

320825

1/2



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

**PLANTEL TLALPAN
ESCUELA DE PSICOLOGIA**

**CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**"INVESTIGACION SOBRE LA INFLUENCIA DE LA
DEPRESION, AISLAMIENTO, AGRESIVIDAD
INHIBIDA E IDEAS SUICIDAS EN EL INTENTO DE
SUICIDIO"**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A N :

**ALMA DELIA ARANDA HANSMANN
EMMA RAMOS VARGAS**

MEXICO, D. F.

**TEESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INDICE GENERAL.

Introducción	1
Capítulo I	
Planteamiento del Problema	5
Objetivo General	6
Objetivos Específicos	7
Importancia del Estudio	7
Delimitación del Universo de Trabajo	8
Capítulo II	
Antecedentes Históricos	10
Estadísticas	14
Factores Asociados al Suicidio	17
Investigaciones	25
Capítulo III	
Teorías del Suicidio	32
Factores del Intento Suicida	37
Capítulo IV	
Metodología	40
Hipótesis	41
Definiciones de Términos y Operacionales	42
Instrumentos	43
Método de Investigación	45
Variables Controladas	46

Características de la Población	47
Procedimiento de la Investigación	47
Resultados	48
Capítulo V	
Análisis de los Resultados	51
Aprobación o Rechazo de las Hipótesis	53
Cuadros	57
Capítulo VI	
Conclusiones	82
Apéndice	85
Bibliografía	94

INTRODUCCION

INTRODUCCIÓN.

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, aunque parece dirigido solamente a la destrucción de sí, es también un acto de agresión contra los otros y posee un profundo impacto social. El estudio del suicidio demuestra que la acción humana, no obstante ser personal, es también interacción con otras personas, y que no se puede comprender al individuo si se lo aísla de su matriz social. A través de los tiempos el suicidio ha sido tema de clérigos, poetas y filósofos, en nuestros días es además materia de estudio científico. Por más que se intenta, resulta difícil concebir el universo en términos de concordia; en cambio se encara por doquier con la evidencia de conflictos y antagonismos. Amor y odio, producción y consunción, creación y destrucción, la constante guerra de tendencias opuestas, vienen a constituir el eje razón dinámico del mundo.

La investigación que a continuación se presenta, su objetivo principal es el detectar hasta qué punto se da la influencia del aislamiento, depresión, agresividad inhibida e ideas suicidas sobre el intento suicida; siendo éste definido como la seriedad o intensidad del deseo de la persona para terminar su vida. El intento es un -

componente sobretodo de riesgo suicida o potencial suicida, incluidos con otros factores, tal como la valoración de la letalidad de los métodos, conocimiento al respecto de la utilización de los métodos, etc., siendo éstos valorados a través de instrumentos tales como el cuestionario Demográfico, Cuestionario de Desesperanza, Escala de Intento de Suicidio, Escala de Riesgo-Rescate y el MMPI. Sin embargo para detectar la influencia de los factores- fué importante remontarse a la historia del suicidio en las Sociedades Primitivas, en China, Grecia, Culturas -- Prehistóricas, Japón, S. XI en los Judíos, S. XVI en la Grecia Clásica hasta la actualidad y, a las estadísticas mundiales desde 1891-1981 y en México desde 1977-1981.

En cuanto a las investigaciones que se han llevado a cabo sobre el suicidio y el intento de suicidio las que se pueden destacar son las de Rodríguez, Heman, Ettlínger y Ringel que dieron un aporte fundamental para proseguir con el objetivo planteado anteriormente, el cual se basa en 3 bases principales, la Sociológica representada -- por Durkheim, la Psicoanalítica por Freud y la Psiquiátrica por Stengal, con sus respectivas definiciones y -- clasificaciones.

La investigación de campo se llevó a cabo en Hospitales de Emergencia principalmente, la población estuvo determinada por variables como la edad, escolaridad y que ha-

yan tenido por lo menos un intento de suicidio. La edad seleccionada fué de 18-55 años, de donde se escogió 35 de sexo masculino y 35 de sexo femenino, con escolaridad mínima de sexto año de primaria.

Los resultados se dan a conocer en forma de gráfica y cuadros de concentración, obteniendq frecuencias y porcentajes de las variables demográficas, así como datos proporcionados por los instrumentos que se les aplicó a los 70 sujetos. Se determinó si existen diferencias estadísticamente significativas en las variables más relevantes y posteriormente se procedió a un análisis estadístico; análisis de varianza y correlación, e interpretativo que nos sirvió para las conclusiones del estudio.

CAPITULO

1

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La ciencia, avanza impulsada por la necesidad del hombre de explorar lo desconocido y de responder a necesidades individuales y sociales; los esfuerzos del hombre para entenderse así mismo son relativamente nuevos como ciencia; y con ella empieza a enfrentarse a las dudas principales que presenta su propio comportamiento, a menudo impredecible.

Uno de los mayores enigmas de la humanidad es la relación del hombre con la vida y consecuentemente con la muerte. Dentro de este cuestionamiento de la vida y la muerte en general, el fenómeno del suicidio adquiere una importancia singular.

El suicidio es un fenómeno social que en las sociedades modernas ha creado interés en los estudiosos de la salud pública por el incremento anual en la tasa de defunción por esta causa. En las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud se estima que, 1000 personas aproximadamente se suicidan diariamente.

El primero en estudiar este tema fué Durkheim en 1857 en su investigación titulada "El Suicidio", con un enfoque sociológico, este estudio despertó el interés de los investigadores de diferentes disciplinas que desde entonces han intentado dar una respuesta a este problema, que

no sólo afecta a la persona que comete el acto suicida, sino también a la sociedad a la que pertenece; porque ante tal fenómeno ésta se ve perturbada en sus bases y reglamentos, por lo que surgen las preguntas siguientes: ¿Por qué una persona es capaz de quitarse la vida? ¿Cuáles fueron las causas que lo impulsaron a hacerlo? ¿Si sus familiares o amistades pudieren haber sido capaces de notar un comportamiento diferente, que señalara a la posible víctima... se hubiera podido evitar la pérdida de una vida? ¿Cómo identificar este comportamiento?

De estos interrogantes se desprende, el presente estudio sobre el Intento de Suicidio, pues éste es importante como evento antecedente al suicidio, representa además una estructura para entender el proceso que lleva a los sujetos tanto al intento de suicidio como al suicidio y, es un aporte fundamental para identificar factores precipitantes que desencadenan tal acto. Todo esto nos ayudaría a entender la problemática y daría la posibilidad de tomar medidas para disminuir las incidencias de intentos suicidas y del suicidio mismo.

1.1 OBJETIVO GENERAL.

El objetivo de la investigación es conocer los factores clínicos que desencadenan un intento suicida, tomando en cuenta características demográficas como edad, sexo, etc., y factores internos como realidad del acto suicida, deseos

peranza y deseo de morir, tomándolos como posibles indicadores, estos servirían de una manera sinóptica para poder predecir más intentos.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- a) Determinar las características demográficas de los sujetos estudiados.
- b) Detectar de los factores clínicos; la depresión, el aislamiento, la agresividad inhibida y las ideas suicidas.
- c) Determinar a través de estos factores, relacionados con las características demográficas y factores internos, elementos de riesgo que se podrán utilizar para predecir un nuevo intento.

1.3 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

Es importante el comprender al fenómeno multifacético del intento de suicidio, identificando como los factores clínicos: la depresión, el aislamiento, la agresividad inhibida y las ideas suicidas influyen en el intento suicida, relacionándolos con las características demográficas y los factores internos, dará la posibilidad de elaborar programas de prevención, con la colaboración de instituciones de salud y orientación mental o social que sean más adecuadas, para que dentro de este conjunto se pueda

lograr disminuir los intentos suicidas y minimizar el problema fundamental que acarrea dolor tanto en las familias como en la sociedad.

1.4 DELIMITACION DEL UNIVERSO DE TRABAJO.

La investigación se realizó en 3 Hospitales de Emergencia como son: Xoco, Rubén Leñero y Balbuena ubicados en el Área Metropolitana, debido a la facilidad de acceso en los expedientes en archivos de sujetos que han cometido uno o más intentos de suicidio, seleccionando de éstos a 70 sujetos de los cuales son 35 de sexo femenino y, 35 de sexo masculino, con un rango de edad de 19-55 años y escolaridad mínima de primaria.

CAPITULO

II

2. ANTECEDENTES HISTORICOS.

En el presente capítulo se establecerán las bases que dan origen a la investigación aquí descrita, comenzando por los antecedentes históricos y estadísticas del concepto de suicidio e intento de suicidio, para luego proceder a describir los antecedentes propiamente de otras investigaciones que sustentan a dichos conceptos.

En el antiguo Testamento se menciona casos de suicidios, como con el de Sansón y el Rey Saúl que se mataron para evitar morir en manos de sus enemigos, Sansón al autoeliminarse, se vengó también de sus adversarios pues los aniquiló en el mismo acto (43).

En China se cita el suicidio de 500 filósofos de la escuela de Confucio que no quisieron sobrevivir a la pérdida de sus libros sagrados, en Grecia son innumerables los ejemplos de hombres que recurrieron al suicidio ya sea para librar a su país de una tragedia o para seguir sus doctrinas filosóficas. El Hara-Kiri (abrirse las entrañas) costumbre Japonesa, era considerado como suicidio ceremonial o heroico y estaba reservado específicamente para la nobleza y miembros de la casta Militar; el Hara-Kiri obligatorio ordenado por el jefe feudal se hizo ilegal en 1863, en la actualidad no se practica este acto (43).

En el siglo XVI, el estudio de la Antigüedad y sobreto--

do la gran admiración hacia los suicidios de la Grecia y Roma clásica, unidas al quebrantamiento que produjo la Reforma y las corrientes escépticas, aumentan las tendencias al suicidio, algo similar ocurrió en Francia a fines del siglo XVIII entre los personajes que intervinieron en la Revolución. En el siglo XIX, el predominio de la literatura Romántica, generó un numeroso contingente de individuos contrariados en sus pasiones, quienes siguiendo los ejemplos literarios de "Werther" de Goethe y "Romeo y Julieta" de Shakespeare protagonizaron innumerables casos de suicidios en casi todos los países interesados y seguidores de las lecturas del gran romanticismo. En el siglo actual también ha habido intensas crisis suicidógenas, principalmente después de la Primera Guerra Mundial y en las difíciles situaciones económicas, sobretodo en países que fueron afectados por la inflación y el desempleo. En la Segunda Guerra Mundial se presentaron suicidios importantes, en la que altos funcionarios Alemanes tomaron esa decisión al ver que habían perdido la batalla o por temor a ser capturados, un caso notable fué el de Adolfo Hitler (37).

Uno de los sucesos recientes que conmovió al mundo fué lo ocurrido en las Islas Guyanas en 1978, en donde el Reverendo Jim Jones, fué el protagonista de un suicidio colectivo (un año y medio antes de éste suceso había realizado una marcha en el Puente Golden Gate de San Francisco como protesta por los actos de suicidio en el cita

do puente), éste acto produjo grandes controversias acerca de los motivos que impulsaron a la gente a quitarse la vida o si fueron obligados.

La actitud hacia el suicidio dependen de las bases sociales que se establecen en las diferentes culturas, así tenemos que en Grecia y en Roma variaban entre la condena y la admiración. Algunos filósofos recomendaban el suicidio como la vía perfecta para ganar la liberación del sufrimiento. Otros entre los que estaban Pitágoras y Platón, lo desaprobaban enérgicamente por razones similares a la del cristianismo. La Iglesia Cristiana en la Edad Media condenó al suicidio como una forma de crimen. San Agustín lo denunció como un crimen en todas las circunstancias; en Nigeria y Uganda, el suicidio era considerado maligno, se temía que fuera contagioso y se repudiaba a los familiares del que se había suicidado. Existieron Apologistas del suicidio, aún entre los clérigos, el más famoso fué John Donne, en su libro "Dean de San Pablo" negaba que el suicidio fuera pecaminoso y pedía caridad y comprensión. David Hume, en su ensayo sobre el suicidio, proclamaba el derecho del hombre a disponer de su propia vida; Kant por otra parte, consideró al suicidio como una ofensa contra el imperativo categórico y los principios del deber, que para él eran una ley universal de la naturaleza (43).

