

## Suicidio

El suicidio, o sea el acto de una persona que atenta contra su vida, con éxito o sin él, tiene en México una incidencia de 2.6 por 100,000 habitantes; y por cada suicidio consumado hay de 6 a 8 intentos. Es un fenómeno de desviación social, menos frecuente en comunidades religiosas que lo condenan, y en el medio rural.

**Dr. Campillo** El acto de una persona que atenta contra su vida, con éxito o sin él, es un fenómeno complejo de grandes consecuencias sociales que se debe examinar desde distintos puntos de vista.

Para iniciar este coloquio en relación con el problema del suicidio quisiera plantear una pregunta de orden general. ¿Qué lugar ocupa el suicidio entre las causas de muerte?

**Dr. Díaz** La Organización Mundial de la Salud estima que, cada día, de 1,000 a 2,000 personas se quitan la vida, y admite que estas cifras elevadas sólo representan una parte de los casos. Las tasas de suicidio varían de un país a otro, pero en varios países el suicidio ocupa del tercero al octavo lugar como causa de muerte. Se ha calculado que por cada suicidio consumado hay de 6 a 8 intentos. En México, las cifras disponibles señalan que 2.6 de cada 100,000 personas se quitan la vida cada año.

**Dr. Campillo** ¿Puede el suicidio considerarse un problema de patología social?

**Antropólogo Berruecos** El suicidio es un fenómeno de desviación social, una conducta que ocurre en contra de las creencias y normas de comportamiento sostenidas por la población; es decir, en desacuerdo con ciertos patrones socialmente sancionados por la comunidad. El suicidio es una conducta desviada, salvo en situaciones excepcionales en las cuales es aceptado.

**Dr. Alvarez-Gayou** Ciertamente el suicidio

### Participantes

**Coordinador: Dr. Carlos Campillo Serrano**, Jefe interino de la unidad de Psiquiatría, Sanatorio Español.

**Dr. Juan Luis Alvarez Gayou**, Profesor del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM.

**Antropólogo Luis Berruecos**, Profesor de la UAM.

**Dr. Alfredo Castillo Machado**, Coordinador del Curso de Maestría en Psicoterapia Médica, Facultad de Medicina, UNAM.

**Dr. Alejandro Díaz Martínez**, Coordinador de Enseñanza del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM.

**Dr. Ramón de la Fuente Muñiz**, Jefe del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM.

Cuadro 1. Tasas de suicidio por países

País	Tasa anuario demográfico ONU		Tasa IASP*	
Japón	15.2	(1970)	13.9	(1967)
Hong Kong	13.6	(1970)	10.1	(1967)
Canadá	10.9	(1969)	8.6	(1966)
EE.UU.	11.0	(1970)	10.8	(1967)
Argentina	No hay dato		9.2	(1966)
Venezuela	6.9	(1969)	6.4	
Guatemala	2.7	(1969)	No hay dato	
Panamá	3.1	(1970)	No hay dato	
Puerto Rico	9.2	(1970)	No hay dato	
Brasil (Estado de Guanabara)	14.2	(1960)	No hay dato	
Gran Bretaña	8.0	(1970)	15.0*	
Irlanda	1.8	(1970)	2.3	(1967)
Holanda	8.1	(1970)	10.0	(1967)*
Suiza	17.1	(1969)	23*	(1967)
Suecia	22.0	(1969)	No hay dato	
Berlín Occ.	41.6	(1964)	40.4	(1967)
Finlandia	23.3	(1969)	No hay dato	
Checoslovaquia	24.5	(1968)	24.6	(1968)
Israel	5.2	(1970)	9.9	(1966)
Turquía	No hay dato		4.0	(1965)
México	2.3	(1969)**	No hay dato	

\*Este dato corresponde en los países marcados con asterisco a la tasa con relación a la población de 15 años y más. \*\*Corresponde a datos obtenidos directamente de las fuentes censales. Fuente: Anuarios Demográficos de Naciones Unidas (1965 y 1971) y vita.  
 \*El Comité Ejecutivo de la IASP redactó un cuestionario que envió a los representantes nacionales de 37 países. Se recibieron 22 respuestas y fueron compiladas por David K. Reynolds, PH. D.  
 Reproducido de: Suicidios y suicidas en la sociedad mexicana, Ma. Luisa Rodríguez Sala de Gómez Gil, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, (1974).

está relacionado con aspectos socioeconómicos. Su incidencia disminuye en tiempos de guerra. Por otra parte, las cifras de suicidio también difieren en las áreas rurales y las urbanas.

**Dr. Campillo** ¿Qué influencia tienen en las tasas de suicidio las actitudes hacia la muerte, prevalentes en ciertas sociedades?

**Dr. de la Fuente** Aparentemente, las tasas de suicidio están relacionadas con las actitudes hacia los actos de autodestrucción que prevalecen en distintas sociedades y culturas. Ejemplo de ello es Hungría, un país donde tradicionalmente el suicidio no despierta actitudes enérgicas de crítica y repudio, como ocurre en otros países de Europa

como Irlanda, en donde la condenación del suicidio es poderosa. Hungría tiene una de las tasas más elevadas de suicidio en el mundo, e Irlanda una de las más bajas. Es posible que la condenación del acto contribuya a que las tasas de suicidio sean menores en los países fuertemente católicos, como lo hizo notar el sociólogo Emile Durkheim, desde principios de siglo, sin que hasta la fecha haya sido desmentido.

