

HILDA MARCHIORI

EL SUICIDIO

ENFOQUE CRIMINOLÓGICO



EDITORIAL PORRÚA

AV. REPÚBLICA ARGENTINA, 15
MÉXICO, 1968

EL SUICIDIO
ENFOQUE CRIMINOLÓGICO

HILDA MARCHIORI

EL SUICIDIO

ENFOQUE CRIMINOLÓGICO



PODER JUDICIAL
CENTRO DE INVESTIGACIÓN
JUDICIAL
CD. VICTORIA, LINA.



EDITORIAL PORRÚA
AV. REPÚBLICA ARGENTINA, 15
MÉXICO, 1969

Copyright © 1958, por
Hilda Marañón
Av. Madero 1610
Toluca, Edo. de México

Las características de esta edición son propiedad de
EDITORIAL PORRÚA, S. A. de C. V. — 8
Av. República Argentina, 15, 06010 México, D. F.

Queda hecho el depósito que marca la ley

ISBN 970-07-1296-6

IMPRESO EN MÉXICO
PRINTED IN MEXICO

I. SUICIDIO

El suicidio es un comportamiento intencional autodestructivo llevado a cabo por una persona en una etapa de su vida altamente sensible, agravado por un contexto familiar-social vulnerable que no puede impedirlo.

El suicidio es la autodestrucción voluntaria de la propia vida.

El suicidio,¹ ha sido definido como el acto intencional causado a uno mismo que pone en peligro la vida y que da como resultado la muerte.²

La Organización Mundial de la Salud señala al suicidio como un acto con resultado mortal.³

El suicidio es la destrucción deliberada de la propia vida.⁴

El suicidio se ha producido en todo tipo de sociedades y su significado siempre ha implicado una permanente interrogante familiar, social y cultural.⁵

¹ Suicidus: etimológicamente (su: a sí; cide: muerte) la muerte dada a sí mismo. Acción y efecto de suicidarse. *Diccionario Hispano Universal*.

² Ver Beck, *Classification of Suicidal Behavior*, Amer. Psychiat., 1973.

³ Organización Mundial de la Salud: Documento, 1968.

⁴ Ver Pierre Morin, *El suicidio*, Ed. Ática, Buenos Aires, 1977.

⁵ En las teorías y trabajos sobre el suicidio, es importante recordar a Thomas Maccoby, quien en 1878 publicó *El suicidio como un fenómeno social de masas de la civilización moderna*.

En 1897, Emile Durkheim publicó su libro *El suicidio*, que constituye uno de los trabajos más completos sobre el tema. Es una obra clásica de la Criminología. Para Durkheim el suicidio, si bien en apariencia constituía un hecho altamente personal era sólo explicable por el estado de la sociedad a la que el individuo pertenecía. Cada sociedad, según Durkheim, presenta una inclinación colectiva al suicidio expresada en la tasa de suicidio que tendía a permanecer constante en tanto el carácter de la sociedad no cambiara. Ver Emile Durkheim, *El suicidio*, Ed. Schapir, Buenos Aires, 1965.

Para Durkheim, se llama suicidio a toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto, positivo o negativo, ejecutado por la propia persona, a sabiendas de que habría de producir este resultado.⁶

Erwin Stengel, investigador y estudioso de esta problemática, explica que el suicidio parece ser la acción más personal que un individuo pueda asumir; sin embargo, las relaciones sociales juegan un papel importante en su causalidad, pues posee un profundo impacto social; y aunque parece dirigido solamente a la destrucción de sí, es también un acto de agresión contra los otros.⁷

Suicidio significa el acto fatal, muerte, y el intento suicida al acto no fatal de autoperjuicio llevado a cabo con un consciente intento autodestructivo.⁸

Tozzini señala que el suicidio lo realiza la persona que renuncia a la vida con una voluntariedad preñada de exclusivos deseos de autoeliminación.⁹

Uno de los mayores problemas para diferenciar el suicidio de los accidentes, es determinar si ha sido un acto deliberado. Esta situación, lógicamente, se complica por las inclinaciones autodestructivas que integran la personalidad de todo individuo y que, en muchos casos, se traducen en la ingesta de alcohol, adicción a drogas, en los accidentes de tránsito.

Es evidente que el estudio sobre la intención que lleva a tomar la decisión revela que la conducta autodestructiva es un fenómeno complejo y está relacionado al estado físico, psíquico y social del individuo.

La intención es, indudablemente, un comportamiento complejo y su evaluación, según H. G. Morgan,¹⁰ requiere

⁶ Ver Emile Durkheim, *ob. cit.*

⁷ Erwin Stengel, *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*, Ed. Hornef, Buenos Aires, 1963.

⁸ Ver E. Stengel, *ob. cit.*

⁹ Ver Carlos Tozzini, *El suicidio*, Ed. Depalma, Buenos Aires, 1969.

¹⁰ Ver H. G. Morgan, *Deseos de muerte*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1983.

los testimonios vinculados con la situación mental del individuo, así como todas las demás circunstancias que rodean al sujeto.¹¹

Existe suicidio, dice Durkheim, cuando la persona en el momento de cometer el acto que pondrá fin a su vida, sabe con certeza lo que normalmente debe resultar del mismo. Pero el acto de suicidio puede crear dudas, con lo que se tiene otra situación nueva: accidente, homicidio.

El primer problema que se encuentra cuando se afronta el fenómeno del suicidio, señalan los investigadores italianos Festini Cucco y Cipollone, es el de su definición por la complejidad del propio acto.¹²

De la misma manera Kreitman¹³ afirma que una definición clara del suicidio no es posible, porque mientras la motivación es el tema central en la designación de una muerte a través del suicidio, aún no se tiene una teoría clara de la motivación.

Es indudable que la raíz del suicidio lo constituyen los motivos conflictivos interpersonales. Pero también y de modo fundamental el contexto histórico-social da significado al acto autodestructivo.

Para Farmer¹⁴ el suicidio es un tipo de comportamiento específicamente motivado hacia las conductas destructivas.

El suicidio es un comportamiento o un conjunto de comportamientos señalan Festini Cucco y Cipollone.¹⁵ El sui-

¹¹ Las explicaciones que se han tratado de dar a este fenómeno son numerosas: factores clínicos, creencias religiosas, influencias culturales, temperamentos, conflictos sociales. Sin embargo estamos lejos de entender por qué algunas personas toman una decisión tan grave e irreversible. No estamos en condiciones de comprender por qué esas causas determinan que ciertas personas lleguen a quitarse la vida. Ver Pierre Moren, *ib. cit.*

¹² Festini Cucco y Cipollone, *Suicidio e complejidad*, Ed. Giuffrè, Milán, 1992.

¹³ Ver N. Kreitman, *Definition of suicide*, *British Journal of Psychiatry*, 1988.

¹⁴ Véase R. Farmer, *Assessing the epidemiology of suicide and parasuicide*, *British Journal of Psychiatry*, 1988.

¹⁵ Festini Cucco y Cipollone, *ib. cit.*

cidio es un aspecto de una estructura del comportamiento social conocida por su complejidad que debe ser estudiada en el contexto particular.

¿Cuál es el proceso y las profundas motivaciones que llevan, como diría Jean Pinatel, de las ideas de muerte al pasaje al acto? Para algunos autores existirían diferentes procesos: a) un proceso defensivo que confiere al suicidio una reacción de defensa; b) un proceso punitivo que corresponde a un sentimiento de culpabilidad y a una conducta expiatoria; c) un proceso agresivo dirigido a culpar a la familia, a la sociedad; d) un proceso oblativo, de pago, determina en el suicida una tendencia al sacrificio; e) un proceso lúdico, de jugar con la vida.¹⁸

El dualismo existencia —vida o muerte— que está planteado en todos los seres humanos es más marcado, al parecer, en la persona con ideas autodestructivas; la angustia ante el vivir y ante la espera de la muerte.

PROCESO PSÍQUICO

El estado emocional propio de todos los suicidas se caracteriza por la angustia y la desesperación que les resultan imposibles de controlar. Este proceso psíquico comprendería:

— La idea de suicidio, es decir, la representación mental del acto. Las ideas de muerte van estructurando una personalidad cada vez más angustiada y con una progresiva marginación o automarginación social.

— La preparación del suicidio. Los comportamientos y actos preparatorios de la acción, por ejemplo comprar veneno, armas, escribir cartas, preparar el funeral, despedirse de familiares.

— El suicidio, acto de matarse, tiene como consecuencia la muerte, sobrevivencia (intento).

¹⁸ Véase Pierre Morin, *op. cit.*

El suicidio o el intento de suicidio, explica García Reynoso, comprenden diversos significados; no sólo constituyen un ataque internalizado sino que pueden ser una señal para atraer la atención o una forma de pedir auxilio, algo así como la única manera posible de dirigirse a alguien el pedido; éste es una exigencia de socorro inmediato, pero es, al mismo tiempo, una acusación destinada a controlar y reprochar a las otras personas de su situación. Toda frustración, por mínima que sea, es interpretada como abandono o rechazo.¹⁷

Entre los aspectos y factores que inciden en la personalidad del suicida se observan: aislamiento, imposibilidad de atenerse a normas sociales o de cumplir anhelos personales y la pérdida de la propia estima.¹⁸ ¹⁹ La muerte de un familiar (pareja, hijo, padres) en los dos o tres años anteriores al comportamiento suicida ha sido analizado como el desencadenante de un estado depresivo profundo.

VULNERABILIDAD Y SUICIDIO

La personalidad suicida manifiesta una alta fragilidad-vulnerabilidad que lo conduce a un comportamiento voluntario auto-destructivo.

Vulnerabilidad ²⁰ significa, desde una perspectiva criminológica, no poder percibir el peligro de la agresión y de la autoagresión, no tener posibilidades de reaccionar

¹⁷ García Reynoso expresa que las interrelaciones enfermo-medio social están cargadas de ambivalencia como los propios sentimientos del depresivo. Ver García Reynoso, *Depresión, melancolía, manía*, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires. Asimismo, la importancia del narcisismo en los estados depresivos. Ver Blichmar, *La depresión, un estado psicoanalítico*, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1980.

¹⁸ Se considera que los suicidas se quitan la vida cuando ven amenazada su posición en la sociedad y creen que no han llegado a la altura de su deber o de la imagen que de sí mismo querían dar a otras personas. Ver Pierre Mordir, *id. cit.*

¹⁹ Al parecer existe una relación estrecha entre alcoholismo y suicidio. Ver E. Durkheim, *id. cit.*

²⁰ H. Marchioni, *La víctima del delito*, Marcos Lerner Editora, Córdoba, 1990. También véase *Vitima cultural*, en *Vitima* N° 7, Córdoba, 1992.

y de protegerse. Es una personalidad fragmentada, dividida, silenciada, que realiza el comportamiento intencional autodestructivo en un medio familiar y social-cultural, que por múltiples factores y circunstancias, no puede impedirlo.

La vulnerabilidad representa un proceso que produce un estado de indefensión, de extrema angustia existencial que lleva a la determinación del suicidio.

La vulnerabilidad individual, personal-física y psíquica se integra a una vulnerabilidad social donde las redes de protección familiar y social no pudieron percibir la intencionalidad del comportamiento suicida.

Es evidente que existen grados de mayor vulnerabilidad individual, familiar y social, pero la extrema complejidad de los comportamientos suicidas no permiten, en numerosos casos, comprender, el peligro de muerte.

La vulnerabilidad que presenta un niño o un adolescente, un anciano, es distinta de la vulnerabilidad de un adulto.

La situación de vulnerabilidad impide que el individuo pueda superar la grave problemática en la que se encuentra y no pueda advertir su real y auténtico estado de indefensión individual y social y que no responda con otros comportamientos, que no sean las ideas y conductas de muerte.

La vulnerabilidad individual familiar y social está relacionada a los comportamientos suicidas. La vulnerabilidad se refiere, como se ha señalado, a una persona o grupo de personas que por su situación, condiciones no puede percibir el peligro de su comportamiento autodestructivo.

La vulnerabilidad comprende la situación de alto riesgo del paciente con ideas de muerte. La persona vulnerable a la intención suicida está impedida de percibir y comprender la situación irreversible de su auto-agresión.

Entre los aspectos más significativos de un estado de vulnerabilidad se observan en relación al suicidio:

- Proceso de duelo por la muerte, pérdida emocional, abandono.
- Situación de crisis personal. Desvalorización.

- Conflicto nuevo e inesperado en sus relaciones personales, familiares y sociales.
- Procesos de victimización, culpa-castigo vinculado a conflictos familiares.
- Crisis económica-social, q.: altos índices de desempleo, colapsos económicos-sociales.
- Indiferencia social-cultural.
- Graves procesos de victimización. Víctimas de hechos delictivos. Víctimas de desastres.
- Suicidio por toxicomanías. Vulnerabilidad por drogadependencia.
- Vulnerabilidad por enfermedad mental.
- Vulnerabilidad por discapacidad física.

VULNERABILIDAD, CONSECUENCIAS

La grave vulnerabilidad en la que se encuentra el individuo, su sensibilidad y desprotección personal, psíquica y social provoca, con las ideas de muerte, consecuencias profundas de carácter irreversibles individual, familiar y social.

Las consecuencias individuales integran una serie de aspectos tanto físicos, desde una leve lesión, causadas por el intento suicida, hasta lesiones graves, gravísimas que provocan daño a la salud, daño corporal, en muchos casos, de por vida, como por ejemplo: parálisis, pérdida de algunos de los sentidos, lesiones gravísimas, enfermedades, deterioro en la salud. Lesiones físicas que traerán consecuencias en su vida personal y en su vida social, en sus actividades educativas, laborales, sociales.

Los daños emocionales serán sumamente difíciles de poder establecer y determinar. La situación de alto estrés que implica el acto suicida, su conmoción ante la actitud y decisión de pérdida de la vida, significarán, en caso de sobrevivencia, cambios en el estado psíquico del individuo, cambios caracterizados por alteraciones emocionales, en muchas ocasiones agravando el estado depresivo. En otros,

los daños emocionales provocarán nuevas situaciones de mayor desequilibrio, ambivalencia e inestabilidad.

Es evidente que las modalidades asistenciales serán fundamentales para la recuperación de los daños físicos y emocionales. Las repercusiones de los daños emocionales, serán, al contrario de las físicas, más complejas para determinar las secuelas que han provocado en el paciente.

En el análisis sobre el suicidio, el interrogante básico es complejo y simple: ¿cuál es el estado del paciente, cómo queda un paciente después de un intento suicida?, ¿cuáles son las consecuencias personales, familiares y sociales post-estrés del suicidio?

El daño emocional resultará desestructurante para el individuo, por ello las reiteraciones de las conductas suicidas, por la carencia de una contención asistencial y existencial.

Los daños emocionales a la familia serán graves, especialmente en los casos de niños y adolescentes. Todos los miembros del grupo familiar se verán afectados profundamente y el intento de suicidio provocará miedos y sufrimientos a los integrantes del grupo familiar.

El miedo sufrido por la familia por el intento suicida de uno de sus miembros del grupo familiar, la no comprensión del acto abordará la situación de vulnerabilidad en cada persona del grupo familiar. Esta vulnerabilidad agravada por el miedo a una reiteración del comportamiento suicida.

El miedo por la situación conmocionante del acto suicida y el miedo ante la reiteración, repetición de la intención suicida marcará los acontecimientos familiares, sus relaciones, sus comunicaciones. La vulnerabilidad será acentuada o por el contrario la familia reconstruirá sus redes en una contención emocional que permita superar estas vivencias de muerte.

El daño social se observará en los aspectos laborales, de integración a la vida social del paciente. En los casos de daño físico, grave, las nuevas limitaciones repercutirán en las actividades laborales, educativas, sociales del paciente. Casos donde habrá un mayor aislamiento comunicacional y social.

La desprotección y alta gravedad de la conflictiva, mirada desde el suicida como oscura y sin respuesta social y familiar, presenta y agrava esa vulnerabilidad en una determinación autodestructiva.

El suicidio es un comportamiento intencional autodestructivo llevado a cabo por una persona en una etapa de su vida altamente vulnerable.

II. ASPECTOS SOCIALES

La conflictiva autodestructiva que lleva al suicidio se desarrolla en una compleja trama de grave vulnerabilidad individual y social.

Los aspectos sociales del suicidio al igual que las circunstancias personales revelan datos significativos sobre los comportamientos autodestructivos.

Los aspectos sociales abarcan múltiples consideraciones de la problemática individual y familiar, que permiten, en muchos casos, un mayor esclarecimiento y comprensión de la conflictiva suicida.

Los datos referentes a edad, sexo, estado civil, ocupación y actividades revelan sin lugar a dudas, aspectos sociales que constituyen elementos a considerar para el tratamiento y prevención del suicidio.

En los distintos procesos sociales y culturales se observan sobre los comportamientos suicidas los siguientes aspectos:

- Mayor frecuencia de intentos de suicidios en jóvenes y menor número de suicidios.
- Menor frecuencia de intentos de suicidios en adultos y ancianos y mayor número de suicidios.
- Mayor frecuencia de intentos autodestructivos en el sexo femenino; menor registro de suicidios.
- Menor frecuencia de intentos autodestructivos en el sexo masculino, pero mayor número de suicidios.
- Menor frecuencia de suicidios en personas casadas, mayor número en personas solteras y viudas.

- Mayor frecuencia en zonas urbanas que en zonas rurales.
- Alta frecuencia de motivos y conflictos de naturaleza inter-personal.
- Alta frecuencia en contexto familiar y social vulnerables.
- Menor frecuencia en pacientes con padecimientos físicos y psíquicos graves.
- Menor frecuencia en personas religiosas y/o que practican una religión.
- Alta frecuencia en un comportamiento suicida impulsivo espontáneo y no reflexionado.
- Mayor frecuencia de suicidios en jubilados-pensionados, desocupados; menor número en personas con una actividad laboral estable.

EDAD Y SUICIDIO

Si bien es cierto que los mayores índices de suicidio se registran en adultos de mediana edad, se ha observado un aumento sumamente significativo en edades determinadas de la vida, esto es en adolescentes y en ancianos. También se observa con enorme angustia, casos de suicidio en niños.

Rodríguez Gómezgil¹ y otros investigadores sobre los comportamientos sociales del suicidio señalan, con respecto a la edad, que ésta tiende a bajar, agravándose en jóvenes y adolescentes.

Niños-Adolescentes

Suicidios de escolares, adolescentes y niños se han elevado notablemente en los últimos años. Es muy posible que estos suicidios hayan sido "ocultados" y expuestos como actos accidentales. Los desencadenamientos son sumamente variados: conflictos con los padres, con sus compañeros, califi-

¹ Ver Luis Rodríguez Gómezgil, *Suicidios y suicidas*, Ed. UNAM, México, 1974.

caciones escolares,¹ problemas familiares, abandono, maltrato infantil.

En los casos de niños se considera que existe una cifra negra oculta sobre los comportamientos suicidas, debido a que son percibidos familiar y socialmente como accidentes o descuidos de los adultos.

Aún se desconoce la verdadera base de estos comportamientos, en algunos casos se observa que el niño, en una etapa de su desarrollo exploratoria encuentra, en los muebles o ropas de sus familiares armas, manipulándose como juguetes y produciéndose el accidente. Pero, en otros casos la problemática es más compleja, menores que sabían que era un arma y que resultaba peligrosa y que estaba prohibida; o que por la edad de comprensión del menor, 10 o 12 años, resulta inverosímil un comportamiento confundiéndolo con un accidente. Por ejemplo: un menor que se lleva el arma directamente a la cabeza.

Se conocen casos de niños de 5, 7 y 8 años cuyos suicidios han sido manifestados con anterioridad por los propios niños. Menor que avisa a sus compañeros de escuela primaria que desea morir, que regala sus juguetes.²

El incremento de casos de suicidio infantil hasta hace poco tiempo negado por psiquiatras y pediatras está relacionado a situaciones de niños que viven el maltrato familiar, abuso sexual.³

Se estima que el suicidio infantil aumentó en los últimos diez años. Toscano,⁴ médico mexicano, señala: "una de las características impactantes de los suicidios de los niños, es

¹ W. Middelendorff menciona suicidios de niños. Un escolar de 9 años se suicidó con gas porque temía ser castigado por faltar a clases. También este autor menciona casos de suicidio de adolescentes en épocas de exámenes. Ver W. Middelendorff, *La criminalidad violenta de nuestra época*, Editorial Espasa-Calpe, Madrid, 1978.

² Patricia de 13 años se ahorcó en presencia de sus hermanitos de 5 y 7 años dejando tres cartas en las que explicaba los motivos, el principal la relación conflictiva con su madre.

³ Manuel, de 11 años, abandonado por la madre a los 5 años, regaló sus juguetes a sus compañeros de escuela y les manifestó su deseo de morir. Vivía solo con su padre, éste, al volver del trabajo, lo encontró ahorcado en el patio de la casa.

⁴ Toscano, *Entrevista, Niños maltratados*, Ed. Mexicanos Unidos, 1982.

la violencia con que se ejecutan. Algunos niños se matan golpeando repentinamente la cabeza contra la pared, otros se autoincendian, se introducen tijeras en el pecho, se acercan o se tiran de las ventanas y finalmente hay niños que se refusan a comer⁶.

Los niños buscarían en el suicidio una salida a la situación traumática de violencia familiar, maltrato infantil —físico y emocional— que sufren y que son víctimas; también en los casos de abandono por parte de sus padres.

Stern⁷ investigando suicidios en niños y jóvenes explica las dificultades para encontrar los verdaderos motivos del suicidio. Entre las causas desencadenantes: carencia de afecto y protección que sufren los niños.

Festiniuccio y L. Cipollone⁸ expresan que el fenómeno del suicidio en los adolescentes está en continuo ascenso. Las cifras son cada vez más altas e inquietantes. Distinguen factores predisponentes y factores precipitantes; entre los primeros se encuentran antecedentes de tentativa de suicidio, fragilidad familiar, presencia del suicidio en la familia, enfermedad psiquiátrica, en particular depresión, presencia de acontecimientos traumáticos. Entre los factores precipitantes se observa sentimientos de rechazo familiar.

Según Diekstra⁹ los diversos factores y las posibles causas físicas, psíquicas y sociales implicadas en el suicidio, producen una quiebra del adolescente caracterizada por los siguientes estados psicológicos:

- un concepto de sí negativo;
- expectativa negativa en la comunicación con las demás personas, y
- expectativa negativa sobre el futuro.

⁶ Los niños víctimas vulnerables sufren la violencia familiar (maltrato infantil, abuso sexual, son testigos de la violencia conyugal) la conmoción emocional por esta violencia estaría vinculada al suicidio. Ver Stern, en Bowlby, *ib. cit.*

⁷ Festini, Cucco y Cipollone, *Suicidio e Complicità*, Ed. Giuffrè, Milán, 1992.

⁸ Diekstra, R. F. Hansen, *Suicide in adolescence*, De Meertena, Dordrecht, 1987.

Recordemos la fragilidad de esta etapa de la vida por los cambios y transformaciones que se producen en la adolescencia.

Mauricio Knobel⁹ ha caracterizado al estadio de la adolescencia normal a través de diez aspectos básicos de este período de la vida: 1) búsqueda de sí mismo y de su identidad, 2) tendencia grupal, 3) necesidad de intelectualizar y fantasear, 4) crisis religiosa que puede ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso, 5) desubicación temporal, 6) evolución sexual manifiesta que comprende desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta, 7) actitud social reivindicatoria con tendencias antisociales de diversa intensidad, 8) contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción que constituye la forma de expresión más típica de este período de la vida, 9) separación progresiva de los padres, 10) constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

Los adolescentes entre 12 y 16 años serán los más afectados por comportamientos suicidas, registrándose un descenso significativo en menores de 12 años.^{10, 11}

⁹ Ver Mauricio Knobel, *La adolescencia y el tratamiento psicoanalítico de adolescentes*, en *Adolescencia* por A. Abertany, Editorial Buenos Aires, 1971.

¹⁰ Cuando los niños sufren violencia física, expresan M. Wolfgang y Franco Ferracuti, ésto manifiestan su agresividad en una forma más directa: el niño tiende a herir o matar; en los casos extremos y cuando se hacen adultos pueden suicidarse. Ver M. Wolfgang y F. Ferracuti, *La violencia de la violencia*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1971.

¹¹ Las investigaciones criminológicas están descubriendo que los intentos de suicidio y las depresiones profundas son frecuentes en jóvenes inestables emocionalmente por problemas familiares. Ver Pierre Morón, *El mundo*, Editorial Alaco, Buenos Aires, 1977.

Los motivos desencadenantes de los suicidios en adolescentes suelen ser aparentemente triviales, pero no en relación al mundo adolescente. Marta, con problemas con sus padres, porque le prohibían salir, se suicidó, ahorcándose con un sábanal en su habitación.

Los suicidios de adolescentes¹² se llevan a cabo a través de fármacos, ahorcamiento, envenenamiento, arrojándose desde un edificio, por automutilación, principalmente cortarse las muñecas y los brazos y también por prenderse fuego.¹³

En un trabajo de la Organización Mundial de la Salud¹⁴ referente al suicidio y a los jóvenes, se señala: el comportamiento suicida entre la juventud debe examinarse en el contexto de la cultura actual con sus actitudes sociales, sus restricciones económicas. El trabajo de la OMS está basado en un estudio en 24 países donde se puntualiza que: 1) los certificados de defunción por suicidio no son uniformes, 2) El escaso valor de las estadísticas oficiales indica que sólo con gran prudencia se pueden comparar los in-

¹² Los jóvenes comparten el sentimiento inconsciente del suicidio que se expresa a través de la violencia, el extremar la velocidad es una especie de tentativa constante de suicidio. Ver W. Malsendorff, *ib. cit.*

Williams Holyoak en su estudio sobre la depresión en el adolescente, señala que las mujeres utilizan lasbólicas como método del suicidio, los varones adolescentes cuerda y armas de fuego. Los adolescentes que intentaron suicidarse o que se suicidaron provienen de familias inestables y había una pérdida, fallecimiento, abandono o divorcio de los padres. Holyoak expresa que el rechazo de los padres es fundamentalmente sentido como una amenaza hacia la pérdida de la imagen intrapsíquica idealizada. Muchos suicidios en este período de la vida están disfrazados como accidentes, ver Williams Holyoak, *Depresión y suicidio en adolescentes*, En Feistritz, Salina, Rachel, Slaff, *Psicopatología Psiquiátrica del adolescente*, Editorial Paidós, 1975.

¹³ Caso: Mariela, luego de una reiterada discusión con sus padres, que no admitían la relación de su hija de 13 años con un joven de 20, se ahorcó en su casa, situada en una pequeña localidad del norte del país.

Caso, Desencadenante: daño al auto de sus padres. José, un adolescente de 14 años, después de retirar, sin el permiso de sus padres el auto, chocó con otro vehículo a las pocas cuadras de su domicilio, accidente que no provocó consecuencias, a excepción de pequeños daños al automóvil. Volvió a su casa y se disparó con un revólver, muriendo en el acto.

Los conflictos familiares, el abandono, separación de los padres, están vinculados a suicidios de adolescentes. Héctor, de 14 años se suicidó colgándose con su bofunda en el andén de la estación de ferrocarril. Su familia lo había abandonado.

¹⁴ Organización Mundial de la Salud, Documentos, 1975.

dicos de suicidio de los distintos países. 3) Tendencias en el grupo de 14 y 15 años. 4) Existe una relación entre el alcoholismo, farmacodependencia y suicidio. 5) Los suicidios y los intentos de suicidios en los jóvenes están relacionados a la disgregación familiar y a los efectos de la despersonalización de la urbanización y de los cambios sociales. 6) Los jóvenes se alejan de la familia para evitar situaciones de conflicto, pero cuando viven solos están expuestos a depresiones que pueden conducir al suicidio o al intento de suicidio.

La presión de sociedades altamente competitivas, presenta una significativa tasa de suicidios en los adolescentes.¹⁵

¹⁵ En un artículo de Raphael Greenberg referente a su trabajo hospitalario con jóvenes inválidos (con enfermedades como poliomielitis, osteogénesis, paraplejia) observó durante 12 años, que no se había producido ningún caso de suicidio. Sin embargo, en numerosos casos se trataba de una sintomatología depresiva. Los problemas que presentaban: depresión, pérdida de autoestima, no aceptación de sí mismo, retraimiento, agresión. Con dificultades reales en las actividades, por los graves problemas físicos y con problemas de aceptación social.

Greenberg relata tres suicidios de personas jóvenes que no estaban impedidos físicamente. El primer caso una joven enfermera que trabajaba con adolescentes; bajo una fuerte presión laboral y frustración tomó una sobredosis de pastillas para dormir. El segundo paciente, el hijo de un médico de 15 años que estaba en terapia en el hospital hacía varios años, murió después de una discusión con una enfermera administrativa que le había prohibido tocar un instrumento en horas de la noche. El joven adolescente fue a su habitación, puso su cabeza en una bolsa de plástico, y una manta pesada y murió en la cama. El tercer caso, una joven de 20 años que mientras estaba en terapia intentó varias acciones suicidas y era siempre salvada a último momento. Fue dada de alta en el hospital y se previno a la familia de la posibilidad del suicidio. Pocos meses después le trajeron tres multas de tránsito en una sola noche, y como resultado de este estrés para ella, se disparó un tiro en la cabeza con el revólver del padre. Los suicidios, expresa Greenberg no son siempre impredecibles, sino que revelan que el paciente ha formulado lentamente un plan y lo ha encajado en su fantasía, como se evidencia en la crisis profunda, la pérdida de la esperanza y los sentimientos de desamparo. Ver R. Greenberg, *Depresión y suicidio en adolescentes*, en Feinstein, Kalira, Knobel, Staff, op. cit.

ANCIANOS-SUICIDIO

Uno de los períodos más críticos es el comienzo de la vejez; esta edad se caracteriza por determinados trastornos orgánicos, pero lo que los agrava es el valor simbólico que revisten y que en algunos casos desencadenan conductas autodestructivas.

El análisis prospectivo enfrenta al anciano con un futuro inmediato, el de su envejecimiento y con un futuro mediano, el de su muerte. El enfrentamiento con este doble análisis retrospectivo y prospectivo es vivido por cada individuo en particular de acuerdo con su historia emocional.

El factor más angustiante es la vivencia del proceso de envejecer. Al avanzar la edad hay una pérdida progresiva de los recursos físicos y mentales que tiende a producir sentimientos de vulnerabilidad personal y familiar.

El estrés de las limitaciones físicas y mentales es cada vez mayor; además la soledad que resulta de la pérdida de amigos y parientes, y tal vez el rechazo de los hijos produce una angustia interna.

Berman¹⁰ señala, muy acertadamente, que el anciano necesita un presente y un mañana y más que otras edades una filosofía de la esperanza, ya que el hecho esencial en la vida del anciano es que su fin se aproximaba, la idea de muerte inevitable lo angustia. La idea de la muerte antes lejana y borrosa se va precisando con caracteres crecientes y concretos a través de la desaparición de sus familiares, de sus amigos.

Para Dickstra¹¹ la situación característica del anciano que presenta una postura, un gesto negativista sobre la vida puede ser vista como un método "lento de suicidio". Factores principales son: aislamiento social, pérdida de la ocupación y de la seguridad económica, enfermedad orgánica y enfermedad psíquica.

¹⁰ Gregorio Berman, *Problemas psiquiátricos*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1968. También *Reflexiones existenciales sobre la vida*, Rex Mañana, México, 1972.

¹¹ Ver Dickstra R. F. Juan M., *Intervención psicológica nella veia*, Milán.

Una de las características de la vejez y de la edad avanzada es que la existencia se ubica fuera del circuito de la producción y de la reproducción. Por lo tanto, gran parte de los conflictos psicológicos-emocionales, familiares se relacionan con la marginación y la muerte involucrada en esta marginación: muerte social.

El suicidio es un comportamiento frecuente en los ancianos debido principalmente a los cuadros depresivos que caracterizan la vejez.¹⁹

Se debe distinguir entre los suicidios y los accidentes, que en muchos casos son difíciles de delimitar; ej. gas, quemaduras. En otros casos de suicidios: negativa a comer.

El suicidio del anciano al contrario del joven, que es impulsivo, por una acción directa, en el anciano existe un comportamiento de omisión, es decir no desea caminar, no toma los medicamentos, no come, no habla, se aísla de la comunicación familiar. Todo esto es un contexto social indiferente a su situación personal y familiar.

La actitud que tiene la sociedad y la cultura, de marginalidad de los ancianos, es en gran parte responsable de este rechazo social.

SEXO-SUICIDIO

Se considera que de cada 100 personas que intentan suicidarse, 70 pertenecen al sexo femenino, pero tomando en cuenta el número total de personas que se suicidan de cada 100 suicidas, 70 son varones.

La diferencia en los comportamientos suicidas y los intentos de suicidio entre hombres y mujeres está relacionado a los instrumentos que utilizan. Es decir, el alto número de suicidios consumados en los hombres se encuentran en

¹⁹ María, una anciana de 72 años, que sufría de depresiones frecuentes, se suicidó arrojándose bajo un tren en la localidad de Adrogué. Los familiares relataron que había intentado en otras oportunidades quitarse la vida. La marginalidad de que son objetos los ancianos y jubilados ha llevado a un agravamiento de los índices de suicidio. Teresa de 68 años, jubilada, se ahorcó en un árbol frente a la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires.

directa conexión con las armas utilizadas —armas de fuego, arrojarse de un puente—, así como una mayor conciencia de su deseo e intento para autodestruirse.¹⁸

Por el contrario, en las mujeres, se advierten ideas de muerte, intenciones de morir, pero los instrumentos elegidos para llevar a cabo la conducta autodestructiva no corresponde a una idea consciente y fija de perder la vida.

El medio-instrumento utilizado por la mujer, resulta ser determinante para la sobrevivencia del comportamiento suicida, de allí que las cifras expresen un número bajo de suicidio de personas de sexo femenino en contraste con una cifra alta de los comportamientos autodestructivos del sexo masculino.

ESTADO CIVIL-SUICIDIO

Las personas viudas presentan una vulnerabilidad particular en relación al suicidio, por los cuadros depresivos que conlleva el duelo y las dificultades para superar emocionalmente una nueva situación en la vida. También las personas separadas, abandonadas, están en un estado similar.

Debido a profundos sentimientos de soledad, temor, aislamiento afectivo y social, las personas viudas y solteras se encontrarían más vulnerables a los comportamientos suicidas.¹⁹

¹⁸ La esposa de un jubilado, V. de 63 años, se suicidó con un arma de fuego. Generalmente las armas de fuego no son utilizadas por la mujer, a excepción, como en este caso, que el hecho se haya producido en zona rural. V. dejó una carta a su esposo explicándole que su determinación se debía a su enfermedad y a la situación económica.

Ara, de 50 años, se suicidó tirándose desde el piso once, de un edificio céntrico.

Una turista de 29 años se suicidó internándose en el mar en la playa más concurrida. La mujer había bajado de un taxi y según testigos caminó directamente hacia el mar. (Mujeres de la literatura que se han suicidado han elegido este medio para hacerlo; el agua, ellos, el mar. Virginia Woolf en el río Ouse, cargadas sus bolsillos con pesadas piedras, Alfonsina Storni, internándose en el mar.)

¹⁹ Estos comportamientos están relacionados con personas, no solamente depresivas sino que viven solas y que acentúa su aislamiento e incomunicación. Gladys de 35 años, soltera, que vivía sola hacía un

El estado de viudez puede constituir para muchas personas una situación de extrema angustia, soledad y miedo: la pérdida de una persona con quien se comparte la vida. Naturalmente esta significativa pérdida afectiva produce cambios profundos en la vida de las personas que en algunos casos no pueden superar y recurren al suicidio como un medio para "reunirse" con la persona con la cual estaban casadas, y en otros porque ya su vida ha perdido el sentido de ser vivida.

El duelo, es decir la pérdida de un ser querido, está intimamente relacionada a los estados depresivos, a la tristeza y al desinterés por la familia y el medio social.

Las personas separadas, especialmente cuando se produce el estado de abandono, el impacto y el estrés que conlleva esta situación de pérdida afectiva, de pareja y familiar determina en algunos casos a los comportamientos suicidas, como respuesta a una situación de pareja y a una circunstancia familiar y social.

El impacto que constituye para una persona que ha estructurado su vida y su relación de pareja una separación es de tal magnitud que puede conducirla a situación de homicidio y/o posterior suicidio.

Distinta es la motivación de la persona soltera que llega a las ideas suicidas y al comportamiento suicida por la soledad y la angustia que significa aislamiento en un medio ambiente sentido como rechazante e insensible. La carencia de no-pertenencia a un grupo social abunda, agrava el sentimiento de minusvalía e incomunicación social.

Durkheim²⁰ había observado que el matrimonio siempre representa un factor de protección y de prevención del suicidio.

Coinciden con estas observaciones la mayoría de los investigadores, así Festini Cuccò y Cipollone²¹ expresan que el índice de suicidio es más bajo entre personas casadas

tiempo desde el fallecimiento de sus padres, se ahorcó con una cuerda en el dormitorio de su casa.

²⁰ E. Durkheim, *El suicidio*, Ed. Schapare, Buenos Aires, 1965.

²¹ Festini, Cuccò y Cipollone, *ib. cit.*

respecto a aquellas personas que viven solas: viudas, solteras, separadas. En el caso de personas viudas se trata principalmente de personas ancianas en cuyo caso el factor de riesgo se acentúa.

Holderegger²² considera dos situaciones respecto al estado civil: en la condición de casado existiría una especie de inmunización de las conductas suicidas, en particular el hombre casado es menos susceptible a la tentativa de suicidio. Por el contrario divorcio y pérdida de la pareja, implican, tanto para los hombres como para las mujeres, un riesgo de tendencia al suicidio.

OCCUPACIÓN-ACTIVIDAD-SUCIDIO

Las personas sin actividad y/o profesión serían las más afectadas en relación a los riesgos de comportamiento suicidas. En una escala social se encuentran en una circunstancia de mayor vulnerabilidad: los jubilados-pensionados, los desocupados, los estudiantes.

Para Breed²³ un alto factor de riesgo es la movilidad laboral, los continuos cambios de trabajos, agravados por el descenso de categoría.

Breed²⁴ ha utilizado tres indicadores:

- a) la movilidad intergeneracional;
- b) la movilidad de la profesión individual, y
- c) la movilidad de la situación económica-social.

La investigación realizada por Gibb y Porterfield²⁵ determinó los patrones de cambio en la posición ocupacional

²² Holderegger, *El suicidio, Risikofaktoren des sozialen Status und problematische Fälle*, Cinadella, 1979. También ver Festino, Curcio y Cipollone, *ib. cit.*

²³ Breed W., *Occupational mobility and suicide among white males*, Journal Amer. Soc., 1963.

²⁴ Breed W., *ib. cit.*

²⁵ Gibb-Porterfield, *Occupational prestige and social mobility of suicide in New Zealand*, American Journal of Sociology, 1960.

que se encuentran más asociados al suicidio. El suicidio, según estos investigadores, se produce como un proceso en el cual el perder el prestigio económico por una carencia ocupacional o una disminución en el nivel ocupacional crea un estado de frustración, que puede agravarse por una conflictiva en los lazos sociales o una desintegración social.

Personas con niveles educativos avanzados y por consiguiente ocupaciones o actividades correspondientes a esos niveles estarían más vulnerables a comportamientos suicidas.²⁷ Es decir profesionales, comerciantes, empresarios. La pérdida de prestigio, pérdida laboral conduciría a situaciones de una marcada desvalorización en estas personas.²⁸

²⁷ La incidencia del suicidio es más alta conforme se asciende en la escala de clases. Ver M. Wolfgang y F. Ferracuti, *ib. cit.*

El éxito y el reconocimiento pueden ser desencadenantes, en algunas personalidades de comportamientos autodestructivos. Lograr una meta puede ser para determinados individuos ser equivalente al fracaso. Rolando, de 45 años se disparó un tiro en la cabeza, el día después de haber obtenido un premio por un argumento para la televisión.

²⁸ Casos actividad-ocupación. El ingeniero K., de 46 años, acusado de delitos de corrupción, se suicidó en su casa conectando una grana al tubo de escape de su automóvil al interior del vehículo. Los estudiantes son, por las exigencias del estudio, presión familiar, fracasos escolares, etc., vulnerables a intentos de suicidio. Rosa, de 26 años, se quitó la vida arrojándose desde el 9º piso del edificio en que residía. A un estado depresivo y confuso de su personalidad se unió el fracaso en sus estudios, hecho oculto tanto a sus padres como a sus amigos. A pesar de tener pocas materias aprobadas, había invitado a sus padres y a sus amigos para que asistieran, así a la misma hora de su muerte, a una inexistente ceremonia de entrega de diplomas.

Se considera escaso el número de suicidios relacionados a deportistas. No obstante se registran casos, por ejemplo ex-futbolista de 37 años que había jugado en varios clubes profesionales, por problemas familiares y un profundo estado depresivo, se arrojó al peso de un tren en Buenos Aires (destrozó su cuerpo).

C., ex-empleado, ingresa a su lugar de trabajo para vengarse del despido, agrediendo a sus antiguos empleadores. C., de 28 años, volvió a la empresa y mató al propietario, a la esposa y a tres obreros, con una pistola de 9 milímetros y con un revólver calibre 32. Cuando salió del lugar se pegó un tiro en la cabeza.

En otros casos se advierten, en relación a la ocupación-profesión, comportamientos paradójales con la propia actividad, por ej. médico, policía. En el caso del médico la facilidad de tener medicamentos-drogas y en el caso del policía el uso de las armas; también en el personal militar.

El suicidio de religiosos y su efecto en la población es de una gran conmoción emocional y social. También es el caso de las personas que por sus funciones y actividades han sido consideradas de enorme influencia en la apreciación de sus conciudadanos.

Es evidente que las repercusiones y consecuencias serán de mayor gravedad en el caso de relaciones de dependencia ocupacionales. El coordinador de un grupo que se suicida, el psicoanalista que toma esa decisión y que deja a sus pacientes en una total confusión, el maestro de niños y adolescentes.