Se mencionan otros casos que no son comunes a nuestras -

mentalidades, tales como sucede en algunos grupos del Norte de Asia y en los Esquimales, para quienes el suicidio es completamente natural y más aún, es esperado e indicado que los ancianos y enfermos se priven de la vida, ya que consideran que con éste acto facilitan la existencia y sobrevivencia de sus congéneres.

En las culturas Prehispánicas se ha encontrado el suicidio entre los Mayas, quienes tenían por cierto que iban a la Gloria, habían muchos que en ocasiones de tristeza, de intenso trabajo y enfermedades, se ahorcaban para no enfrentarse a ellos prefiriendo ir a la Gloria, de donde decían les venía a llevar la Diosa de la muerte que llamaban Ixtab. En los Anales de Tlatelolco se menciona un caso concreto de suicidio, el consumado por uno de los jefes de Tlatelolco (Temilotzin), la causa, la muerte de Cuauhtemoc y el temor de caer en manos enemigas. Los Mexicas, desaprobaron el suicidio, discriminando abiertamente a los que lo cometían porque afirmaban que mientras existían tierras para sembrar, había vida y por lo tanto había que luchar (35).

En la actualidad, la actitud pública hacia el suicidio es menos dogmática de lo que solía ser en el pasado. El suicidio fue enteramente condenado sólo en países que estaban bajo la soberanía británica, aunque muchas leyes no están en consonancia con el sentir público, así el derecho inglés acerca del suicidio no fue implementado de-

manera congruente y en la mayoría de los suicidios los jueces formulan el veredicto de que el equilibrio mental está perturbado y que el suicidio merece ser tratado por psiquiatras, y se ha establecido como delito criminal, ayudar, incitar, aconsejar o procurar el suicidio de otra persona. En Londres el Ministerio de Salud expidió un memorandum advirtiendo a todos los médicos y autoridades correspondientes que el intento de suicidio debe ser considerado como un problema médico y social. En México, actualmente se toma las mismas consideraciones en el sentido médico y social ya que no está penado legalmente el intento de suicidio.

2.1 ESTADÍSTICAS.

Los suicidios en Europa y América del Norte se han registrado desde el comienzo del siglo XIX. Las estadísticas son conservadoras, las cifras están indudablemente reducidas debido a la fuerte presión social contra la extensión de certificados de defunciones cuya causa sea el suicidio. Las estadísticas sobre intentos de suicidio son aún menos exactas, porque a menudo no figuran en los registros oficiales y lo que se encuentra sólo es una parte de lo acontecido en los intentos de suicidio (8). De 1920 a 1947, la tasa de suicidios en Inglaterra y Ga-

los fué de 4 a 5 por 100,000 habitantes; en 1959, las tasas fueron superiores a 20 en Austria, Dinamarca, Finlandia, Hungría, Japón, Berlín occidental y Alemania oriental; entre 15 y 20 en Francia, Suecia, Suiza y Alemania occidental; tasas de 10 a 14 se encontraron en Australia, Bélgica, Sudáfrica, Inglaterra y Gales, Estados Unidos y Nueva Zelanda. Las tasas más bajas se encontraron en Egipto, la República de Irlanda, Irlanda del Norte, y entre las poblaciones negras de los Estados Unidos y de Sudáfrica. En 1961 las tasas demostraron una marcada declinación en Austria, Dinamarca, Japón, Suecia y Suiza (43). En 1976, las tasas en Italia fué de 5.7; en 1977 en Francia fué de 15.5, en España de 4.1 y en Perú de 2.7; en 1978 en Venezuela de 4.6, en Argentina de 8.0 y Estados Unidos de 12.5; en 1979 se encontró en Suecia una tasa de 20.5 y en Suiza de 24.7.

México es uno de los países que no tiene un índice elevado de defunciones por suicidio, sin embargo es considerable al aumento que se ha observado en 10 años, mientras que en 1969 fué una tasa de 1.4, en 1979 llegó a una tasa de 2.6. El número de suicidios sobrepasó los 1000 en 1979, bajando a 981 en 1981 (38).*

* No se pudieron obtener datos de 1982, 1983; aunque la fuente fué editada en 1983.

Las tasas sobre suicidios tienden a distorsionar la verdad, incluso en países con una larga trayectoria científica en estadísticas vitales; Louis I Dublin, que es uno de los principales que en esta materia dice, el número de suicidios en Estados Unidos es con toda probabilidad de un cuarto a un tercio más alto de lo registrado, otra fuente que provoca una deficiente apreciación es la dificultad de distinguir, en algunos casos entre suicidio y accidente como causa de muerte. Investigaciones sobre las estadísticas del intento de suicidio se han realizado muy pocas, tenemos que en Estados Unidos (Los Angeles y Sheffield) se han llevado a cabo dos investigaciones importantes y otra más en Inglaterra (Edimburgo). Estos estudios sugieren que en ambos lugares el número de tentativas de suicidio es de 5 a 8 veces mayor que los suicidios, al menos en las comunidades urbanas. Esto quiere decir que en una ciudad Inglesa de medio millón de habitantes con una tasa de suicidios de 13 por cien mil es 25 por encima del término medio nacional de 11, tendrían de 390 a 520 intentos por año. El número de gentes que intentan suicidarse en Inglaterra y Gales oscilan entre 20,000 y 40,000 por año, algunos de ellos probablemente hayan hecho más de un intento (43).

Las tasas de intentos de suicidio en 1957 en los Angeles fué de 111.4 por 100,000 habitantes; en Argentina subió de 112 en 1904 a 280 en 1976; en Noruega por cada suici-

no se hacen 7 u 8 intentos. La proporción entre suicidio e intentos de suicidio en general, estudiado por varios autores se va de 1.3 a 1.10 (24).

2.2 FACTORES ASOCIADOS AL SUICIDIO.

Edad.- En contraposición con Stengel (1931) y Abedi (1969), que dicen que en las personas de edad madura (de cada de los 50 o más) se dan mayor número de suicidios, Rodríguez (1959), afirma que los jóvenes (entre 15 y 29 años) son los que más se suicidan, una de las causas que se podría alegar con que en esta etapa se buscan imágenes diferentes de identificación que en ocasiones están puestas en libros y la cultura les obliga a reprimir ciertas expresiones en el plano de su medio social y ubi cación ante sus propios ideales.

Sexo.- Se observa que de cada tres hombres, una mujer se suicida, sin embargo, existe una singular diferencia en los intentos de suicidio, en donde las mujeres intentan privarse de la vida con más facilidad que los hombres; esto se debe posiblemente a que a veces es un intento simulado y no un deseo de morir.

Estado Civil.- Se encontró también contradicciones en este aspecto, donde algunos autores, tal como Durkheim,

afirman que los hombres divorciados y solteros recurren más al suicidio, en cambio Rodríguez nos dice que los viudos y divorciados son quienes alcanzan mayor proporción suicidógena, pero tomando en cuenta los grupos de edad, son más los de 25 años en adelante solteros que se matan que los casados. Los solteros exceden a viudos y divorciados. Durkheim considera que no es el estado civil mismo el que determina el suicidio, sino el grado de integración familiar.

Urbanización.- La influencia más alta de suicidio también se encuentra en las comunidades urbanas, en donde el aislamiento social es mayor y las personas pasan casi desapercibidas por la sociedad en que viven, en las ciudades pequeñas sucede lo contrario, aquí las personas son tomadas en cuenta para cualquier circunstancia y esto hace que la persona se sienta importante.

Estaciones del año.- Referente a esto, se dice que en la estación de primavera los suicidios son más comunes. La tasa de suicidio aumenta en forma gradual a partir de Enero, alcanzando su máximo esplendor de Mayo a Junio y empezando a disminuir de Agosto en adelante.

Medios utilizados.- Se ha comprobado que los hombres u-

utilizan medios violentos para quitarse la vida, tales como el uso de armas de fuego, ahorcamiento o utensilios punzocortantes; mientras que las mujeres usan medios pasivos como el envenenamiento y la intoxicación.

SUICIDIOS EN MEXICO 1977 - 1991

CONCEPTO	1977			1978			1979			1980			1981			
	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	
TOTAL	551	731	200	523	706	187	1027	613	212	372	323	176	721	774	277	
LUGAR																
Casa Hab.	707	538	155	672	514	158	723	459	174	478	381	57	250	455	155	
Hotel	-	-	-	23	21	7	25	17	8	11	5	2	22	22	2	
Vía Públi.	112	100	12	52	34	8	74	53	11	60	55	5	57	87	10	
Campo	20	18	2	56	33	3	95	77	5	44	42	2	60	55	1	
Cárcel	24	24	-	32	2	30	30	30	-	14	14	-	33	31	2	
Edif. Públi.	7	6	1	10	3	2	10	8	2	12	11	1	15	14	1	
Cantinas	9	8	1	7	5	2	8	7	1	2	2	-	2	4	4	
Hospitales	13	7	6	9	7	1	11	7	4	11	7	4	5	7	2	
Fábricas	3	3	-	11	11	-	8	8	-	1	1	-	7	7	-	
Otros	43	40	3	46	40	6	46	43	3	32	25	3	45	42	1	
No Espec.	11	9	2	11	10	1	7	6	1	7	7	-	7	4	3	
MEDIO EMPLEADO																
Area Fuego	534	277	47	321	292	39	335	258	54	213	155	1	333	237	40	
Area Blanca	10	10	-	22	21	-	31	23	3	11	11	-	33	19	4	
Estrangulac.	358	323	43	421	315	15	411	353	67	311	251	5	451	371	71	
Macabiza.	11	5	0	2	1	1	2	2	-	4	-	-	3	1	1	
Precepit.	22	15	7	14	11	3	23	18	13	23	13	13	15	12	3	
Emvenent.	143	53	37	121	37	34	151	53	32	58	53	25	117	121	22	
Intoxicac.	1	1	-	1	1	2	3	2	3	3	-	-	1	2	2	
Intoxicac.	7	4	3	7	3	5	3	7	1	1	-	-	3	3	-	
Otro medio	77	45	14	55	41	17	79	47	29	43	43	13	52	42	10	
Lo Especif.	17	13	7	22	20	2	18	15	3	7	6	1	25	19	7	
CAUSA																
Amorosa	50	42	13	35	30	29	70	45	25	51	37	13	54	40	18	
Familiar	39	52	27	40	53	22	131	72	24	57	37	13	75	54	31	
Insatisfac.	37	27	5	31	26	5	21	17	4	14	12	2	22	11	1	
Enf. Graves	167	91	15	107	55	19	25	70	15	52	22	1	37	37	13	
Influenzal	48	35	5	35	45	8	60	50	10	40	34	2	24	31	1	
Inconscientes	31	37	1	37	34	3	33	33	3	31	32	1	35	33	3	
Intox. Drogas	13	3	3	3	3	1	11	10	1	3	3	-	12	12	-	
Retard. Mental	13	17	1	13	13	2	15	14	1	3	3	-	7	7	-	
Otra Causa	35	26	9	28	21	7	72	66	6	36	20	4	33	31	5	
Se ignora	532	339	133	499	403	56	533	413	120	383	321	62	552	453	94	

EJO

- de 13	-	-	-	23	17	5	23	19	3	17	15	2	13	12	4
15 a 19	139	112	58	135	93	43	153	92	59	33	33	23	143	101	42
20 a 24	177	135	42	152	103	39	145	140	45	130	105	24	196	159	27
25 a 29	125	177	19	121	82	22	137	113	21	52	77	12	129	103	23
30 a 34	51	71	20	30	66	14	73	56	17	51	44	7	66	49	17
35 a 39	27	43	11	34	44	23	37	57	10	38	34	4	54	33	11
40 a 49	55	31	14	39	30	5	124	92	12	69	52	5	78	55	11
50 a 59	55	43	9	33	52	11	59	32	5	63	45	3	64	34	5
60 a +	114	132	12	34	33	5	75	71	4	53	55	3	33	55	3
No Especial.	72	31	12	114	31	23	143	111	32	37	37	20	149	125	33

ESTADO CIVIL

J.A.T.ED	193	334	35	213	135	37	444	337	17	214	241	44	125	368	57
Casado	394	315	79	391	320	71	393	313	33	231	234	47	372	294	33
Viudo	30	21	9	35	29	7	38	29	9	21	15	5	25	23	2
Divorciado	3	4	4	12	7	5	12	8	4	12	11	1	12	8	4
Unión Libre	53	45	12	73	53	20	80	53	27	31	25	12	53	50	12
Separado	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0
No Especial.	48	37	11	57	51	6	49	44	4	37	32	5	42	41	2

