

DEMETRIO BARCIA

Catedrático de Psiquiatría.

**“Suicidio e intento de suicidio desde el punto de vista
psiquiátrico”**

I. INTRODUCCION

La conducta suicida es sumamente frecuente, y así, por ejemplo, la O.M.S. en 1975 (10) señaló que en el mundo se producen unos mil suicidios diarios figurando esta conducta entre las diez primeras causas de muerte.

Este hecho sería suficientemente expresivo para poner de manifiesto que el suicidio no puede ser una conducta simple y uniforme y que en su condicionamiento intervienen múltiples causas, por lo que su análisis debe ser realizado por profesionales pertenecientes a diferentes disciplinas. Es decir, el tema del suicidio es un ejemplo típico de un asunto interdisciplinario, que debe ser tratado fundamentalmente por sociólogos, psicólogos, psiquiatras, juristas, etc., en general por expertos en las ciencias de la conducta humana y un buen ejemplo de ello lo constituye la presente Reunión organizada por el Prof. A. Fernández Albor.

A nuestro modo de ver, junto a la distinción de Stengel de 1958 entre "intentos de suicidio" y "suicidio consumado" que se ha hecho clásica y que ha servido para diferenciar dos grupos con características sociales y psicológicas diferentes, es posible, analizar el tema agrupando a los sujetos que atentan contra su

vida en otros dos grupos: el de los sujetos enfermos mentales y el de la población general.

Aunque naturalmente no todos los enfermos mentales que intentan el suicidio lo consiguen, en general, las características de este hecho se parecen a la de los sujetos que lo consiguen, por lo que puede hablarse de un verdadero suicidio frustrado, mientras que en la población general, aparte de mostrar el grupo características sociales y psicológicas diferentes, el intento en la mayoría de las veces tiene otras connotaciones diferentes por lo que no puede hablarse de suicidio frustrado.

Como un ejemplo de lo antedicho pueden servir las cifras comparativas de algunos datos de sujetos enfermos mentales que intentaron suicidio y que fueron atendidos en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Murcia en 1979, los que fueron atendidos en la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social en el mismo año.

Los primeros fueron enviados al Hospital Psiquiátrico por tener antecedentes mentales (14 depresivos, 5 esquizofrénicos, 3 alcohólicos, 2 epilépticos y 6 con otros diagnósticos), mientras que los segundos pertenecían a la población general.

En la tabla siguiente exponemos algunos datos:

	<i>Hosp. Psiquiat.</i> (n° casos = 30)		<i>Ciudad Sanit. R.C.</i> (n° casos = 60)		<i>Probabi- lidad</i>
	F	%	F	%	
<i>Sexo</i>					
Varón	17	56.6	17	26.98	2.77 <0.01
Mujer	13	43.6	46	73.01	-2.77 <0.01
<i>Edad</i>					
x = 36.00					
d. t. = 16.96					
<i>Estado Civil</i>					
Soltero	18	60.0	35	55.5	0.40 N.S.
Casado	10	33.3	28	44.4	-1.01 N.S.
Viudo	2	6.6	—	—	2.07 <0.01
<i>Modo de Suicidio</i>					
Sección venas	5	16.6	—	—	3.33 <0.01
Ingestión Fármacos	6	20.0	55	87.3	-6.38 <0.01
Defenestración	9	30.0	1	1.5	4.13 <0.01
Ahorcamiento	2	6.6	3	4.7	0.38 N.S.
Otros	8	26.6	4	6.37	2.73 <0.01

Se observa que los pacientes psiquiátricos tienden a ser mayores que los de la población general, hay predominio de varones y realizan intentos más graves, datos que coinciden con los referidos por la mayoría de los autores, como por ejemplo, los referidos por Farberow en 1957, al diferenciar los suicidios consumados con los intentos de suicidio, y que a continuación exponemos:

<i>Características</i>	<i>Suicidios consumados</i>	<i>Intentos de suicidio</i>
Sexo	Más varones	Más mujeres
Raza	Para ambos sexos casi todos caucásicos	Para ambos sexos, predominantemente caucásicos

