DEPRESIVO:

0: Humor neutro.
1: Existencia de que el paciente este mas abatido o triste de lo habitual.
2: Preocupación por experiencias displacenteras.
3: Claros signos depresivos y/o aveces se siente abrumado por la indefensión o desesperado.
4: la entrevista esta dominada por los comentarios del paciente acerca de su abatimiento y su desesperanza.

2. AUTO DESPRECIO Y SENTIMIENTO DE CULPA:

O. Ausencia de auto desprecio y sentimientos de culpa.
1. Dudoso el sentimiento de culpa, preocupación por ser una carga en su familia.
2. El auto desprecio y el sentimiento de culpa presentes, preocupación por sucesos ocurridos anteriormente.
3. Sentimientos de culpa graves, sufrimiento le parece un castigo.
4. Sentimientos de culpa se manifiestan firmemente con ideación paranoica.

3. IMPULSOS SUICIDAS:

O. Ausencia de impulsos suicidas.
1. La vida no vale la pena de ser vívida. Pero no expresa deseos de morir.
2. El paciente desea la muerte, pero no ha hecho planes para quitarse la vida.
3. Es posible que el paciente este contemplando la posibilidad de cometer un suicidio.
4. Presencia de intento de suicidio en los días anteriores .

4. INSOMNIO GENERAL:

0. Ausente.
1. Cuando 1 (-2) de las tres últimas noches, el paciente se ha tenido que permanecer echado en cama más de 30 minutos antes de poder conciliar el sueño.
2. Cuando las tres últimas noches, el paciente ha tenido que permanecerechado encama más de 30 minutos antes de poder conciliar el sueño.

5. INSOMNIO MEDIO:

0. Ausente.
1. Una o dos veces en las tres últimas noches.
2. Al menos una vez cada noche.

6. INSOMNIO TARDÍO (DESPERTAR PRECOZ)

O. AUSENTE.

1. Menos de una hora (y puede volver a dormirse)
2. Síntomas constante - O más de una hora de anticipación.

7. TRABAJO E INTERESES:

A. EN LA PRIMERA EVALUACION DEL PACIENTE:

O. Actividad laboral normal.

1. Ineptitud debido a la falta de motivación y/o problemas para llevar a cabo la cantidad de trabajo habitual.
2. Ineptitud más marcada debida a la falta de motivación y/o dificultades para llevar a cabo su trabajo habitual.
3. Cuando el paciente ha sido dado de baja laboral si ha sido hospitalizado4. Cuando el paciente ha sido sometido a un régimen de hospitalización completa y permanece la mayor parte del tiempo desocupado.

B. EN LAS EVALUACIONES SEMANALES:

O. Actividad laboral normal.

a) El paciente se ha reincorporado al trabajo con su grado habitual de actividad.
b) Cuando se considera que el paciente no van ha tener ningún problema de reincorporarse a su trabajo.

1. a) El paciente esta trabajando, pero en un nivel de actividad reducido, bien sea por falta de motivación o por no conseguir hacer su trabajonormal.
   b) El paciente no esta trabajando y todavía es dudoso que pueda reincorporase a su trabajo sin dificultades.
2. a) El paciente esta trabajando a un nivel claramente reducido, ya sea porque algunos días no acude al trabajo o por que a reducido su horario.
   b) Participa en actividades de 3 a 4 horas del día, pero solo es capaz de reincorporarse al trabajo normal en un grado limitado.
3. E1 paciente es incapaz de encargarse de su trabajo habitual, pero participa en actividades de 3 a 4 horas al día.
4. Es incapaz de participar en actividades.

8. ENLENTECIMIENTO GENERAL:

O. Actividad verbal normal, actividad motora normal y expresión facial apropiada.

1. Es dudoso que el ritmo de la conversación este reducido o lo esta levemente, y la expresión facial es dudoso que este restringida (enlentecida) o lo ésta levemente.
2. La velocidad de la conversación está claramente reducida y presenta interrupciones gesticulaciones reducida y pasa lento.
3. Respuestas son breves pero con latencias muy largas :gran lentitud en todos los movimientos.
4. no se puede acabar (e incluye) al estupor.

