



Revisión Bibliográfica

El por qué del suicidio: enfoque médico y filosófico.

The reason why people commit suicide: philosophical and medical approach.

Lic. Jesús A. Martínez Gómez¹, Lic. Evelio A. Pérez Fardales²

1. Licenciado en Filosofía. Facultad de Ciencias Médicas Sancti Spíritus. Cuba. Email: jesus@escambray.ssp.sld.cu
2. Licenciado en Filosofía. Facultad de Ciencias Médicas Sancti Spíritus. Cuba.

RESUMEN

El presente artículo da respuesta a una interrogante que siempre ha preocupado al hombre: ¿por qué las personas se suicidan?. La solución a este problema se hace valorando distintas soluciones teóricas, filosóficas y médicas, que han tratado de explicar el mismo, fundamentando estas tesis con argumentos filosóficos que pueden ser de gran utilidad al médico en su labor de diagnóstico y prevención de la conducta suicida.

DeCS: SUICIDIO/prevención y control.

ABSTRACT

The current article gives answer to the question that has always preoccupied man: why do people suicide themselves? The solution to this problem is done by valuing different theoretical, philosophical and medical solutions that have tried to explain the mentioned problem; to base these theories on philosophical grounds can be very useful to the doctor in his medical diagnostic work and prevention of suicidal behavior.

MeSH: SUICIDE/ prevention & control.

DESARROLLO

El incremento del suicidio en los últimos años es impresionante. Según datos de la OMS, mil personas como mínimo se suicidan diariamente¹ y por cada persona que se suicida, de 10 a 15 lo intentan. En los países desarrollados el suicidio ocupa un lugar entre las primeras 10 causas de muerte. En los EE.UU. es la 8va causa de defunción y la 2da entre los jóvenes².

En Cuba el suicidio ocupa aproximadamente la sexta causa de mortalidad y la segunda en las edades de 15-49 años, la tasa de mortalidad en 1988 fue de 22,5 por 100 000 habitantes³. Investigaciones epidemiológicas en la provincia Sancti Spíritus, muestran que esta no es una excepción al respecto, las mismas arrojaron que el grupo que más incidencia presentó de intentos suicidas fue el comprendido entre las edades de 15-19 años, con predominio de sexo femenino.

La palabra suicidio significa "sui" si mismo "cidium" matar⁴. Se plantea que esta fue introducida por el abate Desfontaines en el siglo XVIII, pero las raíces del suicidio como fenómeno son muy lejanas, no existiendo períodos en la historia de la humanidad en que no se haya practicado. No obstante, las formas de suicidarse y la actitud de los hombres ante el suicidio han variado históricamente. Los hebreos mantuvieron una actitud de abierta condena, a diferencia de los griegos y romanos que expresaron cierta tolerancia. Seneca el Romano, que por demás era estoico, interpretando la actitud de los hombres de su época, planteaba que el hombre sabio vive lo mejor que puede, no lo más que puede y siempre pensara sobre la vida en términos de calidad, no de cantidad⁵. En la cultura Maya y Azteca el suicidio era visto positivamente, como un acto de ofrenda a los dioses⁶; los esquimales lo veían como un acto económicamente necesario, sobre todo al llegar a la vejez⁷; los japoneses, fundamentalmente en la época del shogunato, lo tomaban como un acto ritual (haraquiri) honroso y necesario. En las culturas cristianas predominó la concepción del suicidio como pecado.

Ya en el siglo IV San Agustín lo rechazó categóricamente, considerándolo un crimen porque impedía la posibilidad de arrepentirse y violaba las leyes en contra de no matar⁸. Santo Tomas de Aquino (1225-1274) elaboró la concepción del suicidio como un pecado mortal, considerando que este atentaba contra el poder divino de decisión sobre la vida o la muerte del hombre⁹. Todo esto trajo consigo que las restricciones de la iglesia católica en la edad media dieran lugar a la degradación, difamación y persecución de las personas con conductas suicidas. Desde esta época, en Inglaterra y Francia el suicidio fue considerado como una falta grave y un crimen contra el estado, provocando una amplia represalia por parte de la sociedad. No es hasta 1961 que una ley sobre el suicidio cambia esta situación en Inglaterra, en Francia esto se prolongó hasta la gran revolución de 1789, momento en que fueron suprimidas las penas contra los que se suicidaban. Hasta los años 60, en los Estados Unidos de Norteamérica en varios de sus estados el suicidio fue considerado un crimen y actualmente en algunos de ellos el intento suicida es valorado como delito grave o no tan grave y puede ser penado con el encarcelamiento. En otros de ellos, aunque no hay una legislación en contra del suicidio, si se especifica que es delito grave ayudar, aconsejar o animar a otra persona para que se suicide. Aunque ni el suicidio ni el intento suicida son penados hoy en la mayoría de los países, existe un consenso a favor de considerar el auxilio al suicidio como delito.