Edad	Para ambos sexos, mayor número de cuarenta a cincuenta años; para los varones sigue aumentando proporcionalmente hasta los sesenta y más.	Para ambos sexos, mayor número en los veintes y treinta
Estado civil	Para ambos sexos, gran porcentaje de casados (aunque bajo proporcionalmente), más divorciados, separados y viudos; para las mujeres gran proporción de viudas.	Para ambos sexos, gran porcentaje de casados (aunque proporcionalmente bajo) gran proporción de solteros
Ocupación	Para las mujeres, gran proporción de amas de casa; para los hombres, gran proporción de trabajadores capacitados y no capacitados.	Para las mujeres, gran proporción de amas de casa; para los varones, gran proporción de trabajadores capacitados, semicapitados y no capacitados
Lugar de nacimiento	Para ambos sexos, predominantemente nativos del lugar.	Para ambos sexos, predominantemente personas nacidas en el lugar
Método de suicidio	Para los hombres, principalmente heridas por arma de fuego, ahorcamiento, monóxido de carbono; para las mujeres, principalmente barbitúricos y heridas de armas de fuego.	Para ambos sexos, principalmente barbitúricos, algunas lesiones en la muñeca
"Razón" para el suicidio	Para ambos sexos, mala salud, depresión; para los hombres, dificultades matrimoniales.	Para ambos sexos, dificultades matrimoniales, depresión; para los varones dificultades financieras y de trabajo

Áreas socioeconómicas	Para ambos sexos, cifras más elevadas en las zonas de apartamentos de todos tipos (principalmente de categoría media e inferior).	Para ambos sexos, cifras más altas en las zonas de apartamentos, particularmente los de categoría inferior o media
-----------------------	---	--

Estos hechos diferenciales ponen de manifiesto que la conducta suicida de los enfermos mentales tiende a ser seria y grave y que el intento debe ser interpretado en general como un "intento frustrado".

En las líneas que siguen se analizarán aspectos de las características del suicidio (intento y suicidio consumado) de los enfermos psicóticos (depresivos y esquizofrénicos) y del enfermo alcohólico, que representan los sujetos pertenecientes a la población enferma mental y que deben ser analizados esencialmente por Psiquiatras.

Los enfermos neuróticos se diferencian difícilmente de los normales. En general la conducta suicida es parecida en ambos grupos. En general los estudios sociológicos y psicológicos sobre el suicidio se refiere a esta población.

II. LA CONDUCTA SUICIDA DEL ENFERMO PSICOTICO

Como puede deducirse de lo antedicho no sólo la conducta suicida de los enfermos psicóticos es muy grave, sino que puede afirmarse que ante una grave conducta suicida la expectativa de que el sujeto que la ha cometido sea un psicótico es muy elevada.

Las cifras de los diferentes autores varían según incluyan en las estadísticas enfermos neuróticos o no. En un trabajo realizado en 1971 por Giner y Cols (7)

se cita que el 81% de los sujetos que ese año cometieron suicidio en la población de Valencia, eran enfermos mentales. Esta cifra tan elevada se debe a estar en ella incluidos los neuróticos.

En general, se estima que entre los suicidas consumados e intentos reales de suicidio, un tercio por lo menos, son psicóticos (Pöldinger) (11).

En 1972, Giner y Seoane dividieron la población estudiada que había realizado intento de suicidio, según su gravedad, en tres grupos y constataron que había una clara correlación entre diagnóstico clínico y gravedad del intento, datos que referimos a continuación:

	Gravedad 1		Gravedad 2		Gravedad 3	
	F	%	F	%	F	%
Neurosis	30	38.9	36	46.7	11	14.2
Psicopatías	5	35.7	6	42.8	3	21.4
Esquizofrenia	2	7.6	6	23.0	18	69.2
Depresión	3	6.6	22	48.8	20	44.5
Sin diagnóstico	17	48.57	9	25.7	9	25.9

Es claro que los pacientes neuróticos tienden a cometer intentos leves y medianos, mientras que los psicóticos medianos y graves. Si se calcula el porcentaje entre los intentos graves (3), tenemos que los neuróticos representan el 18.0%, los psicópatas el 4.9%, los esquizofrénicos el 29.5% y los depresivos el 32.7 es decir, los pacientes psicóticos representan más del 60% de los intentos de suicidio graves.

La conclusión de Giner y Seoane es la de que pueden distinguirse tres tipos de intentos de suicidio: 1. Pseudo intento de suicidio, que se da en mujeres jóvenes, con neurosis; 2. El suicidio frustrado que aparece en esquizofrénicos especialmente y 3. El in-

tento propiamente de suicidio que lo cometen enfermos con depresión psicótica, mujeres y de edades entre 30 y 49 años;

2.1. SUICIDIO E INTENTO DE SUICIDIO DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO

Clásicamente ha venido señalándose que en el paciente esquizofrénico la conducta suicida suele ser absurda y dependiente de las alucinaciones e ideas delirantes.