INTENTOS DE SUICIDIO EN MEXICO 1977-1981

CAUSAS	1977			1978			1979			1980			1981		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
TOTAL	83	22	61	57	32	55	60	24	36	42	19	24	52	23	29
LUGAR															
CASA HAB.	72	14	58	77	24	53	50	15	35	36	13	23	44	15	29
Hotel	-	-	-	1	-	1	2	1	1	1	-	1	1	1	-
Vía Públ.	3	3	-	2	2	-	6	6	-	3	3	-	3	3	-
Campo	2	1	1	2	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Cárcel	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-
Edif. Públ.	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Cantina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	-
Hosp-Sant.	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fábrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otro lugar	3	2	1	3	3	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
No Espec.	1	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	3	3	-
MEDIO EMPLEADO															
Arma Fuego	12	5	7	15	9	7	12	8	4	9	7	2	10	5	4
Arma Blanca	5	4	1	12	5	7	7	4	3	8	5	3	11	4	7
Estrangul.	6	2	4	3	3	-	3	2	1	3	3	-	6	5	1
Mechacan.	1	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Precipitac.	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
Envenenam.	22	5	17	13	3	10	11	3	8	9	1	8	8	2	6
Quemaduras	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sumersión	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Otro medio	34	5	29	39	9	30	25	6	19	12	2	10	-	-	-
Se ignora	2	-	2	1	-	1	-	-	-	-	-	1	1	1	-
CAUSA															
Amorosa	8	1	7	11	4	7	10	5	5	7	4	3	4	4	-
Económica	3	-	3	1	1	-	1	-	-	1	1	-	3	2	1
Disg. Fam.	15	6	12	39	13	25	25	3	22	12	3	9	22	5	17
Enf. Grave	12	2	10	9	3	6	5	3	2	3	1	2	6	1	5
Enf. Mental	2	-	2	1	-	1	4	3	1	-	-	-	5	3	2
Intox. Alc.	3	2	1	3	2	1	1	1	-	2	1	1	2	2	-
Intox. Drog.	-	-	-	3	2	1	1	1	-	1	-	1	-	-	-
Remordim.	6	-	6	1	-	4	3	1	-	-	-	-	2	2	-
Otra Causa	10	2	8	7	3	4	4	1	3	4	2	2	2	-	2
Se ignora	21	9	12	12	5	7	5	4	1	12	6	6	6	5	1

EDAD

- de 15	-	-	-	2	1	1	4	1	3	2	-	2	2	1	1
15 a 19	23	5	19	21	5	15	14	4	10	6	2	4	8	2	6
20 a 24	20	7	13	15	5	14	14	9	5	10	4	6	9	3	6
25 a 29	13	3	10	17	8	9	5	1	4	9	3	5	9	5	4
30 a 34	4	-	4	3	1	2	5	2	3	3	3	-	9	3	6
35 a 39	9	3	5	8	3	3	3	2	1	4	2	2	3	2	1
40 a 45	5	2	3	4	2	2	3	1	2	-	-	-	2	2	-
50 a 59	3	-	3	3	2	1	-	-	-	1	1	-	1	1	-
60 a +	2	1	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2	1	1
No Especif.	5	1	4	12	5	7	11	3	9	8	3	5	7	3	4

ESTADO CIVIL

Soltero	35	5	26	35	14	22	34	17	17	15	7	5	21	8	13
Casado	44	11	33	41	15	25	24	17	7	14	5	5	17	8	5
Viudo	1	-	1	1	1	-	24	7	17	2	1	1	2	-	2
Divorciado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	2	1	1
Unión Libre	2	1	1	4	-	4	1	-	1	3	-	3	5	3	2
No Especifi.	1	1	-	5	2	3	1	-	1	5	3	2	5	3	2

De acuerdo con los cuadros anteriores se puede determinar lo siguiente:

1. La mayoría de los casos de suicidio como de intento de suicidio, se dieron en casas-habitación.

2. El medio más utilizado por el sexo masculino en el suicidio fue el estrangulamiento, seguido por el arma de fuego y el envenenamiento. En el caso de las mujeres se currieron más al envenenamiento.

3. Las enfermedades graves fueron la causa principal que orilló al suicidio. Mientras que en el intento de suicidio el principal motivo fue la disgregación familiar.

4. Las edades en que hubo mayor número de suicidios fluctuaron entre los 15 y 29 años, siendo igual en los casos de intento de suicidio.

5. Con respecto al sexo, se comprobó que son los hombres quienes más se suicidaron, no así en el intento de suicidio donde se observó que fueron las mujeres quienes más lo intentaron.

6. Considerando el estado civil correspondió a los solteros el mayor número de casos de suicidios. En cambio en el intento de suicidio se detectó que fueron los casados quienes más lo intentaron.

2.3 INVESTIGACIONES.

Existen diversas limitaciones para investigaciones que se realizan sobre el suicidio, debido a que la fuente principal de información ya no es accesible. En una minoría de casos sólo se han podido obtener informaciones tales como notas que han servido para la reconstrucción de los antecedentes.

Una de las investigaciones que se llevaron a cabo, fue realizada en el Instituto de Investigaciones Sociales por Rodríguez (36); quien hizo un estudio concienzudo acerca del suicidio en México, basándose en casos concretos durante un periodo de cinco años (1955 a 1959); reunió datos consignados en oficinas especiales y de un periódico de la ciudad, el cual se concentra en publicar noticias de tipo social; seleccionó a 575 casos (292 hombres y 283 mujeres); ésto último lo hizo tomando en cuenta varias características personales de los suicidas como son: sexo, edad, estado civil, ocupación, etc., además de las del suicidio. En sí las primeras brindaron un panorama acerca de las características psicosociales de los suicidas y las segundas otorgaron un marco general acerca del sitio en que se llevó a cabo el acto, las formas empleadas, las causas aparentes, los meses y los días en que se realizó.

Estos dos componentes llegaron a esclarecer lo que -

sucede en torno a éste fenómeno social. Los datos más importantes que se obtuvieron con este estudio fueron -- que en el Distrito Federal en proporciones calculadas -- con base a coeficientes de suicidio por millón de habitantes, un 47% de hombres se suicidan y un 57% de mujeres lo intentan.

Los métodos que se utilizaron con más frecuencia fueron, la intoxicación en mujeres, en un 67%, y el ahorcamiento, el uso de armas de fuego y arma blanca en hombres en un 44%. Tanto los hombres como las mujeres por lo general realizan un sólo intento de suicidio, sin embargo, las mujeres reinciden en una proporción de 3 veces más y, -- los hombres a pesar de intentarlo menos se suicidan más. Los intentos en hombres es de un 97.95%, los consumados es de 88% y los frustrados en un 12%, mientras que en -- las mujeres los intentos son de un 96.73%, los consumados es de un 54% y los frustrados es de un 46% (37).

Otra de las investigaciones fué realizada por Heman (21) en 1981, en la ciudad de México, el objetivo principal era conocer las características demográficas y sociales de sujetos con conductas autodestructivas, usó una muestra de 70 sujetos (43 mujeres y 27 hombres) teniendo como características que hubieran tenido un intento suicida. Las informaciones fueron obtenidas por medio de cuestionarios de datos personales, Escala de intento de suicidio, Escala de Riesgo-Rescate, Inventario de depresión

(EAMD) y Ansiedad (IDARE).

En los resultados que se obtuvieron se encontraron que existe un mayor número de intentos de suicidio en mujeres, en un 61.4% entre los 15 y 30 años por intoxicaciones, - las razones más importantes que arguyeron fueron: familiares y afectivas en un 64.2%. En un 52.8% de los casos, el deseo de morir fué moderado bajo, la realidad -- del acto en un 40% con una moderada baja, se encontró - una depresión en un 70% y ansiedad en un 90%.

Ettlinger (6) en 1964, llevó a cabo en Escandinavia un - estudio de 17 años de duración de 211 casos con intento-suicida, de los cuales 17 de los estudiados lograron con sumar el acto en el transcurso de este estudio; esta autora precisó que las personas que se suicidaron se caracterizaron por presentar con frecuencia como antecedenteshogares irregulares, opina que éste antecedente tiene -- una influencia directa sobre la conducta suicida, debido a la depresión. En este estudio se encontró que un 53% de los suicidas llevaban más de 3 intentos y, como antecedente personal, tenían una sintomatología psicopática, mientras que el grupo comparativo sólo presentó un 15% - de esta conducta, subrayó que el consumo de alcohol, drogas, antecedentes penales y la sintomatología psicopática, eran factores precipitantes de la conducta autodestructiva. En un estudio prospectivo de un año, Ettlinger empleó un instrumento construido por 56 reactivos (In

ventario de la crisis de la vida), se encontró que la seriedad del intento suicida estaba en relación con las dosis de fármacos empleados, el grado de autolesión, la reducida posibilidad de ser descubierta, los antecedentes del intento suicida, los graves problemas interpersonales, alteraciones psicósomáticas, sintomatología depresiva y de angustia así como también el aislamiento social (25).

Clopton y Jones (27) en 1975 en Estados Unidos, hicieron un estudio de 20 suicidios consumados y se compararon -- con datos de 20 pacientes psiquiátricos que no tuvieran tendencias suicidas, los 40 casos fueron de sexo masculino y se les aplicó los primeros 367 ítems del MMPI y dió como resultado que sus rangos sobre la hostilidad sobrealimentada no difirieron significativamente.

En el estudio de los motivos del suicidio (48), se hizo una cooperación entre Forenses y Psicólogos sobre 166 -- suicidios cometidos en Riverside County California, entre 1973-1974, se dió una correlación de 81%. Los resultados obtenidos fueron de que la depresión era más significativa y señalada por los Forenses que por los Psicólogos, mientras que los Psicólogos señalaron como más probables las dificultades maritales y los problemas sexuales.

El profesor Ringel (25) en 1961 hace un estudio básico a

cerca del síndrome presuicida, en donde aclara que se --
 presentan tres síntomas claros y principales que son: es-
 trechamiento, agresividad y huida a la irrealidad, los -
 que van a indicar el anuncio de un intento suicida.
 Ringel menciona primeramente el estrechamiento situacio-
 nal de las posibilidades personales. Dicho estrechamien-
 to puede ser ocasionado por factores externos (por gol-
 pes de suerte o del destino), o por factores internos (-
 por la conducta de la propia persona); además puede exis-
 tir realmente, o tan sólo en la imaginación y en el sen-
 timiento.

Cita, en segundo lugar el estrechamiento dinámico, men-
 cionando entre ellos los estrechamientos afectivos, como
 por ejemplo, los patrones fijos de conducta, etc. Hace-
 notar expresamente que solos nunca pueden llevar al sui-
 cidio, porque ninguna situación por desesperada que sea,
 es capaz de obligar a suicidarse. Opina que se dá el má-
 ximo peligro cuando se agrega un estrechamiento dinámico
 a un estrechamiento situacional.

En tercer lugar menciona el estrechamiento de las rela-
 ciones interhumanas y finalmente cita en cuarto lugar el
 estrechamiento de los valores que según él, afecta prin-
 cipalmente a los valores religiosos.

La agresividad: "La agresividad reprimida y dirigida con-
 tra uno mismo" suele provenir frecuentemente de un super-
 yo especialmente severo y rígido, como sucede en los neu-

róticos, y principalmente las depresiones endógenas producen inhibiciones y entorpecimientos corporales. Asimismo la falta de relaciones con otros hombres en las cuales el acto de revivir imaginariamente una experiencia, desahoga una emoción reprimida, la agresividad y también las condiciones de una civilización excesiva hacen aumentar todavía más la presión de la agresividad.

La huida a la irrealidad es la tercera característica del síndrome presuicida, es la frecuencia de "fantasías de suicidio" donde se encuentran: proliferación de fantasías contrarias a la realidad, como por ejemplo, el fantaseo diurno de riquezas; proliferación de fantasías de deseos de estar muerto frente a la realidad de la vida y por último fantasías y sueños de herirse a sí mismo, de matarse y de la misma muerte.

CAPITULO

III

3. TEORIAS DEL SUICIDIO.

A lo largo del presente capítulo se establecerán los pilares conceptuales que soportan la investigación, se comenzará por las teorías que han abordado el problema del suicidio, definiciones y clasificaciones, prosiguiendo -- finalmente a dar una descripción en general de causas -- que se presentan tanto en el suicidio como en el intento suicida.