Con la crítica filosófica al pensamiento medieval cambia la valoración ética del suicidio y se abren las puertas al estudio de su causalidad. David Hume (1711-1776) fue el primero de los grandes filósofos de la edad moderna que criticó la concepción escolástica del suicidio. Para Hume, es la prudencia o el coraje la que anima a los hombres a acabar con su existencia cuando esta se transforma en una pesada carga¹⁰. De forma parecida pensaba Paul Heinrich Dietrich, barón de Holbach (1723-1789), quien era del criterio que cuando un hombre se mata es porque la vida para él es mucho más un mal que un bien y su existencia ha perdido todo valor¹¹. Otro de los grandes de la modernidad, I. Kant (1724-1804), consideraba que el suicidio no podía justificarse desde el punto de vista moral.

El acto de quitarse la vida cuando esta ofrece más males que agrado es egoísta, según Kant, no pudiendo realizarse como ley natural universal por ser ajeno al imperativo categórico que la razón se da a sí misma¹². Uno de los precursores del irracionalismo contemporáneo, Arturo Schopenhauer (1788-1860), sentenciaba que el suicidio niega solo al individuo y no a la especie, por lo cual es un acto insensato. Según él, el individuo persigue eliminar su existencia dolorosa sin percatarse que el dolor es un elemento esencial a la vida como cosa en sí. El suicida, afirma Schopenhauer, ama la vida; lo único que le pasa es que no acepta las condiciones en que se le ofrece¹³. Federico Nietzsche (1844-1900), fundador de la Filosofía de la vida, ve en el suicidio una forma de realizar la voluntad y morir a tiempo, evitando la vejez, la decrepitud o una vida vergonzosa. Según él, todos los que buscan la gloria deben despedirse a tiempo de los honores y ejercer el difícil arte de retirarse con oportunidad¹⁴.

El existencialista Albert Camus (1913-1960) considera que el suicidio es el único problema filosófico serio, siendo una de las formas en que el hombre se revela ante la falta de significado de la vida, su desespero y su cualidad absurda¹⁵. D. Bonhoeffer, teólogo alemán de la primera mitad de siglo, consideró el suicidio como la última tentativa del hombre de dar un sentido humano a una vida que ha resultado sin sentido, siendo censurable solo ante Dios, creador y señor de su vida, y no ante la moral de los hombres¹⁶. El teólogo brasileño Enoch de Oliveira sostiene que la causa del suicidio es la angustia ante la vida desesperanzada, compartiendo la sentencia de que lo mismo que es el oxígeno para los pulmones, es la esperanza para dar significado a la vida humana. En este sentido, según de Oliveira, el hombre de fe tiene la ventaja sobre los demás hombres de que sufre las aflicciones de la vida, pero las enfrenta animado por la esperanza de encontrar al fin de la jornada al Padre Celestial que lo recibirá en su hogar¹⁷.

Las referencias en la literatura médica y paramédica acerca del suicidio se remontan a Hipócrates (siglo IV acne), que lo define como síntoma autodestructivo¹⁸, pero no es hasta el siglo XX que los médicos pasan de la descripción fenomenológica del acto o conducta suicida a la investigación de su esencia y causas. Esta búsqueda comenzó por las teorías sociológicas, las cuales se basan en los estudios realizados por el sociólogo francés Emil Durkheim a partir de los años 90 del siglo XIX. La filosofía francesa desde Rousseau, al subrayar el estado natural del hombre, había transformado el pecado del hombre en un pecado de la sociedad, afirmando que es la sociedad la responsable de la conducta de aquel y no este (el hombre). Este fue el principio que siguió el sociólogo francés al investigar el suicidio, considerando que este "depende principalmente de causas externas que rigen a la gente y no de las cualidades internas del individuo"¹⁹.