**Antropólogo Berruecos** Como ya señaló el Dr. de la Fuente, el papel de la religión es uno de los indicadores que pueden utilizarse para analizar este problema desde un ángulo social. La religión católica postula la aceptación de la voluntad de Dios. Por lo

Cuadro 2. Tendencia suicidógena en la República Mexicana 1947-1963-1970

Año	Coeficiente por cien mil habitantes	
	Número de Casos	Coeficiente
1947-57	8,239	3.2 (7)
1954	936	3.2 (8)
1955	949	3.2
1956	877	2.9
1957	816	2.6
1958	751	2.3
1959	805	2.4
1960	731	2.1
1961	778	2.2
1963	807	2.1
1947-63	12,111	2.63

Reproducido de: Suicidios y suicidas en la sociedad mexicana, Ma, Luisa Rodríguez Sala de Gómez Gil, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, (1974).

tanto, quien se quita la vida o lo intenta, actúa contra los designios de la providencia. Todavía hoy, en algunas comunidades rurales, no se sepulta al suicida en tierra consagrada, como el atrio de las iglesias.

**Dr. de la Fuente** No es solamente el miedo al castigo lo que detiene a individuos religiosos a quitarse la vida. No hay que perder de vista que quien está integrado a un grupo religioso está mejor protegido del aislamiento. La soledad es una de las condiciones que con más frecuencia inducen a una persona al suicidio.

Quisiera hacer una advertencia en relación con las diferencias en cuanto a la tasa de suicidio en diversos países: hay que tomar las cifras oficiales con reservas porque existen grandes diferencias en la fidelidad de los registros en cada uno de ellos.

**Dr. Campillo** ¿Cómo se explica que el suicidio sea más frecuente en los medios urbanos?

**Dr. Castillo** La pérdida del significado de la vida es más común entre personas que viven en sociedades industriales. Como es sabido, la industrialización y el estilo de vida que ésta genera, favorecen la ruptura de la cohesión familiar y el quebrantamiento de los valores tradicionales. Algunos estudios

sobre el suicidio entre los jóvenes, como el que el Dr. Cazullo realizó en Milán hace unos años, muestran el papel que en la elevación de las tasas de suicidio entre los jóvenes desempeñan el aislamiento, la desintegración familiar y el quebrantamiento de la tradición.

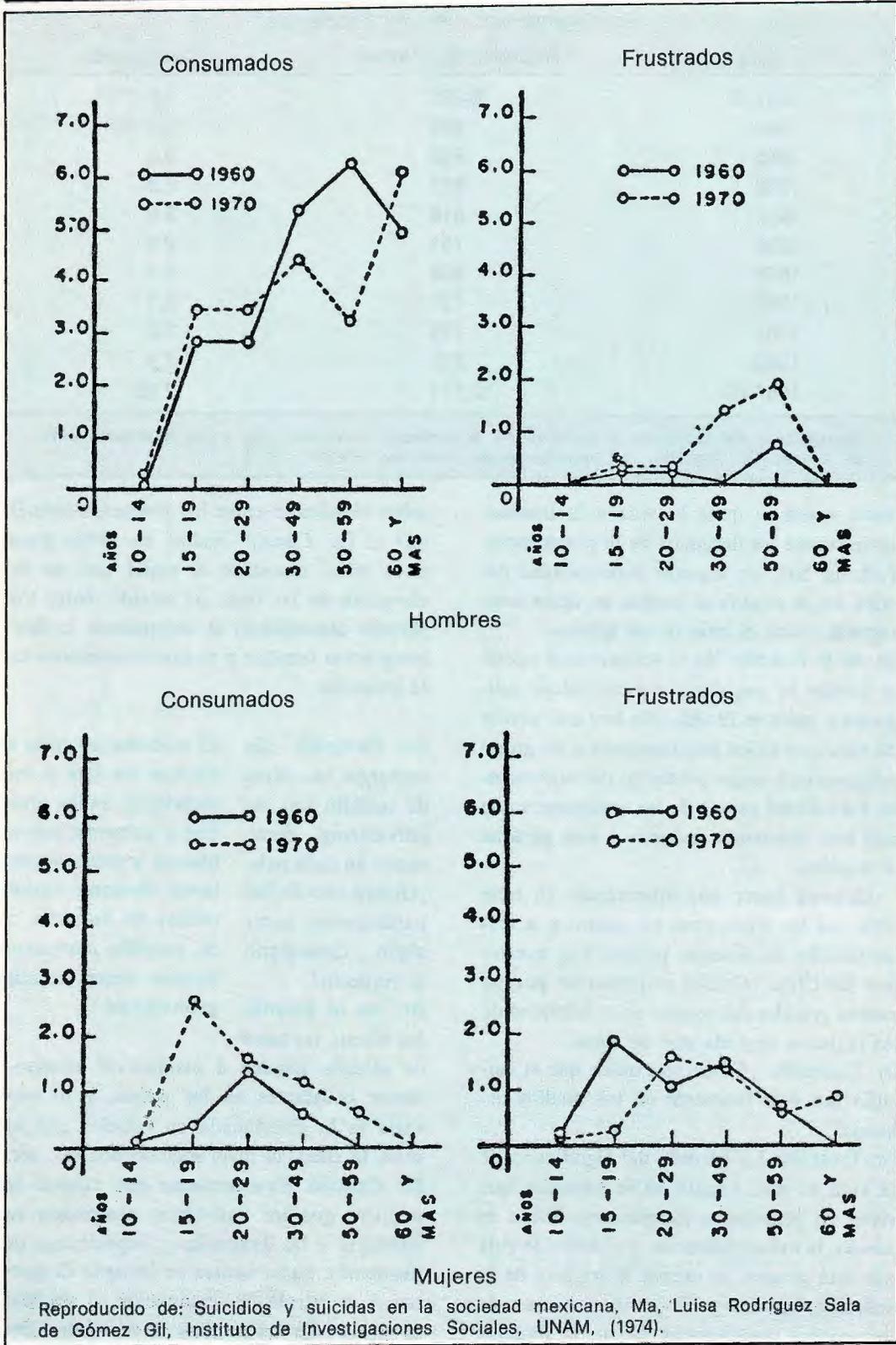
**Dr. Campillo** Sin embargo, las cifras de suicidio son relativamente constantes en cada país. ¿Quiere uno de los participantes hacer algún comentario al respecto?