Este hecho es cierto. Una de las características de los enfermos esquizofrénicos es precisamente el aspecto "extraño" de algunas de sus conductas en cualquier área, y por lo tanto también en relación al suicidio: un enfermo intentó suicidarse tragándose cuchillos; otro se abrió la cabeza con un pico, etc., pero, naturalmente la mayoría de las veces el modo de suicidarse es mediante procedimientos análogos a los de los otros sujetos.

También es cierto que en muchas ocasiones, el paciente se suicida bien porque recibe "órdenes" de hacerlo, por ejemplo, voces que se lo manden, o bien porque el acto se estructura dentro del cuadro delirante, pudiendo, en ocasiones, ser difícil diferenciar si realmente hubo intención de muerte, ya que los conceptos de vida o muerte pueden estar muy alejados de los conceptos normales.

Pero, es un error grave, suponer que ahí terminan las características de los suicidios esquizofrénicos, ya que muchas veces son actos ordenados con una significación y motivación superponible a la de los sujetos no esquizofrénicos.

Farberow, Schneidmann y Leonard (6) clasifican a los esquizofrénicos que intentan o consiguen suici-

dio, cuando este no es un “síntoma” delirante, en tres grupos: 1. Pacientes inconformes, 2. Pacientes dependientes satisfechos y 3. Pacientes dependientes insatisfechos.

Los primeros son enfermos que no aceptan la hospitalización, ya que no tienen sensación de enfermedad; no tienen sentimientos de culpa, ni síntomas depresivos y el riesgo más característico es que son inquietos, agresivos, hiperactivos e impulsivos. El 60% tiene antecedentes de actividad suicida y suelen cometer suicidio en una de las salidas del Hospital.

Frente a este tipo de pacientes que actúan “contra” el Hospital y el Psiquiatra, los otros dos grupos están formados por sujetos que se saben enfermos y aceptan en principio, la hospitalización y el cuidado médico. Sin embargo, los esquizofrénicos del segundo grupo, tienen frecuentes síntomas depresivos y ansiosos, y soportan mal el *stress*, pero no solo por causas externas, sino también por presiones internas motivadas por sus mismas preocupaciones y delirios. Se muestran entonces inquietos e impulsivos, aunque no agresivos. La situación se hace cada vez más angustiada y la vida más difícil de soportar y en una de las salidas, como un consuelo, buscan en la muerte la solución a sus problemas. En ellos, también, el 75% tiene antecedentes de actividad suicida.

El paciente “dependiente insatisfecho”, que, como decíamos, aceptaba bien la hospitalización, poco a poco, tiene la sensación de que el Hospital no le ayuda, y como el del primer grupo empieza a mostrarse inquieto, ansioso, con deseo de llamar la atención. Cada vez más aparecen síntomas depresivos e ideas de suicidio y sin necesidad de salir del establecimiento, en él cometen el acto suicida.

Así pues, dos rasgos aparecen relacionados con el acto suicida en el esquizofrénico, unas veces, son los síntomas depresivos y siempre en relación con la “desesperanza”, de su enfermedad o la conducta que con ellos se tiene que no satisface y llena sus deseos, o no soluciona sus problemas.

Tanto si rechazan o no la enfermedad, tanto si aceptan o no la hospitalización, comienzan a sentirse inquietos, angustiados y deprimidos, un dato que no se observa entre los esquizofrénicos no suicidas, y sólo en la muerte encuentran solución a sus problemas.

En resumen pues, el suicidio en el esquizofrénico tiene dos claras connotaciones:

1. Unas veces es un “síntoma” clínico, es decir, una conducta relacionada con sus alucinaciones y delirios.

2. Pero otras veces, es un “acto humano” organizado, con sentido, que se busca para aliviar la insoponible tensión, sin que el paciente adivine otras soluciones. Es, en definitiva, la consecuencia a la tremenda desesperanza.

2.2. SUICIDIO E INTENTO DE SUICIDIO DEL PACIENTE DEPRIMIDO

El suicidio en la depresión es un acto sumamente frecuente, el punto de la conducta suicida, de alguna manera implica un sentimiento depresivo.