ZONA URBANA-RURAL-SUICIDIO

El suicidio es un comportamiento que tiende a crecer, según el criminólogo mexicano Alfonso Quiroz Cuarón,²⁹ el crecimiento se observa en mayor medida en las ciudades.

Las estadísticas indican, señala M. Morgan,³⁰ que las tasas de suicidio en las regiones rurales son más bajas que en los poblados y ciudades.

El suicidio, sus modalidades, armas, instrumentos utilizados suelen estar relacionados a la actividad y profesión, es el caso de los policías, médicos. La Asociación Nacional de Jefes de Policía en U.S.A. difundió recientemente un informe estadístico que refleja una tendencia creciente en relación a los suicidios de miembros de las fuerzas policiales. En 1993 en la ciudad de Nueva York ocho policías se suicidaron. En las investigaciones internas ordenadas por la jefatura policial surgió como causas de los suicidios: alcoholismo, problemas afectivos-separaciones y tensión del trabajo. (Ver *Statistical Information sobre Seguridad*, Buenos Aires, 1993.)

²⁹ Ver Alfonso Quiroz Cuarón, *Medicina Forense*, Editorial Porrúa, México, D. F., 1977.

³⁰ H. G. Morgan, *Base de datos*, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, D. F., 1983.

Asimismo Cloward¹¹ explica que el menor contingente de suicidios se encuentra en personas que provienen de zonas rurales.

Festino Cucco y L. Cipollone¹² manifiestan que estas diferencias se producen por el mayor aislamiento y desorganización social de las zonas urbanas.

Los registros de muerte por suicidios que se verificarían, en un alto índice, en zonas urbanas, obedecería a nuestro criterio, a dos aspectos básicos:

a) La anomia, la falta de normas culturales-sociales que vivencian zonas urbanas, cuya población producto de movimientos migratorios internos (en una búsqueda laboral) y que son grupos que pertenecen y están integrados a otros modelos culturales y sociales. El estrés del cambio social, nuevas pautas culturales conducen a una grave desadaptación social y a un aislamiento social.

b) El registro de los comportamientos suicidas en zonas rurales presenta mayores obstáculos que los de zonas urbanas.¹³ Es decir, por razones sociales, culturales y policiales técnicas no se realizan los estudios criminalísticos correspondientes.

RELIGIÓN-SUICIDIO

Se considera que la pertenencia religiosa incide como inhibición en los comportamientos autodestructivos.

Es significativa la relación entre tendencia al suicidio y grado de participación en la vida religiosa. La participa-

¹¹ Marshall Cloward, *Anomia y conducta desviada*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1967.

¹² Festino Cucco y Cipollone, *ob. cit.*

¹³ Zona urbana-rural. En la región del Chaco, en 17 meses, se suicidaron 80 personas. Los motivos: 35% por estados depresivos; 19% por problemas crónicos; 27% conflictos interpersonales; 3% enfermedades terminales, y 6% causas no identificadas.

El suicidio se registra en mayor proporción en zonas urbanas; en distintos sectores sociales. Marcel quien vivía con dos hijas pequeñas en una casa de emergencia disparó contra ellas, provocando heridas de gravedad en ambas y luego intentó suicidarse.

ción, la práctica religiosa tiene un efecto protector, es un elemento de acentuada integración social.

Asimismo, las crisis políticas e institucionales presentan una disminución de los comportamientos sociales suicidas por la cohesión social que se establece a raíz de la problemática institución-social.

CONFLICTO BÉLICO-SUICIDIO

Con respecto a las guerras y los conflictos bélicos, las investigaciones señalan que la guerra causa una indiscutible baja en las tasas de suicidio. Pero la guerra, como sabemos, es un suicidio colectivo. Existen varias interpretaciones sobre este fenómeno paradójal:

a) Durkheim²⁸ considera que en períodos de guerra se establece una integración social característica de grupos en conflictos.

b) Halbwachs²⁹ lo atribuye a la menor complejidad de la vida propia del período de conflicto.

c) Para Holderegger³⁰ la penuria económica de largo tiempo detiene las tendencias suicidas. Por el contrario la depresión y la recesión económica imprevista promueven el suicidio.

d) Una organización social (para la guerra) estaría correlacionada a un menor número de comportamientos auto-destructivos. De igual modo, una desorganización social está relacionada a conductas suicidas.

En resumen, un contexto social altamente vulnerable provoca una desprotección, especialmente en los miembros

²⁸ E. Durkheim, *ib. cit.*

²⁹ Halbwachs M., *Las causas de suicidio*, De. Librairie, Editorial Alcan, París, 1938.

³⁰ Holderegger, *ib. cit.* Es evidente, como ya lo señalaron estudios criminológicos, que las graves crisis económicas-sociales llevan a un aumento de los comportamientos suicidas. Los períodos de recesión, el aumento de la marginalidad, el desempleo, afectan a numerosas familias que provocan vulnerabilidad, donde el suicidio es tomado como una respuesta a las presiones individuales, familiares y sociales.

de la comunidad que se encuentra en una situación de conflicto interpersonal y social.

Los adolescentes, ancianos, las personas viudas, los desocupados o personas con una inestabilidad laboral, serían los miembros con mayor riesgo y vulnerabilidad social.

La situación de cambio en el modo de vida, en la historia personal de un individuo conduce a una fractura con su medio familiar y social. Esta fractura es uno de los elementos constituyentes básico para los comportamientos autodestructivos —intentos— y suicidios.

CLASIFICACIÓN DEL SUICIDIO

Las clasificaciones, descripciones sobre el comportamiento suicida puntualizan la búsqueda de los diferentes y complejos procesos-motivos que conducen a la conducta autodestructiva.

Las clasificaciones parten, no sólo, de observaciones relacionadas al comportamiento y modalidades del acto suicida sino también de los motivos individuales, familiares y sociales del suicidio.

Las clasificaciones sobre el comportamiento suicida son numerosas, entre las significativas, se encuentran las siguientes:

Durkheim²⁷ distingue tres tipos de suicidios de acuerdo con el tipo de perturbación entre la sociedad y el individuo:

a) Suicidio egoísta, se producía por la falta de interés del individuo por la comunidad y del hecho de estar insuficientemente integrado en ella.

b) Suicidio altruista, el individuo podía ser impulsado a la autodestrucción por exceso altruismo y sentido del deber.

c) Suicidio anómico, los trastornos de la organización colectiva conducen al individuo al suicidio por falta de normas.

Enrico Ferri²⁸ elaboró una escala vinculando el suicidio y el homicidio:

²⁷ Ver E. Durkheim, *ob. cit.*

²⁸ E. Ferri, *Homicidio-suicidio*, Ed. Reus, Madrid, 1934.

- a) Suicidio.
- b) Doble suicidio.
- c) Homicidio del que acepta y suicidio.
- d) Homicidio del que rechaza y suicidio.
- e) Homicidio y suicidio.
- f) Homicidio y suicidio frustrados por emoción.
- g) Homicidio y suicidio frustrado por voluntad.
- h) Homicidio.

Para Herbert Hendin²⁸ en los motivos del suicidio se diferencia:

- a) Por culpa.
- b) Por pérdida afectiva del objeto afectivo.
- c) Para llamar la atención del medio familiar.
- d) Por discusión y conflicto interpersonal.

Para Göppinger²⁹ el suicidio se produce en el curso de una enfermedad psíquica, especialmente, en la depresión. Describe:

- a) Suicidio de la personalidad anómala.
- b) El suicidio como reacción anómala a una vivencia emocionalmente profunda.
- c) El suicidio como resultado de una ponderación desasosegada donde el sistema de valores desempeña un papel decisivo (también denominado suicidio de "balance", es un suicidio cuidadosamente preparado).
- d) Intentos demostrativos de suicidio que son realizados con una finalidad completamente diferente a la idea de muerte.

Pierre Morón³⁰ distingue un suicidio social e institucional, el primero es el que la sociedad exige a ciertos individuos como pertenencia a un grupo determinado. El segundo

²⁸ Herbert Hendin, en Podolsky, *Enciclopedia de las aberraciones*, Ed. Paquet, Buenos Aires, 1959.

²⁹ Vrr-Hans Göppinger, *Criminología*, Ed. Reus, Madrid, 1975.

³⁰ Pierre Morón, *El suicidio*, Ed. Ateneo, Buenos Aires, 1977.

tipo de suicidio, según Morón, tiene móviles estrictamente individuales o personales, por ejemplo, el culto de la dignidad, la culpabilidad, el temor a sufrimientos intolerables ya sea en situaciones de trágico desamparo o por enfermedad como así también la incapacidad para tolerar la ruptura de un lazo afectivo.

Es difícil determinar en cada caso concreto las razones que un suicidio expresa.^{42 43}

Middendorff,⁴⁴ especifica: suicidio por conflicto; suicidio por consideración-racional; suicidio como medio de protesta; suicidio indirecto, religioso, político.

En relación a sus motivos, Stengel⁴⁵ señala: factores sociales, factores personales, enfermedad física, enfermedad mental y, en último lugar, personalidad anormal.

Existen otras formas de suicidio; la más compleja es la del suicidio cuidadosamente meditado, preparado y disimulado. La idea del suicidio no ha sido manifestada en ningún momento pero el suicida se organiza de tal modo que, una vez iniciada su acción, no puede evitarse.

Las automutilaciones, el sistemático rechazo de alimentos en la anorexia o el rechazo al tratamiento no sólo psiquiátrico, sino también médico, son considerados también como equivalentes al suicidio.

⁴² En 1910 Freud y sus discípulos analizaron, desde el psicoanálisis, la problemática del suicidio. Freud pensaba que el estudio de la melancolía, o sea, la enfermedad depresiva con fuertes tendencias suicidas, tenía una gran importancia. Años más tarde interpretó el impulso a la autodestrucción como un ataque a una persona amada con quien el individuo se había identificado, es decir, el suicidio era un ataque contra otra persona. Ver S. Freud, *Estudios sobre Melancolía*, *Obras Completas*, Editorial Biblioteca Nueva, 1968.

⁴³ K. Menninger en su obra *El hombre contra sí mismo*, expresaba que toda clase de conducta hostil a la salud y a la vida es interpretada como la expresión del instinto de muerte dirigido contra el yo, el suicidio se consideraba una manifestación extrema. Ver K. Menninger, *El hombre contra sí mismo*, Ed. Lusaia, Buenos Aires, 1952.

⁴⁴ W. Middendorff, *La criminalidad violenta de nuestra época*, Ed. Espasa-Calpe, Madrid, 1978.

⁴⁵ Ver E. Stengel, *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*, Ed. Hormé, Buenos Aires, 1965.

Schneidman y Farberow⁴⁶ clasifican a quienes se suicidan en cuatro grupos:

- a) Personas cuyas creencias las inducen a considerar al suicidio como una transición.
- b) Aquellos que están desolados, con dolor físico, que consideran el suicidio como una liberación.
- c) Los psicóticos que se suicidan en respuesta a alucinaciones o ideas delirantes.
- d) Personas que se suicidan por un rechazo y para culpar a otras personas.

El suicidio para Henry Ey⁴⁷ constituye la expresión de un trastorno instintivo afectivo. Distingue cuatro formas clínicas:

- a) Algunos suicidios se cumplen en forma de una impulsión irresistible e inconsciente como en el caso de ciertos estados de confusión epiléptica, de confusión patológica o en el curso de una melancolía estuporosa.
- b) El suicidio más frecuente y característico, según Henry Ey es el de la crisis melancólica. El melancólico vive la experiencia de la muerte, a la vez deseada y temida. Pasa al acto en un brusco movimiento de autodestrucción.
- c) El suicidio puede ser también el resultado de un delirio (delirio de persecución, delirio hipocondríaco).
- d) Más raramente la pulsión autodestructiva puede ser obsesión-impulsión al suicidio como ocurre en las neurosis fóbicas obsesivas.

Ash⁴⁸ distingue tres tipos de suicidios:

- a) Como externación de un conflicto intrapsíquico;
- b) Como deseo de ser una víctima pasiva (ej: ruleta rusa; vida-muerte);

⁴⁶ Schneidman y Farberow, *The cry for help*, McGraw-Hill, London, 1961.

⁴⁷ Ver Henry Ey, Bernard P. Brisset, *Traité de Psychiatrie*, Ed. Toray-Masson, Barcelona, 1961.

⁴⁸ Ash S., *Suicide and the hidden emotions*, International Review of Psychoanalysis, 1980.

c) Como expresión de elementos dinámicos (el suicida desea morir para graficar el deseo hostil de otra persona).

Malherberger y Buie¹⁶ en sus investigaciones observan cuatro tipos de suicidios:

a) Suicidio como venganza. La fantasía del suicida es que mata su cuerpo pero no la mente y el suicida cree que logrará su particular venganza.

b) Suicidio para liberarse, apartar a un enemigo real o imaginario. El comportamiento suicida tiene como fin liberarse de los impulsos intolerables.

c) Suicidio identificándose con la nada. En este cuarto tipo de suicidio el individuo considera que existencialmente no existe, que su vida es una pseudo existencia.

d) Suicidio como fantasía de nacer. El suicida percibe a la muerte no como muerte sino como unión, como un nuevo renacer.

Menninger¹⁷ observa tres tipos de impulsos homicidas presuntos en el comportamiento suicida:

- a) el deseo de matar;
- b) el deseo de ser muerto, y
- c) el deseo de morir.

Una de las investigaciones más valiosas realizadas en Argentina, la de Torzini¹⁸ describe:

- Por enfermedad mortal, real o imaginaria.
- Por *lassitude* o *létargia*.
- Por agresividad (del sujeto contra sí mismo; del sujeto contra el medio).
- Por depresión (crónica y aguda).

¹⁶ Malherberger y Buie, *The dynamics of suicide*, International Review of Psychoanalysis, 1980.

¹⁷ Ver K. Menninger, op. cit.

¹⁸ Carlos Torzini, *El suicidio*, Ed. Depalma, Buenos Aires, 1969.

- Por heroicidad.
- Por accidente.

En esta breve reseña se han descrito las diferentes modalidades relacionadas a los motivos, medios e instrumentos utilizados, lugar del suicidio, características del suicida, que han permitido las descripciones y clasificaciones sobre estos hechos traumáticos.

Las descripciones y clasificaciones están basadas, lógicamente, en las frecuencias de los distintos tipos de suicidio que ocurren en cada región. Como se ha mencionado, el ambiente social-cultural-económico, la profesión, incide en la "elección" del instrumento que tiene que ver, precisamente, con el ambiente familiar y social del suicida.

En Argentina las modalidades de suicidio dependen, como en otros países, de las características de las regiones. Así, en las provincias de La Pampa, Buenos Aires, Río Negro y otras zonas del sur del país, tiene lugar el suicidio de "llanura". La inmensidad de la geografía de la zona, la soledad y el aislamiento, ha producido hechos de suicidio. Por otra parte, en la densidad poblacional —zonas urbanas— de lo que constituye la ciudad de Buenos Aires, las características del suicidio (instrumentos, modalidades, comunicaciones) conducen a que los hechos de suicidio adquieran modalidades distintas a otras zonas y regiones del país.

Asimismo, se debe tener en consideración que la edad del suicida tiene que ver con la elección del instrumento, con la modalidad del hecho y, especialmente, con los motivos o circunstancias que desencadenaron la decisión de privarse de la vida.

Se han señalado cuatro aspectos —a nuestro criterio importantes— en la distinción del comportamiento suicida: edad del suicida, motivos desencadenantes, instrumentos, modalidades en la participación.³⁰

³⁰ H. Marchiori, *Cronología del suicidio*, Marcos Lerner Editores Córdoba, 1993.

1) *Edad del suicida*

La edad es un factor determinante en los motivos y circunstancias del suicidio.

- Suicidio de adultos.
- Suicidio de ancianos.
- Suicidio de niños.

2) *Por motivos y desencadenantes*

- Suicidio por depresión.
- Suicidio por toxicomanías, drogas-alcoholismo.
- Suicidio por conflictos familiares.
- Suicidio por conflictos económicos.
- Suicidio por situaciones sociales y culturales.
- Suicidio por enfermedad orgánica.
- Suicidio por enfermedad mental.

3) *Por instrumentos utilizados en el hecho*

Los medios e instrumentos revelan, sin lugar a dudas, la intención de privarse de la vida, la determinación absoluta en la acción.

- Suicidio por medio de armas de fuego.
- Suicidio por armas blancas.
- Suicidio por medio de fármacos.
- Suicidio por envenenamiento.
- Suicidio por arrojarle de edificios.
- Suicidio por inmersión (en ríos, mares, piletas de natación, lagunas, etcétera).
- Suicidio por medio de cuerdas.
- Suicidio por medio de objetos cortantes.
- Suicidio por quemaduras (prenderse fuego).
- Suicidio por arrojarle a vías de trenes, subterráneos, autos, camiones.

- Por heroicidad.
- Por accidente.

En esta breve reseña se han descrito las diferentes modalidades relacionadas a los motivos, medios e instrumentos utilizados, lugar del suicidio, características del suicida, que han permitido las descripciones y clasificaciones sobre estos hechos traumáticos.

Las descripciones y clasificaciones están basadas, lógicamente, en las frecuencias de los distintos tipos de suicidio que ocurren en cada región. Como se ha mencionado, el ambiente social-cultural-económico, la profesión, incide en la "elección" del instrumento que tiene que ver, precisamente, con el ambiente familiar y social del suicida.

En Argentina las modalidades de suicidio dependen, como en otros países, de las características de las regiones. Así, en las provincias de La Pampa, Buenos Aires, Río Negro y otras zonas del sur del país, tiene lugar el suicidio de "llanura". La inmensidad de la geografía de la zona, la soledad y el aislamiento, ha producido hechos de suicidio. Por otra parte, en la densidad poblacional —zonas urbanas— de lo que constituye la ciudad de Buenos Aires, las características del suicidio (instrumentos, modalidades, comunicaciones) conducen a que los hechos de suicidio adquieran modalidades distintas a otras zonas y regiones del país.

Asimismo, se debe tener en consideración que la edad del suicida tiene que ver con la elección del instrumento, con la modalidades del hecho y, especialmente, con los motivos o circunstancias que desencadenaron la decisión de privarse de la vida.

Se han señalado cuatro aspectos —a nuestro criterio importantes— en la distinción del comportamiento suicida: edad del suicida, motivos desencadenantes, instrumentos, modalidades en la participación.³⁰

³⁰ H. Marchiori, *Criminología del suicidio*, Marcos Lerner Editores Córdoba, 1993.

1) *Edad del suicida*

La edad es un factor determinante en los motivos y circunstancias del suicidio.

- Suicidio de adultos.
- Suicidio de ancianos.
- Suicidio de niños.

2) *Por motivos y desencadenantes*

- Suicidio por depresión.
- Suicidio por toxicomanías, drogas-alcoholismo.
- Suicidio por conflictos familiares.
- Suicidio por conflictos económicos.
- Suicidio por situaciones sociales y culturales.
- Suicidio por enfermedad orgánica.
- Suicidio por enfermedad mental.

3) *Por instrumentos utilizados en el hecho*

Los medios e instrumentos revelan, sin lugar a dudas, la intención de privarse de la vida, la determinación absoluta en la acción.

- Suicidio por medio de armas de fuego.
- Suicidio por armas blancas.
- Suicidio por medio de fármacos.
- Suicidio por envenenamiento.
- Suicidio por arrojarse de edificios.
- Suicidio por inmersión (en ríos, mares, piletas de natación, lagunas, etcétera).
- Suicidio por medio de cuerdas.
- Suicidio por medio de objetos cortantes.
- Suicidio por quemaduras (pretenderse fuego).
- Suicidio por arrojarse a vías de trenes, subterráneos, autos, camiones.

- Suicidio por omisión de instrumentos objetivos (por ejemplo: de alimentos, de medicamentos).

4) *Modalidades en la participación*

- Individual.
- Pacto suicida.
- Suicidio grupal-colectivo.
- Suicidio post-situación traumática-desastre.
- Suicidio post-situación delictiva (homicidio-suicidio).
- Suicidio-terrorismo.

Los lineamientos señalados clarifican una tarea de diagnóstico, base para el tratamiento individual y familiar del paciente. También a nivel de un diagnóstico situacional social y cultural, de la vulnerabilidad individual y social.

III. ADVERTENCIAS SUICIDAS

El suicida presenta una personalidad extremadamente vulnerable que lo conduce a un comportamiento voluntario autodestructivo contra su propia vida-existencia.

Es una personalidad que se encuentra en un grave riesgo social —pérdida de la vida— y que con su comportamiento autodestructivo afecta profundamente al grupo familiar, social y cultural.

Las consecuencias que provoca el suicidio para el grupo familiar y social conmueve a todos los integrantes de la familia y son difíciles de poder determinar; cada miembro de la familia percibirá, sentirá el suicidio de un modo distinto y sufrirá consecuencias emocionales y sociales.¹

La situación de fragilidad y vulnerabilidad en la que se encuentra el suicida lo lleva a que exprese su grave conflictiva a través de mensajes directores e indirectos dirigidos a determinadas personas familiares y/o conocidas.

Las notas, comunicaciones, grabaciones, videos y advertencias verbales, en especial estas últimas, constituyen un comportamiento frecuente en el suicida. Estas comunicaciones difieren en sus formas, contenidos según las personas a las que van dirigidas tales advertencias.

Los contenidos de las notas expresan, generalmente, amenazas de suicidio, ambivalencia entre deseos de vida y

¹ Las consecuencias que sufre el grupo familiar son de tal magnitud por el profundo trauma que significa la muerte de un integrante del propio grupo familiar que transforman las relaciones intra-familiares y sociales. H. Marchioni, *La víctima del delito*, Marcos Lerner Editores Córdoba, 1990.

muerte, abandono, aislamiento, rechazo a situaciones familiares, culpa, desvalorización.²

Scheidman y Farberow indican que un alto porcentaje de pacientes suicidas realizan advertencias y sólo un 15% dejan mensajes escritos. El contenido de estos mensajes es sumamente amplio.³

Los mensajes, de acuerdo a las investigaciones de Tuckman,⁴ se caracterizan en mensajes positivos y privados de hostilidad; en mensajes de hostilidad y mensajes neutros, estos últimos provenientes de personas mayores.

Para Stengel, los mensajes de los suicidas denotan una notable atención a la realidad presente y futura. El suicida aparece como muy interesado por lo que vendrá después de su muerte. Dice Stengel: "los escritos tienen un carácter coherente y racional y una fuerte preocupación por las cosas cotidianas, en particular por las relaciones humanas, en aparente contraste con el deseo de morir".⁵

Festini Cucco y Cipollone,⁶ desde un enfoque clínico, expresan que un estudio profundo sobre los mensajes, en

² Los escritos y notas de los suicidas expresan, un estado de irritación y de cansancio, quejas contra una persona en particular a la que el individuo imputa sus desgracias. Ver E. Durkheim, *op. cit.*

Los mensajes, sus características y su contenido dependen de la edad, personalidad, actividad, situación y relación con el contexto familiar. Federico, de 67 años, se suicidó disparándose un tiro en la cabeza frente a la tumba de su esposa, y por los problemas económicos que padecía. R., joven músico de 20 años, dejó una nota a sus amigos donde explicaba que no debía llegar a los 21 años. El actor de teatro N., se suicidó dejando un mensaje grabado de su decisión en que señalaba que tenía problemas de salud. En las últimas semanas había sido detenido varias veces por conflictos en la calle. Juan, arciano de 85 años, avisó telefónicamente a sus familiares que había tomado la determinación de matarse junto a su esposa de 74 años. Cuando los hijos llegaron encontraron a la esposa muerta con un disparo de arma y a Juan también muerto en su sillón.

³ Ver Scheidman y Farberow, *Clase de suicidio*, Ed. McGraw-Hill, N. York, 1957.

⁴ J. Tuckman, *Emotional content of suicidal notes*, American Journal of Psychiatry, 1959.

⁵ E. Stengel, *Psicología del suicidio y los mutismos suicidas*, Ed. Thornté, Buenos Aires, 1965.

⁶ Festini-Cucco y L. Cipollone, *Suicidio e complejidad*, Ed. Guadrié, Milán, 1992.

relación con la estructura personalidad del escribiente-suicida y con el mundo afectivo y sus relaciones, podrá dar una nueva luz a los significados de la comunicación del suicidio.

A pesar de que las conductas suicidas llegan como un shock y sorpresa a los familiares y amigos, una indagación retrospectiva revela que las intenciones suicidas han sido expresadas mucho antes del acto suicida de una manera directa o indirecta. Pero, según Stengel⁷ no existe evidencia de que los mensajes de suicidio sean más fidedignos que otras comunicaciones hechas bajo un estrés emocional.

Por lo general las notas contienen expresiones de afecto, de rechazo, de venganza y, en estos casos, confirman la agresión hacia el medio social en la motivación del suicidio. Casi invariablemente, los mensajes de suicidio apuntan a suscitar ciertas respuestas emocionales en las personas que han estado cerca de ellos; a menudo piden perdón, en otros mensajes culpan a la familia, a la sociedad.⁸

En 12 casos, estudiados por H. G. Morgan,⁹ de pacientes que se suicidaron mientras se hallaban bajo el cuidado médico psiquiátrico, todos habían hablado abiertamente sobre sus ideas suicidas; 5 advirtieron con exactitud acerca del método que finalmente utilizaron en su autodestrucción. Al parecer varios factores parecen haber complicado la valoración del riesgo de suicidio; el principal fue que el equipo médico creyó cuando los pacientes manifestaron en las sesiones que "ya no sentían deseos suicidas y que acudirían a pedir ayuda en caso de crisis".

⁷ Ver Stengel, *op. cit.*

⁸ En relación a la comunicación escrita o mensajes, señala Luisa Rodríguez Gómezgil, en su investigación sociológica que, del total de los suicidas hombres y mujeres (en México) más de las tres cuartas partes no dejaron carta o documento relativo a su autodestrucción y tan sólo el 21% escribió algo al respecto. Véase Luisa Rodríguez Gómezgil, *Suicidio y muerte*, Ed. UNAM, México, 1974.

⁹ H. Morgan, *Deeds of suicide*, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, D. F., 1983.

ADVERTENCIA-RELATOS-NOTAS-GRABACIONES

Como el significado de la palabra *advertencia* lo indica, implica fijar la atención sobre algo, comunicar, avisar a través de una indicación o nota.

Las *advertencias suicidas* generalmente comprenden:

- 1) Relatos-advertencias verbales sobre ideas de muerte.
- 2) Notas-escritos suicidas.
- 3) Grabaciones y videos.

Las notas-escritos, grabaciones y videos, pueden conocerse antes y/o después de la conducta suicida.

También cabe señalar que en numerosos casos de comportamientos suicidas no se registran advertencias en manifestaciones verbales, en expresiones escritas o grabadas. Estas personas no pueden expresar sus ideas suicidas, están silenciadas o no son escuchadas por el contexto familiar-social.

El relato y advertencias verbales sobre ideas de muerte, consistente en conversaciones con familiares y amigos, implica, fundamentalmente, considerar el contexto donde se manifestó el relato y el contenido del propio relato.

La estructura del relato es en sí misma sumamente compleja de analizar. El relato puede estar camuflado, de tal manera, que resulta difícil de receptar el mensaje sobre ideas de muerte. El relato no necesariamente es un mensaje con la advertencia de que alguien perderá la vida.

Es evidente que la percepción del relato se modifica substancialmente, para las personas integrantes del contexto social, *después del intento o acto suicida*. El relato adquiere otro significado para la familia y los amigos.

El relato, entonces, presenta connotaciones particulares, como un lenguaje depresivo, triste, melancólico. Es un relato sin futuro, sin esperanza, en los personajes que integran la historia de lo expresado verbalmente.

Las notas, escritas sobre ideas de muerte, presentan características especiales:

- Reiteraciones sobre expresiones de muerte.
- Reiteraciones referentes a situaciones de pérdidas, a duelos reales o afectivos.
- Angustia por la soledad.
- Temores-miedos.

En las notas y escritos están expresados los últimos pensamientos y vivencias del suicida, pero también existen casos donde las notas-cartas a familiares, fueron escritas mucho tiempo antes del momento del suicidio.

Las grabaciones y videos presentan otras características y singularidades que provocan una mayor conmoción en los familiares. Escuchar y ver la imagen donde la persona está relatando su determinación y sus motivos para suicidarse, conlleva no sólo un esclarecimiento en el comportamiento, sino la vivencia angustiante de la toma de la determinación. Percibir la imagen, el rostro, la vivencia, soledad del suicida.

Es evidente que la nota, un escrito una advertencia que signifique ideas de muerte, ideas sobre suicidio, representa en sí misma un alto riesgo de intento de suicidio o de muerte. Toda advertencia debe ser considerada con total seriedad y más aún si van acompañadas de otras manifestaciones y comportamientos, que denoten una situación de vulnerabilidad, por ejemplo, depresiones, desempleo, crisis familiares.

SUICIDIO: MEDIOS-INSTRUMENTO

El método o medio utilizado está en relación con las características del medio social y cultural; depende del espacio social-tiempo, de la edad del individuo, de su profesión. Se considera que el medio social-cultural tiene que ver directamente con los elementos que el suicida tiene a su alcance.

Los medios o instrumentos que se utilizan en la conducta autodestructiva son múltiples. El medio puede dar idea y certeza si la persona "intentó" suicidarse, es decir, sin la determinación o decisión de hacerlo concretamente o sí,

por el contrario, el instrumento empleado fue determinante para privarse de la vida.¹⁰

En los medios-instrumentos registrados, se observa, entre los más frecuentes:

Medios-instrumentos

- a) Cuerdas, alambres, telas (ahorcamiento).
- b) Armas de fuego.
- c) Armas blancas.
- d) Instrumentos cortantes.
- e) Fármacos-productos químicos-drogas.
- f) Arrojar a alturas, edificios, puentes.
- g) Arrojar a las vías del tren o subterráneos o bajo el paso de automóviles.
- h) Asfixia por inmersión.
- i) Venenos.
- j) Combustibles (gas, carbón, kerosene, nafta, etc.).
- k) Otros medios-instrumentos.

Cuerdas-alambres. Ahorcamiento, también denominado colgamiento o asfixia por suspensión, ha sido el método más utilizado para suicidarse a lo largo de la historia. Es un método del pasado, de otras culturas y etapas del desarrollo histórico-social, pero también es un medio del presente.¹¹

La frecuencia en la elección del medio-instrumento cuerdas, alambres lleva a pensar en el simbolismo que adquiere esta modalidad. Ahorcamiento significa colgar a

¹⁰ Cuando existe un deseo profundo de desprenderse de la vida se encuentra también el medio apropiado. Ver Hans Von Hentig, *El hombre asesino*, Editorial Espasa Calpe, Madrid, 1976.

¹¹ Ahorcamiento, colgamiento o asfixia por suspensión. Explica Quirós Cuadró es un acto violento mediante el cual un cuerpo tomado por el cuello en un lazo atado a un punto fijo y abandonado a su propio peso ejerce sobre el lazo una tracción lo bastante fuerte como para producir la pérdida del conocimiento, detención de las funciones vitales y la muerte.

En la suspensión interviene un lazo que puede ser de la más variada naturaleza: cuerda, alambre, cobata, clausón. Ver Alfonso Quirós Cuadró, *ib. cit.*

una persona por el cuello; uno de los procedimientos frecuentemente empleados para ejecutar la pena capital.

En la elección de este medio es importante señalar la facilidad para obtener los instrumentos para el ahorcamiento: consiste en cuerdas, alambres, sábanas, corbatas, cinturón, cables y otros objetos similares.

El suicidio a través de *armas de fuego* es un comportamiento realizado por los hombres y en escaso número por las mujeres.

Las armas de fuego comprenden distintos tipos, entre ellas, revólver, pistolas automáticas, escopetas. Medios que causan, por su poder destructor, lesiones graves y provocan con alta frecuencia la muerte.

Tradicionalmente ha sido y es, aún, un instrumento utilizado por los hombres y muy especialmente vinculado a policías, militares y miembros de instituciones de seguridad.

Las *armas blancas*, es decir objetos como puñales, cuchillos, navajas, etc., son instrumentos empleados para autoagredirse con el fin de quitarse la vida. Utilizado, reiteradamente, en instituciones penitenciarias. También se ha observado la utilización de armas blancas en fanáticos religiosos.

Los instrumentos cortantes como vidrio, *gilette*, constituyen medios reiteradamente elegidos. Cortes en zonas del cuello, tórax, muñecas, que ocasionan lesiones de gravedad. En estos casos el tipo de instrumento y la zona corporal elegida para autoagredirse puede esclarecer si es un comportamiento auto-agresivo sin intenciones de suicidio o por el contrario, las circunstancias del hecho muestran la determinación suicida. Los límites entre ambas conductas son, indudablemente, frágiles.

Los avances tecnológicos en los *productos químicos*, fármacos, psicofármacos han permitido el acceso, a amplios sectores de la población, para adquirir, con demasiada facilidad, productos que, utilizados intencionalmente en exceso, producen la muerte.

Los fármacos, constituyen medios empleados casi con exclusividad por el sexo femenino. Las mujeres tienden a usar sedantes, antidepresivos, que en dosis excesivas provo-

con la muerte. Esta elección del medio —fármacos— por parte del sexo femenino estaría relacionado a que es un medio "no violento", es decir, sería considerado por la mujer como el que produce menor violencia y sufrimiento. Paradójicamente el fin es provocar la muerte.

Arrojarse desde las alturas de edificios, puentes es un medio utilizado tanto por los hombres como por las mujeres. Representa para estas personas arrojar —desde las alturas— al vacío, a la muerte.

En numerosos casos las personas pasan un tiempo prolongado —varias horas— al borde del edificio o puente antes de tomar la decisión de arrojar.

A diferencia de los casos mencionados, numerosas personas se arrojan, no desde la altura de un edificio o puente, sino hacia abajo, al paso del tren, subterráneo, ómnibus, automóvil. Estas situaciones son fácilmente confundidas como accidentes, al no existir comportamientos autodestructivos anteriores o escritos que permitan conocer la determinación de suicidarse.

Los medios arrojar desde las alturas como arrojar al paso del tren-subterráneo, ocasionan, en la mayoría de los hechos, consecuencias fatales.

Asfixia por inmersión también denominada asfixia por sumersión es un medio utilizado por el sexo femenino. Se lo ha vinculado también a personas de altos niveles intelectuales.

El suicidio por medio de la inmersión en ríos, en lagos, en el mar, implica la consideración del significado —medio elegido— para provocar la muerte. El mar, el lago, el río, es decir el agua como elemento vital de la naturaleza, que es elegido como medio destructivo. En algunos casos arrojándose al mar, al lago, al río, en otros casos introduciéndose paulatinamente desde la playa.

El veneno utilizado tanto en casos de homicidio como medio para intentar contra la propia vida.

Los venenos más empleados en actos suicidas están vinculados a productos que se utilizan en granja, casas de campo, productos como ratificadas, insecticidas.¹²

¹² Por la ingesta de sustancias tóxicas, se observan lesiones externas, cutáneas que varían según el líquido y su concentración, las lesiones

El criminólogo Alfonso Quiroz Cuarón ha señalado que algunos casos de suicidio se realizan, por la ingestión, a veces en cantidades considerables, de sustancias tóxicas que provocan la muerte por acciones químicas que causan múltiples quemaduras internas y la muerte.

Los medios-instrumentos combustibles como el gas, nafta, kerosene, elegidos para suicidarse se han incrementado en forma alarmante, especialmente el gas.

Combustibles como nafta, alcohol, kerosene son empleados por internos alojados en establecimientos penitenciarios para autoprovocarse quemaduras con el fin de perder la vida.¹⁵

Otros medios utilizados para suicidarse contemplan una diversidad de instrumentos de compleja enumeración por la vastedad de los medios empleados. Entre algunos de ellos, cabe mencionar las bolsas de plástico que se introducen en la cabeza, provocando la muerte por asfixia; en otros casos se trata de la ingesta compulsiva de alimentos.

La omisión de un instrumento-medio para el suicidio se observa de una manera particular en los casos de personas que se niegan intencionalmente a recibir alimentos con el deseo de morir. Son los casos de personas ancianas cuya soledad, aislamiento y marginación que les ha provocado la sociedad los han llevado a la determinación de no querer seguir viviendo.

Tozzini señala que el suicida elige el medio que habrá de utilizar conforme cuatro circunstancias: 1) su personalidad; 2) el conocimiento que tenga sobre la idoneidad de dicho procedimiento; 3) el real deseo de morir; 4) las posibilidades de empleo a su alcance.¹⁶

Los métodos o medios frecuentemente son: gas, envenenamiento, ahorcamiento, asfixia por inmersión, armas

más graves son las de los fétidos concentrados que quema profundamente y destruye los segmentos extremos. Ver A. Quiroz Cuarón, *ib. cit.*

¹⁵ Diferencia entre quemadura accidental, criminal y suicida. En el primer caso, generalmente son de gran extensión; en el segundo habitualmente tienen formas muy características, cuya acción agresiva lo mismo se orienta a la cara que a los órganos de los sentidos o a los gñtulos externos. En el suicidio se observan quemaduras que se diferencian netamente del primer y segundo caso. Ver A. Quiroz Cuarón, *ib. cit.*

¹⁶ Ver Ferrini Cucco y L. Cipollone, *ib. cit.*

de fuego, instrumentos cortantes, arrojarse desde lugares altos.^{13, 16}

Como hemos mencionado las formas de suicidio revelan diferencias entre los hombres suicidas y las mujeres suicidas.^{17, 18} En los hombres predominan las armas de fuego y el ahorcamiento; en las mujeres los barbitúricos y las armas blancas, también la inmersión (en ríos, lagos, mares) y arrojarse de un edificio. En los últimos años han aumentado notablemente los suicidios ocasionados por psicofármacos.

La elección del medio-instrumento depende de varios y singulares factores, especialmente el contexto socio-cultu-

¹³ Casos: Katia, de 47 años, en una crisis depresiva mató a su hija de 13 años con un revólver calibre 22, posteriormente se suicidó, con un disparo en la sien. Había dejado a su esposo y a sus amigos varias cartas donde manifestaba su decisión, por su estado y por un futuro incierto para su hija.

¹⁴ Los medios utilizados son ahorcamiento, gas, armas de fuego, tóxicos, medicamentos, lanzamiento al vacío, ahogamiento (auto, tren, subterráneo). Ver Pierre Morón, *op. cit.* Casos: —María de 38 años se arrojó desde el octavo piso del edificio donde vivía. Según sus familiares no había motivos para esta determinación y no advirtieron ninguna conducta extraña. —Mario de 28 años, casado, se pegó un tiro después de hacer infructuosamente trabajo. —José, con graves problemas económicos se ahorcó en el patio de su casa cuando su familia había salido de la casa. —Camilla de 16 años se cortó con una pluma sus muñecas y sus brazos, en el baño de su casa, a raíz de una discusión con su novio. —Sara paciente internada en el hospital neuropsiquiátrico murió en ropas con combustible y se prendió fuego frente a otros pacientes, resultando con quemaduras de primer y segundo grado.

¹⁵ Los medios más utilizados por las mujeres son: ahorcamiento, envenenamiento, gas. Los hombres utilizan más las armas de fuego. Ver W. Mielkecosoff, *La masculinidad cultural de nuestro época*, Ed. Espasa Calpe, Madrid, 1978.

¹⁶ Las diferencias entre suicidas de hombres y mujeres es marcada, porque en las mujeres, por los medios utilizados, predomina el intento de suicidio. En los últimos años se ha registrado un aumento de suicidios en la mujer especialmente por el cambio del tipo de instrumento que utiliza, de este modo se ha observado una mayor selección en el uso de armas, en arrojarse de edificios, que implica una mayor determinación en sus ideas autodestructivas. Casos: —Gonzalo utilizó un arma de su hermano para dispararse en la cabeza, sobrevivió, pero los daños cerebrales le causaron orgasmo permanente. —Evangelina, el día posterior a su sentencia de divorcio ingirió psicofármacos que le produjeron la muerte.

ral. También comportamientos de imitación de lo observado en televisión, películas o hechos policiales.

LUGAR DEL SUICIDIO

Los lugares donde se produce el suicidio registra que más del 50% de los suicidios se llevan a cabo en la casa del suicida y, en segundo término, en lugares públicos: le siguen hoteles, cárceles, hospitales, lugares de trabajo.¹⁹

Lugares como las torres de iglesias, puentes, cruces de caminos y edificios públicos, presentan una particularidad especial simbólica para el ser elegidos por los suicidas.^{20, 21}

¹⁹ Todas las investigaciones criminológicas señalan que el mayor registro de casos de suicidio tienen como lugar, la propia casa. Esto se explica porque la determinación suicida tiene directa vinculación con la situación individual y las relaciones familiares. Por otro lado, el diagnóstico de suicidio es más complicado cuando el lugar es la calle u otro sitio donde puede confundirse con un accidente o un homicidio.

²⁰ En el periodo de 1889 y 1905 se suicidaron en Francia, en relación a los lugares elegidos por los suicidas, en la Torre Eiffel 339, Arco de Triunfo 23; Cerros Chamant 15; Iglesia de Notre Dame 15; Columna de Julio 5. Ver P. Moen, *op. cit.* Cada ciudad, cada región, tiene un lugar donde se han producido suicidios. En Córdoba, en los puentes y en el canal (Cañada) que atraviesa la ciudad.

Torres, puentes, edificios públicos, ríos, parques, son algunos de los sitios elegidos por los suicidas. La atracción por un determinado lugar elegido para suicidarse está relacionado frecuentemente, a que ese lugar se encuentre concurrido. Casos: —Elsa de 31 años, con una profunda depresión, se suicidó en las Cataratas del Iguazú, en la alto del Salto, después un baño con documentos personales y una carta donde señalaba su decisión de quitarse la vida. —Manuel se suicidó de un disparo en la sien derecha con una pistola calibre 32, eligiendo para ello los bosques del parque General San Martín de Mendoza donde fue encontrado por deportistas. —Pedro, de 59 años, sargento retirado, mató a su hija Fabiana de 17 años quien se encontraba sentada en el banco de la plaza del barrio, cerca de su casa. La joven estaba conversando con un joven también de 17 años cuando Pedro llegó, la tomó de los cabellos, Fabiana intentó huir, su padre le pegó dos tiros, comenzó a tirar disparos a las personas que se encontraban en la plaza persiguiéndolos. Posteriormente retornó al lugar donde se encontraba su hija y se suicidó disparándose con un tiro en el abdomen y otro en la cabeza.