**Dr. de la Fuente** El suicidio es más frecuente en épocas de paz y mayor libertad individual, entre divorciados, viudos y solteros; personas de raza blanca y profesionistas. Las mujeres jóvenes cometen más intentos de suicidio, mientras que el suicidio consumado es más común entre hombres maduros y ancianos.

En efecto, las tasas de suicidio tienden a mantenerse relativamente constantes en los países, y lo que varía es la distribución en relación con el sexo, la edad, el nivel socioeconómico, etc.

**Dr. Castillo** Es interesante que, cuando se requiere que los individuos conformen su conducta a las demandas y expectativas de los demás, como ocurre en tiempos de guerra o catástrofe, la inclinación al suicidio es menor. En los campos de concentración,

**Cuadro 3. Tasa de suicidios por grupos de edad en la Capital (D.F.)**



**Cuadro 4. Tasas de suicidio\* por estado civil para el resto del país (1960 y 1970) hombres y mujeres**

Estado civil	1960		1970	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Divorciados	142.22	76.86	14.08	14.62
Viudos	16.27	5.17	10.21	1.19
Solteros	4.89	3.24	5.03	2.51
Casados	3.40	1.66	4.58	1.13

\*Suma de suicidios consumados y de intentos de suicidio.  
Fuente: Datos de la Dirección General de Estadística Elaborados por la autora.  
Reproducido de: Suicidios y suicidas en la sociedad mexicana, Ma. Luisa Rodríguez Sala de Gómez Gil, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, (1974).

las tasas de suicidio descendieron, en tanto que en épocas de paz y mayor libertad individual, aumentan.

**Dr. Campillo** ¿Hay alguna diferencia epidemiológica entre los suicidios consumados y los intentos de suicidio?

**Dr. Castillo** Sí hay diferencias. Por ejemplo, los intentos de suicidio son relativamente más frecuentes entre las mujeres jóvenes, mientras que, por el contrario, los suicidios consumados son relativamente más comunes entre los hombres maduros y las personas de edad avanzada.

**Dr. Alvarez-Gayou** El suicidio es también más frecuente entre los divorciados, los viudos y los solteros. La incidencia es mayor entre los profesionistas —particularmente entre los médicos—, que entre los no profesionistas.

**Antropólogo Berruecos** Entre los soldados norteamericanos que participaron en la guerra de Vietnam, se suicidaron más blancos que negros, y más oficiales que soldados. Un estudio reciente, realizado en Nueva Zelanda y basado en el análisis retrospectivo de 955 casos de suicidio, proporcionó los siguientes datos: se suicidan más personas de raza blanca que de otras razas, más protestantes que católicos, más divorciados que casados y más personas con ocupación bien remunerada que mal remunerada.

**Dr. Castillo** Los factores que predis-

ponen al suicidio son muy complejos. La personalidad es importante y también los desórdenes mentales desempeñan un papel significativo.

**Dr. Campillo** Esto abre el camino para tratar las motivaciones individuales en el suicidio. Dr. de la Fuente, ¿podría usted referirse a los aspectos psicológicos del suicidio?

**Dr. de la Fuente** Es claro que los datos epidemiológicos no son suficientes para comprender el suicidio. Se trata de un acto individual en el que intervienen, en grados variables, la intención y la voluntad. La soledad y la pérdida de la esperanza son aspectos esenciales.

Cuando en 1910 se llevó a cabo en Viena la Primera Reunión de la Sociedad Psicoanalítica para estudiar el suicidio, W. Steckel expresó el punto de vista de que “nadie se suicida sin haber previamente considerado matar a otra persona”, es decir, que el suicida dirige contra su propia persona impulsos agresivos originalmente dirigidos a otra. Esta tesis fue adoptada por Freud quien, en su célebre trabajo sobre el duelo y la melancolía, sugirió que el duelo se explica porque la hostilidad dirigida a la persona que ha muerto se vuelca sobre el propio doliente. Creo que, si bien en

**sividad hacia otros, dirigida hacia uno mismo; el duelo por una pérdida; la excesiva rigidez moral; la soledad. El intento de suicidio puede provenir de una actitud ambivalente de deseo y rechazo a la muerte y, muchas veces, constituye una llamada de auxilio.**

ciertos casos la cólera y la venganza pueden ser identificadas como motivos, de ningún modo su presencia es necesaria ni mucho menos explica la mayor parte de los casos.

**Dr. Castillo** El suicida con frecuencia es una persona cuya conciencia moral es rígida, tiránica y “perseguidora”. El suicidio, dice O. Fenichel, es la única salida que una persona encuentra para liberarse de ese tirano que le hace sentirse culpable, carente de valor y no merecedor de una vida feliz. El suicida, en ocasiones, es alguien que no pudo satisfacer las demandas de su conciencia moral.