Una de las primeras teorías desde el punto de vista Sociológico fué la de Durkheim (1897), quien sostiene que algunas personas se matan debido a que la situación social les resulta desfavorable para permitirles cubrir -- sus necesidades más elementales. Definió al suicidio como: "Todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima y sabiendo de que habría de producir este resultado".

En este estudio se afirma que el suicida no se le debe -- de estudiar desde un punto de vista individualista, aislado, sino que deben ser examinado en interdependencia -- con la sociedad. Considera la cantidad de suicidios cometidos en una sociedad dada en una unidad de tiempo determinado y se comprueba que el total obtenido no es una simple suma de casos independientes o una colección, sino que constituye un hecho nuevo que tiene su unidad y --

características, por ende su propia naturaleza, siendo eminentemente social.

Hace distinción de 3 clases de suicidio:

a) Suicidio Egoísta.- Sucede cuando los hombres no perciben la razón de estar en la vida, el Yo vive su vida personal y no obedece más que así mismo. Considerado como un individualismo anormal que trae como consecuencia un debilitamiento del control de la sociedad, lleva al sujeto a disminuir su inclinación hacia un suicidio colectivo porque la sociedad le es menos necesaria porque está menos adherida a ella. Este tipo de suicidio es el resultado de la falta de interés del individuo hacia la comunidad y del hecho de estar insuficientemente integrado a ella.

b) Suicidio Altruista.- El Yo no se pertenece se confunde con otra cosa que no es él, su motor de conducta está situado fuera de él mismo y de los grupos de que forma parte.

Esta clase de suicidio se presenta de manera más común en las sociedades primitivas que en las sociedades altamente desarrolladas, puesto que presenta el carácter de ser llevado a cabo como un deber. Los que cometen este tipo de suicidios son el tipo de gente sobre la cual la sociedad tiene una influencia demasiado estricta, no tienen individualismo y pueden ser impulsados a la autoresolución, al excesivo altruismo, o al sentido del deber.

c) Suicidio Anómico.- Se presenta cuando la sociedad fracasa en el control y regulación de la conducta de los individuos, encuentran que su actividad esta desorganizada y por esta razón sufren.

También pueden existir tipos mixtos de suicidio en la -- que se unan el egoísmo y la anomia, se producen por no -- estar la sociedad presente ante los hombres, pero esta a -- usancia no es la misma en las dos.

Otra teoría estaría representada por Stengel (1961), -- quien define el suicidio como: "El acto de quitarse la vida por propia mano", considera como un "Acto fatal" al suicidio consumado y, un "Acto no fatal" de autoperjuicio al intento suicida. Cuando una persona ha decidido poner fin a su vida o bajo un repentino impulso de hacer lo lo logra, usando el método más efectivo a su alcance y asegurándose además que ninguna otra persona interfiera, él lo llama intento suicida logrado y si sobrevive lo denomina intento suicida fracasado.

Para Stengel la muerte es el único criterio de logro, -- cuando hay fracaso se puede pensar en diferentes causas -- por ejemplo, que el propósito de llevarlo a cabo no era suficientemente poderoso, que no haya sido llevado a cabo con decisión genuina, que el sujeto desconocía las limitaciones del método, que el sujeto estaba afectado en su juicio, por enfermedad mental, etc., Tomando en cuenta este criterio se tomaría solamente una minoría de los

actos suicidas como fatales y algunos no fatales pasarían a la lista como actos suicidas serios y genuinos. Los demás intentos, se tendrían que considerar como pobres intentos, consumandose algunos de éstos por casualidad.

Una tercera teoría sería la Psicoanalítica representada por Freud (1917), quien sostiene que el suicidio es: "Un impulso homicida orientado primero hacia otras personas y vueltos luego contra el Yo". Basó su definición en el estudio "Duelo y Melancolía", en estos procesos psíquicos se dan semejanzas como: cesación del interés por el mundo externo, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio.

La melancolía presenta además otras características; la pérdida no es admitida, ni percibida conscientemente y hay una extraordinaria disminución del empobrecimiento de su Yo, es decir la carga de libido hacia el objeto exterior se retracta hacia el propio Yo, procediendo a insultos, reproches, acusaciones esperando castigo, hasta el deseo de comunicar todos sus defectos como si en este rebajamiento hallara una satisfacción que sería la posible hostilidad hacia el objeto exterior perdido.

Freud hace la distinción entre 2 clases de instintos:

Uno de ellos es el instinto sexual o el Eros en el que bajo el influjo del instinto de conservación del Yo-

queda sustituido el Principio de Realidad. El otro es - el instinto de muerte basado en las teorías biológicas, - cuya misión es hacer retornar todo lo orgánico animado - al estado inanimado, siendo esta teoría una de las con- tribuciones que más nos ayuda a entender la psicodinamia del suicidio, la cual supone que el curso de los proce- sos anímicos es regulado automáticamente por el Princi- pio del Placer, esto es una e-citación no ligada a factor alguno determinado; correspondiendo al displacer a una g- levación y al placer a una disminución de tal cantidad.

Las 3 teorías antes mencionadas definen al suicidio des- de diferentes puntos de vista, pero se puede tomar en -- cuenta un elemento importante, en todo acto e intento -- suicida hay un nivel de autodestrucción, entendiéndose - como una inclinación de la persona a dañarse a sí misma, obteniendo con ello ganancias secundarias; la base común de todo esto es el manejo de la agresión, cuando hay una deficiencia en su elaboración, el sujeto proyecta su agr- sión al medio ambiente y a su vez siente que esa agresión se vuelve contra sí mismo y, ante estos sentimientos a- gresivos se ve imposibilitado de actuar de manera distin- ta, entonces la reprime, volcándose contra el Yo y de -- per resultado el suicidio o intento de suicidio. Se po- dría dar el caso de que éste se cometió por el mismo te- mor a la muerte, pensando que al cambiar ese temor por - la eternidad sería una prolongación de su propio ser con

la inmortalidad. Este criterio del manejo de la agresión nos explica el origen de las ideas suicidas.

La similitud entre los suicidios e intentos de suicidio radican en que los motivos o causas subyacentes al acto, aparentemente son diferentes, pero llevan el mismo curso, sin embargo, la agresión hacia los demás se más manifiesta en los intentos que en los suicidios; esto nos podría estar indicando que los intentos pueden ser avisos de ayuda, aunque los efectos que se produzcan no sean llevados a cabo conscientemente por la persona.

2.1 FACTORES DEL INTENTO SUICIDA.

En general se puede hablar de factores o causas que se presentan tanto en el suicidio como en el intento, entre estos están:

1. Causas Predisponentes.- Proviene de una compleja interacción de factores individuales y sociales que llevan al individuo a cometer actos suicidas, son: la edad, sexo, estado civil, estación del año u otro tipo de influencias que puedan ser demográficas, geográficas, sociales, políticas y económicas.

2. Causas Determinantes.- Comprende los estados mentales, como por ejemplo en la manía que su característica principal es la movilidad de ideas o, de sentimientos diversos y contradictorios. En alguna patología, al

presentar alucinaciones se mata el sujeto para escapar - de un peligro, a una vergüenza u obedecer órdenes imaginarias; en el melancólico, debido a su depresión y tristeza su vida deja de tener valor, siendo esto una disposición constante hacia el suicidio; también encontramos que en el obsesivo se puede producir el suicidio sin ningún motivo real o imaginario, aquí la persona tiene una idea fija de la muerte; en el impulsivo se puede presentar el suicidio en forma brusca o inmediata.

3. Causas Ocasionales.- Actúan rompiendo un equilibrio mental frágil provocando el shock emotivo y el traumatismo moral que exaspera la hipermotividad; desencadena la depresión, ansiedad, angustia; inhibe la autocrítica, se puede presentar ante un peligro inminente, una desesperación, fallecimiento de un ser querido, conflictos afectivos, etc. La depresión se atribuye casi en la mayoría de los casos a la pérdida de un objeto amoroso real o fantaseado. En el periodo de latencia y la primera fase de la adolescencia se huye de la depresión y se le niega para proteger la buena imagen de los padres, a medida que el niño madura su perfeccionada prueba de realidad hace difícil esa negación y comienza a culpar a sus padres por su pérdida, la cólera se dirige contra ellos-introyectados en el Super Yo del adolescente que va adquiriendo su estructura madura, esto produce el cuadro clínico de la depresión tal como se encuentra en los adultos (42).

CAPITULO

IV

4. METODOLOGIA.

Una vez presentado los pilares teórico-conceptuales que constituyen la problemática de esta investigación, se procederá en este capítulo a presentar la metodología utilizada para comprobar o, en su caso, rechazar las hipótesis planteadas.

A) OBJETIVO GENERAL.

Conocer los factores clínicos que desencadenan un intento suicida, tomando en cuenta características demográficas como edad, sexo, etc., y factores internos como realidad del acto suicida, desesperanza y deseo de morir, tomándolos como posibles indicios, estos servirían de una manera sinóptica para poder predecir más intentos.

B) OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- a) Detectar las características demográficas de los sujetos estudiados.
- b) Detectar de los factores clínicos; la depresión, el aislamiento, la agresividad inhibida y las ideas suicidas.
- c) Determinar a través de estos factores, relacionados con las características demográficas y factores internos, elementos de riesgo que se podrán utilizar para predecir un nuevo intento.

4.1 HIPOTESIS.

H_{01} = La depresión no influye sobre la realidad del acto.

H_{i1} = La depresión sí influye sobre la realidad del acto.

H_{02} = La depresión no influye sobre el deseo de morir.

H_{i2} = La depresión sí influye sobre el deseo de morir.

H_{03} = La depresión no influye sobre la desesperanza.

H_{i3} = La depresión sí influye sobre la desesperanza.

H_{04} = No hay relación entre aislamiento y realidad del acto.

H_{i4} = Sí hay relación entre aislamiento y realidad del acto.

H_{05} = No hay relación entre aislamiento y deseo de morir.

H_{i5} = Sí hay relación entre aislamiento y deseo de morir.

H_{06} = No hay relación entre aislamiento y desesperanza.

H_{i6} = Sí hay relación entre aislamiento y desesperanza.

H_{07} = No hay relación entre agresividad inhibida y realidad del acto.

H_{i7} = Sí hay relación entre agresividad inhibida y realidad del acto.

H_{08} = No hay relación entre agresividad inhibida y deseo de morir.

H_{i8} = Sí hay relación entre agresividad inhibida y deseo de morir.

H_{09} = No hay relación entre agresividad inhibida y desesperanza.

H_{i9} = Sí hay relación entre agresividad inhibida y desesperanza.

H_{010} = No hay relación entre ideas suicidas y realidad del acto.

H_{i10} = Sí hay relación entre ideas suicidas y realidad del acto.

H_{011} = No hay relación entre ideas suicidas y deseo de -- morir.

H_{i11} = Sí hay relación entre ideas suicidas y deseo de -- morir.

H_{012} = No hay relación entre ideas suicidas y desesperanza.

H_{i12} = Sí hay relación entre ideas suicidas y desesperanza.

4.2 DEFINICION DE TERMINOS Y OPERACIONALES.

Intento Suicida.- Es la conducta del individuo a causar su propia destrucción sin llegar a la muerte.

Depresión.- Es un tono de tristeza, que puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia - hasta una desesperación en grado extremo. En el síndrome depresivo ligero la persona está inmóvil, cohibida, - infeliz, pesimista, se desprecia a sí misma y experimenta una sensación de insuficiencia, falta de ánimo y desesperanza.

Estos datos serán obtenidos de la escala 2 del ECPI, don de sus puntuaciones serán mayor de 70 T.

Aislamiento.- Se refiere al hecho en que una persona -- cuenta relativamente con pocos recursos para relacionarse con los demás, así como para recibir apoyo en el ambiente en que se desenvuelve, además de presentar sentimientos de soledad, descorazonamiento y desesperación. Se tomarán en cuenta las preguntas 10 y 23 del cuestionario.

Agresividad Inhibida.- Pertenece a un grupo de instintos cuyo contenido puede ser considerado en forma global como fuerzas destructoras, las cuales desintegran y, dejadas en libertad de acción sin otras fuerzas que las -- controlen o limiten, conducen a la muerte.