²¹ Las horas en que se produce el suicidio revelan que éste se lleva a cabo, fundamentalmente, en la noche. Ver Laura Rodríguez Gómezgál, *op. cit.* Sin embargo, los datos de otros investigadores son diferentes, en

Los lugares donde se lleva a cabo con mayor frecuencia el comportamiento autodestructivo:

- 1) Casa del suicida.
- 2) Edificios públicos.
- 3) Lugares públicos.
- 4) Lugares religiosos.
- 5) Zonas-lugares turísticos.
- 6) Transporte como lugar del suicidio.
- 7) Otros lugares.

Lugares del suicidio

1) Casa:

- del suicida
- de la familia
- de amigos

a) Lugar de la casa

- dormitorio
- baño
- sala
- techo
- garage
- sala

2) Edificios públicos:

- monumentos públicos
- cárceles-penitenciarias

cuanto a la apreciación de esta variable; Durkheim manifestaba que la preponderancia de los suicidios diurnos es evidente. Los estudios criminológicos muestran una relación de las horas que pueden acusar el estado melancólico de los individuos. En algunos casos serán el almorzar, en otros el comienzo del día. De la misma manera, puede analizarse los días de la semana, con respecto a días felices y fines de semana. En numerosos suicidios la fecha es elegida para coincidir con un aniversario familiar.

- seccionales policiales
- cementerios-tumbas
- tribunales-palacio de justicia
- escuela
- hospitales
- cuarteles-edificios militares
- universidad
- estación de trenes
- puertos
- aeropuertos

3) Lugares públicos:

- Parques (pascos, plazas, jardines)
- bancos
- empresas
- centros comerciales
- negocios-tiendas
- restaurante-bar
- industrias
- sanatorios-consultorios
- hoteles-hosterías-casa de pensión
- supermercados

4) Lugares religiosos:

- iglesias
- capillas-catedrales
- conventos
- colegios-seminarios

5) Zonas-lugares turísticos:

- ríos-diques-mar
- montañas-cerros-riscos
- bosques
- desierto
- cataratas
- cuevas-cavernas-zonas arqueológicas

6) Transporte como lugar del suicidio:

- automóvil
- ómnibus
- tren
- barco
- avión

7) Otros lugares:

- puentes
- carreteras
- calles-avenidas

Son numerosos los casos de suicidio en la *propia casa*,²⁷ siendo los lugares más frecuentes el baño, el techo, el garaje y el dormitorio.

En los *edificios públicos* predominan los suicidios en cárceles-penitenciarias, seccionales de policía, monumentos públicos, así como suicidios en cementerios y tumbas.

Los *lugares considerados públicos* el mayor número de casos se registra en hoteles, hosterías y casa de pensión, en parques y paseos.

Además, en *lugares religiosos* como iglesias, capillas-catedrales, los suicidios comprenden un número sumamente significativo.

Las *zonas lugares-naturales y/o turísticos* documentan un alto número de suicidio. En muchos casos estos lugares son elegidos precisamente por ser zonas apartadas de grupos sociales, lugares caracterizados por la tranquilidad y un ambiente de paz. Pero, en otros casos se observa que estos lugares son elegidos por la magnificencia del paisaje natural y por constituirse en zona turística.

Tradicionalmente se ha considerado al transporte como un medio-instrumento para el suicidio. Sin embargo existen numerosos casos donde el *transporte* (auto, ómnibus, tren, barco, avión) se constituye en el lugar del suicidio. Ejemplo:

²⁷ La *propia casa* del suicida es el registro de la gran parte de los suicidios. Los lugares que predominan dentro de la casa: dormitorios, patios interiores, baño, garaje, terraza.

el individuo que elige su auto como lugar para pegarse un tiro, inhalar gas.^{25, 26}

Los parques, paseos, plazas, jardines, que comprenden zonas verdes en áreas urbanas son lugares que registran casos de suicidio. Lugares elegidos como zonas de paz en contraste con la alta densidad poblacional de las zonas urbanas.

Finalmente, en los lugares suicidas se incluyen otros lugares no comprendidos en las distinciones anteriores. En otros lugares, puentes, calles, carreteras, expresan un número importante de suicidios. Aquí el significado lo brinda el simbolismo del puente, calles, carreteras, vinculado al anonimato del ciudadano que intenta la violencia contra su propia vida.

El lugar puede ser elegido para manifestar el suicidio como un acto de protesta, pero sin lugar a dudas el estado depresivo está ya subyaciendo en estos comportamientos, y el lugar seleccionado es, en cierto sentido, un símbolo de sus verdaderas y auténticos motivos que lo conducen al suicidio.^{27, 28}

²⁵ Los automóviles producen monóxido de carbono por la combustión de la nafta y que esa sustancia tiene un gran índice de toxicidad. En el vehículo cerrado y a través de una manguera colocada en el auto se produce la intoxicación y la muerte. Ver Alfonso Quiroz Cuarón, *Medicina forense*, Ed. Porrúa, México, 1978.

Casos de suicidios en baños de trenes y ómnibus, en camarotes también de trenes y barcos.

—W. se suicidó en el baño del avión que hacía el trayecto San Francisco-Tulúa. Nadie advirtió el comportamiento suicida.

²⁶ Corresponde al perito determinar si tal escape se produjo accidentalmente o si fue intencional. Ver Alfonso Quiroz Cuarón, *ib. cit.*

²⁷ Lugares elegidos por el suicidio, son parte de su planificación en el suicidio o por circunstancias que constituyen verdaderos disparadores. Casos: —Mirta, de 25 años se abocó en su casa, había intentado suicidarse varias veces, comenzó con un estado de depresión a causa de la violencia familiar. —K. intentó suicidarse porque le impusieron una multa de tránsito, acudió a la legislatura y amenazó con suicidarse, usando un cuchillo de su bolso y colocándolo en su cuello. —C. de 32 años, procesado por violación a dos niños se suicidó arrojándose de la ventana del edificio del tribunal que lo estaba juzgando. Durante la audiencia, C. manifestó que se sentía descompuesto, que le faltaba el aire y que no podía respirar y pidió que le abrieran la ventana. Se arrojó desde el 7° piso del edificio.

²⁸ Alejandro, de 46 años se suicidó con un tiro en la boca en el cuarto oscuro de una casa de vacaciones en la ciudad de Buenos Aires

Las advertencias sobre el comportamiento suicida, los medios-instrumentos elegidos, así como el lugar, representan la verdadera situación de fragilidad, vulnerabilidad de las personas que intencionalmente provocan su muerte.

SUICIDIO-ACCIDENTE-HOMICIDIO

Aún hoy, una de las mayores dificultades es diferenciar, en casos complejos, el diagnóstico de homicidio, accidente, suicidio.²⁷ Los médicos forenses, criminalistas, señalan que se debe analizar la suma de signos, puesto que ninguno aislado tiene valor absoluto. Así Nerio Rojas²⁸ explicaba en su clásica obra *Medicina Legal*, los siguientes elementos diferenciales:

con motivo de las elecciones legislativas de 1993. El presidente de la mesa describió a A. como un hombre de clase media, que no mostraba signos de alteración, cuando presentó su documentación.

²⁷ Son numerosos los casos donde una conducta delictiva de homicidio se la disfrazó de suicidio. —Néstor, abogado de 44 años, fue condenado a 12 años por el homicidio de su esposa. En un primer momento dijo que su esposa se había suicidado en el baño, posteriormente expresó que había entrado un desconocido en la casa y la había matado. No obstante la evidencia del crimen, volvió a intentar explicar que la bocha en la cabeza de su esposa se la había colocado a pedido de ella. —Clara, de 43 años se suicidó estrellando su automóvil contra una pared. En un primer momento se creyó que la decisión estaba causada por la desaparición de su esposo y las dificultades en la familia. Clara había simulado una relación afectuosa y armónica con su esposo e hijos, por ello causó sorpresa la desaparición de él. Posterior al suicidio de Clara se encontró el cuerpo del esposo asesinado en la casa. Clara preparó su suicidio, dejó a sus hijos con los abuelos y se dispuso expresando que se iba de viaje por motivos laborales. —Francisco, de 37 años, simuló que su esposa, por problemas derivados de una enfermedad mental, mató a sus tres hijos, Juan de 7 años, Jorge de 6 y Juana de 4, y posteriormente se suicidó. La esposa efectivamente presentaba cuadro psiquiátrico y había estado internada en hospitales, pero se trataba de un homicidio. —Una conflictiva de pareja llevó al homicidio y posterior suicidio de O. de 43 años, quien ingresó en un café de la calle Santa Fe para fumar y matar a María, libró a varias personas que se encontraban en el lugar y posteriormente se suicidó con el mismo revólver de su tío en la boca.

²⁸ Nerio Rojas, *Medicina Legal*, Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1971.

- a) Formas de la muerte;
- b) Clase de armas;
- c) Signos de violencia;
- d) Sitio de la herida, número de heridas;
- e) Variedad de las heridas y de diferentes armas;
- f) Dos heridas graves;
- g) La dirección de la herida;
- h) Regularidad de los bordes de la herida incisa;
- i) La presencia de "herida de defensa";
- j) El espasmo cadavérico, y
- k) La presencia de marcas de disparo próximo.

Si bien en muchos casos es difícil determinar entre suicidio y homicidio y entre suicidio y un accidente, los avances en la Criminalística y los exámenes minuciosos y científicos —médicos legales— permiten una mayor exactitud en el diagnóstico de los suicidios.²⁸

Al respecto los médicos forenses consideran fundamentales:

- a) Localizaciones de las lesiones que provocaron la muerte.
- b) La ausencia de signos de violencia externa. En especial, la ausencia de equimosis en zonas de agresión y zonas de defensa, como por ejemplo: muñecas y antebrazos.
- c) Las marcas de intentos de suicidios anteriores.
- d) Estado y orden de las ropas del suicida.
- e) Notas, cartas, testimonios del suicida.
- f) Estudio de las características del arma utilizada para descartar un homicidio.
- g) Estudio, en los casos de ahorcamiento, para diferenciarlo del homicidio. De igual modo, en los casos de suicidio por inmersión.

²⁸ Ver A. Quiroz Guzmán, *ob. cit.* Asimismo Alberto Correa Ramírez, *Identificación Forense*, Ed. Trillas, México, 1990, Alcocer y Alca, *Medicina Legal*, Ed. Limusa, México, 1995, Álvarez Chaves y Solís Cabrera, *Manual Práctico de las Lesiones en Medicina Legal*, Editorial Jurídica, Buenos Aires, 1989.

Los criminólogos que han intentado realizar estadísticas sobre suicidios incluyendo las muertes indeterminadas y los envenenamientos accidentales han encontrado que las cifras aumentaron en un 50% sobre las tasas de suicidio.

Paralelamente al conocimiento parcial de los actos suicidas, existen conductas no —conocidas que integran la cifra negra— oculta de la criminalidad, muertes inciertas no denunciadas y que aparecen como accidentes.³⁸

Es indudable que las pericias y estudios criminalísticos de medicina forense, especialmente, constituyen los pilares en diagnóstico diferencial entre homicidio, accidente y suicidio. Estos estudios diferenciales pueden realizarse siempre y cuando intervenga la administración de justicia, por consiguiente la pregunta criminológica referente a esta problemática sería: ¿cuántos suicidios quedan ocultos por el certificado de defunción "paro respiratorio" de un médico general?

Es necesario, por consiguiente, ahondar en la investigación criminalística, observando y analizando todos los detalles de la escena en la que tuvo lugar el suicidio.

³⁸ Véase Manuel López Rey y Arrojo, *Las dimensiones de la criminalidad*, Marcus Lerner Editora Córdoba, 1995.

IV. PACTO SUICIDA Y SUICIDIO GRUPAL

Desde una perspectiva criminológica, el análisis del suicidio, a través de un pacto que realizan dos personas, y el suicidio de grupos identificados con un comportamiento autodestructivo, genera múltiples interrogantes referidos a la decisión individual, personal del suicidio y sobre la influencia del grupo social en los determinantes del suicidio.

Si el suicidio es un comportamiento intencional autodestructivo llevado a cabo por una persona en una etapa de su vida altamente vulnerable agravado por un contexto familiar-social cultural vulnerable, se puede inferir que el suicidio por medio de un pacto y el suicidio de grupos, implican modalidades particulares del suicidio.

Los aspectos singulares de estos comportamientos autodestructivos están manifestados por una especial relación interpersonal, en el caso del pacto suicida, identificados por el temor a la separación y la angustia que surge de la necesidad de unión eterna. Por el contrario, el suicidio de grupos conlleva una rebeldía agresiva-violenta hacia normas sociales y culturales, propias de un grupo que se rige por normas y estructuras absolutamente cerradas.

Otro aspecto particular y sumamente angustiante referente al suicidio, que implica un proceso individual y social con características especiales, es el comportamiento suicida por la imitación de otro comportamiento similar ocurrido en el contexto social.

La conducta de imitación está relacionada con los comportamientos suicidas, especialmente en jóvenes. A diferencia del suicidio de grupo, en el que sus integrantes se conocen, pertenecen al mismo grupo y llegan a la determinación en forma conjunta o por influencia del líder, en el fenómeno

de la imitación, el suicidio es realizado por distintas personas que no tienen vinculación entre sí, pero que se identifican con un acontecimiento, generalmente, la muerte de una figura pública.

En este capítulo también se analizará por el modo de participación en la conducta autodestructiva, suicidio en situaciones de desastre natural o humano frente a la muerte, pérdida de familiares, pérdidas económicas y sociales. Es el suicidio individual y/o grupal post-situaciones de desastre natural o humano.

Los actos terroristas que causan profundos daños en una población, especialmente en víctimas absolutamente vulnerables e indefensas, son causados, en numerosas ocasiones, por criminales-suicidas, es decir el acto terrorista implica la muerte del criminal o de los criminales.

PACTO SUICIDA

El pacto suicida involucra a dos personas que están relacionadas, generalmente, como pareja. El pacto es un acuerdo entre dos personas obligándose mutuamente a su observancia, en este caso, a cumplir conjuntamente la acción intencionada autodestructiva, de pérdida de la vida.

En el pacto suicida la iniciativa surgiría de una de las personas, que sufre el proceso mental depresivo y que convencería a su pareja para llevar a cabo el acto suicida.

El doble suicidio o pacto suicida es, indudablemente, el desencadenante de complejas relaciones interpersonales entre la pareja y el contexto familiar-social.

El suicidio, en estos casos, puede estar motivado por:

- Deseo de unión eterna (casos de personas adultas).¹
- Respuesta a la familia y al medio social que se oponen a la integración de la pareja (jóvenes adolescentes).
- Temor, miedo a quedarse solo en la vida (éstos en los casos de ancianos donde uno de ellos está enfermo).

¹ Ver E. Fern, *Homicidio-suicidio*, Editorial Reus, Madrid, 1994.

- Deseo de destrucción para no enfrentar una crisis considerada mayor (casos motivados por ideas religiosas o políticas).
- Personalidades confusas-psicóticas.

La pregunta es si existe realmente el pacto suicida, esto es, el conocimiento por parte de las dos personas de un deseo y determinación de autodestruirse. Esto permite observar, según las investigaciones, en casos de sobrevivientes de intentos de suicidio donde uno muere y el otro no, impulsos criminales conscientes de parte del iniciador de la idea del comportamiento suicida.

El doble suicidio en parejas que desean la muerte fueron estudiadas por el criminólogo alemán Hans Von Hentig.² La idea de una relación estrecha, indivisible, se expresa en el doble suicidio por el abrazo y siempre según Hans Von Hentig, se recurre a los mismos medios.³ Es decir, se suicidan abrazados, ingiriendo veneno, cortándose las muñecas, tirándose atados al río. Existe una empatía psíquica relacionada a la muerte.⁴

Fornari explica que una de las paradojas del suicidio es la negación de la muerte: "los amantes piensan que el suicidio les da la posibilidad fantástica de estar por siempre unidos en la muerte".⁵

² Ver Hans Von Hentig, *El Asalto suicida*, Espasa Calpe, Madrid, 1976.

³ Ver Hans Von Hentig, *id. cit.*

⁴ Caso: —Los cuerpos de José de 41 años y de Patricia de 34, fueron encontrados en el dormitorio de esta última, en el dormitorio, en camas separadas y un detalle curioso: estaban ambos desnudos. Según los familiares de Patricia, no existe entre ambos una relación de pareja, eran amigos y José visitaba frecuentemente la casa. Ese día después que salieron los padres de Patricia, llegó José y dos horas después se escucharon los disparos de una pistola calibre 22. Patricia presentaba un disparo en la nuca y José un disparo en la sien. —Dos amigos, quienes se enteraron que venían hijos del mismo padre, decidieron suicidarse, una de ellas lo hizo en el cementerio. —L. y M. de 15 y 13 años, que habían cursado sus estudios en el mismo colegio, se suicidaron en el mismo, dejaron nota a sus familias, en el dormitorio, nota en la que comunican pedían perdón.

⁵ E. Fornari, *Nota sulla psicologia del suicidio*, *Notiziario settimanale della psicoanalisi*, Feltrinelli, Milán, 1970.

⁶ La muerte a través del pacto suicida, según Festina-Curcio-Goppolone, puede ser visto, por la pareja, como un proceso biológico,

Las figuras posibles de suicidio a *duos* comprenden, según criminólogos españoles,⁷ los siguientes procesos:

- Un solo sujeto tiene la idea suicida y la impone al otro: es el suicidio impuesto.
- Dos sujetos tienen la idea suicida al mismo tiempo, bajo la influencia de las mismas causas que la ocasionan: se habla entonces de suicidio simultáneo.
- Dos personas tienen la idea suicida, pero uno se suicida en primer lugar, y el otro, conmovido por la conducta del primero, se suicida al mismo tiempo o poco después.⁸

Es evidente que el conocimiento de la conformación de la historia de la pareja (adulto,⁹ ancianos,¹⁰ adulto-joven, pareja en conflicto, familiares) y la historia de las dos personas permite un mayor análisis sobre la determinación al comportamiento autodestructivo. Modalidades de la relación interpersonal y características de la criminalidad.

SUICIDIO GRUPAL

Históricamente el suicidio de grupos y comunidades ha estado relacionado a épocas de guerra o situaciones de persecución. Estos suicidios colectivos¹¹ están provocados

extinción definitiva, como el más grande de los males, castigo, liberación, como paz eterna, reencuentro con las personas amadas, como pasaje a una nueva vida. Ver Festini, Cocco y Cipollone, *Suicidio e complicità*, Ed. Giuffrè Editore, Milán, 1992.

⁷ Ver López-García, Hinojal Fonseca, Bobes García, *El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos*, Ed. Rev. Derecho Penal y Criminología, Madrid, 1993.

⁸ En las estadísticas japonesas se encuentran los siguientes casos de doble suicidio: emparejados (58%), matrimonios (19%), parejas de homosexuales (4%), suicidios de padres/hijos (el más común es de madre/hijo) (22%), diversos (6%). Ver López-García, Hinojal Fonseca, Bobes García, *ib. cit.*

⁹ Las características de personalidad de cada integrante y la perspectiva existencial de unión, de separación. Paradójicamente, temores a la separación.

¹⁰ Ancianos que se sienten vulnerables, en un contexto social indiferente.

¹¹ Es interesante señalar los importantes trabajos realizados por Bronislaw Malinowski, especialmente su obra *Crimes y costumbres en la*

por el rechazo del grupo a sobrevivir, por miedo a la venganza del enemigo, por conductas de honor, de religión, de ideología. El suicidio era visto, en estos casos, como una conducta "preferible" antes de entregarse al enemigo, de ser humillado.

La historia de las guerras entre los pueblos tiene numerosos hechos de autodestrucción colectiva.¹² Sin embargo, existen otras situaciones de suicidios colectivos distintas a las mencionadas y son las referidas a los grupos aislados: son los grupos que han organizado otra comunidad con otros valores y vinculaciones entre sus miembros; o grupos de personas que han sido engañadas por falsas promesas, caso del suicidio de Guyana;¹³ también de grupos que se encontraban detenidos o presos en instituciones (suicidios en los establecimientos penitenciarios y policiales).

El suicidio, para López-García, es un acto típico, profundo e individual. Pero, en algunos casos, se puede comprobar que se ha realizado contemporáneamente dentro de un grupo más o menos numeroso y heterogéneo de personas: se habla entonces de suicidio colectivo.¹⁴ El suicidio colectivo propiamente dicho, donde mueren decenas de personas, se configura en la mayor parte de los casos como un intento de la inevitable destrucción de la comunidad llevada hasta el extremo, perpetrado por un grupo con ligamen psicótico,

ciudad salvaje, Ed. Ariel, Barcelona, 1966. Desde un enfoque antropológico, sobre la ley y las costumbres en sociedades consideradas primitivas.

¹² Morgan expresa que el suicidio en masa ha ocurrido a intervalos regulares a través de los siglos, generalmente al ser perseguida una secta y ver amenazada su existencia; no es sorprendente que las convicciones religiosas profundas parezcan haber sido frecuentemente la fuerza unificadora del grupo. Ver H. G. Morgan, *id.* *id.*

¹³ La masacre de Guyana es uno de los suicidios colectivos más misteriosos donde murieron 923 personas, principalmente familias. En 1978 un millar de personas habían emigrado de Estados Unidos siguiendo a una secta religiosa que controlaba Jim Jones a través de métodos terroristas en la selva de Guyana. En este lugar, en un campamento vivían familias con niños que a una orden de Jones, los adultos bebieron cianuro y a los niños se les aplicó inyecciones de cianuro. Ver David Barthel, *Los suicidas de Guyana*, Ed. Posada, México, 1978.

¹⁴ Ver López-García, Hinojal Fonseca, Bobes García, *id.* *id.*

convencido, con destrucción presagiada paranoicamente y percibido el suicidio como la última esperanza. El suicidio colectivo se caracteriza por el hecho de que los distintos sujetos ejercitan la propia acción recíprocamente unos frente a los otros.¹⁵

Heuyer¹⁶ manifiesta que el suicidio de grupos representa una consecuencia de una situación de psicosis colectiva. En otros términos, se puede decir que estos grupos están integrados prevalentemente por sujetos psicóticos, los cuales proyectan sobre el grupo su proceso mental anormal, paranoizando a la comunidad que se forma y constituyendo el grupo con finalidad ideológica aversiva, criminal, o de culto satánico y rituales de iniciación. Análogamente, otros grupos psicóticos se caracterizan por una dependencia ciega y absoluta, con el fin de completa fusión con el *leader*, cuya autoridad carismática tiende a crecer y a identificarse con imágenes de divinidad.¹⁷

El suicidio de grupos está relacionado a las creencias religiosas o a líderes religiosos¹⁸ "mesianicos" que a través

¹⁵ El desahucamiento, en agosto de 1985, de otro suicidio de grupo colectivo en la secta de *Pork Soonja*, en Seúl (Corea del Sur). En ese caso, 32 personas se quitaron la vida como respuesta paranoica a la policía, que pretendía arrestar al jefe por imponiéndole una multa de casi nueve millones de dólares. También debe mencionarse aquí el suicidio de la secta de los *Davidianos*, ocurrido recientemente, en los bosques europeos.

¹⁶ Ver Heuyer, Deschaux, Dixion. *Aspects particuliers névroses légères du monde névrosé*. Acta Médica Legal, 1948.

¹⁷ Ver López-García, Hinojal Fonserra, Bobes García, *ib. cit.*

¹⁸ Casos: en 1994, cincuenta y tres aldeanos tribales de un poblado vietnamita se suicidaron en grupo, con tuberos y otras armas primitivas inducidos por un líder ciego. De las cincuenta y tres personas, diecisiete eran niños quienes murieron con sus atayores en la aldea de *Ta Hu* en la Provincia de Son La a unos trescientos kilómetros de Hanoi. Estas personas fueron inducidas y llevadas al suicidio por el líder que se hacía llamar "el rey"; los convenció que a través del suicidio irían al cielo.— En Suiza, 45 personas se suicidaron en un pacto grupal, quemados, conducidos por un médico quien se anunciaba como un nuevo dios, secta denominada "La orden del templo solar". Numerosas personas habrían sido asesinadas, por impactos de bolas en la cabeza. Personas que estaban vestidas con capas rojinegras. La escena, de similares características de Guyana y de Waco.—Grupos cerrados, integrados por personas

de sus prédicas, convencen a grupos de personas a seguirles en sus delirios místicos, incitándolos al comportamiento autodestructivo.

SUICIDIOS EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Las conductas autodestructivas son frecuentes en los delincuentes¹⁷ considerados habituales, estas conductas se manifiestan a través de tatuajes¹⁸ en diversas partes del

desesperadas que captadas, seducidas, amenazadas o convencidas del fin de mundo y que su salvación estaba en adherirse a la secta. Estas tenían en sus instalaciones salas de torturas, y terminaban pseudo rituales.— Las tres principales responsables de la secta Wicca (adoradores del diosmín) se suicidaron en un edificio en las afueras de París, dos ahorcadas y el restante con un tiro de escopeta).—Después de 51 días cercados, en la secta rasta davidiana, ubicada en la región Waco, EE.UU., murieron quemadas 86 personas, de las cuales 17 eran niños; también esta secta creía que estaba próximo el fin del mundo.

¹⁷ Ver Hilda Marchiori, *Institución Penitenciaria*, Marcos Leiner Editores Córdoba, Argentina, 1985.

¹⁸ Marca su cuerpo a través de tatuajes y cortes que son conductas de identificación y autodestructión. La influencia del tatuaje como alteración del esquema corporal es importante, y sumamente significativa. La temática del tatuaje consiste generalmente en: tatuajes iclásticos (del propio sujeto, de la madre, de los hijos), tatuajes con los nombres de familias, tatuajes frases ("recuerdo de mi madre", madre amor eterno, etc.), tatuajes con figuras humanas (preferentemente mujeres), tatuajes objetos (ancla, estrella, puñal, etc.) y especialmente tatuajes con dibujos en forma de corazón (corazón atravesado por una flecha, con alas, etc.). También se observan tatuajes de flechas y de animales. La mayoría de los individuos se hacen el tatuaje en establecimientos carcelarios. Esto indudablemente está relacionado con el hecho de que el tatuaje está en estrecha relación con una situación de "aislamiento" social. Observamos que el rol de tatuarse en la cárcel adquiere un significado especial. Esto podría tal vez relacionarse con la necesidad de que uno sujeto lo marque. Pensamos que se trata de una relación sadomasoquista por la índole de la conducta (provocar dolor, marcar), es decir que el sujeto que se tatúa necesita experimentar dolor, porque ese dolor le causará un determinado placer, relacionado con sus características de personalidad. Esta tendencia masoquista también se podría vincular a una búsqueda de castigo, sentir dolor, sentirse marcado. Entre algunos de los significados psicológicos en relación al tatuaje podemos mencionar: —El tatuaje expresa la búsqueda de una relación permanente con los objetos que no posee (madre, afecto de familia, etc.) y a la vez

cuerpo y en los cortes que se realizan con gillete especialmente en los brazos y en el pecho. Los tatuajes significan una identificación, una marca y una pertenencia a determinado grupo. Los cortes presentan múltiples connotaciones, desde una llamada de atención y una solicitud para ser trasladado a un hospital, a una ocultación de la herida para demostrar el "valor" del acto a los otros internos. Tanto en el tatuaje como en los cortes pueden observarse problemas de graves infecciones, no llegan generalmente, a producir la muerte del interno.

El intento de una conducta suicida y el suicidio en instituciones penitenciarias conlleva otra situación psíquica,¹⁵ un estado de depresión, de soledad, de temor a la reacción social por el delito cometido.

Se observa que el suicidio está más vinculado al proceso penal que al individuo que está cumpliendo la sentencia.¹⁶

una autoafirmación.—Como expresión del temor a la pérdida y al robo de las personas queridas y también como expresión de su sentimiento de pertenencia al grupo.—Como expresión de la búsqueda de su propia identidad, de su necesidad de identificación.—El tatuaje como forma de comunicación de sus propios conflictos a través de un lenguaje simbólico.—La marca, el tatuaje como expresión de autocastigo ("la cruz la hice cuando nació mi hijo, fue la forma de manifestar mi alegría respecto de la travesía de la cárcel, como no le podía ofrecer nada, le regalé este sacrificio"). Ver Hilda Marchiori, *Delito y personalidad*, Marcos Lerner Editores Córdoba, Argentina, 1964; *Personalidad del delincuente*, Ed. Porra, México, 1978 e *Institución Penitenciaria*, Marcos Lerner Editores Córdoba, Argentina, 1985.

¹⁵ La mayoría de los suicidios llegan como un shock y una sorpresa a los parientes y allegados, una indagación retrospectiva revela que las intenciones suicidas han sido expresadas mucho antes del acto de una manera directa o indirecta. No existe evidencia de que los mensajes de suicidio sean más fidedignos que otras comunicaciones hechas bajo un estrés emocional. Por lo general contienen expresiones de amor u odio. Confirman la importancia de la agresión contra los caros en la motivación del suicidio; casi inevitablemente los escritos apuntan a nuestras ciertas respuestas emocionales en los sobrevivientes que han estado cerca de ellos; piden perdón, la sociedad en su totalidad es culpada. Ver E. Sengel, *id.* *id.*

¹⁶ En la población carcelaria ocurren suicidios e intentos, pero principalmente en las primeras etapas del ingreso a la prisión y en periodo que media entre la detención y la sentencia. Contrariamente a una expectativa común, los suicidios son raras entre los prisioneros con

por la angustia que significa el ingreso a cárcel, y el procedimiento y juicio penal.

El suicidio en una institución penitenciaria²⁹ puede estar relacionado a:

a) Una profunda reacción depresiva por el ingreso a una cárcel.

b) Al temor manifestado por el individuo de que en la cárcel le pasarán hechos graves, el temor de la convivencia con individuos violentos.

c) El suicidio como una respuesta a las amenazas de internos o del personal penitenciario.

d) Por carencia de drogas. La abstinencia está vinculada a caídas en fases depresivas, al suicidio, a agresiones o una violencia indiscriminada.

e) El suicidio como respuesta al rechazo familiar, a la incomunicación individuo-familia.

f) El suicidio del individuo que ha sido objeto de agresiones y violencia sexual por un grupo de internos.

Modalidades del suicidio en prisión

Los medios que utiliza el interno para intentar suicidarse están condicionados a los objetos que puede obtener en la prisión para lograr ese fin. Entre los medios más frecuentemente utilizados se puntualizan:

- cuerda
- arma blanca³⁰

condenas largas. Lo mismo se aplica para los criminales mentalmente enfermos. Observaciones semejantes se hicieron en campos de prisioneros de guerra en los que los actos suicidas ocurrían predominantemente en el primer periodo de la detención.—j. de 66 años, que estaba procesado por diversos delitos se suicidó al conocer que sería condenado por sus numerosos delitos. En la cárcel se colgó con un cable atado a la ventana de la celda. El estrés que provoca la situación de prisión preventiva, la sentencia y la edad, acentuaron la depresión.

²⁹ Ver Hilda Marchioni, *Presencia del delirante*, Ed. Peña, México, 1978.

³⁰ Suicidio. Frecuencia de suicidio por ahorcamiento o arma blanca. Ver Luisa Rodríguez Sala de Gonsuigi, *El suicidio en México*, Instituto de Investigaciones Sociales, México, 1963, y de la misma autora, *Suicidas y suicidas*, Universidad Autónoma de México, 1974.

- envenenamiento
- psicofármacos
- combustible, nafta, kerosene —prenderse fuego—
- arrojarse desde una altura del edificio.

Lugar del suicidio

El individuo privado de su libertad se suicida en la celda,⁴⁵ en un momento de soledad, se alejara de sus compañeros y donde el personal penitenciario no advertirá su aislamiento. La cuerda que ha conseguido para suicidarse y que la tiene oculta la utilizará en los barrotes de la celda, en los barrotes de la ventana, en el techo, en la cama. También los sectores del baño y taller donde trabaja son lugares elegidos por los internos para el comportamiento suicida.

Pacto suicida

Las conductas autodestructivas suelen manifestarse, bajo determinadas situaciones, por heridas en el cuerpo, las automutilaciones las inicia un líder y son imitadas por los demás integrantes del grupo de internos.

El pacto suicida, cuando dos personas se suicidan juntas, es raro, pero las investigaciones realizadas en sobrevivientes de los pactos suicidas revelan, como hemos expresado, impulsos criminales conscientes de parte del iniciador de la conducta. Este tipo de suicidio se manifiesta en jóvenes y en la delincuencia femenina.

Cabe observar que existe una significativa diferencia entre la reacción de la población de una cárcel frente a un suicidio y un homicidio; el suicidio no conmueve a la población penal y por el contrario es rechazado y menospreciado el suicida. Es decir, frente al suicidio dentro de la institución penitenciaria no se advierten las mismas reac-

⁴⁵ En relación al suicidio, expresa Marco del Pont, que la autoeliminación de los prisioneros es un hecho grave, demostrativo de las condiciones infrahumanas de algunas cárceles, particularmente de máxima seguridad. Ver Marco del Pont, *ib. cit.*

ciones sociales y culturales que presenta la comunidad hacia el suicidio del hombre libre.

SUICIDIO DE LA MUJER EN LA CÁRCEL

La conducta de suicidio está relacionada a profundos estados depresivos. Si bien sabemos que las conductas más frecuentes de intentos de suicidios se manifiestan en jóvenes adolescentes alojadas en instituciones de prevención y correccionales también se observa en las mujeres adultas y en las ancianas.

El proceso que lleva al suicidio a la mujer procesada o sentenciada, como toda enfermedad mental implica una baja autoestima vinculada a sentimientos de culpa y a sentimientos de marginación. En los primeros se advierte que los sentimientos de culpabilidad se relacionan a una pérdida (por muerte o separación, encierro) que la conducen gradualmente a un sentimiento de tristeza y depresión, que la aleja lentamente de toda actividad y de todo interés hacia la vida. La conducta de suicidio se proyecta como única salida para esa intensa angustia y depresión que experimenta la mujer en la situación de privación de libertad.

Cuando la mujer se siente marginada, también relacionado a estados depresivos y a una personalidad neurótica, el suicidio suele acontecer para "culpar" a los demás por su estado y como una forma de llamar la atención hacia una búsqueda de protección.

En la prisión la mujer, al igual que el hombre, estructura situaciones depresivas que la conducen al suicidio. Hemos observado cómo el factor tan angustiante que representa el encierro penitenciario, la privación de libertad, el alejamiento de sus hijos, el proceso penal suele desencadenar en la mujer, al igual que el hombre, que ingresa a la prisión, el deseo de no querer seguir viviendo, manifestada por conductas autogresivas.

SUICIDIO GRUPAL EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

El suicidio grupal o también denominado suicidio colectivo se produce, muy frecuentemente, en establecimientos

penitenciarios. Este comportamiento es, generalmente, una protesta al sistema carcelario; en otras ocasiones, constituye una "imitación" de suicidios que ocurren en establecimientos de otras zonas y regiones.

Los suicidios se llevan a cabo a través de distintos métodos: quemaduras (impregnarse las ropas y el cuerpo con nafta, kerosene, alcohol), prender fuego a colchones (material plástico que provoca asfixia), ahorcamiento y, especialmente, la autoflagelación (producirse heridas en las muñecas y en distintas partes del cuerpo). También arrojarse de las alturas de los dormitorios a patios internos de la cárcel.²⁶

En otros casos, los suicidios en los establecimientos penitenciarios se producen por la negación a aceptar alimentos y medicinas.

MOTIVOS

Para López-García la condición de depresión y de miedo pueden desencadenar un intento de suicidio, provocado por los siguientes sucesos dentro del ambiente carcelario:²⁷

- Noticias en cautividad (enfermedad o muerte familiar, abandono por parte de la familia o separación conyugal).
- Violencia homosexual.
- Falta de noticias y de información externa.
- Aislamiento imprevisto (en detenidos arrestados por primera vez o arrestados por motivos fútiles).
- Inesperada condena y un periodo de detención consiguientemente largo.
- Sentido de culpa emergente de la reconsideración del delito cometido (especialmente en el caso de crímenes contra niños, parricidas, asesinos de amigos, etc.).
- Problemas con otros detenidos o con el personal penitenciario y personal de justicia.
- Aislamiento por un periodo prolongado en una condición de espera de un juicio definitivo.

²⁶ Ver Hilda Marchiori, *et al.* Motivación: situaciones de un sistema penitenciario duro, problemas con la autorización de visitas familiares.

²⁷ Ver López-García y otros, *et. cit.*

En la investigación de Klaus-Dieter Gorenz sobre *Conducta suicida, autowulfilante y positiva en las cárceles*²⁸ puntualiza en el estudio retrospectivo de suicidios en sistemas penitenciarios, la frecuencia de estos comportamientos.

Leder en una investigación acerca de las posibles causas del suicidio y el intento suicida ocurridos en las correccionales de Alemania del Este pudo determinar que el suicidio se encuentra en relación directa con la desorganización familiar.

En 95 jóvenes que intentaron suicidarse en una correccional ubicada en la ciudad de Edimburgo, McCulloch y Philip observaron un alto índice de intentos suicidas previos, ellos habían vivido durante su infancia en internados y se caracterizaban por haber mostrado crueldad hacia otros niños.

Malcolm encontró que 15% al 20% de la población de una cárcel situada en Nueva York mostraba un padecimiento mental o desorden emotivo y además el suicidio era la causa más frecuente de mortalidad, el índice era 10 veces más elevado que el registrado para la población de la ciudad. Malcolm afirma que los procesos mentales latentes pueden ser precipitados por la reclusión penal. Por espacio de diez años consecutivos investigó los suicidios ocurridos en todas las prisiones neoyorquinas, pudiendo establecer su perfil. El riesgo suicida se encontraba más elevado en los varones jóvenes de raza blanca. El siguiente lugar era ocupado por internos hispano-americanos y en último lugar se encontraban los presos de raza negra. El grupo que presentó el riesgo más elevado no mostraba adicciones y los antecedentes criminales eran delitos contra la propiedad. Los periodos críticos durante la privación de la libertad se observan en la primera semana, especialmente en los tres primeros días, en el ingreso al penal.

Dentro del sistema penitenciario finlandés investigó Niemi todos los suicidios ocurridos entre los años de 1963 a 1967. Se presentaron durante este tiempo de observación 28 suicidios, de los cuales 27 emplearon el ahorcamiento.

²⁸ Véase Klaus-Dieter Gorenz, *Conductas suicidas autowulfilantes y positivas en las cárceles*, Instituto Ciencias Penales, México. Gorenz basó sus observaciones en las investigaciones de Leder, McCulloch y Philip, de Malcolm y de Niemi.

La mayor parte eran sujetos con antecedentes alcohólicos y el riesgo suicida era más elevado durante las 24 a 48 horas después de haber sido privados de la libertad. Niemi indica que es necesario explorar la epidemiología de la enfermedad mental dentro de las cárceles.

Spann y colaboradores en un trabajo retrospectivo-descriptivo investigó el índice de suicidio en el sistema penitenciario del estado de Bavaria (R.F.A.) por espacio de casi 30 años (1945 a 1974). Durante este tiempo fallecieron 571 presos de los cuales un 66.8% por suicidio (334 varones y 16 mujeres). El resultado que más resaltaron fue que el 16.6% se suicidaron durante el primer día de privación de la libertad, un 28.6% lo llevó a cabo, durante los primeros 5 días. Durante el primer año, un 84% por suicidio y sólo 2% presentó esta conducta durante los primeros 5 años de privación de la libertad. El método más utilizado fue el ahorcamiento (86.2%, 291 hombres y 11 mujeres) al igual que en los hospitales psiquiátricos bávaros.