**Dr. Campillo** ¿Qué proporción de los que atentan contra su vida quieren realmente morir?

**Dr. de la Fuente** Todos, niños, jóvenes o adultos, tienen por lo menos ocasionalmente la fantasía de causarse la muerte. Afortunadamente, del pensamiento a la acción hay un largo trecho. Es importante señalar que lo que caracteriza a muchos intentos de suicidio es la ambivalencia, es decir el sujeto desea morir y no quiere morir. Si descartamos los casos ficticios en los que la persona no tiene ninguna intención de hacerse daño, y nos concretamos solamente a los casos reales, se puede decir que esta ambivalencia muy frecuentemente está presente, y puede revelarse por la decisión de correr el riesgo de morir o de no morir, de retar al destino.

Por otra parte, muchos intentos de suicidio son, en el fondo, una petición desesperada de auxilio. El individuo quiere hacer sentir a los demás cuán desesperada es su situación. Cualquier intento de suicidio debe verse con preocupación, ya que no pocas de estas personas que quisieran recibir ayuda, si no logran suscitar un cambio en las circunstancias que los orillaron a hacer un intento de suicidio, lo hacen nuevamente y con frecuencia, finalmente tienen éxito.

**Las fantasías de los que han intentado suicidarse revelan esta-** **Dr. Campillo** Una contribución al es-

tudio de la psicología del suicidio es el estudio de las fantasías de personas que han intentado suicidarse.

**Dr. de la Fuente** En efecto, las explicaciones de la víctima que ha sobrevivido, no pueden aceptarse literalmente, de ahí que las

notas o cartas que suelen dejar los suicidas son importantes para aquilatar el estado mental y afectivo de la víctima en el momento de su acción autodestructiva. Los estados mentales que reflejan esas notas son muy variables. Hemos dicho que la cólera es una motivación poderosa en algunos casos y, a veces, el odio se mezcla con el amor, como en una nota que dice: “Espero que sufras a causa de mi muerte durante el resto de tu vida. Te ama, Juan”. La pérdida del significado, la pérdida de la esperanza, y la soledad extrema son estados afectivos frecuentemente decisivos.

**Dr. Díaz** No hay que perder de vista que las actitudes ante la muerte varían con la edad y las circunstancias. La noción que acerca de la muerte tienen los niños, difiere de la de los adultos. Hasta cierta edad, 8 ó 10 años, los niños no piensan que la muerte sea algo permanente y definitivo. Freud escribió sobre la tendencia poderosa de los seres humanos a negar la muerte y aseguró que ni jóvenes ni adultos pueden realmente imaginarse muertos.

En algunas fantasías hay una combinación de rasgos masoquistas y sádicos. La idea del suicidio causa placer a algunas personas. En otras ocasiones, es más bien un sentimiento de poder; la omnipotencia puede dominar, y algunos suicidios son actos de suprema soberbia.

**Dr. Campillo** Otra fantasía frecuente es la del descanso. El suicida anhela poner fin a su angustia intolerable. Una nota de despedida de un suicida decía: “Yo quisiera

**dos mentales en que destacan la cólera y el odio, rasgos sado-masoquistas, sentimientos de poder y soberbia, profundo deseo de descanso. Con frecuencia el suicida, en especial el niño, no considera la muerte como algo definitivo. Muchos jóvenes recurren a él para hacer sufrir a las personas que los rechazan.**

**Cuadro 5. Distribución porcentual de tentativa de suicidio en la República Mexicana, por causas, 1967**

Causas	No. de casos	%
Enfermedades graves e incurables	126	13.4
Disgustos familiares	126	13.4
Amorosas	77	8.2
Dificultades económicas	53	5.6
Intoxicación por alcohol	40	4.0
Enajenación mental	38	4.0
Remordimiento	26	2.8
Intoxicación por drogas enervantes	10	1.1
Se ignora	63	6.7
Otras	383	40.8

ser un estanque verdinegro, tranquilo, limpio y hondo". Hay otras fantasías como la de renacer a otra vida más amable.

**Dr. Alvarez-Gayou** En mi experiencia, el hacer sufrir a otra persona, tratando que se sienta culpable, es un móvil frecuente.

**Dr. de la Fuente** Hay casos en los que el suicida no toma en cuenta a los demás. Otras veces, una persona muy significativa quien le rechazó o le negó su ayuda está implicada. El desapego, el desprecio y el desinterés de alguien muy significativo es una invitación a borrarse de la faz de la tierra. Algunos ancianos se suicidan porque los demás ya no quieren que vivan, y tal cosa se les hace sentir en formas más o menos encubiertas.

**Dr. Díaz** En los jóvenes, el rechazo por parte de sus padres es una causa frecuente de suicidio. Esto es por lo menos tan frecuente como haber sido rechazado en el amor.

un acto racional, resultado de una meditación filosófica y es expresión de libertad. Sin embargo, las más de las veces, no es así. Ya se ha dicho que el suicidio es más frecuente entre personas que sufren desórdenes mentales.

**Dr. Castillo** Las datos estadísticos, en cuanto a la proporción de suicidas que son enfermos mentales son muy contradictorios. Robins, de San Louis Missouri, concluye que el 92 por ciento de suicidas sufren alguna forma de patología mental, y sólo el 8 por ciento restante son personas sanas. Hay otros estudios que señalan proporciones menores; no más del 20 ó 30 por ciento. De todos modos la proporción es elevada. No hay nada irracional en el caso de una persona que sufre una enfermedad incurable, grave y dolorosa y se quita la vida.