Para Durkheim, el suicidio es el resultado de las influencias y el control de la sociedad sobre el individuo²⁰, por lo cual el número de suicidios varió inversamente al grado de integración de los grupos sociales de los que el individuo forma parte. Él realizó una clasificación etiológica que corresponde a las distintas causas de suicidio, destacando cuatro tipos fundamentales: egoísta, altruista, anómico y fatalista. El suicidio egoísta se debe, según él, a las causas que condicionan el alejamiento del individuo de la sociedad, la cual deja de ejercer una influencia reguladora sobre él. La causa de los suicidios de este tipo está en la desorganización social y la pérdida de los objetivos sociales, lo cual debilita los lazos sociales que atan al individuo a la sociedad y por tanto, a la vida. Este estado general se refleja en la desintegración de los grupos sociales-religiosos, familiares, políticos... que influyen directamente sobre el individuo. Conforme a esto se suicidan más las personas que viven solas que las que forman parte de una institución, grupo o comunidad. El segundo tipo de suicidio (el altruista) se produce cuando los intereses personales son absorbidos por completo por los sociales, siendo la integración del grupo tan grande que el individuo deja de existir como persona independiente. Durkheim incluyó en este tipo las antiguas costumbres que exigían al individuo el suicidio ante determinadas circunstancias (en el caso de los esclavos por la pérdida del amo, entre los esquimales por la vejez, entre otras). En estos casos el suicidio es pedido por la sociedad y la persona no tiene otra posibilidad que suicidarse. Quitarse la vida en estos términos es honroso, y no hacerlo es ignominioso. El suicidio anómico, según Durkheim, se produce cuando la relación habitual del individuo y la sociedad se rompe repentinamente. Esto ocurre generalmente durante las conmociones sociales, las crisis

económicas, en fin cuando el individuo pierde la capacidad de adaptarse al medio, a las nuevas exigencias que resultan de las transformaciones sociales, perdiendo el nexo que lo une a la sociedad. Sirve de ilustración el caso de la persona que se suicida por la pérdida del empleo, de un familiar querido, de la fortuna, entre otras. Por último, el suicidio fatalista es aquel que se produce como resultado de un exceso de reglamentación que hace insoportable la vida. Este tipo de suicidio lo cometen las personas cuyo futuro esta despiadadamente tapizado y cuyas pasiones son violentamente comprimidas por una disciplina opresiva.

Para Durkheim, el suicidio es un acto consciente y planeado que refleja en forma ideal (con frecuencia tergiversada) las fuerzas sociales que empujan al hombre a suicidarse. El otro núcleo de concepciones lo conforman las llamadas teorías psicológicas, que se basan fundamentalmente en las ideas de Freud. A diferencia de Durkheim, Freud parte en el análisis del suicidio del individuo y de su mundo interno (intra psíquico). Según él, las causas del suicidio radican en la mente del individuo, en su psiquis y no en el medio social donde vive. Los hombres según Freud, se identifican de forma ambivalente con los objetos que aman. Por eso, cuando son frustrados, el lado agresivo de la ambivalencia se dirige contra la persona internalizada. De esta forma, según él, el suicidio representa un homicidio de grado 180²¹, provocado por la hostilidad inconsciente contra el objeto amado e identificado de forma ambivalente. Así, una persona puede suicidarse para asesinar la imagen existente en su pecho del padre amado temido. La concepción freudiana del suicidio, conocida como psicodinámica, fue desarrollada por muchos de sus seguidores²².

Según Karl Menninger (1938), la hostilidad en el suicidio esta matizada por tres deseos: el de matar, el de ser matado y el de morir; observándose una conducta destructiva en todas estas instancias. Para este, el suicidio puede ser crónico, orgánico o focal. Es crónico cuando se realiza la autodestrucción por medio del ascetismo, invalidez neurótica, adicción alcohólica, conducta antisocial y psicosis; focal cuando aquella se centra en una parte del cuerpo, pudiendo ser a través de las automutilaciones, las enfermedades fingidas, los accidentes, la impotencia sexual, entre otras; y orgánico cuando se centra en los factores psicológicos de las enfermedades orgánicas, especialmente los componentes eróticos y agresivos. Zilboorg (1937) reconsideró esta concepción psicoanalítica, afirmando que en cada caso de suicidio se observa tanto una hostilidad inconsciente como una incapacidad poco común de amar a otros, haciendo así extensiva la dinámica intrapsíquica al mundo externo, con lo cual reconocía que el suicidio tenía causas tanto intrapsíquicas como extrapsíquicas, es decir externas a la conciencia. Desde este punto de vista, la ruptura de un hogar -por ejemplo- desempeña un papel importante en el desencadenamiento de un suicidio.