Se tendrán en cuenta los reactivos 12 y 25 del cuestionario.

Ideas Suicidas.- Son pensamientos transitorios acerca de la muerte y el morir, incluso son frecuentes los pensamientos de autodestrucción, todas las personas con ideas suicidas presentan una sensación de carencias de afecto y amor y, un profundo sentimiento de que han sido rechazadas como personas.

Se tomarán como referencia los reactivos del cuestionario, como 15, 16, 17, 28, 34 y 37.

4.3 INSTRUMENTOS.

Se seleccionaron los siguientes:

c) Un modelo de cuestionario construido por Farberow y Shneidman, consta de 40 reactivos, está destinado a proporcionar las características demográficas de los sujetos.

b) Inventario Multifísico de la Personalidad a la Psicopatología "MMPI", diseñado para valorar diferentes tipos de personalidad, por el Dr. S Hathaway y Dr. J. C. McKinley. La traducción del MMPI al español se ha realizado desde hace tiempo en diferentes lugares de Latinoamérica. Fue revisado y adaptado por el Dr. Núñez y publicado por el Manual Moderno. Este material consta de 566 ítems, que a su vez se subdividen en 13 escalas; 3 que corresponden a validez y 10 a clínicas.

Las escalas de validez tienen por objeto señalar el grado de confianza que se puede tener para hacer inferencias sobre la personalidad, basándose en el perfil de la prueba, esta actitud está basada en el grado de conformidad con el grupo dentro del cual se sitúa el examinado, el proceso de socialización y el estado de salud mental en que se encuentra.

La escala en que se pondrá mayor atención será la número dos (D) caracterizada a menudo como la escala del "estado de ánimo" ya que es posible por medio de ella encontrar estados emocionales, momentáneos y transitorios, -- fué diseñada como una medida del "grado de depresión", -

cuadro psicológico que expresa la baja moral, sentimiento de desesperanza y tristeza.

c) Escala de Intento de Suicidio.- Diseñada por Beck A. T., para obtener datos de la intensidad de morir en el intento de suicidio; dicha escala consta de 3 partes: Circunstancias relacionadas al intento, que esta relacionada con aspectos factuales del acto y eventos relacionados al mismo; Autoreports, la que nos proporciona datos acerca de los pensamientos y sentimientos de la persona en el momento del intento, una última parte que trata de Opiniones, donde los datos están en relación con grados de alcohol y droga que se pudieron haber consumido en el momento del intento. (Esta tercera parte no fue incluida en el análisis de los datos).

d) Cuestionario de Desesperanza.- Se obtendrá información acerca del grado de desesperación del sujeto en el momento del intento, el cual consta de 20 reactivos.

e) Escala de Riesgo-Rescate.- Diseñada por Usisman A. Jordan permite evaluar la letalidad del intento de suicidio, tanto descriptiva como cuantitativa. Consta de 2 factores: Riesgo, determina que método utilizó y el daño que se produjo en el intento. Rescate, demuestra las circunstancias observables y fuentes disponibles presentes en el momento del intento, cada uno de estos fac-

tores se subdividen en 5 aspectos relacionados con el acto, las que nos proporcionarán índices de la realidad del acto suicida.

4.4 METODO DE INVESTIGACION.

El diseño utilizado fué el Ex-post-facto, el cual esta considerado como una búsqueda sistemática y empírica en la que el investigador no tiene control directo sobre las variables independientes (factores clínicos), debido a que ya acontecieron sus manifestaciones, o por ser intrínsecamente no manipulables. De donde:

X= Variable independiente, representada por los factores clínicos (depresión, aislamiento, agresividad irritada e ideas suicidas).

Y= Variable dependiente, representada por los factores internos (realidad del acto, deseo de morir y desesperanza).

4.5 VARIABLES CONTROLADAS.

Se tomó en consideración que todos los sujetos de estudio no están recibiendo tratamiento Psiquiátrico, que su edad sea de 18 a 55 años, un nivel de escolaridad mínima de sexto año de primaria, se abarcó un período de Febrero de 1984 a Febrero de 1985, tomando en cuenta los días --

transcurridos desde el momento en que el sujeto realizó el intento de suicidio hasta el día en que se realizó la entrevista y la realización de las pruebas aplicadas, haciendo de esta manera una homogeneización de las variables.

4.5 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION.

La población se obtuvo de 3 Hospitales de Urgencia que son: Hospital Xoco, Hospital Balbuena y el Hospital Rubén Loñero, que están ubicados en el área Metropolitana y que dependen de la Dirección de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, en estos hospitales se encuentra el mayor número de personas que han cometido por lo menos un intento de suicidio. La función de dichos hospitales es prestar servicios médicos de urgencia a toda persona que lo solicite.

Se seleccionó los sujetos de los archivos respectivos, tomando como característica principal el que hayan cometido intento de suicidio, de éstos se eligió 70 sujetos con una edad de 18 a 55 años, 35 de sexo femenino y 35 de sexo masculino, además de una escolaridad mínima de educación primaria (para que haya comprensión del MMPI).

4.7 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACION.

Se acudió a los hospitales antes mencionados y de los 21

chivos se seleccionó a los sujetos que reunieron las características requeridas. La selección se hizo de los casos que ocurrieron en la fase de Febrero de 1984 a Febrero de 1985.

Una vez obtenidos estos datos se procedió a una identificación (número de archivo, una vez que se tenía el nombre). Después de esto se procedió a una visita domiciliaria, donde se les entregó el folleto de preguntas y la hoja de respuestas del MMPI, explicando las instrucciones a seguir.

En una segunda visita se aplicó; cuestionario de identificación, el cuestionario de Desesperanza, la Escala de Intento de Suicidio y la Escala de Riesgo-Pensado.

4.3 RESULTADOS.

Los resultados aportados por este estudio se sometieron a un análisis Estadístico:

1. Se procedió a obtener las frecuencias y porcentajes de las variables demográficas, así como de los datos aportados por los instrumentos que se utilizaron. Dichos resultados se agrupan en cuadros de concentración.

2. Los puntajes del cuestionario de Desesperanza, la Escala de Riesgo-Pensado, la escala de Intento de Suicidio y la escala dos del MMPI, se cruzaron con los factores clínicos, la edad, procediendo a determinar su diferencia esta-

dístico aplicando un análisis de varianza y correlación bajo un nivel de significancia de .05.

3. Posteriormente se procedió a un análisis tanto estadístico como interpretativo que nos sirvió para las conclusiones del estudio.

CAPITULO

v

5. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

En este capítulo se mostrarán los resultados que tuvo la investigación, comenzando a analizar las frecuencias y porcentajes obtenidos en los cuestionarios aplicados y, continuando con las hipótesis planteadas en el capítulo anterior que, una a una, serán puestas a prueba para su aprobación o rechazo.

a) Características demográficas de la Población.- Del cuestionario de datos personales (cuadros 1-8) de los 70 casos estudiados 35 de sexo masculino y 35 de sexo femenino se observó que el mayor número de casos de intento de suicidio fue más alto en las edades de 19-25 años en un 50% (42 casos) cuyo estado civil es soltero en un 48.3% (34 casos) con una escolaridad de secundaria en un 40% (28 casos).

b) Factores internos al intento de suicidio.- (cuadros 9-12) en el factor realidad del intento que incluye circunstancias favorables, método usado y daño producido para consumar el acto, se obtuvo que el 51.4% de los sujetos tenían una probabilidad moderadamente alta de morir, quedando un 5.7% de sujetos en los que la realidad del acto cometido fue un intenso riesgo de ser fatal; en el factor deseo de morir el 47.1% de los sujetos presentaron una probabilidad moderadamente alta de morir y los -

casos con un intenso deseo de morir fué en un 5.7; de los sujetos; en cuanto a la desesperanza, minutos antes de cometer el intento se obtuvo que un 72.8; de los casos fué en grado moderado la desesperanza y en grado severo fué al 4.3; de los casos.

Con respecto a los factores clínicos (cuadros 12-15) los datos arrojaron que en el mayor porcentaje de los casos- 57.2; no estaban deprimidos, predominando la presencia de aislamiento en un 57.2; presentando la característica de agresividad inhibida en un 52.9; de los casos y un 71.5; de presencia de ideas suicidas en los sujetos.

c) Características del intento suicida.- Con relación a las características prevalecientes en el intento de suicidio (cuadros 16-20) se obtuvo que el envenenamiento fué el método que se usó con mayor frecuencia en un 74.4; exponiendo razones familiares y amorosas para finalizar con su vida en un 54.2;. Un alto porcentaje de casos no dieron aviso de su intento 55.7;. No querían que el intento afectara a algún familiar en un 54.3;, su actitud de no haber consumado su intento es de frustración en un 40.1; .

d) Antecedentes del intento de suicidio.- (cuadro 21) se observó que el 100; de los casos tenía intentos de suicidio anteriores, debido a que fué un requisito para nuestra estudio, pero de éstos el 25.7; tenían antecedentes-

de más de 2 intentos.

o) Factores asociados al intento de suicidio.- Al comparar factores relacionados al acto suicida y factores clínicos (cuadro 22) tenemos que en un 54.45% el deseo de morir sí influye sobre la realidad del intento, que a mayor aislamiento 48.78% y agresividad inhibida 55.93% - la depresión aumenta en los sujetos, y en cuanto a los días transcurridos desde que los sujetos cometieron el intento de suicidio al haber aplicado los instrumentos, - tenemos que a más días transcurridos disminuye la depresión -14.59%, el aislamiento -15.54% y la desesperanza -11.29%.

5.1 APROBACION O RECHAZO DE LAS HIPOTESIS PLANTEADAS.

Como se mencionó en el diseño de investigación, se utilizó un análisis de varianza y correlación para determinar la significancia estadística que tiene la interrelación que se guarda entre las variables independientes depresión, aislamiento, agresividad inhibida e ideas suicidas simultáneamente sobre las variables de realidad del acto, deseo de morir y desesperanza.

Hipótesis 1

La depresión sí influye sobre la realidad del acto.

De acuerdo a los resultados, la correlación fué baja de un 30.30%, lo cual indica que se aprueba la hipótesis nula: No influye la depresión sobre la realidad del acto.

Hipótesis 2

La depresión sí influye sobre el deseo de morir. La correlación fué media de un 44.55%, lo cual indica que se rechaza la hipótesis nula: No influye la depresión sobre el deseo de morir.

Hipótesis 3

La depresión sí influye sobre la desesperanza. La correlación fué baja de un 23.88%, lo cual indica que se aprueba la hipótesis nula: No influye la depresión sobre la desesperanza.

Hipótesis 4

Sí hay relación entre aislamiento y realidad del acto. No hay correlación porque fué de -9.51%, lo cual indica que se aprueba la hipótesis nula: No hay relación entre aislamiento y realidad del acto.

Hipótesis 5

Sí hay relación entre aislamiento y deseo de morir. La correlación fué baja de un 28.88%, lo cual indica que se aprueba la hipótesis nula de que no hay relación entre aislamiento y deseo de morir.

Hipótesis 6

Sí hay relación entre aislamiento y desesperanza.
 No hay correlación porque fué de 5.10%, lo cual indica -
 que se aprueba la hipótesis nula: No hay relación entre-
 aislamiento y desesperanza.

Hipótesis 7

Sí hay relación entre agresividad inhibida y reali-
 dad del acto.
 No hay correlación porque fué de 0.21%, lo cual indica -
 que se aprueba la hipótesis nula: No hay relación entre-
 agresividad inhibida y realidad del acto.

Hipótesis 8

Sí hay relación entre agresividad inhibida y deseo
 de morir.
 La correlación fué media de un 40.67%, lo cual indica -
 que se rechaza la hipótesis nula: No hay relación entre-
 agresividad inhibida y deseo de morir.

Hipótesis 9

Sí hay relación entre agresividad inhibida y dese-
 speranza.
 No hay correlación porque fué de -1.11%, lo cual indica-
 que se aprueba la hipótesis nula: No hay relación entre-
 agresividad inhibida y desesperanza.

Hipótesis 10

Si hay relación entre ideas suicidas y realidad -
del acto.

La correlación fué media de un 45.80%, lo cual indica -
que se rechaza la hipótesis nula: No hay relación entre-
ideas suicidas y realidad del acto.

Hipótesis 11

Si hay relación entre ideas suicidas y deseo de ma
rir.