9. AGITACION:

O. Actividad motora normal con expresión facial adecuada.

1. Agitación dudosa o leve.
2. Inquietud, repentinamente frotarse las manos, cambiar constantemente de posición en la silla.
3. Paciente no es capaz de permanecer sentado durante la entrevista·
4. Paseos continuos se tira mucho de la ropa.

10. ANSIEDAD (PSÍQUICA)

0. El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que de costumbre.
1. Es dudoso que el paciente esté más inseguro o irritable que de costumbre.
2. Expresión ansiosa, aprensivo o irritable y que puede resultar dificil controlar estos estados.
3. La ansiedad o la inseguridad son más difíciles de controlar porque las preocupaciones se refieren a daños odesgracias importantes que puedan ocurrir en el futuro.

4. La sensación de miedo esta presente tan a menudo que interfiere de forma notoria con la vida cotidiana.

11. ANSIEDAD SOMATICA:

O. No experimenta manifestaciones somáticas, que suelen acompañar a losestados de ansiedad psíquica.

1. Manifestaciones leves como síntomas abdominales, sudoración o temblores. Sin embargo la descripción de estos síntomas es vaga y dudosa.
2. Los síntomas y los signos son descritos claramente, abdominales, sudoración y temblores que no llegan a influir en la vida cotidiana.
3. Los concomitantes fisiológicos de los estados de ansiedad psíquica son notorios y algunas veces muy molestos.
4. Los concomitantes fisiológicos de los estados de ansiedad psíquica son numerosos, persistentes e incapacitasteis .

12. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES:

O. Ausencia de quejas gastrointestinales.

1. La cantidad de ingesta de alimentos es aproximadamente normal, le parece haber perdido el gusto.
2. Ingesta de alimentos reducida; el paciente es estimulado para que coma. Constipación mantenida e importante

13. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES:

O. No presenta ni más ni menos cansado o perturbado por el malestar corporal que de costumbre.

1. Las sensaciones de fatiga muscular u otras molestias somáticas son dudosas o muy vagas.
2. El cansancio o el agotamiento es claro o constante y/o el paciente está perturbado por molestias somáticas.

14. INTERES POR EL SEXO:

O. La actividad sexual son las habituales.

I. Reducción dudosa o leve en los intereses y el placer sexual.

2. Perdida clara del impulso sexual .Es frecuente la impotencia funcional en el hombre y la falta de excitación o el hastío evidente en la mujer.

15. HIPOCONDRIA:

O. No presta más atención de la habitual a las sensaciones corporales corrientes y de poca importancia.

1. Ligera o dudosamente más pendiente que de costumbre de los síntomas y funciones corporales.
2. Considerablemente preocupado por su salud fisica.
3. Está convencido de que padece de una enfermedad fisica que explica todos sus síntomas.
4. La preocupación por la disfunción corporal ha alcanzado claramente una dimensión paranoica, amenudo los delirios hipocondriacos tienen una cualidad nihilista o de culpabilidad.

16. PERDIDA DEL INSIGHT:

O. El paciente está de acuerdo en que padece unos síntomas depresivos o una enfermedad psíquica.
1. A pesar de reconocer que esta deprimido, considera que esto es secundario a circunstancias ajenas a la enfermedad en sí .
2. Niega totalmente de estar enfermo .

17. PERDIDA DE PESO:

A. PRIMERA ENTREVISTA (PERIODO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD)

O. No hay perdida de peso.
1. Pérdida de peso entre 1 y 2,5 Kgs.
2. Pérdida de peso igual o superior a 3 Kgs.

B. INTERVALOS SEMANALI

O. No hay pérdida de peso.
1. 1/2 Kgs. por semana.
2. 1 Kg. o más por semana.

18. INSOMNIO GENERAL:

O. Duración y profundidad del sueño habituales.
1. La duración del sueño podría estar ligeramente disminuida.
(dificultades en la conciliación del sueño)
2. La profundidad del sueño también se halla reducida de manera que este es mas superficial .El sueño globalmente, está algo alterado.
3. A cambiado notablemente tanto en la duración como en la profundidad. Los periodos del sueño entrecortado suman sólo unas pocas horas de cada periodo de 24 Hrs.
4. Dificultad para averiguar la duración del sueño, ya que la duración es tan escasa que el paciente habla de cortos de adormecimiento omodorra, pero no de sueño verdadero.