Litman (1967) alega que existen otros factores, además de la hostilidad, en la psicodinámica del suicidio. Entre estos factores sitúa la cólera, la culpa, la ansiedad, la dependencia, entre otras. También considera importantes los sentimientos de desesperanza, desamparo, abandono, a lo que se puede añadir la consideración común a muchos de que el estado psicológico de emoción intolerable, desespero insoportable o angustia insufrible también está asociado al suicidio. Otro tanto acontece con los estados depresivos. Los estudios psicoanalíticos del suicidio en la actualidad señalan que para caracterizar el estado de posible suicidio se deben tener presentes tres elementos: la breve duración de las crisis suicidas agudas, las cuales nunca llegan a prolongarse meses o años pues duran solo horas o días; la ambivalencia, dada por la dualidad de sentimientos y actitudes hacia la persona y su imagen introyectada (es la del que quiere y no quiere); y, por último, el ser un núcleo diádico, o sea un hecho que por lo general implica a dos personas. Así se sostiene que aunque el drama suicida se proyecta en el interior de una cabeza, las tensiones suicidas se desarrollan entre dos personas que se conocen bien una a la otra. Además de las teorías sociológicas y psicológicas del suicidio, existen también las teorías biologizadoras. Dentro de estas se destacan las neurofisiológicas, que hacen énfasis en un supuesto debilitamiento de las funciones cerebro-corticales elevadas y otros trastornos análogos, y las teorías genéticas, que resaltan la predisposición hereditaria hacia el mismo.

Lo más novedoso en el estudio del suicidio es la llamada teoría multifactorial, de general aceptación en la OMS y Cuba. Esta teoría considera al suicidio como un hecho en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales²³. El enfoque multifactorial considera que en un suceso X cualquiera puede intervenir tanto uno como dos como los tres factores, atribuyéndole a cada uno distinto peso específico en el suceso en cuestión. Los estudios del suicidio realizados conforme a esta teoría se basan, fundamentalmente, en la aplicación del método epidemiológico para determinar los factores de riesgo presentes en los distintos grupos sociales. Los resultados obtenidos permiten realizar un trabajo profiláctico, el cual es un logro pragmático de esta teoría. Sin embargo, en el fundamento metodológico de la misma está el reconocimiento implícito o tácito de la renuncia a la búsqueda de la causalidad del suicidio. Algunos seguidores de esta teoría afirman que "no existen causas específicas de suicidio, aunque si factores que le predisponen"²².

Está claro para ellos que no se puede tomar por causas las razones que alega todo aquel que intenta suicidarse, por eso el hecho de que las causas asignadas a cada caso difieren de las razones que comunican los sujetos que sobreviven al intento suicida. Los seguidores de esta teoría no se proyectan más allá del llamado factor de riesgo, el cual es identificado en muchos casos con la causa. La teoría multifactorial, por otra parte, aparece como resumen teórico de todas las interpretaciones anteriores del suicidio. La renuncia por esta teoría a la causalidad evidencia al carácter fallido de los intentos de sus procederes en este campo.

Para indagar en la causa del suicidio hay que ir primeramente a la causa de toda conducta humana, es decir al hecho de que el hombre antes de actuar concibe en su cabeza en forma de plan o proyectos los fines de su actuación, al hecho de que este plan o proyecto -que no es más que la idea rige como ley las modalidades de su actuación²⁴. Todo lo que el hombre hace, en tanto que hombre y no animal, tiene necesariamente que pasar por su cabeza, por eso el producto de la actividad humana antes de existir como realidad objetiva debió existir primeramente idealmente. En fin, lo que el hombre hace no es más que la realización de sus ideas.