El suicidio tiende a manifestarse, según López-García, en el ámbito de las instituciones caracterizadas por un elevado grado de control y por el correspondiente bajo grado de autonomía decisonal y libertad de movimiento.²⁰ Algunas de estas instituciones son totales en el más amplio sentido del término, como las cárceles o los hospitales psiquiátricos; otras se caracterizan por un mayor grado de libertad, como los hospitales generales o el ejército, en su configuración estatal. En estos casos existe una mínima incidencia de suicidios patológicos y psiquiátricos en sentido estricto; el suicidio representa la reivindicación del propio status del hombre libre y autodeterminante, frente a la opresión más o menos total que se desarrolla sobre el interno, como en el caso de una enfermedad o de una profunda y radical

²⁰ Los suicidios en las cárceles son numerosos; las estadísticas suelen ser reticentes, y por lo tanto es difícil objetivar eficientemente su análisis. Puede afirmarse que la mayor parte de los casos pueden evitarse mediante una eficiente y acenta gestión de las condiciones de la vida carcelaria y desde un control más sensible de la situación individual sobre todo con leyes penitenciarias flexibles e inteligentes y con la disponibilidad de medidas alternativas a la detención. Ver López-García, *ib. cit.*

convicción ideológica, o como la condición de recluso en aislamiento, o con la convicción de una injusticia sufrida.²⁹

Hospitales, instituciones de menores, comisarías o delegaciones policiales, instituciones militares,^{30, 31} han

²⁹ Existen suicidios reivindicativos, que se desarrollan de modo lento a través de huelgas de hambre —como el caso de 18 detenidos pertenecientes al IRA (Ejército Irlandés Republicano)—, que se degradan hasta en crítica cadena para protestar con la dureza de las condiciones carcelarias reservadas para ellos y para reivindicar su papel de prisioneros de guerra. Pero, muchas veces el suicidio puede ser determinado por diversas causas psicológicas y funcionales, entre éstas se recogen el miedo extremo, la depresión y la alienación psíquica. Ver López-García, *op. cit.*

³⁰ Crook, en 1991, realizó un estudio sobre el suicidio en el medio militar, y después de exponer las pautas de vista sobre el problema, de autores como Durkheim, Ralischka, distingue entre el suicidio, la tentativa de suicidio y las conductas suicidas, para estudiarlas desde el punto de vista clínico, psicosocial (como el entrenamiento en la desviación) y sociológico (como las tasas de ausencia en la vida militar). El autor ha realizado su estudio desde 1966, cuando se examinaron y trataron muchas militares en un contexto que revelaba un carácter epidémico, desde el triple punto de vista clínico (examinando los casos particulares), psicosocial (adaptación del sujeto al grupo y a la institución) y sociológico (según la relación entre la vida en la institución y las tasas de conductas suicidas). Desde el plano clínico, observó que las conductas suicidas (término que prefiere a la tentativa de suicidio) eran realizadas por jóvenes con características de psicópata o inmaduros en conflicto con la institución; se intentó utilizando procedimientos ineficaces, demandando de alteraciones mínimas, era realizado en condiciones teatrales y pretendían atribuirlo a un conflicto con la institución, inducido más en una llamada de ayuda que en una auténtica búsqueda de la muerte. Desde la perspectiva psicosocial, se revelan también aspectos de adaptación y de conflicto con la institución militar y sus cuadros, de forma que estas conductas suicidas eran la demostración de desorientaciones sociales previas que ya se habían manifestado a lo largo de su historia personal, cuando debían enfrentarse a medios institucionales a los que sentían que adaptarse (familia, escuela, trabajo en oficinas, etc.). Estas personas presentaban una identidad en la situación, perseverando en las mismas reacciones. Ante problemas de adaptación a la institución militar, se resalta los problemas con las instituciones previas. Sociológicamente, puede considerarse (desde una óptica macrosociológica) el "acto suicida" como precio de las conductas suicidas en una región militar. La investigación ha demostrado una exclusión en estas conductas en los momentos, lugares y circunstancias donde el soldado está menos presente en la institución. Ver Crook, *Los suicidios militares: dos formas*, *Boletín de Psicología*, 1991.

³¹ Características de la institución militar con las únicas herencias, las "máximas", que con su sacrificio hacen vencer y prevalecer el ideal, la fe

sido lugares donde se han llevado a cabo suicidios de grupos.²²

Los comienzos de estos comportamientos son muchas veces sorpresivos y se producen los suicidios como una verdadera "epidemia" que es difícil detener;²³ existe, sin lugar a dudas, una atmósfera de tensión y agresividad que desencadena los suicidios.

IMITACIÓN DEL SUICIDIO

En relación a la imitación del suicidio, Durkheim señala que la imitación puede tener lugar entre individuos que no están unidos por ningún vínculo social, de donde se desprende que la imitación es un fenómeno psicológico; un hombre puede imitar a otro aunque no exista solidaridad entre ellos o con el grupo al que eventualmente pertenecen.²⁴ ²⁵

« el dominio por el que combaten. En la mayor parte de estos casos se trata una muerte gloriosa, en la necesidad y convicción de pasar a una vida eterna.

²² También en instituciones de menores y en centros de tratamiento de droga-dependencia.

²³ Los suicidios grupales están, señala Middendorff, relacionados a un lugar y relata el caso de una joven japonesa que se arrojó a un cráter y que fue imitada en el mismo año por 145 personas y, al año siguiente, por 167 personas. Ver W. Middendorff, *ib. cit.*

²⁴ No puede dudarse de que la idea y ejecución del suicidio se transmiten por contagio. El sociólogo francés cita numerosos casos de suicidios, por ejemplo, en un hospital donde 15 individuos se ahorcaron sucesivamente; en la cárcel de Saint Pierre varias mujeres se colgaron de árboles; varios trabajadores de una fábrica imitaron a un individuo que se arrojó al río; también es frecuente en los establecimientos penitenciarios. Ver E. Durkheim, *ib. cit.*

²⁵ Un grupo de empresarios italianos relacionados a investigaciones sobre corrupción se suicidaron en un corto periodo. Todos pertenecían a empresas-industrias con intereses en varios países europeos y americanos.—R. de 60 años vinculado a grandes empresas e industrias italianas se quitó la vida con un arma, en su dormitorio del palacio Belgioio.—T. se suicidó mientras en una iglesia cercana a la ciudad se celebraban los funerales de otro empresario que se suicidó en la cárcel, acusado en la misma causa penal. Ambos suicidios estaban vinculados con las investigaciones sobre escándalos en las industrias químicas italianas. En menos de un año se suicidaron las siguientes personas relacionadas a la misma

Si bien la imitación no es indudablemente un factor originario del suicidio, las presiones del grupo y las actitudes frente al problema tienen una importante relevancia. En realidad, lo que puede contribuir al desarrollo del suicidio y de la violencia en general no es el hecho de hablar de ello sino la forma en que se habla, forma que acentúa las ideas de suicidio y de negación, un estado de vulnerabilidad, de desamparo social.

Kreitman en su investigación demostró que sujetos que habían intentado suicidarse tenían amigos o allegados cercanos que también habían mostrado este tipo de conducta. La transmisibilidad psicológica juega un importante papel en la imitación del suicidio.

El criminólogo mexicano L. Rodríguez Manzanera²⁷ refiriéndose al crimen como fenómeno de imitación y al criminal como ser que imita, se basa en los estudios del sociólogo Gabriel Tarde²⁸ sobre imitación, expresando que

casa.—Renato, dirigente político, sospechado del cobro de comisiones ilegales por 250 millones de dólares.—Giuseppe, un empleado municipal, se suicidó al descubrirse en su cuenta 700 000 dólares.—Mario, empresario implicado en comisiones ilegales pagadas para la construcción de una autopista.—Sergio, diputado, se disparó un tiro en su casa al recibir dos emplazamientos judiciales por presunta corrupción.—Victorio desapareció de su casa y se encontró su cuerpo una semana después en el desierto; él fue un homicida a sueldo.—Valerio, concejal, se quitó la vida; estaba siendo investigado por malversación de fondos públicos.—Francis, empresario, se suicidó con gas del escape de su automóvil en el garaje de su casa.—Gino, dirigente político, se arrojó al río Adigio.—Antonio, decano de la Facultad de Farmacia, quien estaba siendo investigado por corrupción, por sobrepagos de medicamentos. Se suicidó con veneno.—M., empresario del grupo químico, se pegó un tiro en su casa.

²⁷ Ver Rodríguez Manzanera, *Criminología*, Ed. Porfiria, México, 1978.

²⁸ Para Tarde un factor importante es el crecimiento de las grandes ciudades en las cuales el fenómeno de la imitación es más fácil y frecuente. Según Tarde el incremento de la tasa de criminalidad en el mundo puede deberse a cinco factores: 1) la quiebra de la tradicional moral basada en el sistema ético del cristianismo; 2) movilidad geográfica y desarrollo de las clases media y baja de la sociedad de un deseo por avanzar, por superarse socialmente; 3) el éxodo del campo a la ciudad, lo que lleva a una exagerada demanda de empleos frente a una oferta insuficiente; 4) formación de subculturas desviadas con debilitamiento moral; 5) las clases con mayores recursos se convierten en clases

la imitación es la conformidad psicológica, en virtud de la cual se repiten ideas, se comulga en idénticos pensamientos, se siente al unísono.

El fenómeno de *imitación* se observa, también en su complejidad, en las series de suicidios que se realizan en algunas poblaciones o pequeñas ciudades.

No hay que menospreciar, aconseja la Organización Mundial de la Salud, el peligro de las epidemias suicidas. Pueden desencadenar suicidios de jóvenes, por ejemplo, en una escuela.^{36, 37}

ineguras; 6) contradicciones entre las diversas teorías e interpretaciones jurídicas que llevan a una anarquía moral.

Tarde señala que los factores criminológicos básicos no son la pobreza o la riqueza, sino el sentimiento de felicidad o infelicidad, de satisfacción o insatisfacción en la difusión de necesidades artificiales y en la hiperestimulación de las aspiraciones.

Ver Tarde, *Legal Law of imitation*, Selected Papers, The University, Chicago, 1969. También ver obra de Tarde en L. Rodríguez Manzanera, *Criminología*, Ed. Porrúa, México, 1979.

³⁶ La localidad de Villa Gobernador Gálvez, cercana a la ciudad de Rosario, en el lapso de dos meses, en el año 1994, vivió varios suicidios de jóvenes adolescentes. Una de las jóvenes se suicidó en el banco del colegio donde estaba disparándose un tiro en el pecho.—La joven Mariana de 16 años concurría al colegio religioso como todas las mañanas, a las 8:15 se escuchó una detonación en el lado del primer piso del establecimiento y encontraron el cuerpo de la joven y a su lado un revólver calibre 22. La joven fue trasladada de inmediato al hospital donde falleció. El comportamiento de la joven extrañó, porque no se había observado ninguna conducta que llamara la atención, según los maestros, pero señalaron que había sido reprobada en varias materias. Otras jóvenes de la misma localidad se habían suicidado; Ramona de 13 años se mató con un revólver 32; Virginia de 14 años se mató pegándose un tiro en la frente con un arma similar. Virginia y Mariana asistían al mismo colegio. No obstante que coincidían en edades, al parecer no pertenecían al mismo grupo. Ninguno de los padres admitió la situación destructiva.

³⁷ En pocas horas en la zona de alta densidad urbana concurren situaciones de suicidio o intentos de suicidio. Por ejemplo, el 5 de septiembre de 1995 ocurrieron en horas una serie de suicidios (no relacionados entre sí) de personas de mediana edad (entre 30 a 50 años) que utilizaron diversos métodos para autodestruirse. En algunos casos revólver, pistola, escopetas (karabers), arrojarse desde edificios (en mujeres). En el mismo tipo de tiempo las autoridades establecieron otras cuatro muertes de etiología dudosa. La situación económica social y la generación de

La imitación suicida en el ambiente familiar significa la posibilidad de la reiteración del comportamiento suicida dentro del grupo familiar. Si han ocurrido suicidios en la familia, la identificación, es considerada como un factor importante; el suicidio ocurre como un fenómeno de aniversario, por ejemplo: una mujer se suicida a los 40 años, la edad en que lo hizo su madre.⁴²

La imitación en el grupo familiar señala, entonces, que el suicida presenta antecedentes familiares de suicidios o intentos de suicidios. Son los casos de muertes de distintas generaciones, padre-hijo, abuelo-nieto. La historia familiar permite observar que la vulnerabilidad familiar, no pudo superar y elaborar el primer suicidio y las consecuencias emocionales llevaron a comportamientos autodestructivos a hijos, nietos y otros integrantes del grupo familiar.⁴³

SUICIDIO POR SITUACIONES DE DESASTRE-CATÁSTROFE NATURAL O HUMANA

El comportamiento suicida se lleva a cabo, en las situaciones de desastre natural o humano por el dolor de la pérdida de todo el mundo interior y exterior. La muerte de la familia, destrucción de la casa, de sus pertenencias, de

violencia a raíz de aspectos económicos de la sociedad, son muchas veces disparadores de comportamientos dentro del grupo familiar y suicidio. Intentos de homicidios y homicidios a miembros de la familia. En otros casos agravados por perturbaciones psíquicas y conflictos en las relaciones de la pareja, padres-hijos.—María de 43 años, intentó degollar a su hijo de 14, posteriormente, se clavó un cuchillo en zona abdominal. Las separaciones de la pareja provocan situaciones de grave vulnerabilidad para los hijos.—José, separado de su esposa, regresó a su casa, disparó con un revólver contra su hija y su ex-esposa y se suicidó.

⁴² El escritor Horacio Quiroga, tres generaciones se suicidaron. Ver E. Rodríguez Mongeal, *Horacio Quiroga*, Ed. Universitaria de Buenos Aires, 1967.

⁴³ El escritor Ernest Hemingway se suicidó con un disparo de escopeta al creerse víctima de una enfermedad irreversible. Testimonios de un sobrino del escritor, señalan que Hemingway se mostró siempre preocupado por el tema del suicidio, ya que en su familia se quitaron la vida un abuelo, el padre y el hermano. Recientemente una sobrina.

su ambiente histórico-social y cultural producen un profundo shock emocional que lleva a la muerte.

En un trabajo sobre los efectos psico-sociales de los desastres, ocurridos en México, Octavio Márquez Mendoza ⁴² se refiere a la situación de desastre-catástrofe. Un desastre es un suceso particularmente grave causado por fuerzas naturales o humanas que puede resultar física o psíquicamente traumático. La catástrofe ocasiona pérdidas humanas, materiales y culturales, además ocasionan al ser humano gran angustia y dolor.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al desastre como "una situación que implica amenazas imprevistas, graves e inmediatas para la salud pública".⁴³

Un desastre provoca la angustia de lo inesperado, produce fantasías de mutilación, de atrapamiento, de pérdida de familiares, despierta temor de perder el equilibrio psíquico, o de perder la propia existencia.

Los desastres pueden acontecer en sólo unos momentos y durar muy poco tiempo o varios días y meses. Una situación de desastre puede ser ocasionada por huracanes, tifones, tornados, temblores de tierra, terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, explosiones, accidentes nucleares, incendios, accidentes en transportes (aéreos, marítimos o terrestres), efectos de la guerra en poblaciones civiles, etcétera.

Los eventos causados por la naturaleza o por las acciones humanas (como la guerra o los actos terroristas) se caracterizan en general por la sorpresa de su aparición, por la intensidad y extensión de los daños materiales y humanos que provocan.⁴⁴

⁴² Ver Octavio Márquez Mendoza, *Desastres, efectos psicológicos y alternativas de intervención*, Ed. Universidad Estado de México, México, 1993.

⁴³ Organización Mundial de la Salud, *Documento*.

⁴⁴ La ciudad portuaria de Kobe, Japón, que fue devastada el 17 de enero de 1995 por un terremoto, tuvo numerosos intentos de suicidios y suicidios. Personas que vivieron las consecuencias del terremoto y perdieron sus hogares, sus familias, sus amigos, se suicidaron en el mismo lugar donde antes habían estado sus casas. A consecuencia del terremoto también se registraron suicidios del personal que tenían la responsabilidad de llegar con la ayuda a las víctimas. El funcionario de Kobe, a cargo de reconstituir el suministro de agua a la ciudad, se avió

Según O. Márquez Mendoza⁴⁶ en la situación de desastre es posible distinguir tres tipos de síndromes (o conjuntos de síntomas): el desastre, el contradesastre y el derrotismo.

a) En el síndrome de desastre se presentan varias etapas: la del trauma, el estado de sugestión, el estado de euforia y la ambivalencia entre uno y otro estado.

b) Por su parte, el contradesastre se caracteriza por un inusitado interés de la gente por llevar a cabo sus sentimientos de solidaridad mediante la prestación de servicios personales y por un estímulo genuino y positivo de reconstrucción.

c) El derrotismo se configura por los sentimientos o las sensaciones de ansiedad, apatía, temor, depresión, fatiga de vivir, indiferencia, impotencia, desesperanza, miedo.

La experiencia obtenida en la fase de emergencia de las situaciones de desastre ha confirmado el surgimiento de un espectro patológico. Este aspecto resultante de una situación traumática sorpresiva y/o del sufrimiento por una pérdida tiene manifestaciones como: estrés post-traumático agudo, estrés post-traumático crónico, duelo normal, duelo patológico y de la agudización, en algunos casos, de cuadros patológicos subyacentes.

"El rasgo esencial del trastorno por estrés post-traumático es el desarrollo de síntomas característicos que siguen a un acontecimiento psicológicamente traumático que por lo general se encuentra fuera de la norma normal de la experiencia humana."^{47, 48}

de una vecina del cuarto piso, T. de 37 años y jefe de operaciones de suministros de agua se suicidó ante la imposibilidad de poder ayudar a las víctimas.

⁴⁶ Véase Octavio Márquez Mendoza, *ib. cit.*

⁴⁷ Ver Octavio Márquez Mendoza, *ib. cit.*

⁴⁸ En el impacto que provoca la catástrofe se produce una crisis psicológica, que puede ser previsible (en las cosas de un preaviso) o una crisis psicológica imprevisible (sin exacta preparación) constituyendo un estado de desajuste total. Gustavo Marcóni destaca la importancia de un trabajo de reconstrucción psicológica post-impacto. G. Marcóni, *Desastre del Río Tivoli, trabajo médico.*

Manifiesta Márquez Mendoza "Entre los principales síntomas característicos una reexperimentación del acontecimiento traumático, una reducción de la capacidad de respuesta frente al mundo exterior". Explica que en los casos de traumatismo colectivos que ponen en peligro la vida los supervivientes a menudo describen dolorosos sentimientos de culpa por su supervivencia aún cuando han padecido situaciones traumáticas. Los síntomas característicos del estrés post-traumático se ven intensificados a menudo cuando el individuo es expuesto a situaciones o actividades que recuerdan o simbolizan el trauma original.

Noyes y Kolb¹⁰ consideran que los factores importantes en la neurosis traumáticas es la excesiva movilización de emociones que siempre habían sido importante en la personalidad, pero, anteriormente, no habían alcanzado tal tensión, ni habían sobrepasado las fuerzas del control. Las reacciones al estrés son miedo, parálisis, temblor, angustia, ceguera, mutismo, confusión, sentimientos de culpa.

En las situaciones de desastre se presenta intensa angustia y depresión. El contenido mental consciente está dominado por ideas de fracaso, culpa y autocondenación. También se observan reacciones psicósomáticas y estados pseudopsicóticos y psicóticos. Por la angustia y al estado de pánico ante el estrés, falta de contacto con la realidad, confusión, disociación y desorientación.

En los desastres y catástrofes lo más característico es la sensación de desamparo y la imploración de ayuda. El sentimiento de desvalimiento, desamparo, es un elemento desorganizador en las situaciones traumáticas.¹¹

Noyes y Kolb¹² mencionan como reacciones crónicas del estrés el síndrome de campo de concentración. Entre los síntomas se manifiestan fatiga, alteración en la memoria, dificultad para concentrarse, labilidad emocional, amargura, depresión, carencia de placer en toda actividad, apatía, indiferencia hacia otros, alteraciones persistentes del

¹⁰ Noyes y Kolb, *Psiquiatría Clínica Moderna*, Ed. Prensa Médica, México, 1971.

¹¹ Bellak y Straff, *ib. cit.*

¹² Noyes y Kolb, *ib. cit.*

sueño, pesadillas recurrentes, preocupaciones y fantasías diurnas cuyo contenido se refiere a las experiencias pasadas, irritabilidad, inquietud y cefalalgias intensas.

Las personas que han perdido su hogar, su familia, pueden volverse indiferentes, están deprimidos y se sienten culpables. Los sentimientos de culpa prolongados y agobiantes aparecen cuando la persona se da cuenta que es la única sobreviviente de su familia, de su grupo.

El profundo shock emocional ante la situación de desastre-catástrofe provoca en el individuo:

- Soledad, sufrimiento por la pérdida de sus familiares y objetos de su pertenencia (casas, cosas y objetos de la historia individual y familiar).
- Sentimientos de indefensión para continuar viviendo.
- Angustia ante la falta de ayuda y apoyos.
- Inmenso dolor y sufrimiento por la pérdida simultánea sorpresiva de todo su mundo interior (lazos afectivos) y el mundo exterior (trabajo, vivienda, lugar de pertenencia).

El lugar del comportamiento suicida en las situaciones de desastre natural o humano se realiza en: a) en el mismo lugar-zona del desastre, b) ante la tumba de los familiares, c) frente a la casa destruida, d) en el lugar específico donde murieron sus familiares, e) en refugios.

Las situaciones descritas muestran la determinación inmediata del comportamiento suicida; en otros casos el comportamiento se lleva a cabo después de un tiempo de acontecido el desastre, en una fecha relacionada al desastre o que coincide con una conmemoración familiar.

VIOLENCIA FAMILIAR Y SUICIDIO

Desde la perspectiva de la Criminología una de las problemáticas más graves es la referida a los hechos de violencia que se generan en la estructura familiar. Los múltiples interrogantes referidos al estudio del delito dentro del grupo

familiar constituyen, sin lugar a dudas, una de las tareas más complejas, arduas y emocionalmente difíciles.

Tradicionalmente se ha considerado que el delincuente es alguien absolutamente desconocido para la víctima, es una figura violenta, distante en su relación con la víctima, es un individuo con antecedentes penales, alcohólico, que espera a la víctima en un lugar solitario. Esta descripción —mito—, enfoca particularmente la negación de un conocimiento previo entre autor y víctima.

La Criminología señala una realidad totalmente diferente vinculada a la existencia de un elevado índice de delitos donde existe una relación familiar entre autor y la víctima.

Consideramos que la familia generadora de violencia se encuentra en una situación de grave vulnerabilidad e indefensión. Personas que no pueden percibir el peligro de la agresión, no pueden defenderse ni solicitar ayuda. Irrumpe el comportamiento violento en un proceso que, precisamente por la vulnerabilidad de sus miembros, no pueden impedirlo.

La cifra negra de la criminalidad, esto es los delitos que no se conocen porque no se denuncian y por consiguiente no ingresan a la administración de justicia, se considera en base a investigaciones sobre Encuesta de Victimización, que es muy elevado. El silencio de los miembros de la familia, la imposibilidad de romper el silencio, por códigos familiares y situaciones en las relaciones interpersonales, es una de las causas del retraso en la asistencia y medidas preventivas.

En los delitos dentro del grupo familiar el concepto de vulnerabilidad, no poder percibir el peligro, no poder defenderse y solicitar ayuda, alude a una mayor victimización e indefensión, debido a que la agresión proviene paradójicamente de alguien de la misma estructura familiar, de un miembro de la misma familia que por los aspectos socioculturales debe proteger, dar cuidado y afecto. De ahí la vulnerabilidad en que se encuentra toda víctima de hechos de violencia en el ámbito familiar.

La víctima es vulnerable porque:

- Integra el mismo grupo familiar que el autor del delito.
- Por edad y demás circunstancias personales de la víctima.
- Por la posición o lugar donde se encuentra la víctima.
- Por los instrumentos-armas utilizadas.

En los comportamientos violentos que se desencadenan en el grupo familiar, nos referiremos puntualmente al homicidio donde autor y víctima pertenecen al mismo grupo familiar.

La conducta de homicidio significa para la víctima, perder la vida. Las consecuencias en la familia serán irreversibles y afectarán a tres generaciones.

Si bien el tipo de delito implica y manifiesta en forma clara la gravedad del comportamiento, la magnitud de la violencia se observa en los modos, características y tipos de homicidio. Algunas de las observaciones señalan:

- *Homicidios realizados con alevosía.* La víctima se encuentra en una situación física-emocional o es colocada en una posición que le resulta imposible de percibir el peligro de la agresión.

En el homicidio con alevosía el autor conoce anticipadamente a su accionar delictivo homicida, algunas de las características relacionadas a la víctima:

- a) La personalidad de la víctima, su debilidad física y/o psíquica.
- b) Las circunstancias de lugar, tiempo del delito, la situación y ubicación de la víctima (indefensa, dormida, de espaldas, desprotegida, etcétera).
- c) En la relación interpersonal, el autor del delito conoce, porque es un vínculo familiar, la actitud de confianza y pasividad.

- *Homicidio por envenenamiento.* La víctima en el homicidio por envenenamiento no advierte el peligro debido a que la conducta de envenenar significa para el delincuente matar

encubriendo su acción delictiva. El homicidio por envenenamiento es un comportamiento registrado en la criminalidad femenina. La utilización del veneno implica, que la víctima confía en el autor y por consiguiente se encuentra en una situación de vulnerabilidad. Además constituye un modo de violencia encubierta donde el autor/a desea que se piense que la muerte es causada por factores naturales.

La conducta de envenenar no es una conducta impulsiva, sino por el contrario, es consciente, preparada. Este comportamiento provoca, como se ha mencionado, daños irreversibles a todo el grupo familiar.

- *Homicidio con ensañamiento.* Se refiere al modo particularmente sádico que se realiza el delito. Es una conducta que tiene un proceso deliberadamente cruel con el único propósito que el autor observe el sufrimiento de la víctima. Casos de Maltrato Infantil-homicidio.

- *Homicidio por precio o promesa remuneratoria.* Un familiar de la víctima contrata a un desconocido para que realice el homicidio. Observamos que la conducta involucra a dos o más personas, especialmente el que contrata y el que ejecuta la acción, quien realiza el homicidio a cambio de una cantidad de dinero que está previamente estipulada. La víctima es agredida por dos personas:

- *El autor intelectual,* es la persona que desea la muerte de la víctima (familiar), el que contrata al autor, el que conoce las costumbres y modos de vida de la víctima.

- *Autor material,* es el que ejecuta el hecho delictivo, el que desconoce a la víctima y no tiene motivos para agredirla, pero es insensible a la condición y características de la víctima.

- *Homicidio pasivo.* Las conductas criminales pueden desarrollarse sin ninguna razón manifiesta, sin antecedentes de conflictos y violencia, son los homicidios desencadenados por crisis psicóticas, especialmente relacionados a procesos esquizofrénicos.

La víctima es sorprendida por la violencia imprevista, inesperada de un miembro de la familia. Esos desencadenados

denamientos imprevistos son propios de la impulsividad patológica. Las ideas delirantes paranoides del autor están dirigidas hacia un determinado miembro de la familia.

El homicidio por piedad también está integrado a este tipo de homicidios psicóticos, caracterizado porque el padre o la madre mata a los hijos, destruye a la familia a fin de evitarles los sufrimientos de una vida considerada dañosa. Generalmente las víctimas son menores.

Otros homicidios, por ejemplo por alcoholismo, homicidio en estado de emoción violenta, infanticidio, están dirigidos a víctimas vulnerables.

Las características de la violencia familiar conlleva una extrema agresividad, destrucción. Las armas utilizadas en la violencia familiar destruyán el mito del no uso de armas en las relaciones familiares. Frecuentemente se utilizan armas de fuego, armas blancas.

El lugar del delito es la propia casa de la víctima y del autor.

Las investigaciones criminológicas señalan que el grado de vínculo familiar se refiere a una relación directa (padres/hijos, esposos). Esta relación proyecta la gravedad del conflicto a través de las respuestas agresivas y de sus consecuencias en los miembros del propio grupo familiar. La situación plantea además múltiples interrogantes a nivel asistencial sobre el grado de vulnerabilidad en la que quedan los miembros de la familia. Consecuencias post-delictivas.

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA

Las consecuencias de la violencia familiar son sumamente graves centradas en la muerte de la víctima o en caso de tentativa de homicidio, lesiones físicas, emocionales y sociales, también con consecuencias irreversibles. En todos los casos existe un profundo daño físico-moral para la víctima que se extiende a todos los integrantes del grupo familiar. De las observaciones criminológicas surge que los delitos presentan un carácter autodestructivo porque el autor mata o lesiona gravemente a la familia. Este concepto autosgresivo

será tomado existencialmente por los integrantes de la familia que, en muchos casos, tomarán la determinación de suicidarse.

Es evidente que el impacto y el estrés que representa la agresión en la persona de la víctima son muy difíciles de establecer, depende del delito, de la personalidad de las víctimas o de las circunstancias delictivas, pero como se ha mencionado, el impacto producido por delito significa una situación para la víctima de humillación social. Aquí agravado porque es humillación y destrucción familiar, por ejemplo: niños testigos de la destrucción de la familia, ancianos que participan de esa violencia y luego se suicidan, la utilización de armas, etcétera.

Las consecuencias son altamente impactantes y desencadenan en esa familia, trastornos de diversa gravedad y que se extiende a varias generaciones. Las investigaciones criminológicas señalan tres generaciones que estarían expuestas a trastornos emocionales por la violencia familiar.

El homicidio quiebra, fragmenta a la familia en subgrupos y aísla a sus integrantes; algunos justificarán el comportamiento del autor y lo visitarán en la cárcel, manteniendo su vínculo y su afecto. Otros, por el contrario, se identificarán con la víctima y se apartarán definitivamente del agresor.

La familia queda disociada en su interacción social en forma definitiva. El delito ha conmovido las raíces del núcleo familiar así como los principios de afecto, seguridad, protección y educación. Ningún miembro se escapa del impacto y de sus consecuencias.

En las consecuencias podemos visualizar tres fracturas que se producirían en el grupo familiar:

a) La primera relacionada a la manera que emerge la violencia. La fractura está proyectada por el significado de quién es la víctima y quién es el autor y también porque comienzan los procesos de mayor vulnerabilidad en cada integrante, por las identificaciones con la víctima y con el autor.

La naturaleza de la fractura proviene sucesivamente, en el primer caso del delito, la fractura tiene un origen intrínsecamente vinculada a la estructura e historia familiar. La segunda fractura se produce cuando interviene la administración de justicia, que acentúa la fractura familiar. Tal es el caso de los testimonios que deben presentar cada miembro del grupo familiar sobre cómo, cuándo y por qué se ha desencadenado la violencia, las circunstancias del hecho, la situación particular del autor y de la víctima.

En tercer lugar la fractura familiar está vinculada a la sentencia y a los comportamientos posteriores, del autor en la cárcel.

Esquemas familiares de la fractura

Asociación autor-víctima del delito. Víctima y fractura familiar

Fractura familiar producida por Delito:

- Consecuencias del delito.
- Testimonio-proceso penal.
- Situación post-delictiva.
- Reestructuración familiar.

Situación post-delictiva. Visita familiar en penitenciaria

1. Fractura familiar total. No existe relación autor-familia.
2. Fractura familiar parcial.

- a) Visita de algunos familiares directos.
- a) Visita familiar origen.

3. Fractura mínima.

- a) Visita de la familia.
- a) Visita de la víctima.

La fractura familiar conduce, en numerosos casos, a comportamientos suicidas (adolescentes, ancianos, niños).

La incidencia en los comportamientos de suicidio —post-delito— estarían vinculados a los siguientes elementos:

- El proceso de violencia familiar, vivido como víctima o como testigo de la violencia familiar.
- Las características de la violencia, de profundo estrés y conmoción, tipo de delito (delitos de homicidio, intento de homicidio, delitos sexuales, maltrato infantil, abuso sexual).
- Indefensión provocada por la reiteración durante un tiempo prolongado de la violencia familiar.
- El delito en el grupo familiar representa un comportamiento autodestructivo de igual modo la conducta suicida.
- El suicidio como consecuencia de la depresión y los aspectos referentes a un duelo no elaborado por las circunstancias del delito y la destrucción del grupo familiar.
- Temor, miedo a la reiteración de los comportamientos de violencia en el grupo familiar.
- El suicidio sentido como la única respuesta de la situación de fractura familiar.
- El suicidio como consecuencia de la violencia familiar acentuado los comportamientos autodestructivos iniciados por el delito.

Las medidas asistenciales y preventivas, el trabajo en red a nivel interdisciplinario serán fundamentales en la detección de la problemática de violencia familiar, tarea que, desde un enfoque criminológico, significa asistir para evitar o superar la grave crisis familiar.

TERROREISMO Y SUICIDIO

El acto terrorista implica la muerte del criminal o de los criminales. El criminal-suicida realiza el acto intencional de tremenda violencia que destruirá a numerosas personas, adultos-niños, que se encuentran totalmente indefensos y vulnerables.

El criminal-suicida está consciente de su violencia intencional, ha sido preparado para ello, muere porque mueren los otros, "sus enemigos".

Los atentados con bombas en lugares civiles, en gran parte de los casos, son llevados a cabo con objetivos planificados y que provocan daños en vidas humanas y daños materiales de enorme proporción en la población.¹⁷

Pero las vidas humanas y los efectos psicológicos sobre los sobrevivientes son difíciles de poder determinar, causan un daño moral que en muchas ocasiones llevan al suicidio.¹⁸

El criminal-suicida o los criminales-suicidas, son personalidades psicopáticas, insensibles, con ideas destructivas, fanatismo, pertenecientes a grupos criminales políticos-religiosos.

El acto terrorista tiene diversos fines: una conducta de venganza, intimidación, estrategia, conductas de pruebas (relacionadas a armas); provocar pánico en la población.

El objetivo principal del terrorista-suicida es causar el mayor daño posible a la población civil, a través de su comportamiento suicida.

El terrorista suicida es en realidad un homicida, psicópata, con ideas delirantes destructoras, inducidos por líderes con las mismas características que los utilizan para sus propios fines de poder religioso-político.

El acto terrorista, a través del suicidio, implica otras consideraciones criminológicas y psicopatológicas. La vulnerabilidad de la pareja suicida, la vulnerabilidad del grupo social a la vulnerabilidad de la población frente a los terroristas-homicidas.

¹⁷ Los actos terroristas llevados a cabo por fanatismos religiosos, por ideologías en actos suicidas, se han incrementado en los últimos años. Los terroristas, generalmente jóvenes, causan la muerte de numerosas personas y daños considerables. Colocan bombas sujetas a su propio cuerpo y conducen autos cargados de explosivos que chocan contra edificios que desean destruir. A. y K., de 22 y 26 años, pertenecientes a un grupo terrorista, se colocaron explosivos que hicieron detonar cuando ingresaron a un mercado. Otro terrorista, manejando un vehículo con material explosivo, mató a 19 personas civiles.

¹⁸ Murota, quien estaba separado de su esposa e hijos, organizó una salida al parque, antes, había preparado una bomba, fabricada por él, que la colocó en el automóvil, que explotó cuando transportaba a toda su familia. Murió en sus hijos de 11 años, 6 y 4 años.

V. INTENTOS-TENTATIVAS SUICIDAS

El intento¹ autodestructivo o también denominado tentativa de suicidio es un comportamiento que significa una intención deliberada de provocarse la muerte.

La diferencia fundamental con el acto suicida es que la tentativa no tiene como consecuencia la pérdida de la vida.

El intento de suicidio y el comportamiento acto suicida son dos comportamientos distintos. Se considera que las causas en la tentativa, sus motivos ideológicos, están sumamente diferenciadas del acto suicida.

La mayor parte de los estudios sobre suicidio expresan que tanto el intento como el comportamiento suicida implican un daño hecho a sí mismo en forma deliberada. Pero en numerosos casos de tentativa no se produce daño. Claro que se debe aclarar que se trata de daño físico, ya que las consecuencias emocionales y sociales son significativas.

El intento de suicidio en la que no se produce ningún daño físico está relacionado a los instrumentos utilizados que resultan inofensivos para el propósito autodestructivo del individuo.

Para Szengel, el suicidio es la acción más personal que un individuo pueda asumir. Sin embargo las relaciones sociales juegan un papel importante en su causalidad, pues posee un profundo impacto social. Aunque parece dirigido

¹ *Intentar*: tener ánimo de hacer una cosa. *Preparar*, iniciar su ejecución. *Procurar*, pretender. *Tentative* del latín *Temptare*, significa probar, intentar. La tentación de suicidio es para Durkheim el acto de suicidio interrumpido antes de que sobrevenga la muerte. Ver E. Durkheim, *id. op.* Otros autores que han estudiado el intento suicida: Kertman, Rosen, Tuckman, Eulinger.

solamente a la destrucción de sí, es también un acto de agresión contra los otros.²

Suicidio significa la muerte y el intento de suicidio el acto no fatal autodestructivo.³

El frustrado intento suicida implica diversos motivos: el acto puede haberse llevado a cabo sin decisión, el individuo desconocía las limitaciones del medio-instrumento, ambivalencia frente al acto suicida.

Si bien es cierto que todo intento de suicidio es un comportamiento que pone en riesgo la vida y que todo intento debe tomarse con seriedad para asistir con medidas terapéuticas, también es necesario puntualizar que no todos los intentos presentan las mismas características, desde el punto de vista del peligro para la vida del paciente.

La complejidad de este comportamiento en sus diversos procesos y su amplitud permiten observar, a nivel de una sistematización, los siguientes aspectos:

1) *Tentativa graveísima de suicidio*. Por su proceso y por la gravedad de las consecuencias es similar al suicidio, difiere en cuanto al resultado mortal en el acto suicida.

El individuo tiene ideas de muerte, un profundo estado depresivo, prepara su comportamiento suicida, pero un

² Ver Erwin Sengel, *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*, Ed. Hemé, Buenos Aires, 1966. En 1962 Sengel con un grupo de investigadores partió de la hipótesis de que los individuos que se suicidaban y los que intentaban suicidarse constituían dos grupos mutuamente diferentes. Ver E. Sengel, *ib. cit.*

³ K., en un estado de profunda depresión intentó suicidarse prendiendo fuego a su casa. Había sido abandonado por su esposa e hijos, y había perdido su trabajo. Ante la presencia de policías y bomberos se infirió heridas en el tórax con un cuchillo.—Tornó se despidió de sus amigos y se fue a un hotel apenas ingresó a la habitación se pegó un tiro en el tórax.—S., una adolescente de 14 años, intentó suicidarse en el baño de su casa cortándose las venas.—G. y S., pareja que intentó suicidarse arrojándose a un barranco.—D. intentó suicidarse estrellando su automóvil contra la muralla del dique.—L., embarazada, intentó matar a su hijo de 15 años con un cuchillo y posteriormente se hirió en la zona abdominal con el mismo cuchillo.

elemento circunstancial evita su muerte; g): la persona que se lleva un arma a la cabeza, dispara pero la bala no le provoca la muerte. El individuo presenta, como consecuencia de su conducta suicida, gravísimas heridas físicas.

2) *Tentativa grave*. Las armas o medios utilizados para llevar a cabo el comportamiento suicida no pueden provocar la muerte, ni lesiones de gravedad. Ej.: autolaceraciones, psico-fármacos.

3) *Tentativa leve*. En estos casos las armas o medios elegidos resultan imposibles de provocar la muerte ocasionando lesiones leves.

4) *Tentativa sin daño*. Son los casos en que el medio elegido no puede producir ningún daño físico.

Es evidente que esta sistematización en relación a las tentativas de suicidas están referidas a las consecuencias físicas del comportamiento autodestructivo.

La clasificación está basada en la intención del acto suicida a través de los medio-instrumentos elegidos. Las circunstancias del lugar y las personas que rodean a las personas no están contempladas. En muchos casos el suicida conoce que determinadas personas están cerca de él y que acudirán en su auxilio, aun cuando las armas elegidas, medios elegidos sean mortales.

En otros casos, la intención no es morir sino provocarse una autolesión para llamar la atención, por motivo de venganza, culpa, soledad. En estos casos no puede llegar la muerte debido a que las personas que lo rodean, no advierten la situación y la persona muere desangrada, afligida.

Existen diferencias marcadas entre tentativa gravísima, tentativa grave, tentativa leve, en relación a los motivos a las ideas de muerte, medios elegidos, circunstancias familiar-social, a la estructura y características de personalidad que explican la verdadera dimensión del proceso intelectual y emocional de la decisión de matarse. Son actos, en sus diversos grados, que implican una ejecución, un paso al acto, entre sus ideas de muerte y el comportamiento autodestructivo.

La tentativa de suicidio sin daño significa abordar, probablemente, los fenómenos de simulación, engaño de hacer creer a las personas cercanas que existió un intento autodestructivo. El engaño en sí implica una estructura psicológica de carácter neurótico con una acentuada agresividad hacia el medio familiar-social.

Cabe preguntar, ¿constituye la advertencia verbal escrita una tentativa de suicidio? ¿Es una comunicación hacia el contexto familiar? ¿Es la advertencia en sí misma un paso al acto suicida? Se ha considerado que las advertencias no están comprendidas dentro de las tentativas suicidas. Pero la nota escrita, el relato y la manifestación comunicada a otra persona sobre comportamientos autodestructivos son sumamente significativos en la determinación de las ideas y conductas suicidas.

La tentativa suicida sin daño implica, por ejemplo, ingerir analgésico, la persona conoce que no le producirá ningún daño, pero manifiesta al medio familiar el intento de suicidarse.

Existen casos en la tentativa sin daño que pueden considerarse altamente peligrosos, *q.*: la persona que se asoma a la cornisa del edificio manifestando que se va a arrojar, pero que luego se arrepiente. No ha sufrido daño alguno en su cuerpo, sin embargo el medio elegido pudo, de ejecutarse la acción, producirle la muerte. El impedimento a la acción suicida queda en una tentativa sin daño físico. Pero, el daño emocional, familiar y social sí se ha producido.

Las consecuencias emocionales, familiares-sociales son difíciles de poder determinar, producen cambios profundos en las relaciones interpersonales de sus integrantes.

Si el grado de peligro de pérdida de vida tiene que ser el criterio de un intento suicida hay que tener en consideración tres aspectos, según Stengel.⁴

⁴ Ver E. Stengel, *ib. cit.* Es una situación sumamente frágil el determinar el grado de peligro que señala Stengel.

- 1) la amenaza potencial a las funciones corporales;
- 2) el grado del intento suicida.

3) la constelación social en el momento del intento, es decir el grado de intervención del medio ambiente familiar, del medio social.

Stengel expresa que la mayoría de los actos suicidas fatales presentan por lo menos dos de los tres criterios mencionados.²

Lombroso y Ferrero³ realizaron una de las primeras e importantes clasificaciones criminológicas sobre los comportamientos autodestructivos distinguiendo: a) acto suicida, b) intento suicida, c) simulación del suicidio. Señalaron que tanto el intento de suicidio como la simulación del suicidio eran más frecuentes que los actos suicidas.

Es interesante observar que son sumamente escasos los trabajos de investigación sobre suicidio que se refieren a la simulación de este comportamiento.

CIFRA OCULTA DE LOS INTENTOS SUICIDAS

Uno de los problemas criminológicos en estos comportamientos es la cifra negra u oculta relacionada a los intentos de suicidio.⁴ Quedan ocultos muchas veces por la propia

² Ver E. Stengel, *ib. cit.* Es evidente que las circunstancias, el arma y el grado de consecuencias físicas y emocionales serán aspectos que incidirán en el grado de peligro.