19. ENLENTECIMIENTO MOTOR:

O. Actividad motora normal y expresión facial apropiada.

1. Es dudoso que la actividad motora este reducida.
2. El enlentecimiento motor es más claro (escasa gesticulación y lentitud al andar)
3. Gran lentitud en todos los movimientos.
4. El enlentecimiento motor se aproxima, o incluso llega, al grado de estupor.

20. ENLENTEC1MIENTO VERBAL:

O. Actividad verbal normal.
1. Dudosa que la expresión verbal esté reducida o se da una desidia en la conversación.
2. Desidia más notoria en la conversación, hay una tendencia interrupciones más prolongadas.
3. Las respuestas son breves, pero se producen pautas muy prolongadas.
4. Casos graves y dificultad para poder finalizar la entrevista.

21. ENLENTECIMIENTO INTELECTUAL:

0. No tiene ni más ni menos dificultades que de costumbre en la concentración y en la memoria.
1. Es dudoso que el paciente tenga dificultades en la concentración y en la memoria.
2. Al paciente le resulta concentrarse en su trabajo a pesar de esforsarse considerablemente; sin embargo esto no viene A tener dificultad en la vida cotidiana.
3. Dificultades más notorias en la concentración, la memoria o la capacidad para tomar decisiones ,ej. leer un artículo en el periódico o para seguir un programa de televisión.
4. En caso de que durante la entrevista el paciente haya mostrado dificultades de concentración y/ o cuando las decisiones se tomen con un retraso considerable.

22. ENLENTECIMIENTO EMOCIONAL:

0. El paciente está igual de interesado que siempre en el contacto emocional con otras personas.
1. Es dudoso que el paciente este más introvertido emocionalmete de lo que es habitual en él.
2. Claramente el paciente tiene menos deseos o capacidad para relacionarse con gente a la que conoce hace más o menos tiempo.
3. En cierta medida el paciente se aísla de los demás. No necesita o no tiene capacidad para establecer contacto personal con la gente con la que se relaciona fuera de su casa.
4. El paciente se aísla también respecto a los miembros de su familia. Se siente emocionalmente indiferente incluso a los amigos más cercanos y a los familiares.

23. CANSANCIO Y DOLOR :

O. El paciente no esta ni más ni menos cansado o perturbado por el malestar corporal que de costumbre.

1. Las sensaciones de fatiga muscular o otras molestias somáticas son dudosas o muy vagas

2. Las sensaciones de fatiga muscular u otras molestias somáticas son muy marcadas. En ocasiones aparecen sensaciones dolorosas. por ej. cefaleas por tensión muscular, pero sin influencia en la vida cotidiana.

3. El dolor difuso o la fatiga muscular están claramente presentes y ocasionalmente interfieren con la vida cotidiana del paciente.

4. La fatiga muscular y los dolores difusos están ocasionando constantemente un malestar ¡mportante al paciente, de forma que interfieren mucho con la vida cotidiana.