**Dr. Campillo** ¿Tienen los seres humanos el derecho a quitarse la vida?

**Dr. de la Fuente** En último término, cada quien es dueño de su propia vida, pero el suicidio es algo que afecta también a la vida de otros. Cabe destacar el hecho de que la forma de patología que con más frecuencia conduce al suicidio es la depresión severa. Hay datos para pensar que aproximadamente la mitad de las personas que se quitan la vida, lo hacen bajo un estado patológico de depresión. Una persona severamente deprimida, que atenta contra su

**El suicidio puede resultar de una decisión racional, pero la mayor proporción corresponde a personas con trastornos mentales. La mitad de los suicidios se cometen en estado de profunda depresión. Son frecuentes los suicidios entre esquizofrénicos, fármacodependientes y alcohólicos.**

**Dr. Campillo** ¿Podría afirmarse que el suicidio tiene en el viejo un sentido diferente que en el joven?

**Dr. Alvarez-Gayou** El suicidio también puede ser

**Cuadro 6. Suicidio y alteraciones mentales**

Diagnóstico	Otros diagnósticos	N
Depresión	Ninguno	64
	Enfermedad maligna terminal	2
	Enfermedad no maligna terminal	2
	Dependencia a barbitúricos	1
	Demencia y dependencia a barbitúricos	1
		<u>70</u>
Alcoholismo	Ninguno	4
	Depresión	9
	Depresión y enfermedad no maligna terminal	1
	Enfermedad maligna terminal	1
		<u>15</u>
Esquizofrenia		3
Estado fóbico de ansiedad	Ninguno	2
	Dependencia a barbitúricos	1
		<u>3</u>
Dependencia a barbitúricos		1
Psicosis aguda (esquizoafectiva)		1
Total de la enfermedad mental		93
Total de la enfermedad no mental		7
		<u>100</u>
Fuente: Barraclough B et al (1974).—A Hundred Cases of Suicide: Clinical Aspects. Brit. J. Psychiat. 103 355-73.		

vida no está haciendo uso de su libertad, porque no puede evaluar objetivamente su situación. En la depresión, el abatimiento del humor cambia la visión que el sujeto tiene de sí mismo, de sus circunstancias, de su pasado y de su futuro, y puede verse a sí mismo en un callejón sin salida, sin estarlo realmente. Si le dejamos actuar, si pudiendo hacerlo no interferimos, estamos cometiendo una grave omisión, puesto que la mayoría de las personas deprimidas pueden, mediante tratamiento adecuado, recu-

perar la salud y entonces todo es diferente. Las personas que se recuperan de un estado depresivo, ya no quieren quitarse la vida.

**Dr. Alvarez-Gayou** Sabemos que muchos suicidas sufren depresión, otros sufren psicosis y otros más son alcohólicos. Como médicos, tenemos el deber de ayudarles a vivir. Indudablemente hay suicidios racionales, pero son la excepción.

**Dr. Campillo** ¿Qué otras formas de patología mental, aparte de la depresión y el alcoholismo, son frecuentes en los suicidas?

Cuadro 7. Desórdenes mentales entre personas que cometen suicidios

Referencia y lugar de estudio	Fuente de datos	Tamaño de la muestra	% con desórdenes mentales	Comentarios
Krupinski y col, 1945 (Victoria, Australia)	Archivos del forense 1963	M 302 F 147	21.2 21.8	Previamente bajo cuidado del Departamento de Salud Mental.
Prokupek, 1967 (Checoslovaquia)	Estadísticas nacionales 1963-66	2.335	30 24 7	Psicosis Neurosis Personalidades psicopáticas.
Robins, y col. 1959	Fallos de suicidios consecutivos, 1956-57	134	94	68% con psicosis maniacodepresivas o alcoholismo. Entrevista con sobrevivientes.
Sainsbury, 1955 (Londres, Inglaterra)	Archivos médicos y del forense 5 distritos, 1936-38	390	37 47	Factores principales Factores contribuyentes.

**Dr. Díaz** Entre los trastornos mentales que conducen al suicidio hay que mencionar los estados esquizofrénicos. La farmacodependencia y ciertos trastornos de la personalidad, también predisponen al suicidio. En Inglaterra, Sansbury y sus colaboradores encontraron en 100 suicidas, que el 64 por ciento de ellos sufrían depresión y el 15 por ciento eran alcohólicos. Las observaciones de muchos autores coinciden en cuanto a la frecuencia del suicidio entre personas transitoria o persistentemente afectadas. El intento de suicidio es una emergencia. El médico siempre tiene la obligación de intervenir.

**Dr. Alvarez-Gayou** En ese estudio, se encontró también que un alto porcentaje de los suicidas estaban sujetos a tratamiento

mediante inhibidores de la MAO o tricíclicos, pero las dosis eran insuficientes. Es de pensar que el manejo adecuado de estas armas terapéuticas hubiera podido reducir el número de víctimas.

**Dr. Campillo** ¿De qué elementos disponemos para poder prevenir un suicidio?

**Dr. Castillo** Recursos educativos, psicológicos y también farmacológicos en los casos de personas que sufren depresión. Más que

**Para prevenir el suicidio, debe tomarse en serio toda persona que expresa ideas suicidas o presenta el "síndrome presuicida". Las personas en mayor riesgo son las de personalidad esquizoide o sujetas a ciclos depresivos, los epilépticos, los psicópatas, las personas que no pueden establecer ligas afectivas profundas.**

**Cuadro 8. Estudios longitudinales de las relaciones entre desórdenes psiquiátricos y muertes por suicidio**

Series y tipo de desórdenes	Número de personas	Total de muertes	Muertes por suicidio	Muertes por suicidio como % de todas las muertes	Muertes por suicidio como % de todas las muertes en grupo
Estudio longitudinal en Islandia (Melgason 1964)	5 395	1 493	51	3.4	0.94
Psicosis maniacodepresiva	103	34	18	53	17.4
Esquizofrenia	42	16	1	6	2.3
Psicosis psicógena	51	13	6	46	11.8
Estados psiquiátricos no clasificados	17	8	4	50	23.5
Adicción alcohólica	163	57	9	15.8	5.5

hablar de prevención quisiera poner el acento en la intervención durante las crisis.