³ Ver Lombroso y G. Ferrero, *La donna delinquente*. Torino, Italia, 1927. La simulación, el engaño de un comportamiento de suicidio dirigido a alertar al medio familiar implica un simbolismo de engaño pero también de autodestrucción. Es la simulación de un daño a sí mismo y al grupo familiar.

⁴ Las inclinaciones autodestructivas pueden manifestarse dentro de una amplia variedad de conductas, como por ejemplo en los accidentes de tránsito o en el abuso del alcohol. Los jóvenes son vulnerables por los siguientes motivos: desempleo, no encontrar los espacios laborales; fracasos en los estudios, no satisfacer las expectativas de los familiares; cambios en las relaciones familiares, relaciones afectivas; dificultades en la comunicación, tendencia al aislamiento, escasas relaciones de grupo; abuso a drogas.

familia del individuo. La justificación del "error" o el "momento emocional" o la "discusión familiar" ocultan el grave comportamiento auto-agresivo.

Festini-Cucco y Cipollone⁸ describen los motivos por los cuales no se conocen los intentos de suicidios: a) el intento de suicidio es ocultado por la propia familia, b) se considera que manifestarlo producirá una pérdida de prestigio al individuo y a su familia, c) temor a la reacción social negativa, por ejemplo: pérdida del trabajo, d) eventual consecuencia penal, e) problemas de seguro, f) problemas religiosos.

Según Stengel⁹ las clases sociales altas están menos representadas en los grupos de intentos suicidas y sobrerrepresentadas en los suicidios. Diferencia debida a que si un intento de suicidio ocurre en una familia de clase media o alta, hace todo lo posible para mantenerlo oculto, en secreto.

Las personas que intentan suicidarse y los suicidas, presentan ideas y sentimientos autodestructivos. Sin embargo, existirían diferencias muy marcadas: el tipo de arma utilizada, la forma del intento, las características de personalidad, la situación vivencial y las modalidades de la depresión.

Pödlinger¹⁰ en su enfoque fenomenológico sobre el suicidio describe tres episodios:

- En un primer estadio el suicidio es considerado por el individuo como la solución de los problemas.
- En un segundo estadio se da el conflicto entre la tendencia a la autoconservación y la tendencia autodestructiva.
- En el tercer estadio está la decisión y se pasa al acto concreto.¹¹

⁸ Festini-Cucco-Cipollone, *Suicidio e Complicità*, Ed. Giuffrè, Milán, 1967.

⁹ Ver E. Stengel, *ib. cit.*

¹⁰ W. Pödlinger, *La tendenza al suicidio*, Ed. Morata, Madrid, 1969.

¹¹ W. Pödlinger estudió los intentos suicidas en 4460 pacientes que habían sido hospitalizados a consecuencia de intentos de suicidio. Ver W. Pödlinger, *ib. cit.*

Morgan¹⁸ denomina al intento suicida "daño deliberado auto infringido, no mortal". En sus estudios sobre el intento suicida observa:¹⁹

- Aumentó en la incidencia de los intentos de suicidio sobre los suicidios.
- Aumento de intentos en jóvenes.
- En los intentos predomina el sexo femenino, en cambio en los hombres se registra un mayor número de suicidios.
- En los intentos de suicidio predomina el envenenamiento como el medio más utilizado por las personas.

Hemos observado que las personas que han intentado suicidarse se encontraban en una situación:

- desempleados
- graves problemas económicos
- divorciados
- problemas interpersonales con una persona significativa-clave (pareja, familiar, trabajo).

En relación con el alcoholismo se registra una fuerte incidencia, por el desequilibrio que produce la ingesta de alcohol y que puede desempeñar un papel desencadenante en el intento de suicidio.

En una investigación realizada por Tozzini²⁰ sobre 702 casos de suicidio y tentativa de suicidio en datos de ocho

¹⁸ H. Morgan, *Daño de muerte*, F. de Cultura Económica, México, 1985.

¹⁹ Entre los investigadores, Neuringer realizó sus estudios a personas que habían sobrevivido a intentos suicidas. Éstos demostraron una forma de distorsión de pensamiento en que los asuntos o temas son conceptualizados en forma polarizada, lo que resultó en una tendencia a escoger los extremos en diversas escalas de actitudes.

¹⁹ Ver H. Morgan, *ob. cit.*

²⁰ Ver Carlos Tozzini, *El suicidio*, Ed. Depalma, Buenos Aires, 1989. Con respecto a la clasificación de Tozzini, debe diferenciarse resultado ficticio de los comportamientos de simulación. La simulación se dife-

Juergados de Instrucción de la Ciudad de Buenos Aires, distingue dentro de la tentativa:

a) *Resultado ficticio*. Siendo el suicidio un acto dirigido contra la propia vida del sujeto, será un resultado ficticio cuando, desde un principio, por haberlo así planteado el individuo, la acción desarrollada no podría acarrear ningún daño a la salud del individuo.

b) *Suicidio tentado con efecto impedido* en que la acción no alcanza al cierre trágico esperado debido a algún suceso posterior y no deseado por el sujeto; por ejemplo, el disparo de un arma de fuego en la sien es un acto dirigido hacia la muerte, pero si el proyectil se desvía, no resulta la muerte.

Se observa que la gran mayoría de los casos de intentos de suicidio o, como los denomina Morón, suicidios frustrados ocurren en los jóvenes (sexo femenino).¹⁶

En una investigación en las escuelas de Toronto (Canadá), Kovacs descubrió que el 41% de los 127 niños entrevistados admitieron haber pensado en el suicidio.¹⁷

La tentativa de suicidio en los niños y adolescentes para algunos psiquiatras, entre ellos G. Carlson, no se produce solamente para escapar de los problemas sino que el ambiente familiar los hace sentir culpables. Los niños presentan cambios drásticos en el comportamiento, en el rendimiento escolar, síntomas de irritabilidad y tendencia a sentirse involucrados.¹⁸

La depresión en los adolescentes y niños, las dificultades escolares, discusiones y conflictos con sus compañeros

rencia del trastorno de conversión y de otros trastornos somatomorfos por la producción intencionada de síntomas y por los obvios incentivos externos asociados a ella. Véase, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson, Barcelona, 1995.

¹⁶ Ver Pierre Morón, *El suicidio*. Ed. Alhara, Buenos Aires, 1977.— Dos jóvenes se tiraron del puente a consecuencia del divorcio de uno de los padres que se oponían a la relación afectiva. Sufrieron graves heridas.

¹⁷ Ver Kovacs, Universidad Pittsburgh.

¹⁸ G. Carlson, Universidad Los Ángeles. Ver *Ensayo de Bell*.

de colegio, violencia familiar y relaciones afectivas con otros jóvenes, suelen ser los disparadores de estos comportamientos autodestructivos.

Stengel señala que la mayoría de los intentos suicidas se producen en un escenario que hace posible, probable o hasta inevitable la intervención de otros. Las personas que intentan suicidarse tienden a permanecer cerca de los otros y así posibilitan su ayuda. Pero Stengel, al igual que otros investigadores, considera que sólo en muy escasos intentos suicidas se tomaron precauciones contra esa posibilidad, de este modo la intervención de otras personas queda, por lo general librada al azar.¹⁷

En lo referente a las causas de los intentos suicidas el factor más importante es la depresión. Entre los motivos de los intentos suicidas, predominan en las mujeres, los conflictos afectivos y los conjugales, mientras que en los hombres los problemas profesionales y las dificultades económicas.

Según Pöldinger¹⁸ las personas que sufren de soledad y aislamiento se hallan especialmente vulnerables.

Los medios-instrumentos utilizados son: psico-fármacos pertenecientes a los grupos de los neurolépticos, los tranquilizantes y los antidepresivos. También veneno, desinfectantes, heridas con armas blancas, colgarse; entre los medios prevalecerían, cortarse, envenenarse. En hombres heridas profundas, las mujeres realizan incisiones superficiales delicadas y cuidadosamente hechas, que cicatrizan sin dejar marcas.¹⁹

¹⁷ Ver E. Stengel, *ib. cit.* El señalamiento de Stengel puntualiza una alarma del grupo familiar, y una detección, pero en numerosos casos el medio familiar no advierte realmente la situación de peligro en la que se encuentra el paciente. Los factores de riesgo en jóvenes son por ejemplo: episodios anteriores, trastornos del sueño, dificultades para levantarse, tristeza intensa y prolongada, falta de interés por lo familiar, falta de aseo y de aseo, dificultades en la concentración de las tareas, problemas económicos, temas reiterativos sobre la muerte.

¹⁸ Ver W. Pöldinger, *ib. cit.*

¹⁹ Para Lombroso y Ferrero el intento de suicidio en la mujer se realiza generalmente frente a un público, al contrario de los suicidios. Ver C. Lombroso y G. Ferrero, *ib. cit.*

Los intentos de suicidio a través de una lesión (laceración) se manifiestan por cortes (en una o ambas muñecas) incisiones profundas en diversas partes del cuerpo, quemaduras, intentos de asfixia.

REPETICIÓN DEL INTENTO SUICIDA

El intento de suicidio puede constituir actos preparatorios del "verdadero" suicidio. El comportamiento se repite de una a varias veces; en algunos casos en un corto tiempo, en otros frente a determinadas situaciones críticas, frecuentemente coincidiendo con fechas aniversarios familiares.

Los suicidas, tanto hombres como mujeres, no solamente intentan su autodestrucción en una sola ocasión, sino que se dan casos en los cuales han tratado de perpetrar hasta cuatro y cinco veces; pero es más frecuente en aquellas personas con un solo intento.²²

Es evidente que las personas que han intentado suicidarse representan un grupo altamente vulnerable, con un excesivo riesgo de suicidio.

Una indagación retrospectiva minuciosa revela que la gran mayoría de las personas que ejecutan comportamientos fatales y no fatales ha dado un aviso de cometerlos, han advertido al medio social. Es decir que un número importante de los intentos suicidas se producen frente a otros.²³

Bancroft y Marsack²⁴ distinguió en las reiteraciones de intentos de suicidio:

- a) *Pauta de repetición crónica.* Ej.: sobredosis de psicofármacos es un método habitual, también las autolaceraciones.
- b) *Reiteraciones,* dos o más intentos de suicidio en periodos prolongados.

²² Ver Rodríguez González, *id. cit.*

²³ El intento suicida suele ser un recurso de desesperanza y abandono. Se llega a esta decisión cuando se siente incapaz de afrontar un problema y creen que los demás no perciben su necesidad.

²⁴ Bancroft y Marsack, *The repetitiousness of self and self injury*. Rev. Brit. Psychiatry, 1977.

c) *El episodio único*, que está relacionado a una crisis personal-familiar severa y la repetición es infrecuente.

La reiteración del intento de suicidio implica el diagnóstico de la gravedad del episodio y de la intención suicida, la personalidad, las características clínicas y personales-familiares.

Rosen²⁵ en un estudio a pacientes que habían intentado suicidarse y que luego posteriormente se quitaron la vida, destacó la importancia, en la sintomatología, la depresión, insomnio y aislamiento social.

El síndrome pre-suicidio que precede a la tentativa de suicidio se caracteriza según los investigadores Festini Cucco y Cipollone,²⁶ en trastornos en el sueño, problemas en la alimentación, en la concentración, tendencia a la apatía, sentimientos de tristeza, problema somáticos.

Tanto Morgan²⁷ como los estudios de Bancroft y Marsack²⁸ manifiestan que la mayor parte de los individuos que habían intentado suicidarse tenían antecedentes de haberlo repetido en otras etapas de la vida.

Es evidente que la repetición, la reiteración compulsiva del comportamiento autodestructivo agrava el diagnóstico y por consiguiente los riesgos de pérdida de vida.

REACCIÓN DEL INDIVIDUO

Las distintas modalidades del intento de suicidio indican que el intento no está solamente dirigido a la autodestrucción y a la muerte, sino también al contacto humano y a la vida.²⁹

²⁵ Ver G. Rosen, *History in the study of suicide*, Rev. Psychology Med, 1971.

²⁶ Festini-Cucco-Cipollone, *ob. cit.*

²⁷ Ver H. Morgan, *ob. cit.* Estos datos coinciden con la mayoría de las investigaciones criminológicas referentes a la reiteración suicida.

²⁸ Bancroft-Marsack, *ob. cit.*

²⁹ Se refiere a casos de abandono familiar, a problemas de violencia conyugal. Paradójicamente referente a situaciones postales.

En sus estudios sobre el suicidio Stengel²⁰ observó que los individuos que intentaban suicidarse, en el momento de hacerlo, no estaban aislados, sino que había personas cercanas o en su compañía.

Para Stengel²¹ es notorio que el intento de suicidio produce cambios en el contexto familiar y social, provoca una modificación en la situación vital del individuo. Estos cambios comprenden:

- Hospitalización temporaria y el tratamiento, que significa atención, asistencia.
- Alejamiento de la escena del conflicto. Implica la permanencia en un ambiente comprensivo y tendiente a tranquilizar al paciente.
- La familia, los amigos comprenden la necesidad de atención. Es decir, las situaciones de crisis familiares que culminaron en intentos de suicidios conducen a cambios en las relaciones humanas y en los modos de vida de sus integrantes.
- Otro de los cambios que se observan, es el retorno a una situación de dependencia. Un ejemplo es el joven que regresa al hogar paterno tras un intento suicida, o el anciano que es nuevamente protegido por sus hijos.
- Cambios en el modo, estilo de vida relacionadas al trabajo, compromisos sociales y económicos. El intento puede tener repercusiones sobre los modos de vida de otras personas, especialmente familiares.
- El intento de suicidio produce un cambio en el aislamiento social que sentía o tenía la persona. Ejemplo, la persona que vivía sola ingresa a un grupo familiar o institucional.

Todos estos cambios indicarían que la situación de la persona, que intentó suicidarse, mejora en sus relaciones familiares y sociales. Pero, el hecho de que esto se produz-

²⁰ E. Stengel, *ob. cit.*

²¹ Ver E. Stengel, *ob. cit.*

ca depende de la personalidad del individuo como la del contexto familiar; algunas personas, dice Stengel, tienden a desalentar e inhibir las reacciones de ayuda por su conducta agresiva.²⁹

El hecho de sobrevivir hace del intento suicida una pauta de conducta diferente a la del suicidio y un suceso sumamente significativo en la vida de la persona.

Un examen psicodinámico del intento de suicidio no puede ignorar los aspectos interpersonales del acto mismo. La *agresión dirigida* contra los otros es más manifiesta en los intentos suicidas que en el suicidio.

Si el intento estaba motivado por una crisis en las relaciones interpersonales, se plantea la pregunta acerca de si las relaciones se modifican a raíz del intento suicida. ¿Cuál fue el efecto del intento suicida en el grupo familiar-social?

REACCIÓN DE LA FAMILIA

Para el paciente el intento de suicidio significa la supervivencia y frecuentemente un nuevo comienzo, en las ideas de muerte.

Para los familiares significa sufrimientos, penas, dolores, sentimientos de culpa. Todo esto provoca una tendencia a la renovación y la revisión de las relaciones humanas de las personas afectadas.

Coinciden las investigaciones que en los casos de intentos suicida este comportamiento ha resultado la única señal de alarma eficaz para movilizar la ayuda médica y social.

Pero la reiteración de los intentos suicidas puede lograr en el medio familiar un efecto contrario al de la ayuda y comprensión, por el deterioro que se produce en las relaciones suicida-familia. Se agrava porque la actitud de la sociedad ante el suicidio y ante el daño deliberado se ha vuelto menos tolerante en años recientes, más peligrosamente permisiva.

La familia sufre un profundo shock emocional con el intento de suicidio de uno de sus integrantes.

²⁹ Ver E. Stengel, *ib. cit.*

Los efectos psicológicos del intento suicida sobre la familia son diversos y complejos. Es el sentimiento hacia una persona cercana que es sobreviviente, por ello las reacciones de pesar, de acciones de ayuda y protección.

Stengel²⁰ considera que la incertidumbre del resultado que provoca el intento de suicidio es comparada con un comportamiento similar a jugar con la vida, por su carácter impulsivo y no reflexivo.

La liberación de impulsos agresivos dirigidos contra el yo en una explosión emocional puede tener un efecto catártico beneficioso para el estado mental de una persona, o sea que puede descargar la tensión reprimida y de ese modo restablecer el equilibrio emocional. Esta es una de las razones, según Stengel, por la que algunas personas se sienten aliviadas tras un intento suicida y no lo repiten. Pero la interpretación de Stengel es limitada no es sólo la catarsis sino el temor y la conciencia de pérdida de la vida.

Es evidente que el intento suicida produce un cambio en la situación familiar y social, en la situación de vida, en las relaciones intra-familiares. Se restablece el tejido, la red familiar frente a la vulnerabilidad que provocó el intento de muerte.

La angustia e incertidumbre del grupo familiar al intento de suicidio y las posibilidades de vivenciar nuevamente una reiteración lleva a una mayor vulnerabilidad de todos los integrantes de la familia, vulnerabilidad que afectará directamente al paciente. El estado depresivo será concomitante vivencial de todo el grupo familiar.

La red de apoyo terapéutico, asistencial para el paciente y la familia permitirán superar la crisis del intento suicida. Crisis de profunda conmoción y estrés para la familia.

El reconocimiento de la vulnerabilidad individual y familiar así como las posibilidades de la reiteración es el paso a la recuperación.

²⁰ Ver E. Stengel, *ib. cit.*

VI. DEPRESIÓN Y SUICIDIO

La depresión es un estado de profunda tristeza, de grave vulnerabilidad individual, provocada por pérdidas significativas en la vida del individuo.

La depresión siempre conlleva ideas de muerte por la desvalorización interior en la que se encuentra el individuo.¹ La tristeza invade toda la personalidad.

La percepción existencial del depresivo, cómo percibe su vida interior, sus pensamientos, sus afectos, el mundo exterior, las personas que lo rodean, las relaciones interpersonales, constituyen los aspectos fundamentales que hacen al conocimiento del estado de angustia que conduce al intento de suicidio o al suicidio.²

En la persona depresiva³ se observa pesimismo, sentimientos de culpa y autoreproches, temor a la pérdida de la familia, sentimientos de inferioridad, de empobrecimiento mental, alejamiento de las actividades cotidianas, de las relaciones interpersonales para, gradualmente, acentuar el

¹ El suicidio puede ocurrir en la mayoría de las enfermedades mentales, pero la depresión o melancolía es el trastorno mental con más alto riesgo de suicidio. Ver Sengel, *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Editorial Horne, Buenos Aires, 1965.

² La intensidad del impulso suicida depende no sólo de la severidad de la depresión sino también de la historia pasada del individuo.

³ El individuo tiene conciencia de que sus vicisitudes se deben a la separación, disensión, muerte, enfermedad de alguien importante para él. Al parecer en el desencadenamiento del proceso depresivo siempre existen elementos de pérdidas reales pero en muchos casos son pérdidas sobreesvaloradas. Ver H. Marchioni, *Delito y Personalidad*, Marcos Leroy Editora, Córdoba, 1984.

proceso de angustia y depresión, incontinencia, retraimiento, deseos de muerte.^{4, 5}

Para Henry Ey⁶ la depresión es un sentimiento de dolor moral caracterizado por enlentecimiento y la inhibición de las funciones psíquicas y psicomotoras.

Depresión es la reacción emocional manifestada por sentimientos de tristeza, soledad, rechazo, fracaso o desesperanza. Se considera como indicativa de enfermedad mental cuando se halla en desproporción con las circunstancias o cuando persiste después de un tiempo razonable y el sujeto no hace ningún esfuerzo para salir de ese estado o para luchar con las circunstancias que lo generaron.⁷

La depresión suele iniciarse con una situación de pérdida real que afecta al individuo, separación, muerte, abandono. Esta pérdida (por ejemplo, fallecimiento de un familiar) significa una etapa de duelo, de tristeza. En la depresión, el individuo no puede superar esa situación de tristeza y duelo que va superando en el tiempo, permaneciendo en ese estado, lo que aumenta la angustia y por consiguiente la depresión. Sin embargo, toda la personalidad del individuo permanece organizada; distingue entre las experiencias reales concretas de la vida y su mundo interior. Es decir, tiene conciencia de su depresión. Las asociaciones mentales son normales y lógicas, aunque predomina un pensamiento lento y de autoreferencia; es inca-

⁴ El estado de depresión, acompañado por la incapacidad de sentir afecto por los demás, la falta de creencias religiosas y quizá las ideas disociadas de culpabilidad o de enfermedad, pronto llevan a un estado de impotencia y desesperación. El impulso hacia la autodestrucción en los que están gravemente deprimidos, surge de un estado mental que niega la suposición básica de la vida. Ver H. G. Morgan, *ib. cit.*

⁵ La muerte parece ser la única solución sin importar sus implicaciones para sí mismo y para la familia. Ver H. G. Morgan, *Deser de muerte*, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1983.

⁶ Ver Henry Ey, Bernard P. Beiser, *Tratado de Psiquiatría*, Ed. Tuszy-Masson, Barcelona, 1961.

⁷ Ver Brussek y Cantizluz, *Diccionario de Psiquiatría*, Ed. Compañía Continental, México, 1972.

pa: de controlar su estrés emocional, su intensa angustia y, en consecuencia, su estado depresivo.⁸

La depresión, como hemos señalado, está estrechamente vinculada al concepto de duelo, que etimológicamente significa dolor, sufrimiento.

Es evidente que la comprensión de la naturaleza del duelo, de la intensidad de los sentimientos que participan en él del por qué provoca tal ansiedad, angustia, sufrimiento, es un proceso relacionado a la historia personal, a las relaciones interpersonales, a la comunicación y constituye un proceso complejo, porque depende de la valoración afectiva atribuida a esa pérdida experimentada por la persona.

El individuo depresivo se siente empobrecido y vacío, es decir, siente que sólo él ha sufrido esa pérdida que tiene efectos para su propia persona; por ello, vivencia un empobrecimiento que lo lleva al suicidio o a agredir a otros debido a que no acepta la pérdida afectiva.

Para Freud la depresión (melancolía) se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior; la pérdida de la capacidad afectiva, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio.⁹

En toda experiencia de pérdida,¹⁰ muerte, separación, abandono, existen, implícitamente, ciertos sentimientos de culpa, ya que perder algo significa sufrir una privación emocional. Psicológicamente, el individuo se siente frustra-

⁸ Entre los síntomas psíquicos y físicos que se manifiestan en todo cuadro depresivo, se han señalado principalmente: tristeza, apatía, disminución en mayor o en menor grado de la autoestima, sensación de empobrecimiento o vaciamiento, desesperanza, escepticismo, autoreproche, fatiga, debilidad, anorexia, insomnio. Ver H. Marchisot, *Personalidad del delirante*, Ed. Porrúa, México, 1978.

⁹ Ver S. Freud, *La aflicción y la melancolía*, obras completas, Ed. Biblioteca Nueva, 1968.

¹⁰ Ver también la obra de E. Abraham, especialmente *Sobre el tratamiento psicoanalítico de la psicosis maníaco-depresiva*, Psicoanálisis Clínico, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1959. Asimismo son notables los trabajos de Freud en el año 1917 ya mencionados; de Rado en 1937: *El problema de la melancolía*, II Deutsch en 1939: *Depresiones*.

do y, al mismo tiempo, experimenta culpa; se trata de una culpa frente a sí mismo, por haberla provocado o por no haberla podido evitar, sea real o imaginada (subvalorada).

La pérdida representa una relación, una forma de ser, un modo de existir, una estructura de conducta; el sentimiento del depresivo es haber sufrido una significativa pérdida dentro de sí.¹¹ La vulnerabilidad por la pérdida provoca las ideas de muerte y el suicidio.

La depresión configura un renunciamiento y una entrega de la persona que se abandona y no lucha. Grinberg indica la influencia poderosa que ejercen la culpa y los duelos mal elaborados en el origen y agravación de las enfermedades mentales. Este autor ha descrito la existencia de una culpa persecutoria y una culpa depresiva relacionada con el instinto de muerte y el instinto de vida.¹²

Las reacciones a este proceso de depresión suelen ser diversas: intentar vencer la angustia y la tensión por medio de la adicción alcohólica, a drogas (comportamientos autodestructivos), otras formas de agresión (desde el intento de suicidio en un estado de profunda depresión, a conductas de robo, a homicidios).

La depresión implica, en la mayoría de los casos, un alto riesgo de suicidio. El sentimiento de tristeza, de duelo implica una grave vulnerabilidad individual, por las ideas de muerte y autodesvalorización del depresivo.

En la clasificación de la depresión se observa:¹³ neurosis depresiva, psicosis maniaco-depresiva.

NEUROSIS DEPRESIVA

Neurosis depresiva. En esta neurosis la angustia implica una conducta de tristeza relacionados a complejos procesos

¹¹ Diego García Reymón, señala: *El sistema principal del depresión es la tristeza; la depresión simple y pasajera, la depresión neurótica, el duelo normal, el duelo patológico, la melancolía, todos son estados psíquicos que representan la pérdida del objeto amado.* Ver D. García Reymón, *Depresión, Melancolía y Manía*, Editorial Visión, Buenos Aires, 1975.

¹² Ver L. Grinberg, *Culpa y depresión*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1963.

¹³ Ver H. Marchioni, *Personalidad del delincente*, Ed. Poética, México, 1973.

de culpa. Suele comentar por una pérdida real, que el individuo no puede elaborar, pero la diferencia entre una depresión dirlamos real es que ésta tiene un tiempo de elaboración de duelo que en el caso de la neurosis se prolonga, asociado a un sentimiento de empobrecimiento y de inferioridad que lo hace alejarse lentamente de sus actividades cotidianas y de las relaciones interpersonales para gradualmente acentuar el proceso de la angustia y de la depresión.¹⁴

El paciente tiene conciencia de que su estado se debe, por ejemplo: separación, divorcio, muerte o enfermedad de alguien importante para él. Al parecer, en el desencadenante del proceso depresivo de tipo neurótico siempre existen elementos de pérdidas que pueden ser pérdidas reales, pero que en algunos casos el paciente sobrevalora la situación de abandono. El individuo se identifica en sus actividades, presenta problemas para trabajar y dormir, el lenguaje es lento, depresivo, con un quejido constante e ideas hipocondríacas. Se siente abandonado, pesimista con dificultades para establecer una relación social, sus percepciones están lentificadas así como su psicomotricidad.

Las reacciones a este proceso de depresión suelen ser diversas, el paciente intenta vencer la angustia y la tensión por medio del alcohol o drogas. Es una conducta de auto-agresión, que está relacionada a sus percepciones de autodesvaloración¹⁵ y de menosprecio a sí mismo, pero

¹⁴ En el paciente depresivo el proceso de autocrítica adquiere marcada intensidad y usual a ésta presenta un grado de sensibilidad extrema ante dichas oscilaciones. Durante la depresión se observa una disminución cualitativa de los mensajes que la persona depresiva recibe y transmite. Es exigente y sensible. Los sentimientos de tristeza, envidia, odio, los autoreproches, así como toda la gama de emociones y sentimientos dan lugar a una inaccesibilidad parcial o total para determinados estímulos y ello es debido a dos motivos: a una desconfianza defensiva y a su falta de iniciativa para establecer una comunicación. Ver David Liberman, *La comunicación en impertinencia psicoanalítica*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1982.

¹⁵ Fenichel manifiesta que si las necesidades narcísicas del depresivo no son satisfechas, su autocrítica desciende hasta un punto peligroso, para evitarlo está dispuesto a hacer cualquier cosa, una tendencia a reaccionar a las frustraciones con la violencia, Fenichel, *Teoría psicoanalítica de la neurosis*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1986.

también esto implica una agresión hacia el medio ambiente, en especial con las personas cercanas a él, un deseo de llamar la atención que, muchas veces, se traducen en intentos suicidas.¹⁵

Otras reacciones están sumamente vinculadas a ideas y conductas hipocondríacas, el depresivo realiza un desplazamiento de su angustia a través de la queja relacionándolo con su cuerpo. Las reacciones depresivas presentan también un carácter criminológico ya que el paciente proyecta conductas agresivas y marcadamente antisociales y patológicas por medio de agresiones y lesiones o por simples robos que tienen características de tipo neurótico.

La conducta del neurótico depresivo puede desencadenar múltiples formas de agresión: desde el suicidio¹⁶ en un estado de profunda depresión, o el componente de una imagen de víctima pasando a ser una víctima real, a conductas de robos (verdaderos casos de cleptomanía, ya que el individuo roba objetos simbólicos y sin ninguna motivación económica, por ejemplo: no roba el par de zapatos, sino uno). Pero también el depresivo puede llegar a conductas impulsivas y violentas como consecuencia de sentirse solo, abandonado y reaccionando con conductas de resentimiento y agresión hacia el medio social, especialmente al medio familiar-violencia familiar.¹⁷

PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA

Psicosis maniaco-depresión. Es una psicosis de tipo afectiva que se caracteriza por un aumento o disminución en la actividad que expresa el estado mental que prevalece. Se observan dos fases: maniaco o hiperactiva y depresiva.¹⁸

¹⁵ En el suicidio la pérdida de autoestima es completa y representa una vuelta del sujeto contra la propia persona. Ver Fenichel, *op. cit.*

¹⁶ H. Marchisori, *Personalidad del delincuente*, *op. cit.*

¹⁷ Ver H. Marchisori, *op. cit.*

¹⁸ Ver Noyes y Kolb, *Psiquiatría clínica moderna*, Ed. Prensa Médica, México, 1971.

1) *Fase maniaca*. Esta reacción se divide en hipomanía que está traducida por una exaltación en forma atenuada, donde se advierte que el individuo está numamente optimista, ríe con facilidad, nada le preocupa, y desarrolla una intensa actividad. El pensamiento es superficial, se irrita ante la menor contrariedad y su sensibilidad le puede llevar a ataques de carácter agresivo. Aunque aparentemente nada le molesta puede reaccionar de manera desproporcionada y aquí está el peligro al proyectar una conducta agresiva.

El ataque maniaco que sigue a la hipomanía está caracterizado por una exaltación a todos los niveles y una psicomotricidad intensa. El pensamiento es incoherente e ilógico.

En la manía delirante aguda el individuo se encuentra intensamente activo, con ideas delirantes, alucinaciones y confuso en todos los niveles de la personalidad. La psicomotricidad es intensa y sus impulsos incontrolados pueden ser de tipo agresivo relacionados a sus ideas y alucinaciones.

2) *Fase depresiva*. Se observa depresiones leves que se establecen gradualmente el individuo está triste, ansioso, se preocupa por pequeños incidentes, la actividad se reduce, el habla es lenta, le es difícil concentrarse, pierde interés hacia el medio. Puede intentar conductas suicidas pero también bajo un aparente encubrimiento puede llegar a ser víctima de delitos, es decir que su estado depresivo y cierta confusión en su personalidad le hacen perder las defensas psicológicas de control y sus imágenes tienden a ser autodestructivas; el individuo no desea vivir, no sabe, no conoce las causas, propiciando de manera inconsciente conductas agresivas.

En la depresión aguda, los pensamientos suicidas son más claros y frecuentes pudiendo llegar a manifestarse en forma concreta, en ésta la actividad disminuye, pierde el sueño, no se alimenta, el pensamiento es muy lento, así como el lenguaje presenta dificultad para realizar actividades y sus niveles disminuyen, tiene sentimientos de culpa por acontecimientos sucedidos hace varios años y relaciona

estos sucesos para justificar sus ideas suicidas. En el estupor depresivo se encuentra un estado de inhibición profunda, con alucinaciones, ideas de muerte, trastornos de memoria desorientación espacio-temporal y una confusión psíquica muy intensa.²⁹

La desorganización de la personalidad en este tipo de psicosis no es tan profundo como en la esquizofrenia, pero existen trastornos graves en los aspectos especialmente de la actividad.

OTRAS CLASIFICACIONES SOBRE DEPRESIÓN

Brussek y Cantzelaar,³¹ se refieren a depresión agitada, reacción depresiva y a neurosis de depresión.

a) *Depresión agitada*. Forma severa de un estado depresivo caracterizado por angustia intensa, inquietud, llanto. Por lo regular va unida a ideas de indignidad o culpabilidad y pensamientos o intentos de suicidio.

b) *Reacción depresiva*. Fase de una reacción maniaco-depresiva o psicosis en la cual el paciente es asaltado por sentimientos de infravaloración y en estados más extremos con ideas de suicidio. También está caracterizada por actividad, lenguaje, pensamiento disminuido. Puede preceder a una fase maniaca.

c) *Neurosis depresiva*. Reacción psiconeurótica en la cual la manifestación predominante es la depresión, considerada como patológica debido a su duración e intensidad injustificada.

Henry Ey³² en su *Tratado de Psiquiatría*, distingue en los estados depresivos:

1) *Depresión voluntálica simple*. En esta forma domina la inhibición, el sujeto acusa una simple tendencia a la inacción, está asténico y fatigado. El dolor moral es escaso,

²⁹ Ver H. Marichioni, *ib. cit.*

³⁰ Ver Brussek y Cantzelaar, *ib. cit.*

³¹ Henry Ey, Bernard P. Brissas, *ib. cit.*

incluso falta a veces. El paciente sufre una penosa impotencia y una improductividad intelectual; se siente enfermo y tiene necesidad de consuelo. Los autores antiguos designaban este estado con el nombre de *melancolía con conciencia*.

2) *Melancolía atónica*. En esta forma alcanza su máximo la inhibición psicomotora. El enfermo está absolutamente inmóvil: no habla, no come, no hace ningún gesto, ningún movimiento. Su cara se mantiene fijada en una expresión de dolor y desesperación. Esta mínima de tristeza facilita el diagnóstico diferencial.

3) *Melancolía ansiosa*. Se caracteriza esencialmente por el predominio de la agitación ansiosa, por la intensidad del miedo, el cual es vivenciado como un verdadero pánico. El enfermo inquieto tiene necesidad de cambiar de lugar, se golpea la cabeza y pecho, se remueve las manos, se lamenta, solloza y suplica. Sus tormentos le impulsan a evadirse, a buscar la muerte (ideas de suicidio constantes y activas).

4) *Melancolía delirante*. Es difícil establecer una distinción entre la depresión, la tristeza y el delirio melancólico. Sin embargo, en esta forma el aspecto *delirante* aparece en primer plano.

Los temas delirantes de la melancolía pueden ser clasificados en:

a) *Ideas de culpabilidad*. Consiste en ideas de falta, de "mancha", de pecado, las cuales se manifiestan a través de un sentimiento de indignidad o de remordimiento (autoacusación). A este delirio de culpabilidad corresponde la espera de castigo (ideas de expiación, de condenación).

b) *Ideas de frustración (ideas de ruina, de desgracia)*. En este caso no se trata de una falta sino de un infortunio (pérdida de un ser querido, de bienes).

c) *Ideas hipochondríacas, de transformación y de negación corporal*. El melancólico se queja de no tener un cuerpo como todo el mundo; se siente vacío.

d) *Ideas de influencia, de dominación y de posesión*. A la alteración y degradación del cuerpo se agregan sentimien-

tos de depreciación moral: son incapaces de querer, de actuar. A veces se creen influidos, poseídos o habitados por otras personas.

e) *Ideas de negación*. Delirios sobre un tema: la negación del mundo, del cuerpo, de la vida o de la muerte.

4) *Depresión neurótica*. La experiencia de la tristeza vivenciada está a la vez integrada a los acontecimientos actuales y más ligada a la historia conflictual del enfermo.

Estos accesos depresivos sobrevienen generalmente tras experiencias vividas como frustración: decepción, duelo, pérdida de aprecio, abandono.

Henry Ey²⁹ también describe las depresiones crónicas, como estados depresivos sintomáticos de una psicosis.

Para Henry Ey³⁰ son probablemente ciertos brotes agudos de *esquizofrenia* los que planifican el diagnóstico más difícil con un episodio depresivo simple. Son los *estados depresivos atípicos* comienzo de un proceso esquizofrénico. En todo estado depresivo (tristeza, ideas y tentativas de suicidio, ideas de culpabilidad, delirio hipocondríaco) es necesario, expresa Ey, observar el curso del pensamiento, disociación, bloqueos, estereotipia, empobrecimiento de la emotividad, pobre contacto afectivo, ambivalencia, alucinaciones, actos inexplicables y extraños. Generalmente el cuadro clínico está menos centrado por la angustia, incluso a veces ésta se halla ausente y con frecuencia es paradójica (mezcla de indiferencia y de sentimiento depresivo). Los síntomas de la serie catatónica (negativismo, impulsiones) imprimen al cuadro clínico la atipicidad de la depresión.

Los estados depresivos, se observan en *afecciones cerebrales* infecciosas y metabólicas, son los estados depresivos cuya causa puede pasar fácilmente inadvertida; éstos son los estados depresivos con frecuencia acompañados de irritabilidad, de ansiedad, provocados por una cura de desintoxicación en los alcohólicos, los toxicómanos (morfina, barbitúricos, anfetaminas, etc.), en el curso de las curas de

²⁹ Henry Ey, Bernard P. Brisset, *ob. cit.*

³⁰ Henry Ey, Bernard P. Brisset, *ob. cit.*

adelgazamiento, de los tratamientos con los hipotensores (especialmente la reserpina).

En la senilidad o la presenilidad, la arterioesclerosis y la aterosclerosis cerebrales, señala Ey,²⁵ pueden evolucionar durante largo tiempo con los rasgos de un síndrome depresivo, al tiempo que una depresión puede ser la forma de comienzo de la demencia senil.

ENFOQUE PSICOANALÍTICO DE LA DEPRESIÓN

Bleichmar,²⁶ en su estudio sobre la depresión, expone una clasificación desde el psicoanálisis sobre la depresión: a) depresión narcisista, b) depresión culposa, c) depresión simple.

En relación a la psicogénesis de la estructura depresiva puntualiza la identificación con padres desvalorizados o la asunción de la desvalorización inducida por los mismos, factores que coadyuvan a incrementar la agresividad del sujeto, favorecer que éste se vuelva contra sí mismo, que se expresa en forma de conciencia crítica, privilegiar como forma de agresión el ataque al narcisismo, todos factores que serían precondiciones para la depresión narcisista.

Frieda Fromm Reichman,²⁷ Jacobson,²⁸ Bibring,²⁹ Garma,³⁰ Paul Schilder,³¹ han tratado y analizado la problemáti-

²⁵ Henry Ey, *op. cit.*

²⁶ Ver H. Bleichmar, *La depresión: un estudio psicoanalítico*, Ed. Nuevo Visión, Buenos Aires, 1994.

²⁷ Frieda Fromm Reichman la envidia del individuo deprimido su temor a la envidia de los demás y las defensas correspondientes contra esa envidia constituyen un proceso fundamental en las depresiones. Ver Grünberg, *op. cit.*

²⁸ E. Jacobson, la depresión es el colapso narcisista del deprimido, la pérdida de su auto-estima, sus sentimientos de empobrecimiento y debilidad. Ver en Greenacre, *Percepciones de la afectividad*, Ed. Hormé, Buenos Aires, 1959.

²⁹ Bibring: en la depresión el yo se paraliza porque se encuentra incapaz de afrontar el peligro. Es un yo que se abandona a la muerte. Ver en Greenacre, *op. cit.*

³⁰ Ángel Garma, *Síntoma y psicosis en la conducta humana*, Ed. Nova, Buenos Aires.

³¹ Paul Schilder, *Tratado de psicología*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1965.

ca depresiva, desde un enfoque psicoanalítico de los comportamientos suicidas.

La depresión, entonces, es analizada por los clínicos, terapeutas, y la interpretación de los procesos depresivos, como asociada a los comportamientos suicidas.

Los sentimientos de tristeza, desaliento, soledad y aislamiento, propios del cuadro depresivo están relacionados a los suicidios. Frazier y Carr²² señalan que en las personas deprimidas deben considerarse siempre la posibilidad de suicidio. "Para evaluar ese riesgo hay que tener en cuenta la necesidad del paciente de obtener una respuesta a su angustia, la profundidad de su depresión, el afecto del paciente, su capacidad para mantener una conducta de seguridad en sí mismo, su historia."

DUELO Y DEPRESIÓN

Freud brindó singulares observaciones clínicas sobre la depresión relacionando el duelo y la melancolía. Estas ideas fueron expuestas en un *Symposium sobre suicidio*²³ realizado en Viena y 1910 y en un trabajo sobre *Duelo y melancolía* de 1917.²⁴

En un manuscrito de 1895 señalaba que "el afecto correspondiente a la melancolía es el duelo o la depresión, es decir el anhelo de algo perdido. Por consiguiente en la melancolía probablemente se trate de alguna pérdida en la vida del propio sujeto. La melancolía consistiría en el duelo por la pérdida de la libido".²⁵

La importancia fundamental que adquiere el duelo para la comprensión de los procesos depresivos y por consiguiente de los comportamientos suicidas lleva a considerar y puntualizar determinados elementos del duelo.

En su artículo *Duelo y melancolía*, Freud²⁶ explicaba: "La melancolía (depresión) se caracteriza psíquicamente por

²² Frazier y Carr, *Introducción a la Psopatología*, Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1975.

²³ S. Freud, *Obras completas*, Ed. Biblioteca Nueva, 1968.

²⁴ S. Freud, *Duelo y melancolía*, *Obras completas*, *ib. cit.*

²⁵ S. Freud, *Melancolía melancolía*, *Obras completas*, *ib. cit.*

²⁶ S. Freud, *ib. cit.*

un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución de amor propio. Esta última se traduce en reproches y acusaciones, de que el paciente se hace objeto a sí mismo, y puede llegar incluso a una *delirante opera de castigo*. Este cuadro se nos hace más inteligible cuando reflexionamos que la aflicción muestra también estos caracteres, a excepción de uno solo: de la perturbación del amor propio. La aflicción interna, reacción a la pérdida de un ser amado, integra el mismo doloroso estado de ánimo, la cesación del interés por el mundo exterior —en cuanto no recuerda a la persona fallecida—, la pérdida de la capacidad de elegir un nuevo objeto amoroso —lo que equivaldría a sustituir al desaparecido— y el apartamiento de toda función no relacionada con la memoria del ser querido. Se comprende que esta inhibición y restricción del Yo es la expresión de su entrega total a la aflicción."