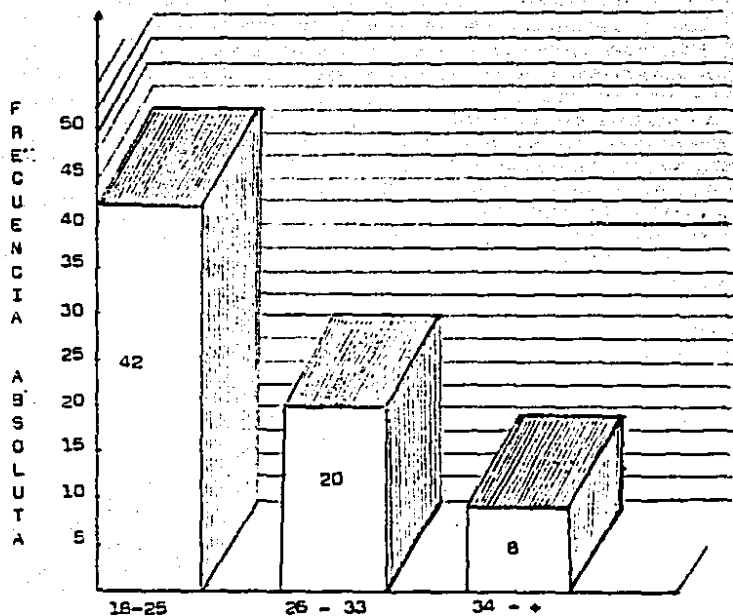
La correlación fué media de un 48.52%, lo cual indica -
que se rechaza la hipótesis nula: No hay relación entre-
ideas suicidas y deseo de morir.

Hipótesis 12

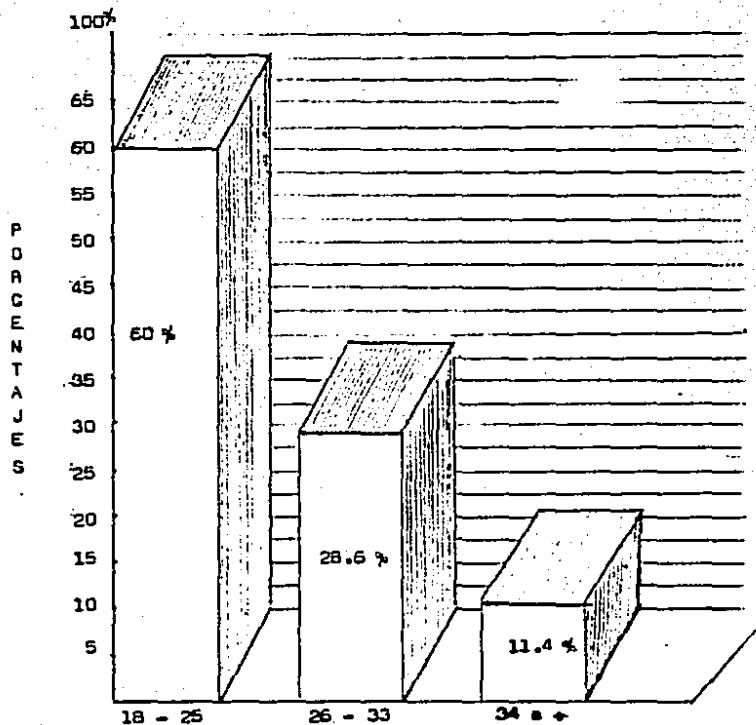
Si hay relación entre ideas suicidas y desesperan-
za.

No hay correlación porque fué de 7.31%, lo cual indica -
que se aprueba la hipótesis nula: No hay relación entre-
ideas suicidas y desesperanza.

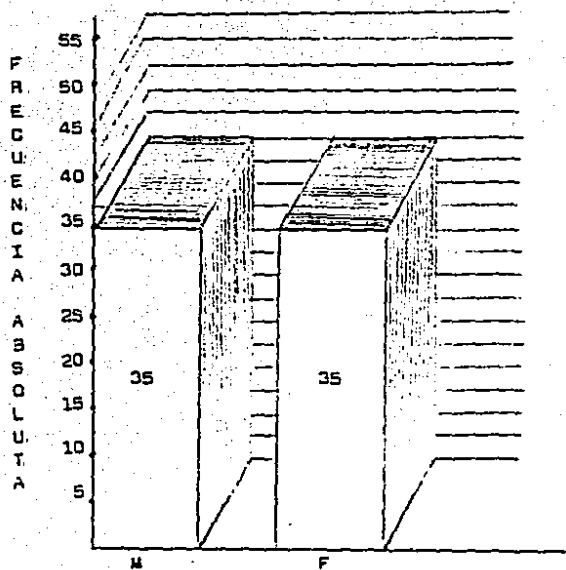
5.2 CUADROS



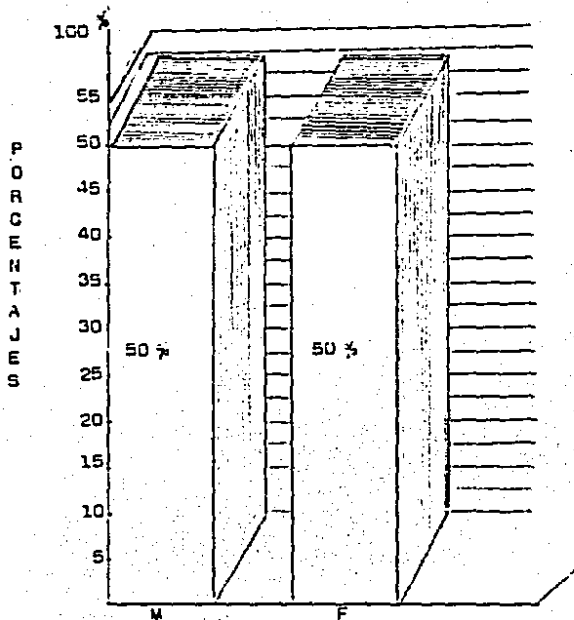
CUADRO 1.- Frecuencias de edad en 70 sujetos.



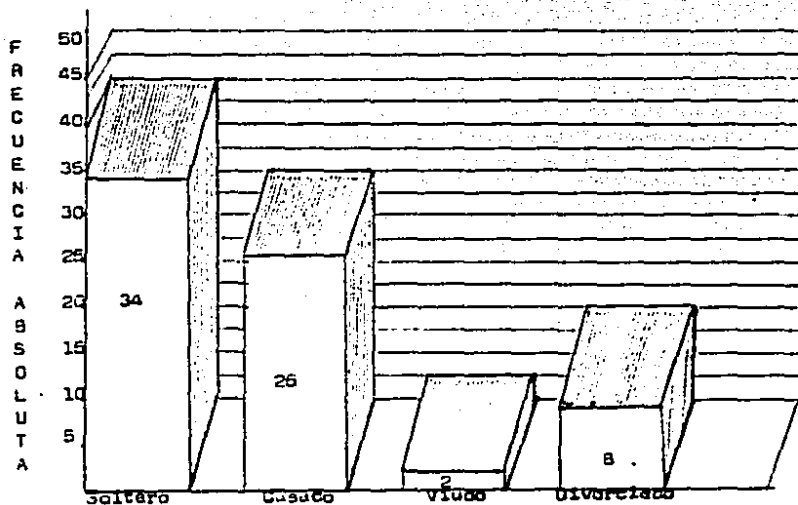
CUADRO 2.- Porcentajes de Edad un total de 70 sujetos.



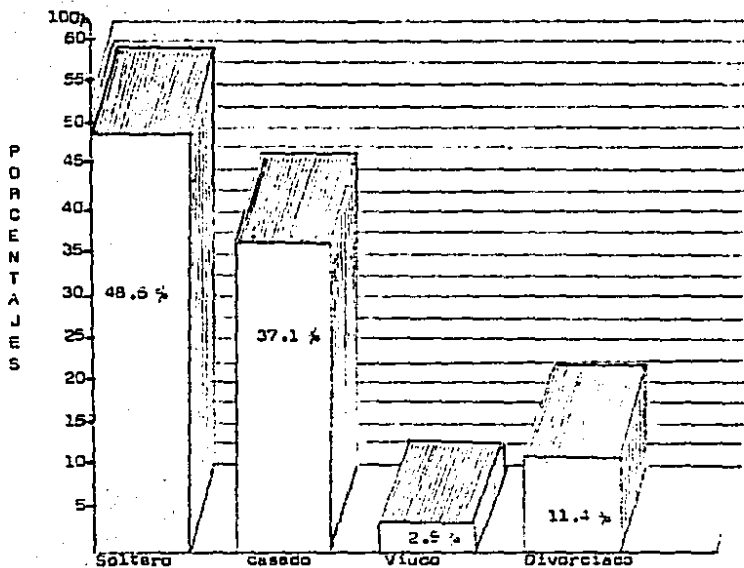
CUADRO 3.- Frecuencias en Sexo de un total de 70 sujetos.



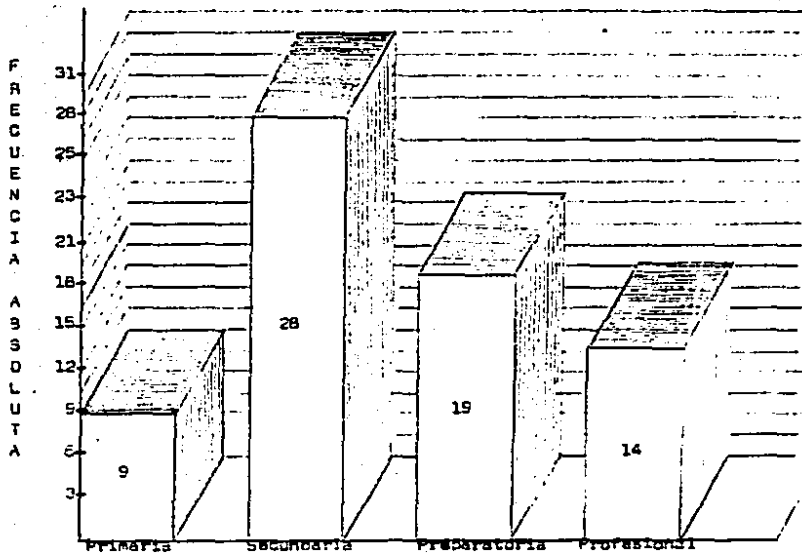
CUADRO 4.- Porcentajes entre Sexo Masculino y Femenino.



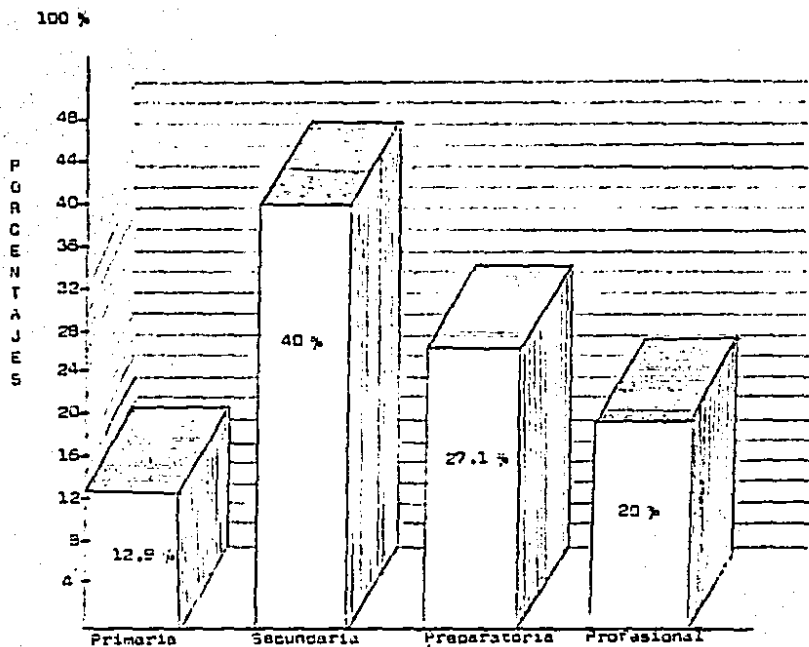
CUADRO 5.- Frecuencias en Estado Civil de un total de 70 sujetos.