3. ESCALA DE VALORACION DE BECK PARA LA DEPRESION:

L)
NO ME SIENTO TRISTE
ME SIENTO TRISTE O DEPRIMIDO.
TENGO SIEMPRE COMO UNA PENA ENCIMA QUE NO ME LA PUEDO QUITAR.
ESTA TRISTEZA ME PRODUCE VERDADEROS SUFRIMIENTOS.
YA NO PUEDO SOPORTAR ESTA PENA.
2.)
NO SOY ESPECIALMENTE PESIMISTA NI CREO QUE LAS COSAS ME VAYAN A IR MAL.
ME SIENTO DESANIMADO CUANDO PIENSO EN EL FUTURO.
NO ESPERO NADA BUENO DE LA VIDA.
CREO QUE NUNCA ME RECUPERARE DE MIS PENAS.
NO ESPERO NADA. ESTO NO TIENE MEDIO.
3.)
NO ME CONSIDERO FRACASADO.
HE TENIDO MAS FRACASOS QUE LA MAYORIA DE AL GENTE.
SIENTO QUE *HE* HECHO POCAS COSAS QUE VALGAN LA PENA.
VEO MI VIDA LLENA DE FRACASOS.
HE FRACASADO TOTALMENTE COMO PERSONA(PADRE, MARIDO, HIJO, ESPOSO, PROFESIONAL)
4.)
NO ESTOY ESPECIALMENTE INSATISFECHO.
ME ENCUENTRO ABURRIDO CASI SIEMPRE.
YA NO ME DIVIERTE LO QUE ANTES ME DIVERTÍA.
YA NADA ME LLENA.
ESTOY HARTO DE TODO.
5.)
NO ME SIENTO CULPABLE,
A VECES ME SIENTO DESPRECIABLE Y MALA PERSONA.
ME SIENTO BASTANTE CULPABLE
ME SIENTO PRACTICAMENTE TODO EL TIEMPO MALA PERSONA Y DESPRECIABLE
ME SIENTO MUY INFAME (PERVERSO, CANALLA) Y DESPRECIABLE.
6.)
NO PIENSO QUE ESTE SIENDO CASTIGADO.
PRESIENTO QUE ALGO MALO ME PUEDE SUCEDER
SIENTO QUE ME ESTÁN CASTIGANDO O ME CASTIGAN.
SIENTO QUE MEREZCO SER CASTIGADO.
QUIERO QUE ME CASTIGUEN.
7.)
NO ESTOY DESENGAÑANDO DE MI MISMO.
ESTOY DESENGAÑANDO DE MI MISMO.
NO ME APRECIO.
ESTOY ASQUEADO DE MI.
ME ODIO (ME DESPRECIO)
8.)
NO CREO SER PEOR QUE OTROS.
ME CRITICO MUCHO A CAUSA DE MIS DEBILIDADES O ERRORES.
ME ACUSO AMI MISMO DE TODO LO QUE ME VAN MAL.
SIENTO QUE TENGO MUCHOS Y MUY GRAVES DEFECTOS.
ME SIENTO CULPABLE DE TODO LO MALO QUE OCURRE
9.)
NO TENGO PENSAMIENTOS DE HACERME DAÑO.
TENGO PENSAMIENTOS DE HACERME DAÑO, PERO NO LLEGARIA A HACERLO.
TENGO PLANES DECIDIDOS DE SUICIDARME
SIENTO QUE MI FAMILIA ESTARÍA MEJOR SI YO MURIERA.
SIENTO QUE ESTARÍA MEJOR MUERTO.

10.)
ME MATARÍA SI PUDIERA.
NO LLORO MAS DE LO HABITUAL.
AHORA LLORO MAS DE LO NORMAL.
AHORA LLORO CONTINUAMENTE. NO PUEDO EVITARLO.