El paciente ha sufrido la pérdida de un objeto; pero de sus manifestaciones, dice Freud, se infiere que la pérdida ha tenido efecto en su propio Yo.

"Las causas de la melancolía va más allá del caso transparente de la pérdida por muerte del objeto amado, y comprenden todos los casos de ofensa, postergación y desengaño, que pueden introducir en la relación con el objeto, una antítesis de amor y odio o intensificar una ambivalencia preexistente."

Esta ambivalencia, explica Freud, de origen real unas veces, y constitutivo otras, ha de tenerse muy en cuenta entre las premisas de la melancolía, cuando el amor al objeto, amor que ha de ser conservado, no obstante el abandono del objeto, llega a refugiarse en la identificación narcisista, recae el odio sobre este objeto sustitutivo, columniándolo, humillándolo, haciéndole sufrir y encontrando en este sufrimiento una satisfacción sádica. El tormento, indudablemente placentero, que el melancólico se inflige a sí mismo significa, análogamente a los fenómenos correlativos de la neurosis obsesiva, la satisfacción de tendencias sádicas y de odio, orientadas hacia un objeto, pero

retrotraídas al Yo. En ambas afecciones suele el enfermo conseguir por un camino indirecto su venganza de los objetos primitivos, y atormentar a los que ama, por medio de la enfermedad, después de haberse refugiado en ésta para no tener que mostrarles directamente su hostilidad. La persona que ha provocado la perturbación sentimental del enfermo y hacia la cual se halla orientada la enfermedad, suele ser una de las más íntimamente ligadas a ellas. De este modo, la carga erótica del melancólico experimenta un doble destino. Una parte de ella retrocede hasta la identificación, y la otra, hasta la fase sádica bajo el influjo de la ambivalencia.

El sadismo, señala Freud, aclara el enigma de la tendencia al suicidio, que tan interesante y tan peligrosa hace a la "melancolía". "Hemos reconocido como estado primitivo y punto de partida de la vida instintiva tan extraordinario egotismo del Yo, y comprobamos en la angustia provocada por una amenaza de muerte la liberación de tan enorme montante de libido narcisista, que no comprendemos cómo el Yo puede consentir en su propia destrucción. Ningún neurótico experimenta *impulsos al suicidio que no sean impulsos homicidas*, orientados primero hacia otras personas y vueltos luego contra el Yo; pero continuábamos sin comprender, por medio de qué juego de fuerzas podían convertirse tales impulsos en actos. El análisis de la melancolía nos muestra ahora que el Yo no puede darse muerte sino cuando el retorno de la carga del objeto le hace posible tratarse a sí mismo como un objeto; esto, es cuando puede dirigir contra sí mismo la hostilidad hacia un objeto; hostilidad que representa la reacción primitiva del Yo contra los objetos del mundo exterior."²⁷

En un estudio sobre *Culpa y depresión*, Grinberg²⁸ plantea la influencia poderosa que ejercen la culpa y los duelos mal elaborados en el origen y agravación de las enfermedades mentales. Postulando la existencia, como hemos mencionado, de una culpa persecutoria y de una culpa depresiva,

²⁷ S. Freud, *ib. cit.*

²⁸ León Grinberg, *ib. cit.*

Para Grinberg ¹⁰ la culpa persecutoria, que se ha experimentado frente al objeto y frente al yo, determinará la aparición de duelos patológicos que muy frecuentemente se convertirán en cuadros depresivos.

El concepto de duelo implica para Grinberg ¹¹ un proceso dinámico complejo que involucra a la personalidad del individuo y abarca de un modo consciente e inconsciente todas las funciones del yo, sus actitudes, defensas y en particular las relaciones con los demás. Las causas desencadenantes de un duelo pueden ser múltiples y dependerán de diversas circunstancias, pero todas ellas, tendrán como base común la valoración afectiva atribuida a la pérdida.

Tanto, el duelo como la depresión, expresa Grinberg ¹² se caracterizan psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, por un cese del interés por el mundo exterior, por la pérdida de la capacidad de amor y la inhibición de casi todas las funciones.

Grinberg ¹³ manifiesta que en el duelo normal opera la culpa depresiva tendiente a lograr la reparación de los objetos, mientras que en el duelo patológico predomina la culpa persecutoria que transforma los objetos en persecutores.

La culpa persecutoria puede ser tan intensa que conduce a estados extremos de desesperación y angustia. Son los casos de suicidio, esta culpa alcanza su máxima fuerza en los estados regresivos en los que el instinto de muerte opera con toda su intensidad.

Grinberg ¹⁴ expresa que el suicidio constituye de por sí un cuadro regresivo de naturaleza psicótica. Los pacientes recurren al suicidio como única salida frente a la implacable persecución de la culpa persecutoria esgrimida contra ellos por crueles imágenes internas supereóicas y terroríficas.

¹⁰ León Grinberg, *ib. cit.*

¹¹ León Grinberg, *ib. cit.*

¹² León Grinberg, *ib. cit.*

¹³ León Grinberg, *ib. cit.*

¹⁴ León Grinberg, *ib. cit.*

FASES DEL DUELO

John Bowlby,¹⁰ en su obra clásica sobre *Tristeza y depresión*, señala cuatro fases del duelo, es decir, la forma en que los individuos responden a la pérdida de un familiar muestran que, en el curso de semanas y meses, sus respuestas pasan por una sucesión de fases. Los límites entre ellas no son nítidos. Sin embargo, cabe discernir una secuencia general.

Las cuatro fases son las siguientes:

- 1) Fase de embotellamiento de la sensibilidad, que por lo general dura desde algunas horas hasta una semana y puede estar interrumpida por episodios de aflicción y/o cólera sumamente intensas.
- 2) Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida, que dura algunos meses y a veces años.
- 3) Fase de desorganización y desesperanza.
- 4) Fase de mayor o menor grado de reorganización.

Las respuestas psicológicas a la pérdida, haciendo referencia al hecho de que la relación original sigue ocupando un lugar central en la vida emocional de una persona, a pesar de lo cual por lo general también sufre un cambio lento en cuanto a su forma a medida que transcurren los meses y los años. Esta relación persistente explica el anhelo y la búsqueda, y también el rencor, que prevalecen en la segunda fase. La esperanza y posterior aceptación de la pérdida como irreversible, que surgen cuando se han superado las fases tres y cuatro. Las fases del duelo también explica muchos de los rasgos característicos de los casos patológicos (suicidios).

Con respecto a los procesos emocionales que provoca el duelo, Bowlby¹¹ se pregunta:

- a) ¿Cuál es la naturaleza de los procesos psicológicos que intervienen en el duelo sano?

¹⁰ John Bowlby, *La pérdida afectiva*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1983.

¹¹ Ver Bowlby, *ib. cit.*

- b) ¿Cómo se explica el dolor del duelo?
- c) ¿De qué modo se relaciona el duelo con la ansiedad?
- d) ¿Qué clase de motivaciones están presentes en el duelo?
- e) ¿Cuál es el papel de la cólera y el odio en el duelo?
- f) ¿Cuál es el papel de la identificación con la persona perdida en un duelo?
- g) ¿De qué manera difiere el duelo patológico del sano?
- h) ¿En qué etapa del desarrollo y por medio de qué procesos llega el individuo a un estado que le permite responder a la pérdida de una manera sana?

Algunas de las respuestas están relacionados al suicidio.

a) *La naturaleza de los procesos que intervienen en el duelo sano* que provocan, por lo menos en cierta medida, un retiro de la catexia emotiva de la persona perdida y pueden preparar el camino para una relación con otra persona.

b) En los intentos de explicar el carácter doloroso del duelo, se han propuesto dos hipótesis principales:

- debido a la naturaleza persistente e insaciable del anhelo por la figura perdida, el dolor resulta inevitable.
- el dolor que sigue a la pérdida es el resultado de un sentimiento de culpa y del temor a la represalia.

c) La relación entre el duelo y la ansiedad; cuando la figura amada está temporariamente ausente hay una respuesta de ansiedad, y que cuando su ausencia parece permanente, la respuesta es de dolor y de duelo.

d) *La compleja motivación presente en las situaciones que provocan dolor.* La necesidad de recuperar a la persona perdida, es muy imperiosa y a menudo persistente aun cuando la razón la considere inverosímil.

e) El quinto tema, y uno de los más controvertidos, se refiere al papel de la *cólera* y el odio en el duelo. Aunque la ira contra la figura perdida (a menudo inconsciente y dirigida hacia otra persona) desempeña un papel importante

en el duelo patológico, existen serias dudas de que su presencia sea compatible con el duelo sano.

f) Desde las tempranas contribuciones de Freud a los problemas clínicos del duelo, *el proceso de identificación con el objeto perdido* constituye una piedra angular de toda teoría psicoanalítica. Al comienzo Freud creía que ese proceso tenía lugar sólo en el duelo patológico, más tarde (1929) lo consideró como un rasgo principal de todo duelo. Llegó a esa conclusión bajo la influencia de la teoría —que por esa época proponía en *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921)— de que la “identificación es la forma original del vínculo emocional con un objeto (y que) de una manera regresiva se convierte en un sustituto del vínculo libidinal”.

h) *¿En qué etapa del desarrollo y por medio de qué proceso llega un individuo a un estado que le permite responder a la pérdida de un modo favorable?*

Se refiere al significado de la pérdida y a las circunstancias de la muerte/abandono.

DUELO, FACTORES VINCULADOS A LA DEPRESIÓN

Tradicionalmente, esta cuestión se ha planteado en el contexto de los intentos por comprender el punto de fijación a que regresan los melancólicos.

Los factores que afectan la elaboración del duelo, según J. Bowlby ⁸ y que conducen a un cuadro depresivo pueden agruparse en cinco clases:

- identidad y rol de la persona perdida
- edad y sexo de la persona que sufrió la pérdida
- causa y circunstancias de la pérdida
- circunstancias sociales y psicológicas de la persona que sufrió la pérdida alrededor del momento en que ésta se produjo y posteriormente

⁸ Ver Bowlby, *ib. cit.*

- personalidad del que sufrió la pérdida con especial referencia a sus facultades para establecer relaciones de amor y capacidad para responder a situaciones de estrés.

Parece probable que de estas variables la más poderosa en cuanto a determinar el curso del duelo sea la personalidad de la persona que sufrió la pérdida, especialmente, la manera en que está organizada su conducta respecto del lazo afectivo y las maneras de responder a situaciones de estrés.

Para Bowlby,⁶⁷ las ideas de suicidio, concebido especialmente como un medio de reunirse con la persona muerta, son comunes durante *los primeros meses del duelo*.

Muchos indicios internos, incluso el deseo comúnmente expresado de unión con la persona muerta, indican en la mayor parte de los casos que existe un *nexo causal directo entre el suicidio cometido y la anterior pérdida de una persona querida*. Esta relación es fuertemente apoyada por un estudio epidemiológico que realizó Bunch en el sur de Inglaterra.

Bunch⁶⁸ comparó la influencia de un reciente deceso en las historias de setenta y cinco casos de suicidios (cuarenta de varones y treinta y cinco de mujeres, de edad desde veintiún años en adelante) con la registrada en un grupo de control equiparable en cuanto a la edad, sexo y estado civil de sus miembros. En el grupo de suicidas la incidencia que tenía la pérdida de un padre o un cónyuge conocida durante los dos años anteriores eran cinco veces más elevada que en el grupo de control (24 por ciento y 4.7 por ciento respectivamente), una diferencia en alto grado significativa. Las diferencias entre ambos grupos cuando se consideraban por separado la pérdida de la madre y la pérdida del cónyuge, también alcanzaron significación estadística.

⁶⁷ Ver Bowlby, *ob. cit.*

⁶⁸ Ver J. Bunch, *Recent Development in relation to suicide*, en Bowlby, *ob. cit.*

Para Bowlby⁴⁹ hay otras circunstancias relacionadas con una muerte que hacen que la pérdida resulte difícil de sobrellevar, aunque es probable que tengan efecto como una muerte súbita y prematura. Esas otras circunstancias son:

- 1) si el género de muerte exige al deudo un prolongado período de cuidados;
- 2) si el género de muerte entraña alguna deformación o mutilación del cuerpo;
- 3) de qué manera llega al deudo la información sobre la muerte;
- 4) las relaciones entre las dos partes durante las semanas y los días anteriores a la muerte;
- 5) a quién se culpa de la muerte, en caso de atribuirse a alguien.

La muerte por suicidio es un caso especial en que se la siente como un acontecimiento innecesario y, por eso, con frecuencia aumenta enormemente la tendencia a censurar y culpar a alguien del suceso. Por un lado, el mismo suicida puede ser censurado por haber abandonado a los sobrevivientes; por el otro, alguno de los parientes puede ser considerado responsable de haber provocado el suicidio.

Frecuentemente se culpa del suceso a un pariente íntimo, especialmente al cónyuge sobreviviente. También suelen ser objeto de censura los padres, particularmente cuando el suicidio fue de un niño o un adolescente; a veces un padre culpa al hijo por el suicidio del otro padre. Los que formulan estas censuras incluyen tanto a parientes como a vecinos; y frecuentemente el cónyuge sobreviviente se culpa por no haber hecho tal vez lo suficiente para impedir el suicidio o hasta por haberlo alentado. Los autoreproches, expresa Bowlby, pueden exacerbarse si una persona, aunque involuntariamente, ha impulsado a otra a suicidarse. El caso de una mujer que, unas semanas antes del deceso del marido, se había separado de él y le había dicho que

⁴⁹ Bowlby, *id.* cit.

fuera y se matase. Y eso fue lo que él hizo valiéndose de los gases de escape del automóvil.

La muerte por suicidio deja secuelas psicopatológicas que se extienden no sólo a los sobrevivientes inmediatos sino también a sus descendientes. Parientes y vecinos, en lugar de ayudarlos, suelen rehuirlos y echarles la culpa del suceso abierta o encubiertamente. Por su parte, los sobrevivientes, que pueden estar sufriendo desde tiempo atrás dificultades emocionales, intentan encubrir lo sucedido, en un intento de distraerse de lo que ocurrió y de reparar en alguna medida el daño. Por otro lado, dice Bowlby, pueden sentirse atormentados por autoreproches y obsesionados también por ideas de suicidio. En la resultante situación de desorden, los hijos suelen quedar mal informados, reducidos al silencio y cerrados; además, la gente puede tratarlos como si hubieran heredado el desequilibrio mental del padre suicida y como si estuvieran destinados a imitarlos.

Finalmente, cabe señalar que la experiencia de la pérdida, contribuye de manera fundamental a los trastornos depresivos.

La situación de pérdida, de duelo, implica:

- a) El peligro de una depresión y por consiguiente ideas de muerte.
- b) Como un elemento de grave vulnerabilidad individual, es decir la depresión lo hace sumamente sensible y vulnerable.
- c) Descontrol del comportamiento.

La depresión es una reacción a la pérdida de un familiar, de un ser querido, también de algo importante para el individuo; un trabajo, un ideal. Estas situaciones de pérdida significan sentimientos de profunda tristeza que invaden toda la personalidad y que conducen a las ideas de suicidio y a los comportamientos autodestructivos.

La depresión, el duelo, es un estado de grave vulnerabilidad individual que asociada a una falta de protección, de atención y de cuidados del contexto familiar y social —esto es la vulnerabilidad social— provocan el suicidio.

VII. REPROCHE SOCIAL-PENAL

ACTITUD SOCIAL

La actitud de la sociedad frente al suicidio ha sido tradicionalmente de rechazo debido a que constituye una conducta cultural prohibida.¹

Cada sociedad tiene para el suicidio una actitud pronunciada, cada grupo social proyecta para este acto una inclinación colectiva que le es propia y de la que derivan las inclinaciones individuales.^{2 3 4}

¹ Todas las religiones prohíben el suicidio; esto está relacionado con la actitud hacia la muerte. La muerte como un medio de auto-sacrificio y purificaciones se ha observado en las últimas décadas, también, como un medio de protesta. Pero en general se considera que la fe religiosa es un elemento importante para atenuar las ideas de suicidio. La Iglesia decidió en el año 542 que se impidiera la sepultura del suicida en los cementerios; esta prohibición ha permanecido hasta épocas recientes.

² La actitud frente al suicidio en un determinado grupo social se relaciona con: a) la naturaleza de los individuos que componen el grupo; b) la manera en que están asociados, es decir, la naturaleza de la organización social; c) los acontecimientos que perturban el funcionamiento de la vida colectiva. Ver E. Durkheim, *ob. cit.*

³ El suicidio es un acto individual que únicamente afecta al individuo y que pareciera que depende de factores, esencialmente de la historia personal; sin embargo, estudiados en conjunto los suicidios ocurridos en una sociedad dada durante una unidad de tiempo determinada, se comprueba que el total así obtenido no es una simple suma de unidades independientes, sino que constituye por sí mismo un hecho nuevo de naturaleza social. Ver E. Durkheim, *ob. cit.*

⁴ Cada sociedad tiene, en cada momento de su historia, una actitud definida para el suicidio. Para medir la intensidad relativa de dicha actitud, es necesario hallar la razón entre la cifra global de muertes voluntarias y la población. Ver W. Durkheim, *ob. cit.*

El suicidio ha sido y aún lo es en muchas comunidades un acto de purificación personal, un acto eminentemente existencial religioso.¹⁻⁴

Hasta hace muy pocas décadas, en algunos países europeos como Inglaterra, los sobrevivientes de un intento de suicidio estaban sujetos a proceso criminal; estas actitudes se han modificado por un mayor conocimiento y comprensión. El individuo que atenta contra su vida necesita una asistencia médica, psicológica, familiar y social.

La prohibición social y cultural, en un principio eminentemente religiosa,⁵⁻⁶ se trasladó al sistema penal; se establecieron penas a los suicidas y a las personas que intentaban suicidarse. Francia fue el primer país en derogar la ley que penaba el suicidio.

En los antecedentes históricos, el Concilio de Arlés había declarado que el suicidio era un crimen y sólo podía ser el resultado de un poder diabólico. En el año 563, en el Concilio de Praga, esta prescripción recibió sanción penal. Allí se decidió que los suicidas no serían honrados con ninguna ceremonia religiosa. Posteriormente, la legislación penal y civil de la mayoría de los países, se inspiró en el Derecho Canónico, agregando penas materiales (sanciones penales). Recién, en la Revolución francesa de 1789 se abolieron las medidas represivas y se excluyó el suicidio de la lista de delitos.

En su libro *Homicidio-Suicidio*, E. Ferri,⁷ expresa el derecho y el deber de vivir. "El suicidio no es inmoral es una

¹ En el Japón el suicidio en forma de *harakiri* tiene incluso una significación religiosa.

² Para B. Malinowski, el suicidio, en algunas culturas consideradas primitivas, era un medio de rehabilitación en un individuo acusado de violar los preceptos sobre la exogamia. Véase B. Malinowski, *ob. cit.*

³ El suicidio y el Derecho Romano están analizados en la obra de C. Meloni, *El hombre antiguo y el suicidio*, Universidad Nacional de Córdoba, 1967.

⁴ La actitud de las religiones en la relación al suicidio ha sido, en general, de condenación y se ha basado en la creencia de que la vida humana con todas sus cualidades y defectos es un don divino que el hombre no puede rechazar. Ver Pierre Marion, *ob. cit.*

⁵ Enrico Ferri, *Homicidio-suicidio*, Ed. Reus, Madrid, 1934.

desgracia, es como la locura o cualquier otra debilidad del individuo. El suicidio no puede imputarse a la voluntad inmoral del individuo."

El enfoque de E. Ferri¹⁰ considera al suicidio como una conducta patológica, anormal; el individuo es un enfermo social. Ferri acentúa que el suicidio no es un acto inmoral, sino que es una desgracia que le sucede por una situación de debilidad, de igual manera que se estructuran los procesos sobre la enfermedad mental.

Por el contrario el sacrificio de la propia vida, señala Mariano Ruiz Funes, supera la lícita actividad del sujeto. El suicida para Ruiz Funes no ejercita un derecho propio, viola el derecho ajeno. El derecho a la vida por su alta calidad, queda tutelado por normas éticas y por prescripciones jurídicas. La vida es objeto y sujeto de derecho.

Todas las morales religiosas y laicas, con contadas excepciones, reprueban el suicidio y los penalistas están conformes en que es un fenómeno ajeno a la actividad de la ciencia penal y en que su punibilidad como delito es imposible e inútil. Sólo el auxilio, manifiesta Mariano Ruiz Funes,¹¹ para llevarlo a término por persona ajena al suicida, puede dar lugar a una figura de delito, de muy dudosa y discutida fundamentación para la técnica criminal, de muy incierta eficacia para la defensa de la sociedad.

Ruiz Funes¹² observa que los factores individuales, sociales, las crisis sociales forman, en un enlace complejo, la etiología del suicidio.

PARTICIPACIÓN SUBJETIVA PUNIBLE EN EL SUICIDIO DE OTRA PERSONA (INSTIGACIÓN AL SUICIDIO)

Instigar al suicidio significa influir, inducir, impulsar a realizar una acción para determinar a otra persona a que se suicide.

¹⁰ Eusebio Ferri, *ib. cit.*

¹¹ Ver Mariano Ruiz Funes, *Etiología del suicidio en España*, Ed. Rusa, Madrid, 1928.

¹² Mariano Ruiz Funes, *ib. cit.*

¹³ Mariano Ruiz Funes, *ib. cit.*

La palabra instigar, etimológicamente proviene del latín *instigare*,¹⁴ que significa estimular, incitar, provocar, inducir a alguien a una conducta. En este caso inducir, impulsar a una persona vulnerable a que se suicide.

La instigación al suicidio tiene como fundamento que la persona se mató por la inducción, impulso, incitación que le realizó otra persona.¹⁵ Es decir, el suicida no hubiera llegado a esa decisión y al acto posterior suicidio sin la presencia del instigador.¹⁶

Los medios de instigación constituyen *medios subjetivos* que comprenden: consejos, promesas, inducción, apoyos emocionales, para la decisión de suicidarse.

a) Los *consejos* están referidos a explicaciones sobre la necesidad de que la persona se suicide, detalles sobre los instrumentos y modos para suicidarse.

b) La instigación también se refiere a *convencer* al suicida sobre los beneficios que acarreará su muerte a su familia.

c) Las *promesas* que el instigador realiza al suicida sobre los deseos póstumos de éste, sobre el cumplimiento de que es beneficioso que lleve a cabo el suicidio.

¹⁴ *Diccionario Pernia*, Ed. Pernia, México.

¹⁵ Difiere del *auxilio* al suicidio porque en la instigación se utilizan medios subjetivos. Es el consejo, la animación, el engaño, la promesa, la exigencia del instigador para que la persona lleve a cabo el suicidio.

¹⁶ Instigador es quien excita o refuerza la resolución de cometer un delito. Es decir, le anima, impulsa, estimula, trata de destruir sus últimas barreras inhibidoras o aporta mayores o más graves motivos a una resolución debilitada. En todos los casos supone la preexistencia de la decisión en el sujeto activo que sucumbe a la influencia del instigador. Los autores italianos hacen un distincio nítida entre instigador y determinador: éste, en sentido propio es el que, con su conducta, hace surgir en otro, que ejecuta el delito, un propósito criminoso que antes no existía. Instigador es aquel que, con su conducta, excita o refuerza en otro, que ejecuta el delito, un propósito criminoso ya existente. Ver Raúl Coluccini, *Diccionario de Derecho Penal*, Bibliográfica Obrera, Buenos Aires, 1961. Asimiliano, Breglia *Actas-Gauroa criticas: Instiga al suicidio* *quasi instans, persuade, convence a otro —la víctima— a que se quite la vida. Se requiere decidir al otro a suicidarse por lo cual se son suficientes para inculcar el delito la incitación, propiciación o provocación, que pueden ser rechazadas, como tampoco las ideas.* O. Breglia Ariza, O. Gauroa, *Código Penal y Leyes Complementarias*, Editorial Astrea, Buenos Aires, 1985.

d) *Apoyos emocionales* que constituyen verdaderos disparadores y estímulos para que el individuo tome la decisión de destruirse.

Es evidente que existe una relación especial y significativa entre instigador y el suicida. Éste es convencido de atentar sobre su vida, que es el acto que necesita realizar para superar sus problemas. La relación especial y significativa entre ambos alude al hecho de la existencia de un vínculo de dependencia emocional-psicológica; una relación de influencia por autoridad, una relación de confianza, una relación de violencia. (*Ej.*: en la violencia familiar-conyugal).

Independientemente del motivo de esa instigación, es indudable que el suicida es convencido de la decisión de morir. Es decir, el suicidio no se hubiera concretado sin la intervención, a través de medios subjetivos, del instigador.

El instigador conoce previamente la verdadera situación de crisis emocional y las ideas de muerte del suicida, de ahí que la instigación sea un comportamiento punible, por la intencionalidad, la determinación del individuo a instigar a que otro se provoque la muerte.

Existe, sin lugar a dudas, una línea sumamente frágil entre instigación al suicidio y homicidio ya que el instigador conoce la total fragilidad emocional y psicológica en la que se encuentra el suicida.

La vulnerabilidad que presenta el suicida, el estado de sensibilidad, autodesvalorización, desesperación en la personalidad con ideas de muerte son conocidas y tomadas por el instigador para desencadenar el paso al acto suicida.

Los medios utilizados por el instigador —medios subjetivos— de difícil comprobación, debido, precisamente, a que la víctima de la instigación perdió la vida y si sobrevivió al acto suicida, no denuncia la instigación, por las características propias de su conducta autodestructiva.

Es por lo anterior que resulta de suma complejidad la detección del instigador, en la tentativa suicida y en el suicidio. En realidad la impunidad del instigador se observa en la tentativa y en el suicidio individual.

De distinto modo es el comportamiento del instigador o instigadores para determinar que un *grupo de personas se suiciden*. Aquí el grupo y los sobrevivientes al grupo permiten observar características específicas al comportamiento instigador. Casos por ejemplo: grupos de sectas religiosas que se han suicidado.

El instigador, en los casos de sectas religiosas, suele ser el propio líder del grupo. Controla emocionalmente a sus integrantes y los convence de la decisión autodestructiva; por motivos religiosos, por motivos de persecución, por motivos de liberación. El grupo ha sido conducido lentamente por influencia y por instigación a su propia autodestrucción.

La índole del medio utilizado por el instigador —medios subjetivos— muestra la insensibilidad y perversidad del instigador. Medios subjetivos que están relacionados a la *impensalidad* de su proceder. Este es el principal motivo por el cual los instigadores criminales no ingresan al sistema penal, es decir, no son procesados ni llegan a sentencia.

Constituyen elementos sumamente valiosos e interesantes los análisis de los penalistas respecto a la instigación o ayuda al suicidio. Así Ricardo C. Núñez¹² señala que incurre en este delito el que induce a otro a quitarse la vida por sí mismo. No es suficiente ni la incitación ni la provocación, pues la ley exige que a raíz de la instigación, el suicidio se tentare o consumase, lo que señala que sólo es punible el acto que ha tenido eficacia determinante en el ánimo del instigado. Es el significado que la doctrina dominante le atribuye a la instigación. No es necesario, empero, que el acto haya tenido y obrado con eficacia determinante exclusiva, sino que basta que, con arreglo a las circunstancias del caso, haya determinado a la víctima a suicidarse. No es indefectible que la determinación de la víctima sea originaria, esto es, que el acto del tercero haga nacer en ella la idea del suicidio. El acto también es determinante

¹² Ver Ricardo C. Núñez, *Tratado de Derecho Penal*, Editorial Bibliográfica Omeba, Buenos Aires, 1965.

cuando hace renacer la decisión de matarse o mantiene en ella al que ya lo había resuelto.¹²

La instigación, como que es inducción, expresa Ricardo Núñez, sólo puede ser intencional. La instigación al suicidio supone acciones (consejos, persuasiones, mandatos, exigencias, promesas, etc.) del autor demostrativas de su propósito de convencer a una determinada persona capaz que se quite la vida.¹³

La persona víctima de instigación debe determinarse al suicidio con conciencia y voluntad. No es suicida el que al quitarse la vida sólo es un instrumento de otro, sea porque carece de discernimiento para comprender el acto a que se le induce; sea porque está en un error o ignora lo que hace; sea porque, en virtud de violencia o amenazas que sobre él se ejerce, carece de libertad. En estos casos, existe un homicidio en el cual el autor utiliza como instrumento letal a la propia víctima.¹⁴

Para Soler¹⁵ la acción del instigador es la de promover la determinación, en el autor, es una acción de naturaleza psicológica, su medio es la palabra u otro medio expresivo o significativo.

Soler explica que instigación o ayuda son expresiones usadas por la ley en el sentido técnico correspondiente a la instigación y a la complicidad.¹⁶

Para la existencia del delito de instigación al suicidio se requiere, según Soler,¹⁷ en el autor voluntad de instigar; voluntad del hecho; voluntad de causarlo no ya mediante la acción propia, sino a través de la psiquis del otro; comienzo de ejecución del hecho instigado. A esa serie de principios obedece la instigación al suicidio en forma plena. Para Soler,¹⁸ la instigación requiere de los siguientes elementos:

¹² Ricardo C. Núñez, *ob. cit.*

¹³ Ricardo C. Núñez, *ob. cit.*

¹⁴ Ricardo C. Núñez, *ob. cit.*

¹⁵ Sebastián Soler, *Delito Penal Argentino*, Tipografía Editora Argentina, Buenos Aires, 1988, tomo III, *Delito contra las personas y contra la vida*.

¹⁶ Sebastián Soler, *ob. cit.*

¹⁷ Sebastián Soler, *ob. cit.*

¹⁸ Sebastián Soler, *ob. cit.*

a) Debe existir *voluntad de instigar*, es decir, voluntad de provocar el hecho por medio de la acción de otro, y esto es lo que excluye de este tipo de cualquier acción que no lleve ese específico elemento psíquico. Por eso se excluiría una manifestación imprudente o una broma, pues cuando se dice que se requiere voluntad de instigar se significa que el acto mismo, las palabras o los hechos por medio de los cuales se instiga, han de estar psíquicamente orientados hacia el hecho del suicidio de una manera directa.

b) Se requiere *voluntad del hecho*, es decir, en este caso voluntad de que el suicidio se produzca precisamente en forma de suicidio y no de que ocurra la muerte de cualquier otro modo.

A este respecto debe observarse, dice Soler,²⁰ que queda excluida esta figura en el caso de la instigación *inimica* pero concluida por un medio común de ejecución, convenida y ejecutada también por obra común, como en la acción de preparar un escape de gas o incendiar la habitación. Todo lo que es acción material de matar desplaza al eventual encuadramiento en esta figura.

c) *Voluntad de causarla*. Instigar, dice Soler,²¹ consiste en causar no ya mediante la acción propia sino a través de la psiquis de otra persona.

d) El que instiga quiere *determinar a otro*. Lo que quiere el autor es que la otra persona se resuelva a hacer, a ejecutar su propia muerte.

No podrá hablarse de instigación al suicidio, explica Sebastián Soler,²² coincidiendo con Ricardo Núñez, sino de homicidio, cuando el sujeto al cual se dirige la instigación sea un inimputable o cuando se emplee coacción o violencia, cuando se induzca al suicida en error acerca de la acción que realiza supuestos incompatibles con la instigación que supone un destinatario capaz de resolverse por voluntad no viciada.

²⁰ Sebastián Soler, *ob. cit.*

²¹ Sebastián Soler, *ob. cit.*

²² Sebastián Soler, *ob. cit.*

Dada una voluntad no viciada, la acción del instigador tanto podrá consistir en determinar la resolución como en reforzar una resolución preexistente. Para que se dé la instigación es necesaria una participación subjetiva.²⁸

Otros estudios e investigaciones penales señalan la dificultad en la delimitación entre la autoría mediata punible y la impune participación en el suicidio.²⁹

La Doctrina Penal, coincide, respecto a la instigación al suicidio, en los siguientes aspectos:

a) La instigación es un comportamiento intencional doloso.

b) La instigación implica la utilización de medios subjetivos.

c) La instigación consiste en determinar a otra persona a la acción autodestructiva, al intento suicida y/o suicidio.

²⁸ Sebastián Soler, *ob. cit.*

²⁹ Así Maurach-Grossel-Zipf analizan que: es autor mediato quien comete el hecho por medio de otro, quien para la ejecución de un hecho punible que se pueda cometer con dolo se sirva de otro ser humano como instrumento. En los casos de motivación del suicidio ajeno, la discusión en torno a los límites de la autoría mediata se centra más bien en la constatación que en los resultados. La primera dificultad radica en el hecho de que el suicida no actúa típicamente en su persona, éste no da muerte sino solamente crea una condición de una muerte libre. El segundo problema —muerte libre— atañe a los límites de esta decisión libre. Con ayuda del elemento del dominio final del hecho por el "hombre de atrás" se obtendrá por lo regular una correcta delimitación entre la autoría mediata punible y la impune participación en el suicidio. Indiscutiblemente existe autoría mediata cuando "el hombre de atrás" determina a la víctima, contra su voluntad, al suicidio. Así por ejemplo: cuando un sujeto ignorante del peligro que corre es motivado a tocar la línea de alta tensión. Empero, la autoría mediata va aún más allá. Ella se da específicamente cuando "el hombre de atrás" motiva dolosamente al suicidio mediante amenazas, o por medio de la creación de una situación de desesperación de la víctima, pero también dominio psicológico del hecho cuando "el hombre de atrás" sugiere a la víctima el sufrimiento de una enfermedad incurable o algo de similar gravedad, con el propósito deliberado de provocar su suicidio, libre aún en apariencia. También la dolosa apariencia de querer seguir al otro a la muerte puede pertenecer, bajo ciertas circunstancias a este contexto.

Ver Reinhard Maurach, Karl Heinz Gossel, Heinz Zipf, *Doctrina Penal, Parte General*, Ed. Astora, Buenos Aires, 1995.

d) No es suicidio el que obra bajo amenazas, error, por discapacidad mental, que no comprende el acto autodestructivo. Estos son comportamientos homicidas.

PARTICIPACIÓN MATERIAL PUNIBLE EN EL SUICIDIO DE OTRA PERSONA (AYUDA AL SUICIDIO)

Aquí el término ayuda,²² inadecuadamente utilizado por el legislador porque no se trata de una ayuda, sino, por el contrario, de una participación que conduce a la pérdida de vida de una persona.

En la "ayuda" se trata de facilitar *elementos materiales* concretos para el suicidio de otra persona. Por ejemplo: un arma, entregada intencionalmente.

La participación en el suicidio de otro puede consistir en una ayuda principal o una ayuda accesoria.²³ La ayuda antes de la crisis autodestructiva o durante el comportamiento suicida.

Soler²⁴ explica que la instigación y la ayuda al suicidio son figuras autónomas y *sui generis*, pues dada la naturaleza accesoria de la instigación y de la complicidad, si el caso no estuviese específicamente previsto, aquéllas resultarían impunes.

Sin embargo, dice Soler, para entender en forma sencilla y clara el alcance de esta figura el mejor procedimiento es el de tener presente el hecho principal del suicidio como si se tratara de un verdadero delito y sobre esa hipótesis construir las figuras de instigación y de ayuda, de conformidad con los principios generales. Si bien es cierto que el suicidio es impune, no cabe duda que resulta un hecho en sí mismo ilícito para el derecho, pues de otra manera no se concibe que sea punible aconsejarlo o ayudar a su comisión.²⁵

²² Prestar ayuda, cooperación, auxiliar, socorrer, hacer un esfuerzo, poner los medios para el logro de una cosa, *Diccionario Porrúa*, Ed. Porrúa, México.

²³ Ver Ricardo Núñez, *id. cit.*

²⁴ Sebastián Soler, *id. cit.*

²⁵ Sebastián Soler, *id. cit.*

La ayuda al suicidio, según Ricardo Núñez,²⁴ representa la forma cómo la ley establece las maneras de participación material punible en el suicidio de otro. La ayuda, explica Núñez,²⁵ puede consistir en una cooperación o auxilio según la concepción de estos actos en la participación criminal. Puede ser una ayuda principal o una ayuda accesorio. El límite es que el tercero no sea el autor de la muerte o un coautor, porque en estos casos ya no existe una participación en la muerte que otro se ha dado, sino un homicidio o una participación en él. Deben ser actos que no rebasen el límite de la complicidad. La ayuda puede prestarse antes del suicidio; por ejemplo, facilitando el lugar o el arma; o puede prestarse durante la ejecución, *in itinere*, impidiendo la interrupción del suicidio o desviando la vigilancia que se ejerce sobre la víctima. Pero siempre deben ser actos materiales.²⁶ Nuestros autores opinan que no puede haber ayuda por omisión. Pero una cosa es la inexistencia de ayuda punible por no ejecutar actos impositivos del suicidio cuando no se está obligado a ello, lo que no significa omisión, sino simplemente no hacer; y otra, no ejecutar los actos de custodia o asistencia, debidos en razón de un deber legal (guardián), de una convención (enfermero) o de la situación voluntariamente creada, que constituirían un impedimento para el suicidio. En estos casos la no realización del acto facilita el suicidio y el autor incurre en una omisión punible como ayuda material.

La ayuda, como el concepto lo señala, debe ser dolosa. La ley no castiga la facilitación culposa.

La hipótesis de la ayuda, según Soler,²⁷ es exactamente una hipótesis de complicidad. El sujeto no determina ni refuerza la resolución del suicida, sino que realiza actos de cooperación a la acción que el otro ha resuelto ejecutar.

Esos actos en ningún caso pueden estar constituidos por acciones directas sobre el cuerpo del sujeto consistente en lesiones. La ayuda no puede consistir en la pura omisión constituida por el hecho de no impedir que el sujeto

²⁴ Ricardo Núñez, *ib. cit.*

²⁵ Ricardo Núñez, *ib. cit.*

²⁶ Ricardo Núñez, *ib. cit.*

²⁷ Sebastián Soler, *ib. cit.*

se mate. Pueden en algunos casos concurrir las dos formas de instigación y ayuda como ocurre en los casos de suicidio miliar con respecto al superior que deja encerrado al deshonrado entregándole una pistola.⁶⁵

Presta ayuda a la comisión del suicidio, según Breglia Arias y Omar Gauna,⁶⁶ la persona que de cualquier manera colabora, coopera o auxilia al suicida en sus propósitos, mediante actos que no rebasen el límite de la complicidad. La ley no distingue entre diferentes grados de colaboración por lo que según los artículos 45 y 46 serían formas de participación primaria y secundaria. En ambos casos se requiere que la participación sea dolosa. La ley no castiga ni la instigación ni la facilitación culposa.

SUICIDIO Y PUNIBILIDAD

Tanto el suicidio como la tentativa de suicidio no son punibles por el Código Penal Argentino.⁶⁷

Las penas para el individuo están basadas en el serio perjuicio público. Como señala Ricardo Núñez,⁶⁸ los daños que resultan del suicidio para la sociedad, como son la pérdida de uno de sus componentes y el mal ejemplo para los demás, no pueden fundar legítimamente su castigo. La pena, que esencialmente es una retribución, no puede actuar como tal sobre un muerto. Desde hace tiempo, dice Núñez,⁶⁹ la doctrina y la legislación diferenciaron entre la

⁶⁵ Sebastián Soler, *ob. cit.*

⁶⁶ Ver Omar Breglia Arias-Omar Gauna, *Código Penal y Leyes Complementarias*, Ed. Antrea, Buenos Aires, 1985.

⁶⁷ El suicidio ha dejado de ser un hecho que en sí mismo acarree consecuencias de carácter penal. Las ha tenido durante muchísimo tiempo y hasta en el Proyecto de Tejedor el suicidio entrañaba la privación de los derechos civiles y la nulidad de las disposiciones testamentarias. El autor de la tentativa "debía ser conducido a un lugar seguro y sometido a una vigilancia rigurosa por un año al menos y tres a lo más". Este hecho había determinado sanciones que recaían no solamente sobre los bienes, sino hasta sobre el calvario, es decir, era considerado como un verdadero y propio delito. Sebastián Soler, *Derecho Penal Argentino*, Tipográfica Editora Argentina, Buenos Aires, 1988.

⁶⁸ Ver Ricardo Núñez, *ob. cit.*

⁶⁹ Ver Ricardo Núñez, *ob. cit.*

punibilidad por el propio suicidio y la punibilidad por la intervención en el suicidio de otro.

Al respecto, nuestro Código Penal³³ se refiere en el artículo 83:

Instigación y ayuda al suicidio: "Será reprimido con prisión de uno a cuatro años el que instigara a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado."

La ley señala claramente que la condición de punibilidad es que el suicidio haya sido tentado o consumado.

El suicidio debe haber tenido principio de ejecución y en consecuencia para determinar la punibilidad del instigador o del auxiliador no es suficiente que el instigado realice actos preparatorios, es necesario que haya ingerido el veneno, que se haya disparado un tiro.³⁴

Pené la penalidad queda absorbida por cualquier otra forma de participación personal en la ejecución del hecho, imputable a título de homicidio o de tentativa de homicidio.

REPROCHE SOCIAL

La despenalización del suicidio y del intento de suicidio es un hecho observado en la mayoría de los países. Sin embargo, su crecimiento ha sido notablemente alto en las últimas décadas.³⁵

El suicidio, para algunos criminólogos, debería estar jurídicamente penado porque al matarse el individuo se sustrae a sus obligaciones para con la sociedad.

³³ Código Penal de la Nación (edición al cuidado de la J. L. Clemente), Marcos Lerner Editores Córdoba, 1995.

³⁴ Sebastián Soler, *ob. cit.* También Ricardo Núñez explica: La ley castiga el aporte de un tercero al suicidio ajeno o a su tentativa. La *animus* exigida por la ley debe consistir, como su figura lo requiere, en actos de ejecución de la intención de quitarse la vida. Pero, como no se trata del castigo del autor de la tentativa, sino del que lo ha instigado o lo ha ayudado a realizar el acto peligroso para su vida, resulta indiferente que la muerte no se haya consumado por desistimiento o por una causa ajena a la voluntad de aquél.