El suicidio es un acto humano y por tanto no escapa a esta regularidad. La causa inmediata del mismo es la idea suicida, en tanto que idea que el hombre realiza o ejecuta. La idea suicida es muy vieja, es tan antigua como la conciencia del hombre. Ella existe en la conciencia social de forma abstracta y genérica (como concepto), y los hombres al venir al mundo lo que hacen es tomarla, incorporarla a su conciencia individual. Por tanto, de lo que se trata no es de la creación del concepto del suicidio, sino de la elaboración de la idea del suicidio en cuanto al cómo, donde, cuando, entre otras. La elaboración de la idea suicida pasa por varias etapas y debe estar acompañada o precedida del convencimiento del sujeto de la necesidad de suicidarse y la toma de decisión al respecto. Aún en los casos en que el suicidio aparece asociado a una forma de conducta aparentemente irreflexiva (bajo un trastorno situacional transitorio, reacción aguda, entre otras), siempre esta mediatizado por el acto consciente, aunque este último no obedezca a una meditación prolongada. Normalmente, la fundamentación racional del suicidio está precedida o acompañada de una serie de sucesos (desfavorables, negativos) que van convenciendo al hombre y cristalizan en la toma de la idea en cuestión como una solución (real o aparente) de sus problemas vitales. Lo que el paciente que intentó suicidarse refiere al psiquiatra no es más que el motivo (el último suceso en aquella cadena de sucesos negativos o desfavorables) que llevó al hombre a tomar la decisión (rompimiento de la medida) de intentar suicidarse.

Lo que se ventila en el dilema de suicidarse o no, no es más que el problema del sentido de la vida, cuestión ya resuelta como se vió por el pensamiento filosófico. La pérdida del sentido de la vida (pérdida real o aparente) es la causa inmediata de la elaboración y ejecución de la idea suicida. La causa de la pérdida del sentido de la vida, a su vez, debe buscarla en la incidencia de los factores biológicos, psicológicos, culturales, espirituales, entre otras. Hasta ahora, las distintas teorías médicas y paramédicas que han intentado explicar la causalidad del suicidio no han hecho más que tomar estos factores de forma aislada, independientemente unos de los otros. No han tenido en cuenta que estos están sintetizados orgánicamente en el concepto "sentido de la vida", el cual aparece como suma, compendio, resumen de lo vivido.

El sentido de la vida no es algo abstracto, sino concreto. Y en esto hay que reprocharle al pensamiento filosófico precedente el haber propuesto solo soluciones abstractas a este problema. En su expresión subjetiva, el sentido de la vida humana está formado por un conjunto bastante amplio de metas, aspiraciones, deseos, entre otras, propio de cada individuo y su sistema de valores. El sentido de la vida es irrepitable entre los distintos sujetos y esto se debe a que cada uno de ellos ocupa un lugar único y específico en la sociedad. La conciencia no puede ser otra cosa que el ser consciente y el ser de cada individuo es irrepitable, coincidiendo con su proceso de vida real²⁵.

El proceso de vida real es el sustrato objetivo a partir del cual el hombre elabora su concepto de sentido de la vida. Los hombres debieran proponerse siempre metas alcanzables, con ello la sociedad se ahorraría gran cantidad de suicidios. Pero por desgracia, la mayoría de las personas no siempre tienen claro lo que quieren y menos aún se preguntan por la realidad o terrenalidad de sus aspiraciones. De aquí que no todo sujeto que declara sin sentido su vida, lo hace partiendo de una valoración objetiva de la misma. En muchos casos la vida sigue teniendo objetivamente su sentido, lo que el individuo lo ha perdido de vista por errores lógicos, epistemológicos, axiológicos, entre otros. Claro que puede darse la situación en que la vida pierda objetivamente su sentido. Es el caso de las costumbres y tradiciones que en determinadas circunstancias obligan al hombre a suicidarse. Aquí el sujeto no tiene la posibilidad de elección, al menos con respecto al morir o no. El individuo ha constatado que ha muerto socialmente, solo le resta añadir a la muerte social la biológica.

La muerte social del hombre es equivalente a la pérdida total y objetiva del sentido de su vida. Pero para la psiquiatría y la medicina en general el interés debe recaer fundamentalmente en aquellos casos en que el suicidio se debe a una pérdida ilusoria del sentido de la vida, pues es aquí donde se encuentran ante un fenómeno típicamente morboso o enfermizo con los que se suicidan, ya nada queda por hacer. En el orden pragmático la tarea es evitar que lo hagan. La mayoría de las personas que se suicidan lo han intentado con anterioridad. Es necesario hacer distinción entre el intento suicida y el suicida frustrado³, este último no es más que el acto suicida que no cumple su cometido dado la intervención de factores externos o a la aplicación de medios médicos eficientes y oportunos. El intento suicida es cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención. El intento suicida es una figura distinta del suicidio. La mayoría de los autores de investigaciones al respecto concuerdan en afirmar que la finalidad del que intenta suicidarse no es hacerlo, sino llamar la atención sobre él, pedir ayuda, pero sin duda, entre el intento suicida y el suicidio existe una estrecha relación. El intento suicida es un grito de auxilio, siendo la respuesta del medio por su importancia crucial la que decidirá si el suicidio será o no finalmente consumado. La relación estriba en que el intento suicida evoluciona generalmente hasta el suicidio.