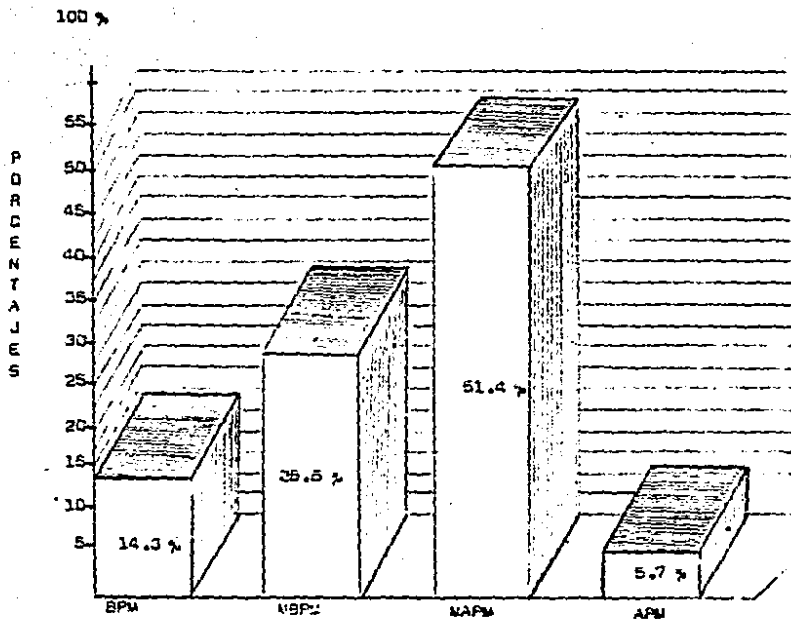
CUADRO 6.- Porcentaje en Estado Civil de un total de 70 sujetos.



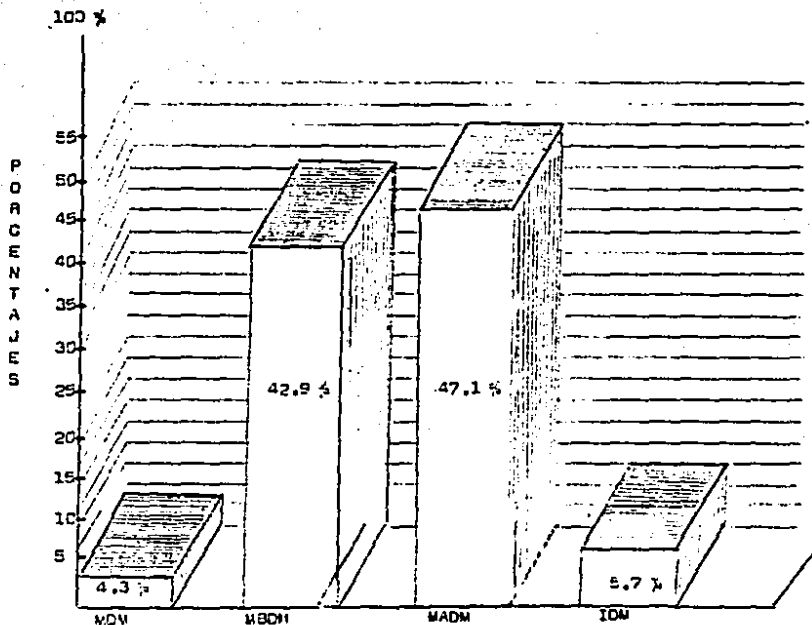
CUADRO 7.- Frecuencias de Escolaridad en un total de 70 sujetos.



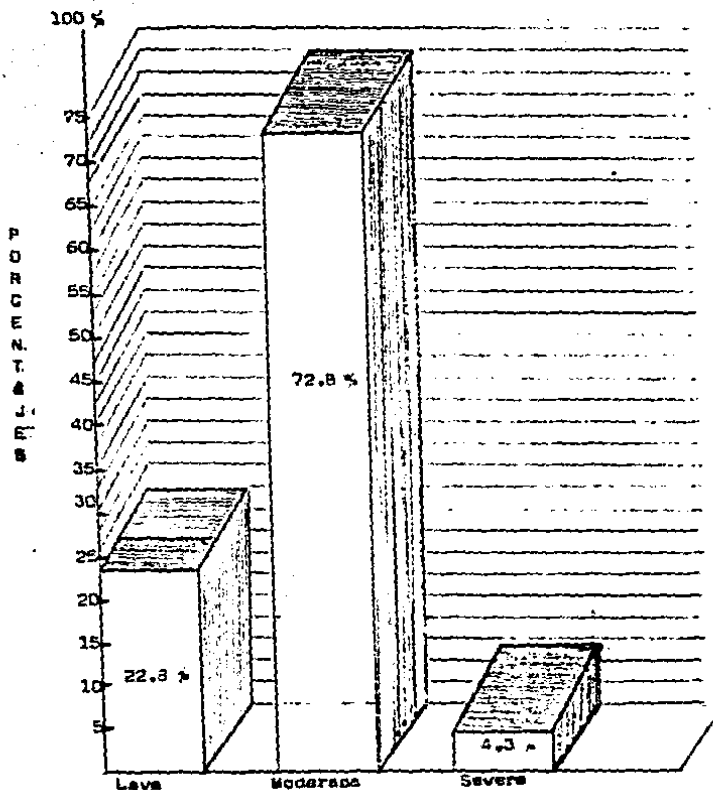
CUADRO 9.- Porcentajes de Escolaridad de un total de 70 sujetos.



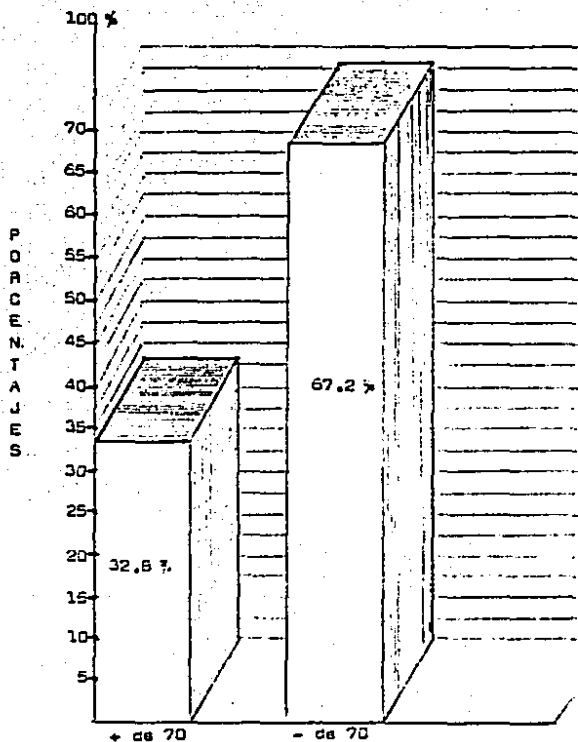
CUADRO 5.- Porcentajes en 70 sujetos acerca de la Res-
 del Acto, (BPM) Baja Probabilidad de Morir, (MBPM) Mo-
 derada Baja Probabilidad de Morir, (MAPM) Moderada Alta
 Probabilidad de Morir y (APM) Alta Probabilidad de
 Morir.



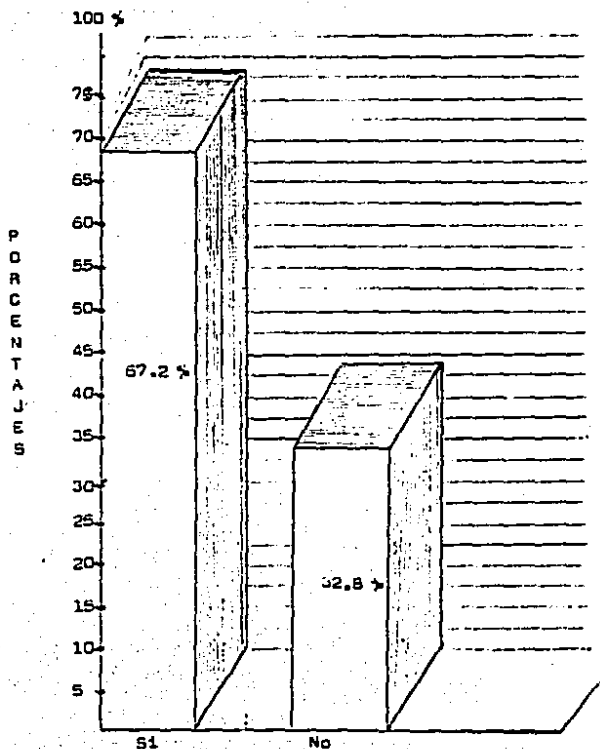
CUADRO 10.- Porcentajes de un total de 70 sujetos en cuanto al Deseo de Morir; (MDM) Mínimo Deseo de Morir (MBDM) Moderado Bajo Deseo de Morir, (MADM) Moderado - Alto Deseo de Morir, e, (IDM) Intenso Deseo de Morir.



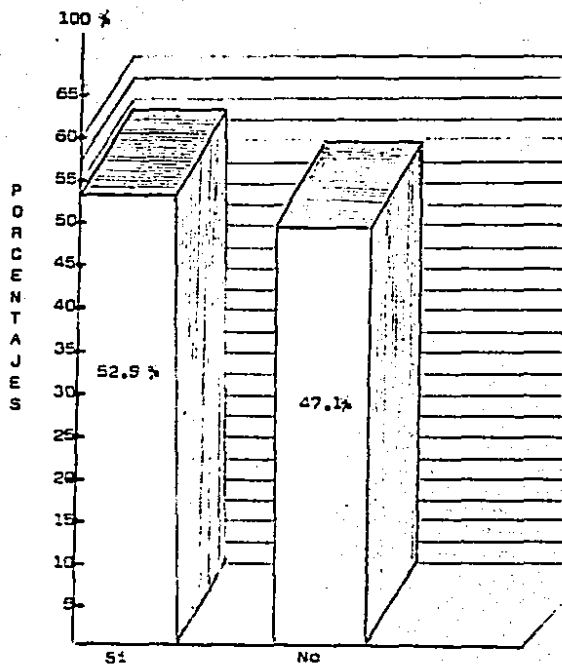
CUADRO 11.- Porcentajes del nivel de Desesperanza de un total de 70 sujetos.



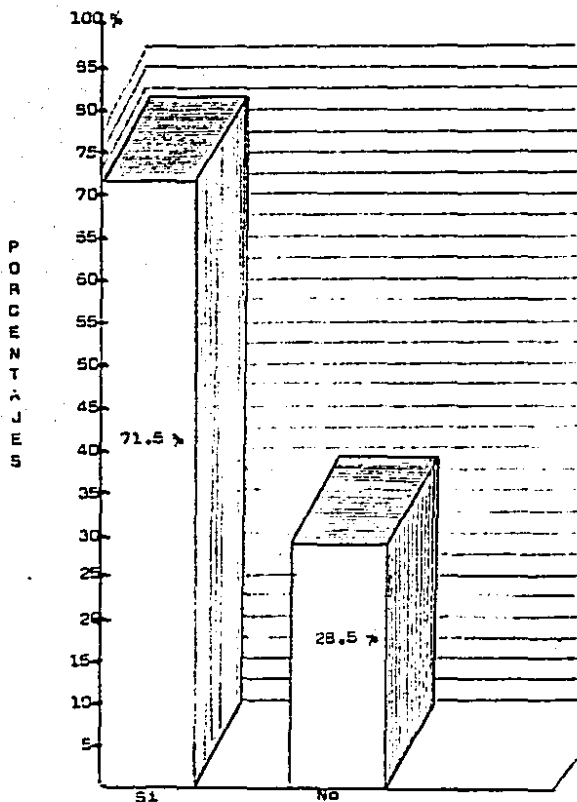
CUADRO 12.- Porcentajes de un total de 70 sujetos, en el que se consideró arriba de 70 (puntaje T) presencia de Depresión en el momento del Intento de Suicidio; abajo de 70 (puntaje T) ausencia de Depresión.