11.)
NO ESTOY MAS IRRITABLE QUE NORMALMENTE
ME IRRITO CON MAS FACILIDAD QUE HABITUALMENTE.
ME SIENTO IRRITADO TODO EL TIEMPO.
YA NO ME IRRITA LO QUE ANTES ME IRRITABA.
12.)
NO HE PERDIDO EL INTERES POR LOS DEMÁS.
ME INTERESCO POR LA GENTE MENOS QUE ANTES.
HE PERDIDO CASI TODO MI INTERES POR LOS DEMÁS Y APENAS TENGO SENTIMIENTOS PARA ELLOS.
HE PERDIDO TODO MI INTERES POR LOS DEMÁS Y NO ME IMPORTAN EN OBSOLUTO.
13.)
NO ME SIENTO CON PEOR ASPECTO QUE ANTES,
ESTOY PREOCUPADO PORQUE ME VEO MAS VIEJO Y DESMEJORADO.
SIENTO QUE HAY CAMBIOS EN MI ASPECTO FISICO QUE ME HACEN DESAGRADABLE (O MENOS ATRACTIVO)
ME SIENTO FEO Y10 REPULSIVO.
14.)
PUEDO TRABAJAR TAMBIÉN COMO ANTES.
NECESITO UN ESFUERZO EXTRA PARA EMPEZAR A HACER ALGO.
NO TRABAJO TAMBIÉN COMO LO HACIA ANTES.
TENGO QUE ESFORZARME MUCHISIMO PARA HACER CUALQUIER COSA.
NO PUEDO TRABAJAR EN NADA.
15.)
DUERMO TAMBIÉN COMO ANTES.
ME DESPIERTO MAS CANSADO POR LA MAÑANA.
ME DESPIERTO 1 0 2 HORAS ANTES DE LO NORMAL Y ME RESULTA DIFÍCIL VOLVER A DORMIR.
ME DESPIERTO TEMPRANO TODOS LOS DIAS Y NO DUERMO MAS DES HORAS.
16.)
NO ME CANSO MAS DE LO NORMAL.
ME CANSO MAS FACILMENTE QUE ANTES.
CUALQUIER COSA QUE HAGA ME FATIGA.
ME CANSO TANTO QUE NO PUEDO HACER NADA.
17.)
MI APETITO NO ES MENOS QUE ANTES.
MI APETITO NO ES TAN BUENO COMO ANTES.
MI APETITO AHORA ES MUCHO MENOR
HE PERDIDO TOTALMENTE MI APETITO.

19.)
NO HE PERDIDO PESO ULTIMAMENTE.
HE PERDIDO MAS DE 2,5Kg.
HE PERDIDO MAS DE 5 Kg.
HE PERDIDO MAS DE 7 Kg.
20.)
NO ME PREOCUPA MI SALUD MAS DE LO NORMAL.
ESTOY PREOCUPADO POR DOLORES Y TRASTORNOS.
ESTOY TAN PREOCUPADO POR MI SALUD QUE ES DIFÍCIL PENSAR EN OTRAS COSAS.
ESTOY CONSTANTEMENTE PENDIENTE DE LO QUE ME SUCEDE Y COMO ME ENCUENTRO.
21)
NO HE NOTADO NINGÚN CAMBIO EN MI ATRACCION POR EL SEXO.
ESTOY MENOS INTERESADO POR EL SEXO QUE ANTES.
APENAS ME SIENTO ATRAIDO *SEXUALMENTE.*
HE PERDIDO TODO MI INTIMES POR EL SEXO.

4. ESCALA DE EVALUACION GLOBAL DEL SUJETO (ESCALA GAF)

CODIGO 90 - 81:

AUSENCIA DE SÍNTOMAS MINIMOS (POR EJEMPLO, ANSIEDAD LEVE ANTES DE UN EXAMEN), BUEN FUNCIONAMIENTO DE TODAS LAS ÁREAS, INTERESADO E IMPLICADO EN UN AMPLIA VARIEDAD DE ACTIVIDADES, EFECTIVO SOCIALMENTE, GENERALMENTE SATISFECHO CON SU VIDA, NO TIENE MAS QUE LOS PROBLEMAS O PREOCUPACIONES PROPIAS DE LA VIDA COTIDIANA (POR EJEMPLO, UNA DISCUSION OCASIONAL CON ALGUNOS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

CODIGO 80 - 71:
SI HAY SÍNTOMAS, SON TRANSITORIOS Y SON RELACIONES ESPERABLES ENTR E EL ESTRES PSICOSOCIAL (POR EJEMPLO, DIFICULTADES PARA CONCENTRARSE DESPUES DE UNA DISCUSION FAMILIAR); LIGERA INCAPACIDAD SOCIAL, LABORAL O ESCOLAR (POR EJEMPLO, RETRASO TEMPORAL EN LA REALIZACION DE LAS TAREAS ESCOLARES).