³⁵ Las estadísticas muestran el aumento de suicidios, registrándose un incremento en todas las etapas de la vida, con especial incidencia en la adolescencia.

El criterio de penalistas señalan que el suicidio no daña a terceros es a nuestro criterio erróneo, ya que el individuo afecta moral y materialmente a su familia. Caben los interrogantes: ¿qué sucede con los niños-hijos de un suicida?, ¿cuál será su educación a nivel prospectivo sobre la vida?, ¿cuál será la confianza en el medio familiar y social de estos niños?

Tal vez sería dable pensar que la sociedad a través de sus instituciones pudiera, a nivel preventivo, reprochar los comportamientos suicidas.

El reproche implica una connotación general-social frente a un comportamiento que daña al grupo familiar y social de modo irreversible.

La despenalización del suicidio referente al propio sujeto que lo realiza es una medida que las doctrinas han aceptado en todos los países. Como expresa el profesor Dr. Ricardo Núñez, los objetivos de la pena pierden su significado en un muerto.

Es evidente que la despenalización del suicidio ha constituido una medida lógica, porque uno de los principios de la pena es la readaptación social. Sin embargo la despenalización ha provocado nuevos fenómenos culturales y sociales: la indiferencia institucional-social-cultural frente a los comportamientos suicidas.

Las instituciones a través de su actual legislación le están señalando al ciudadano la indiferencia y permisibilidad de su posición hacia los comportamientos autodestructivos.

Si las reglas de una cultura tienen como objetivo proteger a los integrantes de la comunidad, resulta una paradoja la indiferencia y permisibilidad hacia los comportamientos suicidas.

Las personas sobrevivientes de intentos de suicidios indudablemente requieren de la asistencia interdisciplinaria para evitar nuevos intentos autodestructivos y recuperarse de la crisis depresiva que lo llevó a los comportamientos destructivos. Pero también es necesario que una parte del tratamiento sea la información al sobreviviente de la real dimensión y consecuencia de su comportamiento, la mane-

ra que ha afectado a su grupo familiar y social. Conducta que representó un alto riesgo de ser irreversible.

Si el individuo se sustrae a sus obligaciones con la sociedad, el sobreviviente de suicidio podría ser sancionado en sus derechos civiles, por ejemplo: no podría aspirar a cargos de elección, cargos en la administración pública, tal vez en su derecho a votar. Es una respuesta institucional social-cultural una sanción moral general. Es una respuesta social al sobreviviente y también está dirigida a la familia, en este último caso protegiéndola de las graves consecuencias que provoca el intento de suicidio en el grupo familiar.

El reproche social-cultural significa, a nuestro criterio, una valla, una llamada simbólica de la no-permisibilidad y no-aceptación cultural de estos comportamientos que provocan daños irreversibles a la sociedad, como lo es la pérdida de una vida.

Es indudablemente una consideración simbólica del significado del comportamiento suicida. Los integrantes de la comunidad tienen que conocer que las instituciones no están indiferentes a la destrucción intencional de una vida.

El valor simbólico que adquiere el reproche social-cultural puede tener un significado de ayuda y recuperación a las personas del grupo familiar, que han sufrido la pérdida de un familiar a través del acto suicida. Pero el mensaje también está dirigido a la persona que intente suicidarse, porque sabrá, porque tendrá conocimiento que la sociedad valora su vida, que no es indiferente a su muerte.

En este capítulo se ha mencionado los enfoques que el Derecho Penal presenta sobre el suicidio. Esta conducta solamente es punible cuando interviene otra persona cuya participación a través de la instigación (medios subjetivos) y de la "ayuda" (medios materiales) si el suicidio se hubiese tentado o consumado.*

* El Código Penal de México señala:

Art. 312.—El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión, si se lo prestare hasta el punto de ejecutar el mismo la muerte, la prisión, será de cuatro a doce años.

La participación tanto en la instigación como a través de medios materiales resulta sumamente difícil en la investigación, por las características de la conducta, más aún en la instigación al suicidio. Constituye la cifra negra de la criminalidad de hechos no conocidos.

Si el comportamiento suicida está vinculado estrechamente a situaciones de grave vulnerabilidad personal, familiar y social las instituciones con la respuesta social indiferente y permisiva hacia el suicidio está marcando una posición social-cultural de mayor vulnerabilidad frente al suicidio.

Art. 313.—Si el ociso o suicida fuere menor de edad o padeciera alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o los delitos calificados.

VIII. ASISTENCIA Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

La vulnerabilidad significa un proceso que produce un estado de indefensión, de extrema angustia existencial que lleva a la determinación del suicidio, a la respuesta irreversible frente a la conflictiva individual familiar y social.

Desde un enfoque criminológico, la vulnerabilidad implica no poder percibir el peligro de la autoagresión, no tener posibilidades de tomar conciencia de reaccionar y protegerse. El suicida presenta una personalidad fragmentada, dividida, silenciada, que realiza el comportamiento intencional autodestructivo en un medio familiar y social-cultural que por múltiples factores no puede impedirlo. La consecuencia es la pérdida de vida. Si sobrevive habrá de contemplar las posibilidades de reiteración del comportamiento suicida.¹

La grave vulnerabilidad en la que se encuentra el individuo, su sensibilidad y desprotección personal, psíquica y social constituyen la problemática a atender, asistir y prevenir en los comportamientos suicidas.

La asistencia y tratamiento del suicidio comprende básicamente:

- Asistencia y tratamiento a familias a raíz del suicidio de uno de los integrantes del grupo familiar.
- Individuos sobrevivientes a su propio intento autodestructivo.

¹ Ver H. Marchiori, *La víctima del delito*, Marcos Lerner Editora Córdoba, 1990, *La vulnerabilidad del proceso de victimización*.

ASISTENCIA Y TRATAMIENTO A FAMILIAS POR EL SUICIDIO DE UN INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR

La familia, cuya una de sus principales funciones es el cuidado, resguardo de sus miembros, sufre gravísimas consecuencias en su estructura familiar cuando uno de sus integrantes se suicida.

Las redes de protección familiar-social señalan el sistema de hilos conductores —vías de comunicación— para asistir integralmente a la familia del suicida.²

El entrelazamiento clínico-social comprende las distintas disciplinas, pensamientos y acciones que conducen a un análisis, comprensión de los procesos del comportamiento suicida.

En el suicida se puede señalar que existe una indefensión frente al suicidio en un contexto familiar y social que no advierte la conducta autodestructiva, pero también se observa una indefensión familiar. La familia se siente sin respuesta ante el suicidio.

La familia no puede advertir la situación autodestructiva, y se encuentra en un estado de indefensión ante el comportamiento autodestructivo de uno de sus miembros.

Es indudable que la red de protección familiar significa el cuidado de sus miembros, esta red ha sido dañada a través del comportamiento autodestructivo.

El silencio familiar referente a su problemática, la imposibilidad que siente de hablar ante su familia, son comportamientos que revelan las dificultades en las relaciones del inter-grupo familiar. Las consecuencias, como hemos podido observar, son gravísimas para todos los miembros del grupo familiar, especialmente en los niños.³

Las consecuencias del suicidio de uno de los padres o ambos, para los niños, representa una secuela fracturante para su vida con consecuencias emocionales y sociales de carácter irreversible.

² John Bowlby, *Privación materna y delincuencia*, Rev. Criminología, México, 1978. También véase John Bowlby, *La pérdida afectiva*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1983.

³ H. Marchiori, *Criminología, ciencias culturales*, Publicación Victimología N° 7, Córdoba, 1993. También *Hechos culturales criminológicos*, Publicación Victimología N° 9, Córdoba, 1994.

Los niños no pueden comprender, los adultos, por su parte, ignoran cómo explicar el comportamiento autodestructivo.⁴

Los niños de familias donde un miembro se ha suicidado o intentado suicidarse, requieren la comprensión, por parte de los adultos, de la extrema vulnerabilidad en la que se encuentran. La familia necesita comprender la situación de extrema violencia padecida por el niño a raíz del suicidio de un miembro de la familia.

A todos los integrantes de la familia les resultará inentendible por qué un miembro de su propia familia realizó un comportamiento *intencional* autodestructivo.

En los delitos dentro del grupo familiar hemos observado, en nuestra experiencia con víctimas de delitos, que la familia se fractura, se separa a causa del delito. En la problemática referente a la conducta autodestructiva de uno de sus miembros, la familia también se fractura de manera irreversible. El suicidio afecta a toda la estructura familiar y por lo menos a tres generaciones.

La situación emocional que provoca el intento suicida —el suicidio— conlleva consecuencias a todos los integrantes del grupo familiar: miedo, culpa, desintegración, problemas diversos y graves perturbaciones en cada integrante del grupo familiar.

La culpa sentida por no haber advertido la problemática del suicida y no haber evitado el suicidio, miedo a la reiteración del comportamiento suicida por otro miembro del grupo familiar.

Los aspectos asistenciales dirigidos a familias están basados en la desculpabilización de la situación traumática, vivida por el suicidio de uno de los integrantes y especialmente la elaboración del duelo y medidas preventivas para evitar nuevos comportamientos autodestructivos.

⁴ Ver M. Freedman, *Psicología de niños víctimas de violencia familiar*, Publicación Victimología N° 12, Córdoba, 1994. También D. Glazer, *Abuso emocional*, Publicación Victimología N° 11, Córdoba, 1994. Existe una amplia bibliografía sobre tratamiento-terapia familiar, véase Salvador Minuchin, *Familias y terapia familiar*, Ed. Gedisa, Buenos Aires, 1986.

ASISTENCIA A INDIVIDUOS SOBREVIVIENTES A SU PROPIO INTENTO AUTODESTRUCTIVO

Actualmente los programas asistenciales y preventivos están fundamentados según el momento de la intervención. Las intervenciones asistenciales consisten en medidas hospitalarias,³ medidas de seguridad, tratamiento individual y familiar.

La asistencia implica una intervención en situación de crisis y de peligro de vida, tanto en los aspectos médicos y emocionales como familiares y sociales, para comprender al individuo y evitar la reincidencia suicida.

Básicamente se consideran *tres momentos* en la asistencia al suicida:

- 1) Antes de la crisis (durante los actos preparatorios del suicidio).
- 2) Durante la crisis.⁴
- 3) Después de la crisis, para evitar las reincidencias autodestructivas.

En los tres momentos, la asistencia significa *intervención en una situación de crisis*, es decir, de verdadera urgencia y por lo tanto de rápidas decisiones en relación a un diagnóstico, a medidas médicas y terapéuticas.

1) Si es *antes* de la crisis, es importante la iniciación de una psicoterapia en situación de crisis con la intervención de familiares o amigos que ayuden y protejan al paciente y con los cuales él sienta confianza para superar las ideas de muerte y abandonar los preparativos.

³ El Centro de Prevención del Suicidio en Viena es uno de los primeros creados en el mundo (1948) en un hospital psiquiátrico.

⁴ En los hospitales, especialmente en los hospitales psiquiátricos, suelen tomarse medidas como: aislamiento, estricta vigilancia-encerradura, cerramiento de puertas y ventanas, retiro de objetos que se consideran peligrosos (cuchillos, clausuras) que, en muchos casos, pueden llevar, paradójicamente, a que el paciente se sienta privado de su libertad y acentúe sus ideas de suicidio, ver P. Morán, *ib. cit.*

2) *Durante la crisis*, es decir, cuando el paciente pasa al acto, la intervención debe ser rápida, segura (una indecisión, ambivalencia o demora equivale a que la persona lleve a cabo el suicidio).

Para poder intervenir es necesaria la comunicación con el paciente y la necesidad de insistir y convencer —a través de todos los medios posibles— de superar su acción suicida.⁷

3) El tercer momento de intervención —el más frecuente— es *después del intento suicida*. Aquí los programas psicoterapéuticos individuales y familiares resultan los más eficaces.^{8, 9}

⁷ Al dirigirse a un individuo que amenaza con matarse, por ejemplo, tirándose de una cornisa, es importante utilizar cualquier recurso al que pueda responder: temas de religión, su trabajo, hablarle permanentemente para atraer su atención, llamar a sus familiares y amigos. Ver Solomon y Pacht, *op. cit.* Durante la crisis inmediata manifiesta William Holyoak, es necesaria la hospitalización y el uso de medidas médicas y de apoyo: suero, los auxilios respiratorios, etc. Es de suma importancia la psicoterapia de emergencia, el paciente necesita encontrar por lo menos un amigo que es el psiquiatra y obtener un apoyo físico. Durante el período de crisis se puede ayudar apoyando a la familia y buscar los motivos del intento suicida, las relaciones familiares que precipitaron la conducta. Ver William Holyoak, *Depresión y suicidio en el adolescente*, en Feistritz, Kalma, Kober, Slaff, *Psicopatología y psiquiatría del adolescente*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1973.

⁸ Son importantes, asimismo, los programas de prevención del suicidio en los hospitales, con especial atención a los enfermos más vulnerables. Paul Schilder en su *Tratado de psiquiatría* expresa que la muerte significa una escapatoria frente a las dificultades intolerables, otros individuos esperan recibir a las dificultades insuperables, otros individuos esperan recibir mayor aliento después de la muerte. Schilder propone que es importante investigar dentro de qué marco se desarrollan las ideas o amenazas de suicidio. Cabe esperar que el peligro sea tanto mayor cuanto más intensa se presente la agresividad. En casos observados en hospitales psiquiátricos el 24% se suicidaron cuando se encontraban en tratamiento y el 76% después de haber sido dados de alta. La mayoría de los suicidios de personas adultas reconocen una larga historia previa, de conflictos e intentos suicidas. En toda psicoterapia, señala Schilder, es necesario establecer el grado de agresividad y el peligro de suicidio así como los factores que condujeron al paciente a querer morir. Si se logra proporcionarle una visión de la estructura tímica, el sujeto podrá liberarse de su propensión al suicidio. Véase Paul Schilder, *Tratado de psiquiatría*, Ed. Hoeber, Buenos Aires.

⁹ Descuñense del bienestar repentino de un paciente previamente deprimido, advierten los profesores Solomon y Pacht, ya que puede

ASISTENCIA ANTES DE LA CRISIS SUICIDA

1) *Antes de la crisis*: la asistencia antes de la crisis que puede llevar a un comportamiento impulsivo y autodestructivo significa percibir las múltiples conductas, síntomas que el suicida pueda manifestar. Existen personas que exhiben esa intención, antes de realizar el comportamiento suicida advierten a través de relatos manifestos verbales y conductas simbólicas, claramente expresadas, sus intentos de muerte.

Detectar el *antes* de la crisis depende de las características de personalidad, de la situación en que se encuentra el suicida y especialmente la sensibilidad y comprensión que realice la familia sobre el estado depresivo.

En esta etapa, generalmente se observa una situación emocional de negación en el grupo familiar y en el contexto de las relaciones de amigos. Algunas expresiones del suicida son tomadas como bromas, otras sencillamente no son advertidas o son negadas como un comportamiento que no puede suceder.

El *antes* señala la importancia de la detección y el poner en funcionamiento las medidas asistenciales que llevarán a un más adecuado resguardo emocional y físico de la persona con intenciones de autodestrucción.

En la detección *antes* de la crisis suicida se observa:

A) El *propio* sujeto manifiesta su estado de crisis y las ideas de muerte. Él advierte a su familia, a sus amigos de las ideas de muerte y de sus intenciones suicidas.

B) Un familiar es el que percibe claramente el estado de indefensión y alta vulnerabilidad en la que se encuentra el suicida.

C) Amigos, conocidos por relaciones laborales, reconocen probable comportamiento suicida. No siempre son transmitidas a los familiares.

D) Profesionales de la salud. La consulta por otra sintomatología permite la detección, por parte del profesional de la real situación en la que se encuentra el paciente.

estar sintiendo alivio al haber tomado la decisión de suicidarse. Ver Solomon y Patch, *Manual de psiquiatría*, Ed. Manual Moderno, México, 1972.

Hemos puntualizado cuatro tipos de detecciones: por el mismo sujeto, quien manifiesta su estado emocional; un miembro de la familia que detecta; un amigo o conocido que advierte la situación de muerte y finalmente los profesionales. Los cuatro tipos implican situaciones de distinta magnitud, relaciones y respuestas asistenciales.

A) Cuando es el propio sujeto quien manifiesta sus intenciones de suicidio, es un claro indicio de que el individuo ha tomado conciencia de su descontrol emocional y temor a su comportamiento autodestructivo. Su estado de vulnerabilidad.

En algunos casos, la conciencia de que se producirá intencionalmente su propia muerte, que los preparativos del acto suicida están prácticamente terminados. Es decir, verbaliza la situación intencional de muerte como un "último paso" al suicidio.

¿Por qué el individuo que ha silenciado su situación rompe el silencio y manifiesta sus intenciones suicidas? ¿Cómo una nueva prueba de que la familia no lo escucha? ¿Cómo una vivencia de ambivalencia ante su propia muerte? ¿Cómo el temor, como una venganza dirigida hacia el grupo familiar?

En las situaciones en que es el propio individuo quien advierte a su entorno familiar y social sobre las intenciones suicidas caben múltiples interrogantes: capta el contexto familiar el mensaje?, ¿es un mensaje claramente expresado u oculto?, ¿exhibe un comportamiento ambivalente, es decir, verbaliza su intención suicida, pero su comportamiento real no está "acorde" al mensaje?, o ¿por el contrario exhibe un comportamiento depresivo pero el mensaje es captado como "normal" por su grupo familiar?

También se observa que el contexto social no escucha las manifestaciones suicidas, por el contrario las niega repetidamente. Es un mecanismo de protección familiar porque resulta difícil aceptar la posibilidad de un suicidio en la propia familia.

La negación del suicidio también estaría vinculada a aspectos culturales, sociales, la propia personalidad del suicida y las características y estructuras de la familia.

Es evidente, que la manifestación de la intencionalidad suicida por el propio individuo nos señala las importantes posibilidades de una asistencia rápida e integral para su tratamiento. "Parar", valga la expresión, esa intencionalidad suicida.

En esta etapa la asistencia requiere:

- a) Tratamiento psicoterapéutico individual.
- b) Orientación al grupo familiar.
- c) Posibilidades de terapia familiar.
- d) Medidas de seguridad (respecto a armas que se encuentren en la casa de la familia y de amigos, y otros elementos relacionados a expresiones del individuo).
- e) Seguimiento sobre su estado de salud hasta que se supere la crisis.

Lamentablemente son escasos los casos en que se advierte, a través de la verbalización del propio sujeto, la intencionalidad suicida.

B) *Un familiar* es la persona que percibe la intención suicida. Generalmente es el familiar con mejor relación interpersonal con el suicida; es el que está pendiente de su comportamiento. Se trata del familiar sensible a la situación del paciente, es el que percibe que "algo anda mal" es el que capta el peligro, la vulnerabilidad en la que se encuentra el suicida.

El familiar que es consciente y advierte de la peligrosidad del comportamiento autodestructivo posibilidad situaciones de iniciar la asistencia de la "emergencia familiar" con resguardos:

- a) medidas de seguridad para el paciente;
- b) acompañamiento;
- c) tratamiento individual, y
- d) tratamiento familiar.

C) *Un amigo*. Se trata de una persona amiga o conocida quien advierte y cree en las intenciones de autodestrucción

del paciente. Las respuestas asistenciales dependerán de las relaciones interpersonales y de las características de la personalidad, de la historia de la relación de amistad para el conocimiento y asistencia individual-familiar. Reemplaza al grupo familiar.

D) *Profesionales*. La detección a través de personal médico, psiquiatra, psicólogo, trabajadores sociales con respecto a la situación en la que se encuentra el suicida.

El conocimiento que posea el profesional sobre las ideas autodestructivas del paciente representa la posibilidad de poder asistir en forma inmediata con medidas concretas. Medidas médicas, psiquiátricas, psicológicas, tendientes a superar la situación de crisis.

La consulta por la cual el paciente se acerca al profesional revela, sin lugar a dudas, la sintomatología del paciente y permite la detección del cuadro de depresión y las ideas de muerte. La consulta, aun por otros motivos ajenos al paciente y al peligro en la cual se encuentra, es decir, el peligro de muerte.

En el caso de que el paciente concorra a la consulta acompañado por los familiares, el profesional cuenta desde ese momento con la colaboración de miembros de la familia que tienen conocimiento de la verdadera situación o desde ese momento se informarán del estado depresivo del paciente y de este modo comenzar las medidas tendientes a su protección.

ASISTENCIA DURANTE LA CRISIS

2) *Durante la crisis*: La asistencia durante la crisis del comportamiento suicida es una de las más complejas y difíciles. Implica fundamentalmente el detener a una persona que está llevando a cabo, ejecuta su conducta autodestructiva.

Esos momentos que constituyen un tiempo breve o amplio conduce a intentar una asistencia, en este caso un acercamiento al lugar donde se encuentra la persona, para posibilitar hablar con él/ella y que desista de su intento.

Se observan, entre las múltiples situaciones, las siguientes:

- a) Comportamiento suicida próximo a realizarse: por el lugar, por el arma, por las circunstancias.
- b) Comportamiento suicida posterior a un delito, del delincuente ej.: robo, asalto, homicidio.
- c) Comportamiento suicida post-delito de la víctima (secuestro, toma de rehenes).
- d) Comportamiento suicida y drogadependencia.
- e) Comportamiento suicida y desastre.

a) *Comportamiento suicida próximo a realizarse. Por el lugar.* La persona se encuentra ubicada en un lugar-espacio donde no existen dudas de su intención de matarse, ej.: en la cornisa de un edificio, en el borde de la baranda de un barco, en la puerta abierta de un tren en movimiento. La posición y la actitud de la persona relacionada al específico lugar implica la intencionalidad suicida.

Por el arma, instrumentos. La persona tiene un arma que apunta a su propio cuerpo o por ejemplo: ingiere veneno. Las armas pueden ser: armas de fuego, armas blancas, psicofármacos, drogas, elementos combustibles, etcétera.

Por las circunstancias: otras situaciones que indican que la persona está próxima a suicidarse, por ejemplo: el encierro durante muchas horas, previa amenaza de suicidio. En otros casos comportamientos extraños no habituales en la persona, despedidas de sus familiares-amigos.

b) *Comportamiento suicida posterior a un delito.* La intervención durante el comportamiento suicida está relacionada a una situación posterior a la comisión de un delito. Son los casos en que la intervención se realiza en conflictos posterior a hechos de violencia, después de un robo, asalto, pero también después de homicidios. Generalmente en este último caso en violencia familiar-conyugal.

El homicidio seguido de suicidio constituye un comportamiento frecuente en el delito pasional. La violencia familiar que desencadena la muerte —homicidio— de un integrante

de la pareja e inmediatamente el suicidio del autor del delito. En especial en el homicidio en estado de emoción violenta donde existe una relación conflictiva autor-víctima, predominantemente afectiva, un proceso pre-delictivo acentuado en el enfrentamiento (ciclo de la violencia conyugal).¹⁹

El homicidio aparece como una manifestación violenta, destructiva, incontrolable. El estado afectivo del autor del delito conlleva a conductas impulsivas, desorganizadas. Ante la situación de la escena de muerte sobreviene el suicidio (en el mismo lugar del hecho y con el mismo instrumento).

En el homicidio seguido de suicidio se observan comportamientos de celos patológicos, de venganza, violencia familiar extrema.

La asistencia y tratamiento del homicida-suicida, en el caso de sobrevivencia, estará a cargo de profesionales del servicio penitenciario, que deberán realizar la doble tarea de rehabilitar socialmente al individuo delincuente e impedir la reiteración de un nuevo intento suicida.

c) *Comportamiento suicida post-delito (de la víctima)*. Las personas víctimas de *delitos sexuales* presentan considerables posibilidades de intentos suicidas. La conmoción, estrés, la violenta agresión, en la que muchas personas pierden la vida, las conducen a un aislamiento, encierro, incomunicación con el medio familiar y social, a las ideas de suicidio.

Hemos señalado la importancia para la recuperación de la víctima de delitos sexuales, que la familia comprenda la situación de la víctima, su sufrimiento personal, social y cultural. La familia debe creerle a la víctima, debe creerle el relato victimológico, especialmente cuando se trata de niños víctimas de abuso sexual.

La familia de la víctima de delitos sexuales necesita desculpabilizarla por el delito sexual, del cual fue víctima. El reproche por el supuesto comportamiento de la víctima o sobre su reacción ante la agresión suele constituir

¹⁹ H. Marchiori, *Relación auto-vítima dentro del grupo familiar*, Nueva Lerner Editora Córdoba. El delito produce una fractura en el grupo familiar, en numerosas ocasiones de carácter irreparable por la naturaleza del delito (homicidio, lesiones graves).

para la víctima un mayor sufrimiento, porque su propia familia la considera culpable del delito. Estas presiones que recibe la víctima la conducen a intentos suicidas y al suicidio.

Los nuevos comportamientos que realiza la víctima de delitos sexuales como auto-encierro, vergüenza, miedo, perturbaciones psíquicas, depresiones, aislamientos, sensaciones de soledad, están vinculadas a la índole de la agresión sexual. La familia necesita comprender que la víctima ha sobrevivido a un ataque agresivo, es decir que su vida estuvo en peligro. Cuando la familia, por el contrario, no comprende la sobrevivencia de un ataque violento a una persona vulnerable, la víctima queda sola. Esta situación limite en la que se encuentra la persona, sin posibilidades de ayuda, profundiza el estado depresivo que se inició con el traumatismo ocasionado por el delito.¹¹

En relación a la víctima de un delito de *estafa* sufre consecuencias emocionales y económicas que lo llevan a ideas autodestructivas.

La víctima de un delito de *estafa* suele ocultar el hecho delictivo a su familia, pero esto no sucede en todos los casos, está vinculado al tipo de *estafa* y las circunstancias del delito y el grado de "participación" de las víctimas: si es inocente, tuvo conocimiento del engaño o ha querido obtener una ganancia ilícita. La víctima inocente, que ignora los determinantes de la conducta de engaño, por ejemplo: planes de ahorro, sentirá que ha sido víctima de un delito que afecta el bienestar económico familiar. La víctima explotada emocionalmente por la habilidad del estafador se verá humillada personal y familiarmente.

La víctima de un engaño-*estafa* requiere ser comprendida en su humillación social, pero paralelamente la familia verá ante sí a una persona vulnerable que requiere atención y ayuda.

Si la víctima conocía, previamente, el carácter ilícito de la propuesta del estafador deberá asumir su responsabilidad y el daño causado a su familia. El silencio y la culpa

¹¹ H. Marchiori, *La víctima del delito*, op. cit. Por razones culturales y sociales se producen nuevas victimizaciones en la persona víctima de los delitos sexuales.

provocada por la situación económica a la que ha llevado a su familia a raíz de la estafa, es lo que determina el suicidio.

Los aspectos asistenciales y terapéuticos requieren una labor con todos los integrantes del grupo familiar.

Hemos observado que el delito de *chantaje*, amenazas, muestra a una víctima absolutamente vulnerable con sentimientos de culpabilidad, que la conducen a comportamientos suicidas.

La familia desconoce la situación delictiva, es decir las amenazas que sufre la víctima, ésta se encuentra sola y culpable con miedo por las amenazas, pero también con temores por la posibilidad de que la familia tome conocimiento de lo que oculta.

Por el contrario, cuando la familia percibe la real situación de un integrante de su grupo familiar —bajo una amenaza— la familia será un sustento importante en las respuestas familiares y sociales frente al delito. Algo que, indudablemente, atenuará las ideas de muerte, las posibilidades de intento de suicidio de quien sufre las amenazas y el chantaje.

c) *Comportamiento suicida —secuestro— y toma de rehenes.* En los casos de secuestro y toma de rehenes, el intento de suicidio puede presentarse tanto en los autores del delito como en las víctimas.

En el caso de las víctimas —secuestradas y víctimas rehenes— las consecuencias que han sufrido por la situación delictiva caracterizadas por agresiones continuas, humillaciones, vejaciones, carencia de alimentos, torturas físicas y emocionales la hacen vulnerable a comportamientos suicidas, inherentes a su situación existencial. Son personas destruidas por el delito.

El sobreviviente de un delito de secuestro, el sobreviviente de haber sido rehén de un delincuente o un grupo de delincuentes, ha sufrido una conmoción de tal magnitud, al límite de la muerte, que le provoca un estado de profunda depresión.

Las víctimas de estos delitos, continúan, después de su liberación, y por mucho tiempo, sintiendo la opresión, las diversas torturas que han sufrido, problemas de percepción por los lugares oscuros y de encierro en que han permanecido, las amenazas constantes, la carencia de alimentos, los olores, las vejaciones, el miedo a ser ejecutados por los delincuentes. El suicidio es sentido como la única salida para "superar" el traumatismo existencial.

El tratamiento, la asistencia y la red familiar y social serán apoyos fundamentales para la recuperación credibilidad y confianza de estas víctimas, especialmente en el período post-traumático.

Los profesionales y los familiares requieren de la comprensión, parte inicial básica de la abstracción, que la recuperación de estas víctimas significa un período de tiempo, muy amplio, sufrido, los pacientes, continuas recaídas y estados de angustia y depresión.

Por el contrario, en los delincuentes que llegan al suicidio a causa de la situación delictiva, es debido a que se sienten cercados, identificados y conocen que les esperan años de prisión. También el suicidio de los secuestradores puede darse después de matar a las víctimas.

La reiteración de los intentos suicidas en los casos de personas vinculadas a secuestros y toma de rehenes se reiteran en los casos de las víctimas que han sufrido gravísimas consecuencias físicas, emocionales, sociales a causa del delito.

Se observa, de esta manera, que las respuesta del autor y de la víctima en la decisión suicida son totalmente diferentes y marcan aspectos asistenciales y de tratamiento también diferenciados, a nivel existencial, a nivel de la situación delictiva y de las posibilidades de repetición de la conducta suicida.

d) *Comportamiento suicida y drogas.* Los comportamientos autodestructivos están generados, en numerosos casos, por la adicción a drogas (estimulantes-depresivos) que conducen a hechos de violencia pero también a suicidios, especialmente en jóvenes adolescentes.

Los periodos de abstinencia, el no obtener drogas y las distintas fases del tratamiento psicoterapéutico están vinculados a intentos de suicidio.

La problemática relacionada a la adicción a las drogas, la conflictiva individual, familiar y social que provoca las drogas referidas a una personalidad altamente vulnerable que pueden desencadenar la conducta suicida.

c) *Comportamiento suicida y desastre*. Las catástrofes, desastres naturales y/o provocados por el hombre, están relacionados al suicidio. Casos de terremotos, inundaciones, derrumbes de edificios, choques de trenes, accidentes que provocan graves daños a personas, a las familias.¹⁷

Las ideas de muerte, están vinculadas a la situación vivencial de desastre y catástrofe que han transformado totalmente la vida del individuo. Personas que han quedado sin familia, sin casa, sin amigos, vecinos. La persona intenta suicidarse en el mismo lugar del desastre.

La asistencia, en estos casos, conlleva una doble tarea: la asistencia generada por la propia situación de desastre y el intento suicida.

ASISTENCIA DESPUÉS DEL INTENTO SUICIDA

3) *Después del intento*. Constituyen la mayoría de los casos, en cuanto a intervención asistencial se refiere.

La intervención asistencial después del intento suicida consiste en abordar el tema de los sobrevivientes y las posibilidades de repetición, es decir de la reincidencia en el intento suicida.

a) *Sobreviviente*. La primera consideración implica el análisis de una persona que ha sido sobreviviente a un intento de suicidio, a su propia decisión de perder la vida.

La evaluación de la situación de sobrevivencia al intento de suicidio significa un análisis sumamente detenido, reflexivo, integral sobre:

¹⁷ Ver Octavio Márquez Mendoza, *ib.* 22.

- características del intento suicida;
- lugar;
- armas;
- circunstancias;
- determinantes-motivos principales;
- situación familiar;
- situación educativa-laboral;
- consecuencias del intento suicida;
- consecuencias físicas;
- consecuencias emocionales;
- consecuencias familiares, y
- consecuencias sociales.

La intervención asistencial en este momento, es decir, la intervención después que ha sucedido el intento autodestructivo representa conocer todos los detalles referentes al comportamiento suicida, aspectos de la conducta suicida, de la personalidad, del contexto familiar y social.

El conocimiento que se obtenga de los datos referentes a las circunstancias del intento suicida serán fundamentales para tomar las medidas asistenciales, para evitar la reincidencia-repeticiones autodestructivas.

La primera pregunta estará planteada en ¿quién es el sobreviviente?, ¿cuál es su situación general?, ¿la familia, lo apoya en su rehabilitación?

La asistencia, partiendo de la comprensión y de la situación del individuo, es decir, del *Diagnóstico Clínico*, es la base para poder adecuar las medidas asistenciales médicas, psicológicas, familiares y sociales.

La Organización Mundial de la Salud en su *Clasificación de enfermedades*, incluye en suicidios y lesiones intencionalmente autoinfligidas:

X60. Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por analgésicos no opiáceos, antipiréticos o antirreumáticos.

X61. Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por medicamentos antiepilépticos, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos y psicotrópicos no clasificados en otra parte. Incluye: antidepresivos, barbitúricos, neurolepticos, psicoestimulantes.

X62. Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otra parte. *Incluye* *cannabis* (derivados), cocaína, codeína, heroína, lisérgida (LSD), mescalina, metadona, morfina, opio (alcaloides).

X63. Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por otros medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso autónomo.

X64. Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por otras drogas, medicamentos y productos biológicos y los no especificados.

X65. Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por alcohol.

X66. Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por solventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores.

X67. Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por otros gases y vapores. *Incluye* Monóxido de carbono; gas.

X68. Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por pesticidas.

X69. Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por otros productos químicos y sustancias nocivas y los no especificados. *Incluye* aromáticos corrosivos, ácidos y álcalis cáusticos.

X70. Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.

X71. Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por inmersión.

X72. Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por disparo de arma corta.

X73. Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por descargas de rifles, escopeta y arma larga.

X74. Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por disparo de otra arma de fuego y las no especificadas.

X75. Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por material explosivo.

X76. Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por humo, fuego o llamas.

X77. Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por vapores de agua, vapores calientes y objetos calientes.

X78. Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por objeto cortante.

X79. Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por objetos sin filo o romos.

X80. Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por salto desde lugar elevado.

X81. Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por arrojar o tenderse ante objeto en movimiento.

X82. Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por choque de vehículo a motor.

X83. Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por otros medios especificados. *Incluye:* choque de aeronaves; electrocución; sustancias químicas; excepto envenenamiento.

X84. Suicidio y lesión intencionalmente autoinfligida por medios no especificados.

La clasificación DSM (1995), comprende en los trastornos depresivos:

- trastorno depresivo mayor;
- episodio único;
- recidivante;
- trastorno distímico, y
- trastorno depresivo no especificado.

b) *Repetición del comportamiento suicida.* La repetición de la conducta suicida es el elemento de mayor gravedad, preocupación y angustia que se establece en el ámbito familiar, social, de los profesionales, del personal hospitalario, psicoterapéutico.

La repetición, que es una conducta altamente frecuente, implica un nuevo intento de muerte, ideas y deseos de muerte.

La repetición es el retorno a un círculo de vivencias de muerte, a un ciclo donde no se encuentra una esperanza de vida.

Bancroft y Marsack ¹² han observado que generalmente las repeticiones ocurren dentro del primer año (primeros tres meses) y distinguen tres pautas de repetición:

- 1) crónica, con repeticiones múltiples,
- 2) por lapsos de tiempo prolongado,
- 3) única, es decir, el intento es un episodio que no se repetirá en la vida del individuo.

Los factores de riesgo son altos especialmente en las dos primeras situaciones. La asistencia y tratamiento están limitados, presionados, por la alta posibilidad que se genere una repetición de la conducta suicida.

La angustia generada por la reiteración conduce a dudar de todo comportamiento que realice el paciente. Pero las posibilidades de la reiteración pueden estar "negadas" por el círculo familiar y profesional que rodea al suicida.

La negación, por parte de la familia, de que se repita un nuevo intento autodestructivo, está basada en múltiples aspectos, entre ellos: confianza en la palabra del paciente que no se suicidará; observación de conductas, actitudes y modos en las relaciones con el medio familiar y social, con los amigos que convalidan esa credibilidad, por parte de la familia y también de los profesionales, que no habrá un segundo episodio suicida.

El relato del paciente y su afirmación de que no se suicidará convencerá totalmente al grupo familiar y profesional.

¿Qué sucede en el paciente?, ¿se trata de vivencias ambivalentes de vida y muerte?, ¿se trata de un comportamiento de simulación, es decir engaña deliberadamente a su grupo familiar y profesional sobre sus intenciones suicidas? ¿Es, por el contrario, la creencia del propio paciente de que no intentará suicidarse, pero luego en determinados momentos y frente a ciertas circunstancias surgen las ideas autodestructivas?

¹² Ver Bancroft y Marsack, *The repetitiveness of self-poisoning and self-injury*, Ed. Brit. Psychiatry, 1977.

La consideración realista en la asistencia suicida constituye, siempre, en todos los casos la *posibilidad de un nuevo intento de muerte*.

La comprensión del riesgo de reiteración del suicidio permite organizar una asistencia más integral e individualizadora en la grave problemática del paciente.

El alto riesgo de la reiteración de un nuevo intento de suicidio es la base para la asistencia y tratamiento del paciente. De este modo, tanto la familia como los profesionales, podrán proteger, contener y ayudar más rápidamente a la salida de la crisis de una posible reiteración.

Uno de los mayores problemas vinculados a la reiteración de la conducta suicida es el periodo de tiempo entre el primer intento y el siguiente.

Constituyen procesos sumamente complejos, relacionados a la personalidad, circunstancias, y motivos del intento suicida.

El tiempo en que se repetirá la nueva crisis del intento de suicidio está, entonces, relacionada a la gravedad de la situación:

- características y modalidades del intento suicida;
- armas utilizadas;
- lugar elegido;
- mensajes, y
- motivaciones.

La decisión suicida, representada en el primer intento, brinda el diagnóstico para poder inferir, en numerosos casos, las circunstancias de la reiteración de la nueva crisis autodestructiva.

En pacientes con una fijación y determinación suicida, el episodio de la reiteración puede acontecer en un tiempo muy breve, sin espacios entre el primero y segundo intento; en otros pacientes habrá una mayor elaboración y preparación para el suicidio.

La ambivalencia sobre las ideas de vida y muerte pueden llevar al paciente a "postergar" el intento.

Hemos señalado que la crisis del intento suicida puede ser la única en la vida del paciente o por el contrario rea-

parecer vinculada a fechas, acontecimientos personales y familiares, ej.: la fecha de la muerte de la madre, del hijo, la fecha del suicidio de un familiar.

Constituye una verdadera trampa asistencial el considerar que a medida que pasa el tiempo el paciente presenta menos posibilidades de intentar autodestruirse, por el contrario, numerosos pacientes recurren a la repetición del intento porque se han atenuado las medidas asistenciales y de seguridad de protección a su vida.

Algunos pacientes manifiestan detenidamente, claramente, su intención de volver a reiterar su intento suicida; otros, por el contrario, tratan de calmar y tranquilizar a su familia que no lo harían. La experiencia señala que tanto en el primer caso no es una determinación como en el segundo una exclusión del comportamiento suicida.

Con respecto a la reiteración suicida se observa:

- La depresión representa una grave incidencia en la reiteración suicida.
- Alto riesgo en los hospitales psiquiátricos.
- Personas emotivamente inestables. Numerosas personas suicidas han sufrido de psicosis, neurosis o de grave trastorno de la personalidad.
- En los últimos años el SIDA-AIDS vinculado a drogas ha aumentado los casos de suicidio.
- Personas que se encuentran en una situación personal/social altamente vulnerable.
- Separación médico-paciente. El individuo siente una pérdida de su resguardo y protección.

En resumen, la reiteración-reincidencia suicida es una conducta frecuente en los pacientes. Evitar una nueva crisis suicida requiere de una asistencia integral basada en un diagnóstico individual y familiar.

El nuevo intento suicida suele ser, dice Gazzano,¹⁴ un recurso de desesperanza y abandono. El paciente llega a

¹⁴ Ver A. Gazzano, *Depresión y suicidio en adolescentes*, en el libro de Festeiro, Kalina, Kibel, Szűs, *Psicopatología y psicología del adolescente*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1973.

este criterio cuando se siente incapaz de afrontar un problema y creen que los demás no perciben su necesidad.

PERSONAL ASISTENCIAL

Los profesionales de las distintas disciplinas que trabajan en asistencia así como personal voluntario, personal técnico, administrativo, deben recibir la capacitación especializada para atender a los pacientes que existencialmente desean morir o han intentado suicidarse.

Como en toda actividad asistencial aquí se plantean los dos aspectos: el referido a las características de los pacientes y el referido a cómo, de qué manera afecta a los profesionales ese delicado y difícil trabajo de atender a las personas con graves tendencias autodestructivas, así como a personas que han intentado suicidarse.

En el primer caso es indudable que el personal necesita una capacitación en la problemática específica así como el entrenamiento en las distintas metodologías asistenciales para ayudar y recuperar a los pacientes. Es decir, lo que se ha señalado, a nivel asistencial, con respecto a la aplicación de las terapias individuales, de pareja, terapias de tratamiento familiar, de grupos, etc., en base a las características particulares de cada historia individual y familiar.

Capacitar y adecuar las metodologías para atender la específica problemática suicida.

El segundo aspecto es la consideración de cómo afecta al personal esta atención a individuos con intentos suicidas, personas que han sobrevivido a su propio intento autodestructivo.

El personal necesita, a través de supervisiones especiales, la observación, la auto-observación de su comportamiento. La actitud, el comportamiento del personal constituirán generadores de nuevas actitudes y conductas que permitirán una mayor contención y comprensión de la depresión del suicida.

El escuchar permanentemente el relato sobre ideas de muerte en pacientes que han intentado suicidarse, la angustia que significa la posibilidad de un nuevo intento

suicida provoca una serie de comportamientos en el personal, en todos los integrantes del equipo asistencial que puede conducir a nuevas situaciones y en un agravamiento de las intenciones del paciente.