Todo enfermo que expresa ideas suicidas debe ser tomado en serio. La experiencia muestra que el médico suele cometer errores, y uno de los más frecuentes es negar el peligro de que su paciente se suicide y considerar que sus anuncios son meras manipulaciones. Algunos médicos se niegan a escuchar a quienes anuncian su intención de quitarse la vida o les responden en forma hostil. En el curso de un tratamiento psicoterapéutico puede ocurrir que interpretaciones inoportunas hechas a ciertas personas frágiles aniquilen sus defensas y las hagan más vulnerables a sus impulsos autodestructivos.

**Dr. Campillo** ¿Es posible identificar a los sujetos que están en riesgo de suicidarse?

**Dr. Díaz** Hay suicidios que son actos brutalmente impulsivos, pero muchos otros se fraguan, se meditan y se planean. Ringel describió un "síndrome presuicida", que consiste en cambios notorios en el carácter, con tendencia a la retracción, y pérdida de

intereses.

Hay personas manipuladoras que "intentan" suicidarse con el propósito de imponer su voluntad a los demás. Sin embargo, no hay que perder de vista que una persona desesperada trata de llamar la atención. El histérico lo hace históricamente, y el deprimido lo hace melancólicamente, como corresponde a su estado.

**Dr. Campillo** ¿Hay tipos de personalidad que predisponen al suicidio?

**Dr. Alvarez-Gayou** En mi opinión son las personas esquizoides (retraídas) y las personas sujetas a ciclos depresivos las que constituyen un riesgo mayor.

**Dr. Castillo.** En mi experiencia, la persona más propensa al suicidio es retraída, introvertida y aislacionista, y tiene rasgos de tipo obsesivo y conciencia moral rígida. Estas personas son impulsivas y sufren depresión con más frecuencia que otras.

**Dr. Díaz** Si alguien sufre esquizofrenia, no es por ello inmune a la depresión. Cuando una persona esquizofrénica se deprime, corre riesgo de suicidarse. En algunos epi-

**Cuadro 9. Enfermedades padecidas por los suicidas\* en la capital (D.F.) 1955-1959**

Enfermedades	Hombres		Mujeres		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Enfermedades incurables	28	33.33	17	45.95	45	37.20
Enfermedades nerviosas	26	30.96	18	48.65	44	36.36
Alcoholismo	21	25.00	2	5.40	23	19.00
Enfermedades del corazón	4	4.76	—	—	4	3.31
Enfermedades infecciosas	3	3.57	—	—	3	2.48
Ceguera	2	2.38	—	—	2	1.65
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100.00</b>	<b>37</b>	<b>100.00</b>	<b>121</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Datos procedentes de encuesta directa.  
 \*Suma de suicidios consumados y frustrados.  
 Reproducido de: Suicidios y suicidas en la sociedad mexicana, Ma. Luisa Rodríguez Sala de Gómez Gil, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, (1974).

lépticos, el suicidio puede basarse en un acto impulsivo de descarga. Por otra parte, los epilépticos, particularmente en casos de epilepsia del lóbulo temporal, suelen sufrir depresiones severas. Los psicópatas que tienen fama de molestar siempre a los demás y buscar solamente su ventaja, también pueden suicidarse. De hecho, un tipo de suicida es el sujeto psicópata, incapaz de adaptarse constructivamente a la vida, que cae en el alcoholismo, o la dependencia de drogas; cuando llega al final de sus recursos, se suicida.

**Dr. Campillo** ¿Qué papel desempeñan el estilo de vida y los hábitos en propiciar la tendencia al suicidio?

**Dr. de la Fuente** El sujeto solitario, que tiene una actitud cínica y pesimista, que difícilmente puede mantener un hogar integrado o establecer ligas afectivas profundas, que no tiene restricciones morales ni se compromete con ideales o metas, es una persona más dispuesta que otras a quitarse la vida ante circunstancias adversas.

**La depresión enmascarada lleva a actos, que no siendo directamente suicidas, implican peligro para la vida: guiar en forma des-**

**Dr. Castillo** En mi propia experiencia, personas con depresión enmascarada,

hostiles, con sentido de “humor negro”, son un riesgo grave.

**Dr. Díaz** En la “depresión enmascarada”, la propensión al suicidio es aún mayor que en formas abiertas de la depresión.

**Dr. de la Fuente** Hay una forma de depresión enmascarada que induce a arriesgar la vida. La persona no dice que quiera suicidarse, pero su forma de cruzar las calles o guiar su automóvil indican que busca su autodestrucción. La propensión a accidentes puede ser una forma enmascarada de autodestrucción. Hay formas de matarse que parecen suicidios, una de ellas es abandonar un tratamiento médico indispensable.

**Dr. Alvarez-Gayou** Muchos alcohólicos ponen en peligro su vida exponiéndose a peligros graves e innecesarios. El adicto a las drogas, sobre todo a la heroína, está consciente de que puede morir a causa de una sobredosis; y sin embargo, corre el riesgo una y otra vez.