Pero lo que vamos a tratar de analizar es algunos aspectos de la conducta suicida, desde el punto de vista clínico.

Entre los cuadros depresivos, los intentos de suicidio son más frecuentes entre los deprimidos neuróticos y reactivos que entre los deprimidos endógenos,

pero en este los suicidios consumados son mucho más elevados.

Así, por ejemplo, Pöldinger (11), encontró entre los intentos de suicidio los siguientes porcentajes:

Depresión reactiva	29.9%
Depresión neurótica	8.2%
Desarrollo depresivo	6.4%
Depresión endógena	7.7%

Mientras que, entre los pacientes que fallecieron por suicidio, el 36,8% padecían de depresión endógena, el 19.0% de depresión reactiva y el 0.9% de depresión psicógena.

Así pues, debe concluirse, que en la depresión endógena, el intento de suicidio, no sólo es frecuente, sino que es un hecho grave.

Como en los pacientes esquizofrénicos, podemos preguntarnos, ¿qué significación tiene el acto suicida?

También aquí el acto suicida puede verse como un acto organizado, liberador y como un síntoma patológico.

Entre las características que acompañan al deprimido que comete suicidio, tenemos que entre los motivos que le inducen al acto, los deprimidos reactivos suelen señalar disgustos amorosos y familiares, mientras que los endógenos, aislamiento y desgana de vivir.

Siempre hemos de tener en cuenta, que el estado de ánimo depresivo, es sobre todo de "pesadumbre" (*schwermut*). Que aunque el enfermo habla de tristeza y, por supuesto, la tenga, es el desánimo, la desgana y la desesperanza, el hecho más significativo. Para el deprimido endógeno es el mismo hecho de vivir intolerable.

El paciente empieza a sentir que está solo, que no hay comunicación afectiva con los demás (Ringel), que es dominado por una profunda tristeza y angustia. Se siente culpable, arruinado y enfermo. Cuando la depresión es muy intensa, hay además una marcada inhibición y esta, en cierto modo protege al enfermo, por eso el acto suicida se realiza al comienzo de la fase, o cuando la medicación ha suprimido la inhibición pero no la tristeza.

Lo amable, lo agradable de la vida, ha desaparecido. Al despertarse el paciente se siente abatido, y la llegada del día se vive como una insoportable y tremenda tarea. Hay que recordar que es por la mañana cuando la depresión es más intensa.

El acto suicida, por lo tanto, en la mayoría de los casos de la depresión psicótica, es un acto, que significa un hecho liberador. El enfermo no encuentra otra solución a sus problemas.

Otras veces, sin embargo, el intento de suicidio tiene o parece tener otro sentido, no aparece tan estructurado con la sintomatología total. En ocasiones la idea de suicidio aparece muy destacada y tiene características clínicas que se acercan al cuadro obsesivo.

Se trata de sujetos en que el carácter familiar del acto suicida es evidente. Desde hace años muchos autores ponen de manifiesto que en determinadas familias el cuadro depresivo se manifestaba frecuentemente. Así, Necabrunni vió a un padre, dos hijos, una hija y nieto que se suicidaron con una misma pistola. Hammond, un padre, dos hijos, una hija y un nieto que se suicidaron por degüello. Gall, un padre y siete hijos. Así podríamos citar más familias "suicidas" y entre nosotros Martínez Pardo (9), ha comunicado seis familias, con más de cuatro suicidios en-

tre sus miembros y para los cuales ha propuesto el término de suicidio "esencial".

Aunque este tipo de observaciones ha servido para plantear la tesis, hoy insostenible, de una posible herencia de la conducta suicida, lo que el análisis revela es que se trata de sujetos, en los que desde el punto de vista de la conducta muestran una increíble "tenacidad" en buscar la muerte. En ellos es posible observar no intentos de suicidio, sino repetidos suicidios frustrados, hasta que al fin encuentran la muerte. Y que desde el punto de vista psicológico, viven la idea de suicidio, casi como una obsesión, más que como una idea sobrevalorada.

Martínez Pardo refiere el caso de un paciente deprimido que acababa de hacer dos intentos de suicidio en dos días y cuya hermana hacía años que se había envenenado, que refería que en el momento de la tentativa no pensaba en su hermana ni en nada parecido y sólo tenía la idea fija de la muerte, empujándole a tomar la decisión. Esta idea de muerte, que muchas veces había deshechado, se repetía y el enfermo volvía una y otra vez, al sitio que tenía escogido para quitarse la vida y lo cierto es, decía el enfermo, que no tengo ningún motivo pero no apartar la idea de mi cabeza.