Las redes asistenciales, como hemos señalado, son fundamentales en el tratamiento del paciente-suicida. Pero es indudable que esas redes estarán más fortalecidas con actividades de supervisión en la asistencia al suicida y en los aspectos de la contra-transferencia de la relación terapeuta-paciente.

La restitución de la confianza del paciente quien no confía en ninguna persona, de ahí sus conductas autodestructivas, depende de cómo realiza el personal a cargo del tratamiento los procesos asistenciales, los aspectos de sensibilidad, comprensión, compromiso y ayuda al paciente.

PREVENCIÓN

La prevención es el conjunto de medidas que impiden el surgimiento de los hechos de violencia. Ea, señala el criminólogo José Rico, una forma de intervención consistente en adoptar medidas para impedir la violencia, en este caso, el suicidio.¹²

Para Naciones Unidas, la acción preventiva se dirige, en el plano primario, a toda la población y concierne esencialmente a la salud pública, la educación básica y la ética social. La prevención secundaria se destina a las personas que se hallan en situación peligrosa y recurre a servicios capaces de restablecer las oportunidades sociales. La prevención terciaria, es una prevención individualizada y orientada a quienes necesitan una ayuda urgente e intensiva.¹³

Para Ferracuti,¹⁴ la prevención primaria se aplica a la población, la secundaria a situaciones previolentas y la terciaria al tratamiento de personas involucradas.

¹² Ver José Rico, *Prevenção del delito*, Opúsculo de Derecho Penal y Criminología, Marcos Lerner Editora Córdoba, 1991.

¹³ José Rico, *ob. cit.* Ver Naciones Unidas, *Documentos*.

¹⁴ E. Ferracuti, *Teoria criminologica della prevenzione, ruolo delle istituzioni*, Ed. Giuffrè, Milán, 1967.

Asimismo, se distingue entre prevención *a priori*, es decir, el conjunto de acciones destinadas a impedir que el comportamiento se produzca o a reducir las conductas violentas; y la prevención *a posteriori*, o sea los diversos mecanismos de tratamiento orientados a evitar la reincidencia, la reiteración suicida.²⁸

La asistencia y prevención al individuo que intenta suicidarse están vinculadas al problema de "ser escuchado", de ahí que los métodos que se han implementado tienen referencia con escuchar al depresivo, lograr la comunicación con una personalidad automarginada. Hablar telefónicamente —asistencialmente— con el individuo depresivo es uno de los medios más eficaces: técnicamente consiste en que el depresivo puede hablar sobre sus ideas de muerte, sobre sus ideas de suicidarse, sin tener que identificarse o trasladarse a una institución.²⁹

Se considera que la persona que llama telefónicamente es la persona que desea vivir. Según CAS³⁰ los desencadenan-

²⁸ Para Antonio Sánchez Galindo, la prevención consiste en evitar aquello que desde el punto de vista social sea malo, desagradable o destructivo; en proteger los derechos individuales, especialmente donde son más vulnerables. Ver A. Sánchez Galindo, *Criminología y Derecho de Ejecución Penal*. Opúsculos de Derecho Penal y Criminología, Marcos Lerner Editora Córdoba, 1985.

²⁹ A partir de 1953 en Londres y en 1958 en Los Angeles, se comenzaron a utilizar programas basados en números telefónicos y en personal especializado para atender situaciones de crisis. Gazzano expresa que la técnica asistencial es de soporte a través de la conversación telefónica se trata de mantener el doble anonimato, tanto de la persona que llama como del que atiende. En caso de que a criterio del voluntario, el índice de peligrosidad suicida sea alto o inminente, la persona que llama es derivada a un servicio asistencial psiquiátrico, incluyendo, de considerarse necesario, la movilización de recursos comunitarios (policía, bomberos, servicios de ambulancia, etc.). En un año se receptaron un total de 6,878 llamadas y 5,572 llamados mutuos. También Gazzano destaca que llama un hombre por cada tres mujeres. Los principales motivos de las llamadas: depresión, soledad, fallecimiento de familiares, problemas familiares, problemas económicos. Ver A. Gazzano, *ib. cit.*

³⁰ El Centro de Atención al Suicida de Buenos Aires (CAS) recibió en 1980 un total de 2,781 llamadas telefónicas, de las cuales, 2,181 correspondieron a mujeres y 600 a hombres. El objetivo de la institución es la atención de la urgencia primaria, exclusivamente por teléfono.

tes son: la soledad, la incomunicación, el aislamiento, problemas de pareja, familiares, abandono, duelos, enfermedad, situaciones económicas y/o laborales.

Con respecto a la *antropología*, descripciones de criminólogos y personal especializado de salud, señalan:

- 1) Retraimiento. El individuo se aísla de su medio social y familiar. Se aleja de sus intereses cotidianos.
- 2) Pérdida de interés por las relaciones interpersonales, por sus familiares y amigos, por su actividad principal.
- 3) Mínima preocupación por su trabajo y sus actividades predilectas.
- 4) Insomnio. Problemas en la alimentación, las relaciones sexuales.
- 5) Interés llamativo por la muerte y los temas vinculados a ella, entre ellos el suicidio.
- 6) Preparativos inesperados para la muerte, preocupación por sus cosas, sus deudas, documentos, etcétera.
- 7) Un deseo repentino de desprenderse de sus objetos más preciados.
- 8) Interés en la compra de armas, sogas, drogas, etcétera.
- 9) Un sentimiento de desamparo y de vulnerabilidad, de indefensión.¹¹

de pacientes con ideas o fantasías suicidas o con otros tipos de crisis como soledad, problemas de pareja, alcoholismo, drogadicción. La población que más llama está entre los 14 y 25 años. Se recibe un promedio de 25 a 30 llamadas diarias, entre ellas muchas que son "muhas", es decir, cuando la persona que llamó no se anima a hablar o no puede hablar, también está el llamado "efectivo". En los casos de llamados muhas se conversa con el interesado silencioso. La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio fue establecida en Viena en 1966. En Bruselas, desde 1970, está organizado un servicio de atención telefónica y psicoterapéutica. En cada suicidio hay un derrumbe de la esperanza individual y de un proyecto colectivo, señala Norma Calanti Verna, integrante del CASC, Centro de Ayuda al Suicidio de Córdoba. Durante los años 1985 y 1990, han atendido un total de 5,646 llamadas telefónicas. Desde el punto de vista epidemiológico, el suicidio es tres veces más frecuente en el hombre que en la mujer (hombres divorciados y separados).

¹¹ Según Solomon y Patch los riesgos que deben evaluarse en relación al suicidio son: a) El deseo de morir; la afirmación repetida por

Es necesario considerar en la asistencia al suicida:

- a) Destacar la importancia de la escucha²² y contención por parte del profesional, en la psicoterapia de urgencias y en situación de crisis.
- b) Recalcar la importancia de una persona o personas a quienes los sujetos vulnerables y en riesgo puedan confiar sus problemas.²³
- c) Medidas de seguridad. (No acceso a armas-instrumentos que pueda utilizar.)

En la prevención del suicidio, algunas de las medidas básicas que se consideran:

1. Toda amenaza de suicidio debe ser tomada en serio.²⁴ Esta es la primera regla en la prevención del suicidio, ya que muchas personas que verbalizan ideas de suicidio o que amenazan con realizar esta conducta, al poco tiempo la llevan a cabo.

parte del enfermo de que estaba mejor muerto, debe ser tratada con la máxima seriedad; b) presencia de psicosis, c) depresión, son pacientes en riesgo grave ya que la depresión es el estado más frecuente del suicida. Ver Solomon y Patch, *op. cit.*

²² Los Ángeles tuvo el primer centro de prevención del suicidio seguida posteriormente por la mayoría de las ciudades del mundo. Estos centros mantienen las 24 horas del día un servicio telefónico atendido por trabajadores de la salud: médicos, trabajadores sociales, psicólogos y, con una mayor frecuencia, voluntarios entrenados en las respuestas a estos llamados. El Centro de la Ciudad de los Ángeles se estableció en 1955 siendo sus directores E. Schneiderman y N. Fucherson. El Centro de Prevención del suicidio mantiene un programa de ayuda en crisis; cualquier persona que sienta angustia, desesperación, soledad, depresión puede llamar a la institución y recibir la ayuda mediante una conversación telefónica o una entrevista personal. El Centro ha sido frecuentemente utilizado por los médicos forenses para hacer autopsias psicológicas y determinar si la causa de una muerte fue un accidente o un suicidio.

²³ La confianza hacia el médico, señalan Solomon y Patch, puede constituir una medida de tratamiento extremadamente valiosa si el médico puede controlar su propia angustia. Ver Solomon y Patch, *op. cit.*

²⁴ El problema de la prevención del suicidio es la atención y la disponibilidad del otro. Ver Pierre Morón, *op. cit.*

2. El intento suicida implica que el individuo ya realizó conductas de ejecución y que las puede volver a repetir. Además el nuevo intento puede ser cada vez más peligroso y con consecuencias fatales. Estar alerta y con las medidas asistenciales y de tratamiento adecuado.^{25, 26}

Otras medidas de prevención general comprenden información y especialización a médicos y trabajadores sociales, psicólogos, educadores.²⁷ Apertura de servicios en hospitales²⁸ y lugares/zonas vulnerables de la comunidad. Informar sobre el uso de medicamentos cuyas altas dosis pueden provocar graves alteraciones en la salud.²⁹

A pesar de los esfuerzos que despliegan las instituciones que se ocupan de la recuperación de las personas con ideas suicidas o que han intentado suicidarse, aún existen muchas interrogantes en las medidas terapéuticas médicas y en las decisiones que toman los equipos asistenciales. Estos interrogantes están vinculados a temas como: el papel de la policía, de la administración de justicia, las derivaciones a centros psiquiátricos y a hospitales generales.

Para concluir estas descripciones sobre el suicidio, desde una perspectiva criminológica:

- La persona que intenta suicidarse o que intencionalmente/voluntariamente destruye su vida, presen-

²⁵ En la mayoría de los casos el suicidio no es impulsivo, ni súbito, ni inevitable. Si es cierto que existen personas proclives al suicidio en las que el grado de mortalidad es elevado. Pero el suicidio aparece en una crisis, el acto no se intenta sino después de una fase de elaboración. Ver Pierre Moren, *ib. cit.*

²⁶ Se considera que el 70% de los suicidas vieron a un médico cuatro meses antes de suicidarse.

²⁷ En Finlandia como en otros países también integra el equipo de profesionales y voluntarios un sacerdote.

²⁸ Los equipos están generalmente integrados por médicos, asistentes sociales, psicólogos, psiquiatras y voluntarios; estos últimos reciben un entrenamiento y capacitación especializada.

²⁹ Son importantes los servicios de ambulancia, los salas de triaje y los servicios toxicológicos. Ver O.M.S., *ib. cit.*

ta una acentuada vulnerabilidad emocional, familiar y social.

- La depresión por pérdidas reales, concretas y muy importantes en su vida, constituye la base de los comportamientos suicidas.
- El suicida produce un comportamiento irreversible para sí, para su familia y para la sociedad.
- Todo intento de suicidio pone en serio riesgo la vida de la persona y existe el peligro de las repeticiones o reincidencias autodestructivas.
- El suicida daña moralmente a su familia, a la sociedad y a la cultura a la cual pertenece.
- Sería dable pensar, tal vez, a través de las instituciones en una sanción —reproche moral— a la persona que atente contra sí misma para su autodestrucción.
- Se requiere reforzar las medidas asistenciales y de prevención del suicidio.
- Son necesarios mayores programas de educación, salud y sociales para cuidar la vida de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, K., *El tratamiento psicoanalítico de la psicosis maniaco-depresiva*, Psicoanálisis clínico, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1959.
- ACERMAN y otros, *Teoría y práctica de las relaciones familiares*, Ed. Proteo, Buenos Aires, 1970.
- ACERMAN, D., *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*, Ed. Hormé, Buenos Aires, 1974.
- ALCER, JOSÉ, ALVA, MARCO, *Medicina legal*, Ed. Limusa, México, 1993.
- ÁLVAREZ OLIVERA, V., SOLÍS CÁRERA, R., *Manual práctico de las lesiones en medicina legal*, Ed. Jurídicas, Buenos Aires, 1989.
- ARIELI, SILVANO, *Interpretación de la esquizofrenia*, Ed. Labor, Barcelona, 1965.
- ASCH, S., *Suicide and the hidden excitation*, International Review of Psychoanalysis, 1980.
- BAECHLER, J., *Suicides*, Ed. Basil Blackwell, Oxford, 1980.
- BAJARILLA, J., *Sadismo y masoquismo en la conducta criminal*, Ed. Abeledo Perrot, Buenos Aires, 1959.
- BANCROFT y MARSACK, *The repetitiveness of self-poisoning and self-injury*, Rev. Brit. Psychiatry, 1977.
- BARTHEL, DAVID, *Los métodos de Geyser*, Ed. Posadas, México, 1978.
- BASAGLIA, E., *La autopsia psiquiátrica como problema social*, Ed. Cuadernos Anagrama, Barcelona, 1972.
- BECK, A., *Classification of suicidal behaviors*, Rev. Amer. Psychiat., 1975.
- BENTONIA, ARNON, *Thema-organized systems*, Ed. Karnat Books, London, 1992.
- BERMAN, GREGORIO, *La psicoterapia de la niñez a la senectud*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1971.
- BIRING, E., *El tratamiento de la depresión en P. Gernaise, Perturbaciones de la afectividad*, Ed. Hormé, Buenos Aires, 1959.

- BLAUER, José, *Simbiosis y ambigüedad*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1967.
- BLEICHMAR, Hugo, *La depresión, un estudio psicoanalítico*, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1980.
- BOWLER, John, *Privación materna y delincuencia*, Rev. Criminología, México, 1978.
- , *El cuidado maternal*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1974.
- , *La pérdida afectiva*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1983.
- BREED, W., *Occupational mobility and suicide among white males*, Journal Amer. Soc., 1963.
- BRIGLIA ARIAS, Omar, GAUNA, O., *Código Penal y Leyes Complementarias*, Ed. Amica, Buenos Aires, 1985.
- BROMBERG, W., *Estudio psiquiátrico del homicidio*, Ed. Morata, Madrid, 1963.
- BRUNEL y CANTZLAAR, *Discursos de psiquiatría*, Ed. Conquella Continental, México, 1972.
- BUNCH, *Recent involvement in relation to suicide*, Journal Psychosom., 1972.
- CARRANZA, Elias, *El maltrato y la convención de las N. Unidas sobre los Derechos del Niño*, Victimología N° 12, Córdoba, 1994.
- CRAN, R., *Suicide*, Ed. Univ. Chicago Press, 1928.
- CIBILLO, Stefano, di Blasio, Paola, *Niños maltratados*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1991.
- CLINARD, Maridull, *Anorexia y conducta desviada*, Paidós, Bs. As., 1967.
- CLUTTERBUCK, R., *Sensato y suicio*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1979.
- Código Penal de la Nación*. (Edición al cuidado de José Clemente), Marcos Lerner Editora Córdoba, Argentina, 1995.
- CORREA RAMÍREZ, Alberto, *Identificación forense*, Ed. Trilux, 1990.
- CROCK, L., *Les conduites suicidaires dans l'enfance*, Bulletin de psychologie, 1991.
- DREHMER, G., *La psychologie du suicide*, Ed. Universitaires de France, 1947.
- DE TULLIO, Benigno, *Principios de Criminología Clínica y Psiquiatría Forense*, Ed. Aguilar, Madrid, 1966.
- DICKER, R. F., HAWTON, *Suicide in adolescents*, Ed. Martinus, Dordrecht, 1987.
- , R. F., JANSSEN, M., *Intervento psicológico nella salute*, Milano, 1989.

- DOWDERSWELL, Jane, *La violaria*, Ed. Grijalbo, Barcelona, 1987.
- DUBIN, L., *Suicide, a sociological and statistical*, Ed. Ronald Press, Nueva York, 1963.
- DURKHEIM, Emílio, *El suicidio*, Ed. Schapitre, Buenos Aires, 1965.
- DUVICH, Lee, MORGAN TAYLOR, *Un enfoque criminológico sobre el homicidio*, Rev. Criminología, México, 1982.
- ERIKSON, E., *El problema de la identidad del yo*, Ed. Rev. Psicoanalítica Uruguay, 1965.
- , *Infancia y sociedad*, Ed. Hormé, Buenos Aires, 1961.
- EY, Henry, BERNARD, P. BISHET, *Tratado de psiquiatría*, Ed. Toray Masson, Barcelona, 1961.
- , *La suicide pathologique*, Etudes psychiatriques, 1950.
- FABRICOW y SCHNEIDMAN, *The cry for help*, Ed. McGraw Hill, London, 1961.
- FARMER, R., *Assessing the epidemiology of suicide and parasuicide*, Journal British of Psychiatry, 1988.
- FERNICHEL, *Teoría psicoanalítica de los neuróticos*, Paidós, Buenos Aires, 1966.
- FERRACUTI, Franco, *Teoría criminogenética, prevención, curio delle istituzione*, Ed. Giuffrè, Milán, 1987.
- FERRI, Enrico, *Homicidio-suicidio*, Ed. Reus, Madrid, 1934.
- FESTINE GAZCO y CIPOLLONE, *Suicidio e compleja*, Ed. Giuffrè, Milán, 1992.
- FORNARI, F., *Note sulla psicoanalisi del suicidio*, Nuovi orientamenti della psicoanalisi, Feltrinelli, Milán, 1970.
- FRAXER y CORR, *Introducción a la psicopatología*, Ed. Aizenro Buenos Aires, 1975.
- FREEDMAN, Michael, *Psicoterapia de niños testigos de violencia familiar*, Victimología N° 12, Córdoba, 1994.
- FREUD, S., *La afición y la melancolía*, Obras Completas, Ed. Biblioteca Nueva, 1968.
- FREUD, Ana y BURLINGHAM, D., *La guerra y los niños*, Ed. Hormé, Buenos Aires, 1965.
- , *Niños sin Anger*, Ed. Inada, Buenos Aires, 1949.
- FROMM-REICHMAN, Frieda, *Psicoterapia de emergencia*, Ed. Hormé, Buenos Aires, 1977.
- , *Psicoterapia de la Pícora*, Ed. Hormé, Buenos Aires, 1962.

- GARCÍA REYNOSO, D., *Depresión, melancolía y manía*, Ed. Visión, Buenos Aires, 1975.
- GARDA, Ángel, *Sadismo y Masoquismo en la conducta humana*, Ed. Nova, Buenos Aires, 1969.
- GAZZANO, A., *Depresión y suicidio en adolescentes*, En: Psicopatología y Psiquiatría del adolescente, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1975.
- GIBB y PORTERFIELD, *Occupational prestige and social mobility of suicides in New Zealand*, American Journal of Sociology, 1960.
- GLASER, Danya, *Abuso emocional*, Victimología N° 11, Córdoba, 1994.
- , *Adolescencia y abuso sexual*, Victimología N° 5, Córdoba, 1992.
- GLOVER, Edward, *Psicología del niño y del hogar*, Ed. Siglo XXI, Buenos Aires, 1963.
- GOLSTEIN, Basil, *Diccionario de Derecho Penal*, Bibliográfica Omeba, Buenos Aires, 1961.
- GÓMEZ, A., *Características sociodemográficas y clínicas de mujeres que intentaron suicidarse*, Act. Psiq. Psic. de América Latina, N° 38, Buenos Aires, 1975.
- GÖPFINGER, Hans, *Criminología*, Ed. Reus, Madrid, 1975.
- GORENC, KIRBY, *Conductas suicidas, automutilantes y punitivas en las cárceles*, Instituto Ciencias Penales, México.
- GRANELI, J. y Yampoy, "Carácter depresivo, accidentes y suicidios", *Rev. Psiquiátrica* N° 2, Buenos Aires, 1978.
- GREEN, David, *Situaciones de desastre y crisis*, Victimología N° 5, Córdoba, 1992.
- GREENACRES, Paul, *Perturbaciones de la afectividad*, Ed. Hormé, Buenos Aires, 1959.
- , *Trauma, desarrollo y personalidad*, Ed. Hormé, Buenos Aires, 1960.
- GREENBERG, Raphael, *Depresión y suicidio en adolescentes*, en: Psicopatología y psiquiatría del adolescente, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1973.
- GRINBERG, D., *Culpa y depresión*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1963.
- HALBWACHS, M., *Las causas de suicidio*, Librairie Arcan, París, 1930.
- HALL, G., *Criminología*, Ed. Depalma, Buenos Aires, 1963.
- HENDON, Herbert, en Podolsky, *Enciclopedia de las aberraciones*, Ed. Psique, Buenos Aires, 1959.
- HEREDIA y GORENC, K., *El sexo y la edad como factores del suicidio y las otras causas de mortalidad violenta*, *Rev. Justicia* N° 3, México, 1996.

- HESNARD, A., *Psicología del crimen*, Ed. Reus, Barcelona, 1963.
- HEUSER, G., DESCLAUX, P., DIATRENE, R., *Aspects particuliers médico-legaux du suicide*, Acta Méd. legal, 1948.
- HOUDEAR, William, *Depresión y suicidio*, En: Psicopatología y psiquiatría del adolescente, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1973.
- HUBBETTE, S., *Criminología*, Ed. Ariel, Barcelona, 1956.
- JACOBSON, E., *Conflicto psíquico y realidad*, Ed. Proceso, Buenos Aires, 1970.
- JASPER, K., *Psicopatología general*, Ed. Beta, 1955.
- JONEA, M., *Psiquiatría social*, Ed. Escuela, Buenos Aires, 1966.
- KASER, Gáulier, *Criminología*, Ed. Espasa Calpe, Madrid, 1978.
- KANNER, L., *Psiquiatría infantil*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1975.
- KATZMAN, Benjamín, *El crimen social y sus variaciones*, Ed. Hormé, Buenos Aires, 1974.
- KEELER, M., REPLER, C., *Suicide during L.S.D. reaction*, Journal Amer. Psychiat., 1967.
- KEMPE, H. y HELPER, *The battered child and his family*, Ed. Lippincott, Filadelfia, 1972.
- KEMPE, R. y KEMPE, C., *La violencia sul bambino*, Ed. Armando, Roma, 1980.
- KEMPE, R. y KEMPE, H., *Child abuse*, Open Books, 1978.
- KOLODO, David, *Characteristics of child victims of physical violence*, Ed. Sage, 1992.
- KREITMAN, N., *Definition of suicide*, British Journal of Psychiatry, 1988.
- KURY, Helmut, *Verificación criminal*, Rev. Dehs. Penal y Crim., 1991.
- LACAN, J., *Motivos del crimen pasional*, Rev. Minotaure, Francia, 1955.
- LAING, *Esquizofrenia y presión social*, Ed. Tusquet, Barcelona, 1972.
- LEBERMAN, D., *La comunicación en terapéutica psicoanalítica*, Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1962.
- LIMA MALVIDO, María, *Criminalidad femenina*, Poética, México, 1978.
- LITMAN, R., *Emergency response to potential suicide*, Journal Med. Soc., 1965.
- LOMBROSO, C. y FERRERO, *La donna delinquente*, Torino, 1927.
- LOMBROSO, Cenni, *L'uomo delinquente*, Ed. Bocca, 1898.
- LÓPEZ GARCÍA, HINZAL FOSSECA, BONES GARCÍA, *El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinarios, epidemiológicos y jurídicos*, Rev. Dehs. Penal y Criminología, Madrid, 1995.

- LÓPEZ REY Y ARDJO, Manuel, *Criminología Internacional*, Ed. Universidad Complutense de Madrid, 1983.
- LOUBET, O., *Epilepsia y suicidio*, Rev. Criminología, Bs. As., 1934.
- MACCORMA, W., *El psicópata*, Ed. Hormé, Buenos Aires, 1962.
- MALINOWSKI, B., *Crímenes y costumbres en la sociedad salvaje*, Ed. Ariel, Barcelona, 1965.
- MALTINGER y BUIE, *The dream of suicide international*, Review of Psychoanalysis, 1990.
- MARCHIORI, Hilda, *La víctima del delito*, Marcos Lerner Editora Córdoba, Argentina, 1990.
- , *Criminología del suicidio*, Colec. Ofrisculos de Derecho Penal y Criminología, Marcos Lerner Editora Córdoba, Argentina, 1995.
- , *Criminología, víctimas vulnerables*, Victimología N° 7, Córdoba, 1993.
- , *Criminología. Delito y personalidad*, Marcos Lerner Editora Córdoba, Argentina, 1985.
- MARCHIORI, Hilda, *El estudio del delincuente. Tratamiento penitenciario*, Ed. Porrúa, México, 1982.
- , *Vulnerabilidad de la víctima*, Victimología N° 13, Córdoba, 1995.
- MARCO DEL PONT, Luis, *Manual de criminología*, Marcos Lerner Editora Córdoba, Argentina, 1991.
- , *Penología y sistemas carcelarios*, Ed. Depalma, Buenos Aires, 1974.
- MARQUEZ MENDOZA, Octavio, *Desastres, efectos psicosociales y alternativas de intervención*, Ed. Universidad A. Estado de México, México, 1993.
- MARTÍNEZ, S., *Estudio descriptivo sobre suicidios en la ciudad de General Pico*, La Pampa, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, 1991.
- MASARIO, Thomas, *El suicidio como fenómeno social de masas de la civilización moderna*, Viena, 1881.
- MAURACH-GOSSEL-ZIFF, *Derecho Penal*, Ed. Astrea, Buenos Aires, 1995.
- MAYER, Cecile, *Las enfermedades mentales en el niño y en el adolescente*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1967.
- MEHEZ, C., *El hombre antiguo y el suicidio*, Ed. Universidad Nacional de Córdoba, 1967.

- MENNINGER, K., *El hombre contra sí mismo*, Ed. Losada, Buenos Aires, 1952.
- MERTON, Robert, *Anomia e interacción social*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1967.
- MIDDENDORF, W., *La criminalidad violenta de nuestra época*, Ed. Espasa Calpe, Madrid, 1978.
- MIDDENDORF, W., *Sociología del delito*, Ed. Occidente, Madrid, 1981.
- MILLÓN, T., *Psicopatología y personalidad*, Ed. Interamericana, México, 1974.
- MINUCHIN, Salvador, *Caliscopio familiar*, Ed. Paidós, 1984.
- , *Familias y terapia familiar*, Ed. Degisi, Buenos Aires, 1986.
- MONTERO, J., *Le suicide*, Ed. Bordas, 1970.
- MORENO GONZÁLEZ, Rafael, *Introducción a la criminalística*, Ed. Porrúa, México, 1977.
- MORGAN, H. G., *Deuses de morte*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1985.
- MORÓN, Pierre, *El suicidio*, Ed. Ática, Buenos Aires, 1977.
- NACIONES UNIDAS, *Documento*.
- NAMER, Alberto, *Depresión y suicidio*, en: *Psicopatología y psiquiatría del adolescente*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1975.
- NOYES-KOLB, *Psiquiatría clínica moderna*, Ed. Prensa Médica, México, 1971.
- NOÑEZ, Ricardo C., *Las disposiciones genéricas del Código Penal*, Marcos Lerner Editora Córdoba, Argentina, 1988.
- , *Tratado del Derecho Penal*, Marcos Lerner Editores Córdoba, Argentina, 1965.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Documento* 1968-1975.
- PADILLA, Eduardo, *Niños víctimas de abuso sexual*, *Victimología* N° 8, Córdoba, 1994.
- PICHOT, P., LÓPEZ IBAÑ, J., VALLEJOS MORA, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Ed. Masson, Barcelona, 1995.
- PINATEL, Jean, *La sociedad criminógena*, Ed. Aguilar, Madrid, 1979.
- PINERO, M., *El suicidio en la ciudad de Buenos Aires*, 1999.
- PODOLSKI, *Enciclopedia de las aberraciones*, Ed. Psique, Buenos Aires, 1958.
- PÖLDINGER, W., *La tendencia al suicidio*, Ed. Morata, Madrid, 1969.
- QUIROZ CUARÓN, Alfonso, *Medicina Forense*, Ed. Porrúa, México, 1977.

- RODRIGUES, Ole Vedel, *Centro de Rehabilitación e Investigación para Víctimas de la Tortura y Consejo Internacional de Rehabilitación para Víctimas de la Tortura*, *Victimología* N° 9, Córdoba, 1994.
- RODRIGUEZ GOMEZEL, Luisa, *Suicidios y suicidas*, Ed. UNAM, México, 1965.
- RODRIGUEZ MANZANERA, Lilia, *Criminología*, Puerto, México, 1979.
- ROTHEN, G., *Magie y esquiastromia*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1959.
- ROJAS, Nereo, *Modelo legal*, Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1971.
- ROSEN, G., *History in the study of suicide*, *Rev. Psychology Med.*, 1971.
- RUIZ FUNES, Mariano, *Diálogo del suicidio en España*, Ed. Reus, España, 1978.
- SABIDO, Julia, *Grupo especial de nuevos infectivos*, *Rev. Criminología* N° 12, 1994.
- SANCHEZ GALINDO, Antonio, *El derecho a la readaptación social*, Ed. Depalma Buenos Aires, 1983.
- SANT, *Psicología del drogadicto*, Ed. Alonsa, Buenos Aires, 1972.
- SCHILDER, Paul, *Imágenes y apariciones en el cuerpo humano*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1958.
- , *Tratado de psicopatología*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1965.
- SCHMIDT, E. H., *Evaluation of suicide attempts as guide to therapy*, *Journal Amer. Med. Ass.*, 1954.
- SCHNEIDMAN, E., Farberman, N., *Some comparisons between genuine and simulated suicide notes*, *Journal Psychology*, 1957.
- SCHULTHEISS, Leonor y JURI, Carmen, *Ranpiende el silencio*, *Victimología* N° 4, Córdoba, 1992.
- SELIGMAN, M., *Helplessness, on depression, development and death*, Ed. Freeman, San Francisco, 1975.
- SIMONIN, G., *Medicina legal judicial*, Ed. Jims, Barcelona, 1982.
- SMIDER, L., *Investigación de homicidios*, Ed. Limusa, México, 1985.
- SOLER, Sebastián, *Derecho Penal Argentina*, Tipográfica Editora, Buenos Aires, 1988. Tomo III, Delitos contra las personas y contra la vida.
- SOLOMON y PATIL, *Manual de psiquiatría*, Ed. Manual Moderno, México, 1972.
- STENGEL, Erwin, *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*, Ed. Hormé, Buenos Aires, 1965.

- _____, y Cook, N., *Attempted suicide*, Ed. Oxford University Press, 1958.
- STUNE y CHURCH, *Psicología y psicopatología del desarrollo*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1970.
- TARDE, Gabriel, *Logical basis of imitation*, Selected Papers, The University, Chicago, 1909.
- TOZZINI, Carlos, *El suicidio*, Ed. Depalma, Buenos Aires, 1969.
- TUCIDIAN, J., *Emotional content of suicidal notes*, J. of Psychiatry, 1959.
- VIANO, Emilio, *Violencia institucional y cambio social*, Marcos Lerner Editora Córdoba, Argentina, 1987.
- VON HENTZ, Hans, *Criminología*, Ed. Austral, Buenos Aires, 1948.
- _____, *El hombre asesino*, Equus Calpe, Madrid, 1976.
- WILFANG, M., FERRACUTI, F., *La subcultura de la violencia*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1971.

BIBLIOGRAFÍA SOBRE SUICIDIO

- BACHILER, J., *Suicide*, Basil Blackwell, Oxford, 1980.
- BARTHEL, David, *Los suicidas de Guyana*, Ed. Posadas, México, 1978.
- BECK, A. y KOVACH, *Classification of suicidal behavior*, Amer. Psychiatric, 1973.
- BLEICHMAR, Hugo, *La depresión en estados psicoanalíticos*, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1980.
- BREED, W., *Occupational mobility and suicide among white males*, American sociological Review, 28, pp. 179-188.
- CAVAN, R., *Suicide*, Ed. University of Chicago, 1926.
- CRESWELL, P. A., SMITH, G. A., *Student suicide: a study of social integration*, Oxford University Press, Oxford, 1968.
- DRENTHA, R. F. W., HARTON, K. (*a cura di*) *suicide in adolescents*, Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht, 1987.
- , JANSSEN, M. A., *Importanza degli interventi psicologici nell'assistenza primaria*, in Taboldi G. (*a cura di*), *Interventi psicologici nella salute*, Masson, Milano.
- DURKHEIM, Emílio, *El suicidio*, Ed. Schapire, Buenos Aires, 1965.
- FARREROW, N. L., *Suicide among patients with cardiorespiratory illness*, JAMA, 196 (6), pp. 422-423, 1966.
- FARMER, R. D. T., *Assessing the epidemiology of suicide and parasuicide*, British Journal of Psychiatry, 153, pp. 16-20, 1988.
- FESTINI CUCCO, Wally-GIOIELLO, Luca, *Suicidio e complimento*, Ed. Giuffrè, Milán, 1992.
- FORNARI, F., *Note sulla psicoanalisi del suicidio*, in *Nuovi orientamenti della psicoanalisi*, Feltrinelli, Milano, 1970.
- GARCIA REYNOSO, D., *Depresión, melancolía y manía*, Ed. Visión, Buenos Aires, 1973.
- GIBB y PONTERRFIELD, *Occupational prestige and social mobility of suicides in New Zealand*, American Journal of Sociology, 1900.

- GÖPPINGER, Hans, *Criminología*, Ed. Rera, Madrid, 1975.
- GRUBERG, D., *Culpa y depresión*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1963.
- HALBOWITZ, M., *Les causes du suicide*, Alcan, París, 1930.
- HENRY, A. F., SHORT, J. F., *Suicide and homicide*, Free Press Paperback Edition, Glencoe Ill., 1954.
- HERRERA y GORENC, K., *El ser y la nada como factores del suicidio y los otros causas de mortalidad violenta*, *Rev. Justicia* N° 3, México, 1986.
- KRITTMAN, N., *Definition of suicide*, *British Journal of Psychiatry*, 6, pp. 80-82, 1971.
- MARCELLI, D., *Les tentatives de suicide de l'enfant*, *Acta Paedo-Psychiatrica*, 43, 1978.
- MARCHIORI, Hilda, *Criminología del suicidio*, Marcos Lerner Editores Córdoba, Argentina, 1993.
- MENNINGER, K., *El hombre contra sí mismo*, Ed. Losada, Buenos Aires, 1952.
- MEIDENDORFF, W., *La criminalidad violenta de nuestra época*, Ed. Espasa Calpe, Madrid, 1978.
- MORGAN, H. G., *Deus de muerte*, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1983.
- MORÓN, Pierre, *El suicidio*, Ed. Ábaco, Buenos Aires, 1977.
- POUDENCER, W., *La tendencia al suicidio*, Ed. Morata, Madrid, 1960.
- QUINCE CUARÓN, Alfonso, *Medicina forense*, Porrúa, México, 1977.
- RODRÍGUEZ GOMEZ, Luisa, *Suicidas y societas*, UNAM, México, 1974.
- RODRÍGUEZ MANZANERA, Luis, *Criminología*, Porrúa, México, 1979.
- ROJAS, Neria, *Medicina legal*, El Ateneo, Buenos Aires, 1971.
- SALMONS, P. H., *Suicide in high buildings*, *British Journal of Psychiatry*, 145, pp. 469-472, 1984.
- SCHNEIDMAN y FARBEROW, *The cry for help*, Ed. McGraw Hill, London, 1961.
- SCHNEIDMAN, E. S., FARBEROW, N. L., *Clun to suicide*, McGraw Hill, New York, 1957.
- STENGEL, Erwin, *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*, Ed. Hormá, Buenos Aires, 1965.
- TOPP, D. O., *Suicide in prison*, *British Journal of Psychiatry*, 134, pp. 24-27, 1979.
- TOZZINI, Carlos, *El suicidio*, Ed. Depalma, Buenos Aires, 1969.
- TUCKMAN, J., *Emotional content of suicidal notes*, *American Journal of Psychiatry*, 1959.

- VIANO, Emilio, *Violencia, victimización y sentido social*, Marcos Lerner Editores Córdoba, Argentina, 1987.
- VON HENTIG, Hans, *El hombre neurótico*, Espasa Calpe, Madrid, 1976.
- _____, *El asesino*, Ed. Espasa Calpe, Madrid, 1960.
- ZILBOORG, G., *Considerations on suicide with particular reference to that of the young*, American Journal of Orthopsychiatry, N° 7, pp. 15-13, 1937.

ÍNDICE

I. SUICIDIO	1
PROCESO PSÍQUICO	4
VULNERABILIDAD Y SUICIDIO	5
VULNERABILIDAD, CONSECUENCIAS	7
II. ASPECTOS SOCIALES	11
EDAD Y SUICIDIO	12
Niños-adolescentes	12
ANCIANOS-SUICIDIO	18
SEXO-SUICIDIO	19
ESTADO CIVIL-SUICIDIO	20
OCUPACIÓN-ACTIVIDAD-SUICIDIO	22
ZONA URBANA-RURAL-SUICIDIO	24
RELIGIÓN-SUICIDIO	25
CONFLICTO BÉLICO-SUICIDIO	26
CLASIFICACIÓN DEL SUICIDIO	27
Durkheim	27
Ferri	27
Hendin	28
Göppinger	28
Morón	28
Middendorff	29
Stengel	29
Schneidman y Farberow	30
H. Ey	30

Asch	30
Malterberger y Baier	31
Menninger	31
Torziini	31
Otra clasificación criminológica	31
1) <i>Edad del suicida</i>	33
2) <i>Por motivos y desencadenantes</i>	33
3) <i>Por instrumentos utilizados en el hecho</i>	33
4) <i>Modalidades en la participación</i>	34
 III. ADVERTENCIAS SUICIDAS	35
ADVERTENCIAS. RELATOS-NOTAS-GRABACIONES	38
SUICIDIO: MEDIOS-INSTRUMENTO	39
Cuerdas, alambres, telas (abortamiento) ...	40
Armas de fuego	41
Armas blancas	41
Instrumentos cortantes	41
Fármacos-productos químicos-drogas	41
Arrojarse de alturas, edificios-puentes	42
Arrojarse a las vías del tren o subterráneos o bajo el paso de automóviles	42
Asfixia por inmersión	42
Veneno	42
Combustibles	43
Otros medios-instrumentos	43
LUGAR DEL SUICIDIO	45
Casa del suicida	46
Edificios públicos	46
Lugares públicos	47
Lugares religiosos	47
Zonas turísticas	47
Transporte como lugar de suicidio	48

Otros lugares	48
SUICIDIO-ACCIDENTE-HOMICIDIO	50
IV. PACTO SUICIDA Y SUICIDIO GRUPAL	53
PACTO SUICIDA	54
SUICIDIO GRUPAL	56
SUICIDIOS EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS	59
Modalidades del suicidio en prisión	61
Lugar del suicidio	62
Pacto suicida	62
SUICIDIO DE LA MUJER EN LA CÁRCEL	63
SUICIDIO GRUPAL EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS	63
Motivos	64
IMITACIÓN DEL SUICIDIO	68
SUICIDIO POST-SITUACIONES DE DESASTRE-CATÁSTROFE	
NATURAL O HUMANA	71
VIOLENCIA FAMILIAR Y SUICIDIO	75
CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA	79
Esquemas familiares de la fractura	81
TERRORISMO Y SUICIDIO	82
V. INTENTOS-TENTATIVAS SUICIDAS	85
1. Tentativa gravísima de suicidio	86
2. Tentativa grave	87
3. Tentativa leve	87
4. Tentativa sin daño	87
CIFRA OCULTA DE LOS INTENTOS-SUICIDAS	89
REITERACIÓN DEL INTENTO SUICIDA	94
REACCIÓN DEL INDIVIDUO	95
REACCIÓN DE LA FAMILIA	97
VI. DEPRESIÓN Y SUICIDIO	99
CONCEPTO	100

NEUROSIS DEPRESIVA	102
PSICOSIS MANÍACO-DEPRESIVA	104
OTRAS CLASIFICACIONES SOBRE DEPRESIÓN	106
Enfoque psicoanalítico de la depresión ...	109
Duelo y depresión	110
Fases del duelo	114
Duelo de factores vinculados a la depresión	116
 VII. REPROCHE SOCIAL-PENAL	121
Actitud social	121
PARTICIPACIÓN SUBJETIVA PUNIBLE EN EL SUICIDIO	
DE OTRA PERSONA (INSTIGACIÓN AL SUICIDIO) .	123
Consejos	124
Convencimiento	124
Promesas	124
Apoyos emocionales	125
PARTICIPACIÓN MATERIAL PUNIBLE EN EL SUICIDIO	
DE OTRA PERSONA (AYUDA AL SUICIDIO)	130
SUICIDIO Y PUNIBILIDAD	132
REPROCHE SOCIAL	133
 VIII. ASISTENCIA Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO .	137
ASISTENCIA Y TRATAMIENTO A FAMILIAS POR EL SUICIDIO	
DE UN INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR	138
ASISTENCIA A INDIVIDUOS SOBREVIVIENTES A SU PROPIO	
INTENTO AUTODESTRUCTIVO	140
ASISTENCIA ANTES DE LA CRISIS SUICIDA	142
ASISTENCIA DURANTE LA CRISIS	145
ASISTENCIA DESPUÉS DEL INTENTO SUICIDA	151
a) Sobrevivientes	151
b) Repetición del comportamiento suicida .	154

OBSERVACIONES SOBRE LA REPETICIÓN SUICIDA	157
PERSONAL ASISTENCIAL	158
PREVENCIÓN	159
BIBLIOGRAFÍA	165
BIBLIOGRAFÍA SOBRE SUICIDIO	175

SE TERMINÓ DE IMPRIMIR ESTA OBRA
EL DÍA 3 DE ABRIL DE 1958 EN LOS TALLERES DE
IMPRESORES ALDINA, S. A.
Quero Mundial, 201 - 09100 México, D. F.



B-3

ANSP



LIBRERÍA PORRUA

1900-1908

JOSÉ PORRUA Y ASOCIADOS
CIUDAD DE MÉXICO



9 789700 712963