**Dr. de la Fuente** He tenido oportunidad

**cuidada, abandonar un tratamiento médico, ser alcohólico o drogadicto, elegir profesiones arriesgadas. Las personas gravemente enfermas o incapacitadas constituyen un riesgo mucho menor que los hipocondriacos. El desempleo es otro factor favorecedor del suicidio.**

**Cuadro 10. Porcentaje de alcohólicos que intentan o cometen suicidio**

Referencia y lugar estudio	Tipo de población	No. de alcohólicos	Duración del seguimiento	Suicidios	Intentos de suicidio
Battegay, 1965 (Basilea, Suiza)	Tratados en clínicas psiquiátricas, 1963	213	1½-2½ años	2.8	20.7
Dahlgren, 1945	Tratado en clínicas médicas y psiquiátricas, 1933-42	174		20	
Gardner, y col., 1964 (Honroe Co., N.Y. EE. UU.)	Registro de casos psiquiátricos, 1960-62 inclusive			0.2 (debajo de 55 años)	
Kessel y Grossman 1961 (Londres, Inglaterra)	Tratamiento voluntario.	131	Promedio 5½ años	8	
	Tratamiento obligado.	87	Promedio 4½ años	7	
Lerch, 1959 (Basilea, Suiza)	Internamiento administrativo y admisiones en clínicas psiquiátricas	137	Promedio 3 años		19.7

de analizar la conducta de algunos sujetos con profesiones arriesgadas; un corredor de automóviles, hoy difunto, y una persona que realizaba trabajos en las torres de los edificios. Ambos tenían una peculiar incapacidad para experimentar angustia; una falta de resonancia afectiva en la vida habitual. Solamente encontraban sabor a su vida arriesgándola.

**Dr. Campillo** ¿Qué papel desempeñan las incapacidades y los defectos físicos en los actos suicidas?

**Dr. Castillo** Con excepción de las enfermedades incurables y dolorosas en fases terminales, los defectos físicos no son en sí mismos una causa predisponente al suicidio.

Las personas se adaptan a sus defectos y a sus limitaciones físicas.

**Dr. Díaz** Estoy de acuerdo. Definitivamente es más bajo el número de personas que se quitan la vida por sufrir una enfermedad incurable, que el de otras que se suicidan porque creen sufrirla. Quien sufre depresión hipocondriaca y cree tener cáncer, es un riesgo mayor que una persona que realmente sufre este último padecimiento.

**Dr. Campillo** ¿Qué papel desempeñan el desempleo y la jubilación en el riesgo de suicidio?

**Antropólogo Berruecos** Las estadísticas indican que en los países desarrollados, la tasa de suicidio de personas de edad avan-

Cuadro 11. Contactos psiquiátricos previos de personas que cometen suicidio

Referencia y lugar de estudio	No. de casos	Periodo de estudio	Contacto psiquiátrico (% de casos)
Capstick, 1960 (Gales)	881	1951-55	14
Dorpat y Ripley, 1960 (Seattle, EE. UU.)	114		22
Motto y Greene, 1958 (San Francisco, EE. UU.)	175	1956-57	9
Prokúpek, 1957 (Checoslovaquia)	M6728 F12222	1963-66	27-36 40-46
Seager y Flood, 1965 (Bristol, Inglaterra)	325	1957-61	16.0 29.8

Fuente: Suicide prevention/WHO.

zada y desocupadas es muy elevada.

**Dr. Campillo** ¿Representa el consumo excesivo de alcohol una forma de suicidio disfrazado?

**Antropólogo Berruecos** Así es en algunos casos, pero el alcohol tiene otros usos. En nuestras comunidades indígenas, el abuso del alcohol representa más que un medio de autodestrucción, un medio de cohesión y de reforzamiento de las relaciones sociales. En las fiestas, beben hombres y mujeres y en ocasiones hasta los niños. Es desafortunado que nuestros campesinos inviertan hasta más del 50 por ciento de su bajo salario en alcohol destilado mediante procedimientos muy rudimentarios y cuya fabricación está fuera del control del estado.

**Dr. Castillo** Me parece que, en general, el campesino no es muy consciente de las consecuencias de su alcoholismo. Me parece inconveniente generalizar. Las motivaciones del campesino alcohólico como las de otros alcohólicos, pueden ser de dos tipos: socialización o autodestrucción.

**Dr. de la Fuente** No cabe duda que el alcohol cumple una función destructiva, acor-

tando la vida. El alcohol se puede usar deliberadamente o inconscientemente como instrumento de autodestrucción, pero no hay que perder de vista que la destrucción del individuo puede ser una consecuencia inevitable, no deseada, de su abuso de alcohol.

**Dr. Campillo** La frecuencia de suicidio es inversamente proporcional a la de homicidios. Las culturas que controlan los individuos a base de sentimientos de culpa favorecen más el suicidio que las que lo hacen a base de provocar vergüenza en ellos.

**Dr. Díaz** En México, aunque una proporción importante de casos no se registre, el índice de homicidios es muy elevado: de 26 por 100,000, en comparación con el de suicidios que es bajo: 2 por 100,000. Es un hecho reconocido que, en los países con un índice elevado de homicidios, el de suicidios es proporcionalmente bajo. Sin embargo, el homicidio es un acto de naturaleza diferente al suicidio, con otras motivaciones, y que ocurre en circunstancias diferentes. En mi

opinión no se trata de las dos caras de una moneda. Es sabido que, en nuestro medio, la mayor parte de los homicidios no son planeados, sino consecuencia de riñas que ocurren en estados de intoxicación alcohólica.

**Dr. de la Fuente** Eso no excluye el hecho de que en ciertas sociedades y culturas hay menos inhibiciones legales, morales y sociales para agredir mortalmente al vecino, que en otras.

**Antropólogo Berruecos** Durkheim, en su trabajo clásico, considera dos tipos básicos de suicidio: el altruista y el egoísta. La importancia del estudio de Durkheim reside en que por primera vez explicó las causas y los tipos de suicidio desde el punto de vista de sus determinantes sociales.