La aparición de ideas obsesivas en el curso de la depresión endógena es relativamente frecuente y nosotros mismos en relación con E. Amat (3) nos hemos ocupado de esta cuestión. Nosotros hemos observado entre 800 pacientes deprimidos que en 41 (5.12 %) había ideas obsesivas con todas las características psicopatológicas de este síndrome.

Los contenidos obsesivos eran variables, pero en tres ocasiones lo era precisamente la "idea de cometer suicidio". Uno de nuestros pacientes vió a un

ahorcado y desde entonces vivía “obsesionado por la idea de hacerlo él mismo”.

Alberca también ha llamado la atención sobre la aparición de obsesiones en el curso de la depresión endógena y señala además el hecho de que entre los familiares de sus enfermos obsesivos se da una alta frecuencia de suicidios.

En resumen, pues, podríamos señalar que el suicidio en la Depresión endógena tiene dos significados distintos:

1. En la mayor parte de los casos, el suicidio representa un acto liberador. La vida que es insoportable, porque carece de esperanza, sólo puede resolverse con la muerte.

2. Otras veces, las menos, tiene el carácter de un síntoma obsesivo, que empuja fatalmente al paciente a cometer este acto.

III. CONDUCTA SUICIDA Y ALCOHOLISMO

La relación entre conducta suicida y alcoholismo es muy elevada. Así, 19 estudios señalan que la proporción de alcohólicos entre los suicidas oscila del 6% al 54%, con una media del 20% y 12 estudios señalan que el intento de suicidio oscila entre el 11% y 77% de alcohólicos con una media del 29%.

Del mismo modo, si el estudio se realiza sobre un material de alcohólicos, cuatro estudios señalan que el suicidio oscila entre el 8% y el 28% con una media del 19% y los intentos citados en tres estudios, es que oscila del 6% al 25.3%, con una media del 12.7%.

A pesar de este hecho y a pesar de, naturalmente, ser conocido de antiguo, existen sin embargo, pocos

estudios que analicen esta cuestión por lo que viene repitiéndose la conclusión de Cavan de 1928 de que no hay estudios adecuados entre la tendencia al suicidio y el hábito de beber.

En líneas generales las hipótesis que han venido desarrollándose para explicar la asociación entre el alcoholismo y suicidio o intento de suicidio pueden agruparse, a nuestro modo de ver, en cuatro:

1. El alcoholismo como un tipo de suicidio.
2. El alcoholismo y el suicidio son el resultado de una misma causa social.
3. El alcoholismo es un factor esencial para el suicidio.
4. El suicidio en los alcohólicos aparece como expresión de un cuadro depresivo.

Nosotros, en relación con Galiana (4) hemos analizado este problema y nos ha parecido que la más verosímil era la cuarta hipótesis.

Estudiando las historias de un grupo de pacientes que habían ingresado en el hospital Psiquiátrico por intento de suicidio y que eran alcohólicos, en comparación con otros dos grupos similares de pacientes alcohólicos no suicidas y pacientes suicidas no alcohólicos, pudimos constatar los siguientes hechos:

El grupo de pacientes que habían intentado suicidio y que tenían una historia de alcoholismo estaban caracterizados por ser casados con frecuentes problemas matrimoniales, generalmente de celos, que aducían como motivo de suicidio. El nivel educativo era medio y el tamaño de la familia el standar de la población general.

Eran personas serias en general introvertidas y con dificultades en las relaciones interpersonales y en ocasiones con rasgos psicopáticos.

Entre los antecedentes familiares en un 30% había alcoholismo, actividad suicida en un 35% y enfermedad mental en un 32%, de los cuales el 6% eran depresivos.

Tenían conciencia de enfermedad y se sentían rechazados por su esposa generalmente, siendo como decíamos los celos (43.24%) y problemas matrimoniales (27.02%) el motivo aducido para el intento.

En relación con el grupo de pacientes alcohólicos sin actividad suicida, se observó que el nivel educativo era más elevado; había más antecedentes mentales, tanto generales como depresivos; una historia previa de ideas e intentos de suicidio y eran vistos por sus familias como seres irresponsables y con conductas psicopáticas.