El intento suicida puede tener antecedentes. Las formas más simples de autoquiria (auto mutilación o amputación de partes del cuerpo) pueden presentarse con antelación al intento suicida, e incluso ciertos actos de temeridad (imprudencia, arrojamiento con demasía, entre otros), son en muchos casos conductas autodestructivas. Detrás del accidente del tránsito se esconde muchas veces un suicida potencial. La vida de Vincent Van Gogh (1853-1890) es ilustrativa en este sentido. El pintor, después de quemarse una mano y amputarse una oreja, intentó dos veces suicidarse hasta que finalmente lo logró. Sin duda la elaboración y ejecución de la idea suicida pasa por varias etapas, partiendo desde la temeridad y las simples formas de autoquiria hasta el intento suicida y la consumación del hecho. Por eso, en lugar de hablar de conducta suicida³, es más apropiado referirse a todo un síndrome: el síndrome de autodestrucción, donde el intento y el suicidio son solo sus formas más acusadas. La clínica psiquiátrica y la medicina preventiva deberían proponerse detectar los síntomas y signos de este síndrome desde sus estadios más tempranos, y con ello tendrían mayores posibilidades de éxito en su labor curativa y preventiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. El suicidio y los intentos suicidas. Ginebra: organización Mundial de la Salud ; 1976.
2. Blumentahal SJ. Ansiedad y depresión. Clin Med Nort Am. 1988; 72(4): 999-1035.
3. Riera Betancourt C. La conducta suicida y su prevención. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;1990.
4. Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. La Habana : Científico-Técnica; 1978. p.1959.
5. Seneca. Cartas a Lucelio. México: Editorial Porrúa; 1986.p.172-176.
6. Von Hogen V. Los Astecas: cultura básica de la humanidad. La Habana : Instituto del libro; 1980.
7. González GA. Valoración de cien pacientes con intento suicida. Rev Hosp Psiqu Habana. 1979; 20(1): 89-105.
8. Agustín San. La Ciudad de Dios. México: Editorial Porrúa; 1990. p.16-17.
9. De Aquino Sto Tomas. Tratado de la justicia. México: Editorial Porrúa; 1990.p.177-251.
10. Friedman P. On Suicide: Discussions of the Vienna Psychoanalytic Society. New York: International Universities Press; 1963 .
11. Holbach. Sistema de la Naturaleza. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 1989: pp.203.
12. Kant, M. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Madrid: Real Sociedad Económica Matritense de Amigos del País; 1992.p.56.
13. Schopenhauer Arturo. El mundo como voluntad y representación. México: Editorial Porrúa; 1987.p. 305-308.
14. Nietzsche Federico. Así hablaba Zaratustra. México: Editorial Parrúa; 1988.
15. Popper SC. Can a Philosophy make one philophical? In Essays in Self-Destruction. New York: Science House; 1967. p.114.
16. Bonhoffer D. "Ética". Barcelona: Editorial Estela; 1968:115-120.
17. De Oliveira Enoch. "Año 2000" ¿Angustia o Esperanza? Asociación Publicadora Interamericana; 1992. P.181-182.
18. Garman A. Sadismo y masoquismo en la conducta. Buenos Aires: Editorial el Ateneo; 1943.p.27-72.
19. Kon I. Historia de la sociología del siglo XIX comienzos del siglo XX. Moscú: Editorial Progreso; 1989. p 237-243.
20. Durkheim E. Suicide. New York:The Free Press; 1951.
21. Freud S. Mourning and melancholia. London: Hogarth Press; 1917.
22. Freedman Alfred M. Tratado de Psiquiatría. La Habana : Editorial Científico Técnica; 1984. p. 1926-1927.
23. OMS. Prevención del suicidio. Ginebra: OMS; 1986. p.89.
24. Marx C. El Capital. La Habana : Editorial Ciencias Sociales; 1980. p.140
25. Marx C. La ideología Alemana. La Habana : Editorial Política; 1979. p.25