**Dr. de la Fuente** Desde el punto de vista social, me parece de interés mencionar la distinción clásica entre dos tipos de cultura: una, que ejerce control sobre los niños suscitando en ellos un sentimiento de culpa, y otra que lo hace suscitando en ellos vergüenza. Ahí donde predomina la vergüenza, es más probable que la agresividad del individuo se vierta hacia el exterior, mientras que donde predomina el sentimiento de culpa es más fácil que ciertos conflictos inclinen a la autodestrucción. El llamado machismo tiene como base una intolerancia extrema para experimentar vergüenza, intolerancia para ser exhibido ante los demás como ridículo o carente de valor. Se prefiere hacer desaparecer al otro antes que ser humillado. Por supuesto, ésta es una pequeña faceta de un problema muy complejo, pero vale la pena hacer alusión a ella.

**La vinculación e interés del médico por la persona que ha hecho un intento de suicidio, cuando sea posible contando con el apoyo y ayuda de su familia, son indispensables para ayudar a la víctima a superar su desesperanza y soledad. En los casos en que interviene la depresión como**

**Dr. Campillo** Quisiera que se tocara algún aspecto del tema del que no se ha hablado. Concretamente, el manejo terapéutico de la persona que ha hecho un intento

de suicidio.

**Dr. Castillo** Es necesario ver en el problema dos dis-

tintos aspectos. La persona y las circunstancias. El interés del médico es comprender los determinantes del acto suicida y ayudar a la víctima a superar su desesperanza, su soledad y su falta de fé. Una vinculación significativa con la víctima es indispensable para poder brindarle ayuda. Con frecuencia, es necesario buscar el apoyo familiar y, en algunos casos, el de otras personas significativas en la vida del suicida.

Estoy de acuerdo con lo dicho por el Dr. de la Fuente, de que hay otros sentimientos además de la agresividad que mueven al paciente a su acción. La vergüenza, la soledad y el rechazo son importantes. Es necesario que el paciente vea los móviles de su acción, reconozca sus ingredientes y encuentre el sentido de su petición de ayuda o manipulación cuando estén presentes.

**Dr. Campillo** ¿Cómo debe tratarse a la familia de una persona que ha intentado suicidarse?

**Dr. de la Fuente** En algunos casos, es posible hacer a algunos familiares partícipes de un programa cuyo propósito es prevenir la reincidencia. No siempre es posible que algún familiar asuma responsabilidad en el propósito de ayudar a la persona a superar una situación crítica.

Hay otro aspecto de la posición del médico ante la familia de un suicida. La persona que se quita la vida deja en sus padres, cónyuge o hijos un sentimiento de culpabilidad, amargura y sufrimiento que puede persistir por el resto de la vida. En estos casos, la verdad debe manejarse en beneficio de los dolientes. A veces, es necesario que ellos reconozcan sus omisiones y su culpabilidad; pero cuando el suicida tuvo como intención dejar un sufrimiento permanente en los suyos, lo pertinente es ayudarles a superar estos sentimientos infundados. En principio, debe despojarse al suicidio del halo de horror que le rodea y contender con

**factor causal, está indicado el tratamiento farmacológico en el apoyo del manejo psicológico.**

él como lo que es, decir como un problema humano.

**Dr. Campillo** ¿Qué papel corresponde al tratamiento farmacológico en el manejo de los parasuicidas?

**Dr. Díaz** Ya se ha dicho que una elevada proporción de intentos de suicidio están relacionados con la depresión. Contamos con fármacos efectivos para modificar el humor

abatido; medicamentos de acción rápida, como son los tricíclicos usados por vía parenteral o endovenosa. Es claro que el tratamiento medicamentoso sólo es una faceta del manejo de quienes han intentado quitarse la vida, pero no debe restársele importancia. Forma parte de un programa terapéutico integrado que se organiza en torno del manejo psicológico. □

### **Libro Fundamentos de Endocrinología Clínica**

Malacara • García Viveros • Valverde

Dirigido a estudiantes de medicina y a médicos internistas, este libro revisa en forma clara, concisa y completa los conocimientos básicos y aplicativos más recientes de cada glándula o sistema de secreción interna.

Hace especial énfasis en el diagnóstico y el tratamiento de las diversas endocrinopatías.

Se exponen, no sólo los conocimientos básicos universales, sino el fruto de las observaciones personales de los autores; esto le otorga al libro un valor indiscutible.

**Autores:** Fernando Antón-Tay, Carlos Beyer, Angela Cabeza, Juan Cos, Fernando Flores, José García Reyes, Mariano García Viveros, Francisco Gómez, Ernesto Gómez, Carlos Gual, Jaime Herrera, Ana Lemus, Manuel Malacara, Tomás Morato, Ronald Pardo, Adalberto Parra, G. Pérez Palacios, Ricardo Quibrera, Fernando Ruiz, José L. Trujillo, Carlos Valverde.

**Temario:** Generalidades, Hipotálamo-hipófisis, Glándula pineal, Tiroides, Paratiroides, Corteza suprarrenal, Sistema renina-angiotensina-aldosterona, Médula suprarrenal, Testículos, Ovarios, Factores biológicos en la sexualidad humana, Regulación hormonal de la fertilidad, Unidad feto-placenta, Páncreas endocrino, Hipoglucemias, Regulación del crecimiento, Obesidad, Tumores no endocrinos productores de hormonas, Determinaciones hormonales.

Un vol., 16.5 × 23 cm., 360 planas, 71 figuras, rústica

Precio \$ 260.00 m/n

ó 13.00 dólares

La Prensa Médica Mexicana

Parseo de las Facultadas 26,

México 20, D.F.

Teléfono: 550-45-00 con dos líneas