Sin embargo, había muy pocas diferencias con el grupo suicida no alcohólico que el grupo depresivo, diferenciándose únicamente porque en estos últimos había más antecedentes de enfermedad mental especialmente depresiva.

Para completar y ahondar el estudio y tratar de verificar el hecho de que el suicidio alcohólico aparecía sobre todo ligado a depresión, estudiamos un grupo de alcohólicos ingresados por intento de suicidio y lo comparamos con un grupo homogéneo de alcohólicos sin actividad suicida. Ambos grupos fueron estudiados con las escalas de depresión de Beck, la FCRS de Overall, la escala de alcoholismo de Jellinek y algunos casos con el test de Rorschach.

La escala de Jellinek que como es sabido analiza adecuadamente las conductas en relación con el alcohol y los síntomas clínicos debidos al alcohol no reveló diferencias significativas entre ambos grupos.

La escala de Overall, diseñada para estudiar patología mental general reveló algunas diferencias y así el grupo alcohólico con intento de suicidio tenía más sentimientos de culpa (++), humor depresivo (++), dependencia (+), síntomas neuróticos (+) y síntomas de agresividad y tensión (+).

Es decir, si en cuanto alcohólicos, ambos grupos son superponibles, no lo son respecto a su sintomatología clínica, existiendo en el grupo suicida una clara sintomatología depresiva.

Tratando de ahondar en este aspecto, como hemos señalado ambos grupos han sido analizados por medio de la Escala para la depresión de Beck que puso de manifiesto que el grupo con actividad suicida tenía un cuadro claramente depresivo (media de 30.88 puntos) lo que no ocurría en el grupo control (media 17.40 puntos).

Las variables que más diferenciaron ambos grupos fueron: pesimismo, fracaso, descontento, sentimientos de culpa, necesidad de castigo y odio a sí mismo.

Así pues, quedaba claramente verificada la cuarta hipótesis, es decir, que el suicidio en los pacientes alcohólicos, era un síntoma relacionado con un estado depresivo.

Como acertadamente señalan Beck y Lester (1973) (5), el término depresión se refiere tanto a un estado de ánimo como a un diagnóstico psiquiátrico y naturalmente al decir que los alcohólicos que intentan el suicidio lo hacen por su depresión nos referimos a este como estado de ánimo.

Pero lo que interesa destacar es que una serie de trabajos utilizando la escala de Depresión de Beck, (Cropley A. y Weckowicz, 1966; Pichot P. y Lemeniere T., 1964; Ninkoff R., Bergman E., Beck A.T. y

Beck R., 1973 (4), han puesto de manifiesto, por medio de tests factoriales, la existencia de tres factores, el primero de los cuales establece la correlación de suicidio, fracaso, autoacusaciones y sentimientos de autodesprecio. Los otros dos factores se refieren a datos fisiológicos (como anorexia, pérdida de peso y alteraciones del sueño) y trastornos de actuación.

Estos hechos, verificados ampliamente por Beck y Lester (5) ponen claramente de manifiesto que la conducta suicida aparece claramente relacionada a menosprecio y desesperanza, un hecho destacado por Alonso Fernández, al referirse a los suicidios de los alcohólicos.

En nuestros alcohólicos que intentaron suicidio los datos de la Escala de Beck se superponen a los de los autores que hemos comentado, por lo que parece claro, que de todos los hechos analizados, son el pesimismo, fracaso, sentimientos de culpa, necesidad de castigo y odio a sí mismo, los hechos que impulsaron a estos pacientes al suicidio.

Pero debemos ahora preguntarnos por la etiología de este cuadro. Seguramente intervienen varios factores etiológicos. En los alcohólicos que intentaron suicidio se dan altas cifras de antecedentes depresivos y suicidas, y señalábamos que el grupo, como tal, se diferenciaba poco del de los deprimidos. Hay pues que contar con un factor de endogeneidad y otros hechos medidos con las escalas y el test de Rorschach nos indican que los alcohólicos que intentan suicidio tienen una personalidad inestable, con tendencia a la ansiedad y un yo débil con escasos mecanismos de defensa que les hace fracasar ante situaciones familiares y sociales desfavorables.

Antes habíamos señalado que algún autor pensaba que el alcoholismo era un factor esencial para el sui-

cidio, y ha sido Whitehead quien en 1972 ha enfatizado esto.