CODIGO 70 - 61:
ALGUNOS SÍNTOMAS LEVES POR EJEMPLO, ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO O INSOMNIO LEVE. O DIFICULTADES EN LA ACTIVIDAD SOCIAL, LABORAL O ESCOLAR (POR EJEMPLO HACER NOVILLOS OCASIONALMENTE, O ROBAR EN CASA) AUNQUE, EN GENERAL, El FUNCIONAMIENTO ES BASTANTE BUENO Y EL SUJETO TIENE RELACIONES INTERPERSONALES SIGNIFICATIVAS.

CODIGO 60 - 51:
SÍNTOMAS MODERADOS POR EJEMPLO, APLANAMIENTO AFECTIVO Y LENGUAJE CIRCUNSTANCIAL O CRISIS DE ANGUSTIA EXPORADICAS). O DETERIORO IMPORTANTE EN LA ACTIVIDAD SOCIAL, LABORAL O ESCOLAR (POR EJEMPLO, POCOS AMIGOS Y PROBLEMAS CON LOS COMPAÑEROS DE TRABAJO).

CODIGO 50 - 41:
SÍNTOMAS GRAVES (POR EJEMPLO, IDEAS DE SUICIDIO, RITUALES OBSESIVOS GRAVES, PEQUEÑOS ROBOS EN TIENDAS). O DETERIORO GRAVE EN LA ACTIVIDAD SOCIAL, LABORAL O ESCOLAR (POR EJEMPLO, AUSENCIA DE AMIGOS O INCAPACIDAD PARA CONSERVAR EL TRABAJO).

CODIGO 40 - 31:
DETERIORO EN LA EVALUACION DE LA REALIDAD O EN LA COMUNICACION (POR EJEMPLO, EL LENGUAJE ES EN OCASIONES INCOHERENTE, OSCURO E IRRELEVANTE). O DETERIORO IMPORTANTE EN DIFERENTES AREAS, COMO TRABAJO, ESCUELA Y RELACIONES FAMILIARES, CAPACIDAD DE JUICIO, PENSAMIENTOS O ESTADO DE ANIMO(POR EJEMPLO, LA PERSONA DEPRIMIDA EVITA LOS AMIGOS, DESCUIDA LA FAMILIA Y ES INCAPAZ DE TRABAJAR; EL NIÑO GOLPEA CON FRECUENCIA A OTROS NIÑOS MAS PEQUEÑOS, EN CASA PLANTA CASA (DESAFIA A SUS PADRES). Y FRACASA EN LA ESCUELA.

CODIGO 30 - 21:
LA CONDUCTA ESTA CONSIDERABLEMENTE INFLUENCIADA POR IDEAS DELIRANTES Y ALUCINACIONES. O EXISTE UN DETERIORO IMPORTANTE EN LA COMUNICACION Y EL JUICIO (POR EJEMPLO, ALGUNAS VECES ES INCOHERENTE, ACTÚA DE MANERA INAPROPIADA EN DISTINTAS SITUACIONES, TIENE IDEAS SUICIDAS). O INCAPACIDAD PARA FUNCIONAR EN CASI TODAS LAS AREAS (POR EJEMPLO, QUEDARSE EN CAMA TODO EL DIA, O ESTAR SIN TRABAJO, SIN CASA O SIN AMIGOS j.

CODICIO 20 -11:
PELIGRO RELATIVO DE AUTO HETEROLESION (POR EJEMPLO, INTENTO DE SUICIDIO SIN RIESGO PROBABLE DE MUERTE, VIOLENCIA FRECUENTE O EXITACION MANIACA) . O ABANDONO OCASIONAL DE LA HIGIENE PERSONAL MININA (POR EJEMPLO, OLER MALO IR SUCIO). O DETERIORO IMPORTANTE EN LA COMUNICACION POR EJEMPLO, INCOHERENCIA O MUTISMO.

CODIGO 10 -1:
PELIGRO PERSISTENTE DE LESIONES GRAVES A SI MISMO O A LOS DEMÁS (POR EJEMPLO, VIOLENCIA RECURRENTE. O INCAPACIDAD PERSISTENTE PARA MANTENER UNA HIGIENE PERSONAL MINIMA. O INTENTO DE SUICIDO GRAVE CON CLARO RIESGO DE MUERTE.