Whitehead (12) destaca la opinión de Durkheim que había visto la importancia que tiene para el individuo su integración social y que había señalado que una consecuencia de la "superindividuación" que supone la rotura social es el suicidio.

Whitehead estudia los amigos, familia y otras personas significativas y concluye que el alcoholismo importa para la rotura de las relaciones, por lo que produce el fenómeno de la "superindividuación". Este autor cree que hay una sucesión de hechos: 1º. Alcoholismo, 2º. Rotura de relaciones interpersonales y 3º. Pensamientos suicidas.

Pero estos fenómenos, que aparecen en los alcohólicos, no llevan a todos al suicidio. Se precisa, creemos, una personalidad inestable y con tendencia depresiva, para que aparezca definitivamente la "desesperanza", y que empujado por ella sólo vea el alcohólico, en la muerte, la solución a su vida.

IV. CONCLUSION

En las líneas que anteceden hemos intentado un rápido repaso sobre el hecho del suicidio visto desde la perspectiva psiquiátrica.

Nosotros pensamos que el suicidio debe ser visto como un síntoma, unas veces, y como un acto humano pleno de sentido en otras ocasiones.

Al estudiar la esquizofrenia, apuntábamos que el suicidio puede obedecer a las alucinaciones e ideas delirantes del enfermo y en la depresión, que podía apa-

recer como un síntoma obsesivo. He ahí, el suicidio como un "síntoma clínico".

Pero, en las psicosis, tanto esquizofrénica, como depresiva y en el alcoholismo, la conducta suicida no es un síntoma de enfermedad.

En los tres casos aparece ligada a un hecho común: la desesperanza. Motivado por su enfermedad, y en colaboración con personalidad y hechos sociales, el enfermo va poco a poco aislándose de su entorno, el fenómeno de la "superindividuación" denunciado por Durkheim es evidente. En el enfermo mental, por las medidas de aislamiento, en el alcohólico por el rechazo social y familiar, y en ambos, por el "aislamiento" que la enfermedad, ella misma, produce.

El stress externo e interno se hace intolerable, aparece la tristeza, la angustia, culpa y rechazo a sí mismo. Surge la desesperanza, sólo la muerte aparece como un acto liberador.

Por eso, el Psiquiatra, no puede estar sólo atento al diagnóstico clínico, debe analizar todos los aspectos del enfermo, debe de valorar, su situación existencial, que le revela hasta qué punto, el depresivo, esquizofrénico y alcohólico, están a punto de cometer suicidio.

BIBLIOGRAFIA

1. Adam, K.S.: "Suicide. A critical review of the literature", *Canad. Psychiat. Ass. J.*, 1967, 12, (413-420).
2. Alonso Fernández, F.: *Fundamentos de la Psiquiatría actual*, Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1968.
3. Amat, E. y Barcia, D.: "El síndrome anancático. Obsesiones y depresión endógena", *Actas Luso-Esp. de Neur. Psiq.*, 1959, 4 (283-301).
4. Barcia, D. y Galiana, M.: "Alcoholismo e intento de suicidio", *Actas Luso-Esp. Neur y Psiq.*, 1976, 5, (267-250).

5. Beck, A. and Lester, D.: "Components of depression in attented suicides", *J. Psychol.*, 1973, 85/2 (257-260).
6. Farberow, N. y Schneidman, E.: *Necesito ayuda. Estudio sobre el suicidio y su prevención*. La prensa Médica Mexicana, México, 1969.
7. Giner, J. y Jiménez, R.: "El intento de suicidio en su interés psiquiátrico. Un estudio sobre la población de Valencia", *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Málaga, 1971.
8. Giner, J., Seoane, J. y Jiménez, R.: "Diferentes constelaciones dentro de la conducta suicida", *Folia Neuropsiq.* 1972, 2, (1-14).
9. Martínez Pardo, F.: "Problemática en torno al suicidio", Ponencia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Barcelona.
10. Organización Mundial de la Salud: *Comparabilidad de las estadísticas sobre suicidio*. Crónica de la O.M.S. 1975, 29 (201-207).
11. Pöldinger, W.: *La tendencia al suicidio*, Ed. Morata. Madrid, 1969.
12. Whitehead, P.C.: "Notes on the association between alcoholism and suicide", *Int. J. Addict.*, 1972, 7/3, (525-532).