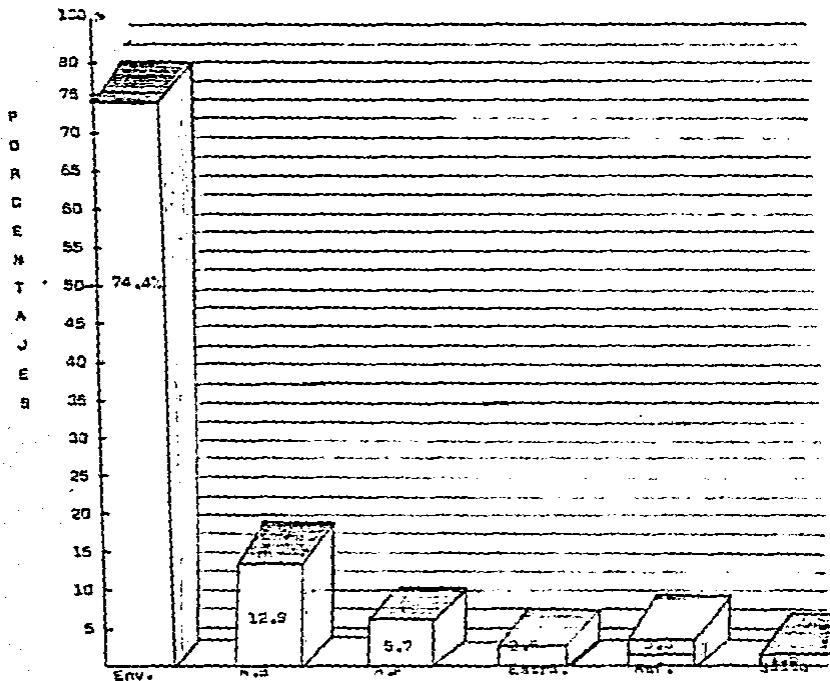
CUADRO 13.- Porcentajes de ausencia y presencia de Aislamiento en un total de 70 sujetos.



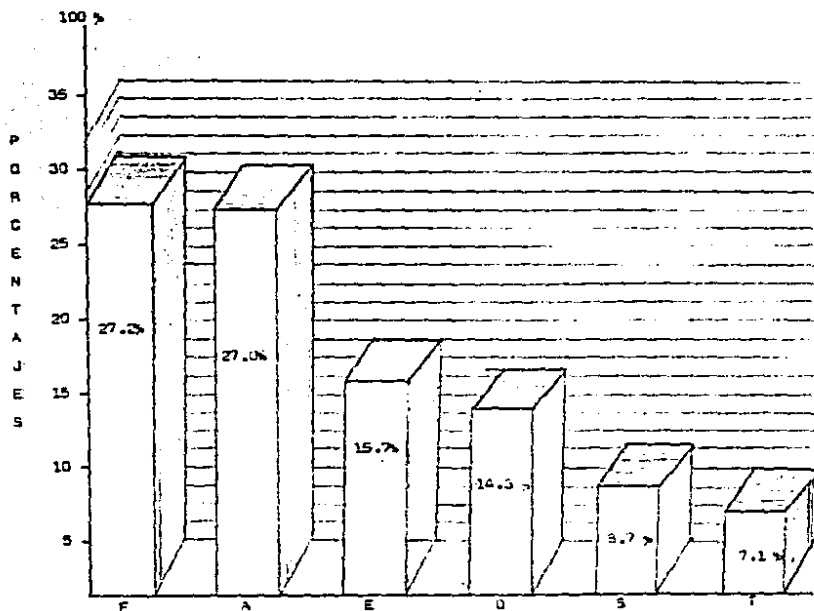
CUADRO 14.- Porcentajes de presencia y ausencia de agresividad Inhibida en un total de 70 sujetos.



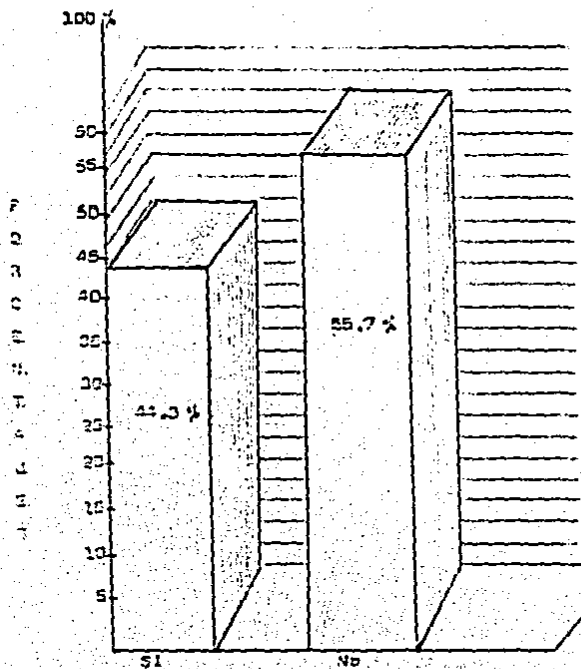
CUADRO 15.- Porcentajes de presencia y ausencia de Ideas Suicidas en un total de 70 sujetos.



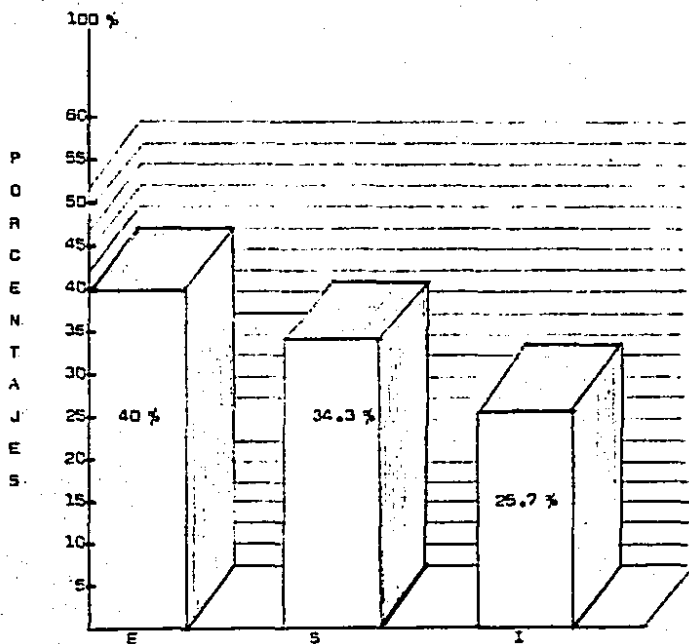
CUADRO 15.- Métodos más usados por los 70 sujetos: 74.4 % Enevencamientos, 12.9 % Arma blanca, 5.7 % Arma de Fuego, 3.0 % Asfixia y Ahorcamiento, 2.5 % Estrangulamiento y al 1.5 % salto.



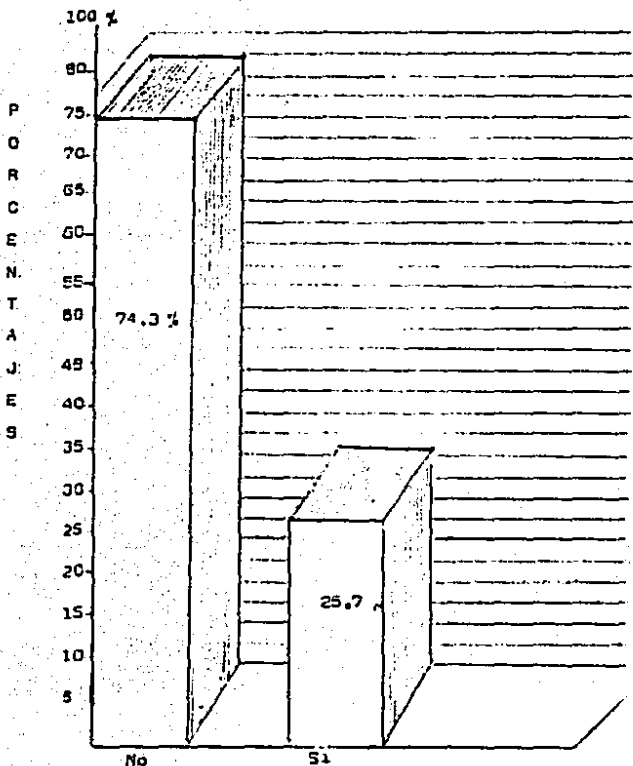
CUADRO 17.- Causas principales por las que realizaron el intento Suicidio, porcentaje de un total de 70 sujetos; 27.2 % familiares, 27.0% acrosas, 15.7 % económicas, 14.3 % otras causas 8.7 % por enfermedades y el 7.1 % causas de trabajo.



CUADRO 18.- El 44.3% dejaron algún aviso de quitarse la vida, el 55.7% no dejaron aviso, de un total de 70 sujetos.



CUADRO 27.- Actitud por no haber consumado el acto suicida; el 40 % de los sujetos se sintió Frustrado, el 34,3 % Satisfecho y el 25,7 % optó por la Indiferencia.



CUADRO 21.- El 74.3 % realizó un intento de Suicidio mientras que el 25.7 % realizó de 2 ó 3 intentos anteriormente de los 70 sujetos estudiados

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

79

RESULTADOS DE CORRELACIONES CON LOS DE SIGNIFICANCIA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	1	.544353	.009578	.303660	-.000135	-.036614	0.07214	0.43801	-.03327	1
2	.544353	1	0.221667	.4455805	0.031055	.2933346	.2057347	.455235	.1719514	2
3	.009578	0.221667	1	.2399577	-.007922	.3510383	-.21112	0.231909	-.1129712	3
4	.303660	.4455805	.2399577	1	0.03397	.733322	.353674	.232037	.1452205	4
5	-.000135	0.031055	-.007922	0.03397	1	.145783	.1156041	0.438809	.446136	5
6	.036614	.2933346	.3510383	.733322	.145783	1	.2042607	.2885931	0.1554982	6
7	0.07214	.2057347	-.21112	.353674	.1156041	.2042607	1	.1398386	-.0600772	7
8	0.43801	.455235	0.231909	.232037	0.438809	.2885931	.1398386	1	0.22325	8
9	-.03327	.1719514	-.1129712	.1452205	.446136	0.1554982	-.0600772	0.22325	1	9

(Viene de la página anterior)

- 1.- Realidad del Acto
- 2.- Deseo de Morir
- 3.- Desesperanza
- 4.- Depresión
- 5.- Edad
- 6.- Aislamiento
- 7.- Agresividad Inhibida
- 8.- Ideas Suicidas
- 9.- Dias transcurridos (desde el momento del Intento hasta al día de aplicación de pruebas).

CAPITULO

VI

6. CONCLUSIONES.

De acuerdo a las investigaciones anteriormente mencionadas, en el presente estudio se encontró que las edades fluctuaban entre 18-25 años, esto está relacionado por lo mencionado por Rodríguez (36) que en su estudio afirma que los jóvenes entre 15-29 años son los que más se suicidan y por Heman (21) que quienes más lo intentan son entre 15-30 años, a su vez concordando los 2 autores con el estudio que el método más utilizado con mayor porcentaje es la intoxicación.

En lo referente al estado civil se encontró que el mayor porcentaje se da en los solteros, lo cual lo confirman los estudios hechos por Durkheim (5) quien afirma que los solteros y divorciados; sin que esto sea un factor determinante para cometer el intento.

Ettlinger (6) encontró que la severidad del intento suicida estaba en relación a factores como la posibilidad de ser descubierto, antecedentes del intento, realidad del intento, aislamiento, etc., y en nuestro estudio se dio un porcentaje alto de aislamiento.

En cuanto a la agresividad inhibida e ideas suicidas se presentó una predominancia en estos factores clínicos: el cual Ringel (26) en su estudio afirma que son síntomas que se presentan, siendo muy importantes como indicadores

de que se da un nuevo intento.

En las 3 teorías expuestas en el capítulo III se mencionó que el elemento principal del suicidio o intento es el manejo de la agresión, entre mayor sea ésta mayor riesgo de intento suicida, presentándose en un alto porcentaje en nuestro estudio la agresividad inhibida lo cual -- confirma lo anteriormente dicho.

En contraposición de las investigaciones, se encontró -- que la depresión no se presentó en el mayor número de -- los casos estudiados lo cual se dio en el estudio de Herman (21) que la depresión fué un factor con mayor porcentaje; siendo lo contrario en el deseo de morir que en -- nuestro estudio fué moderadamente alto deseo de morir y -- en el de Herman (21) fué bajo el deseo de morir en los sujetos.

Las limitaciones que se nos presentaron al realizar esta investigación fueron diversas; empezando que es un tema nuevo de estudio, el cual la bibliografía es difícil de conseguir, principalmente investigaciones hechas en la -- ciudad de México.

Otro tipo de limitación fué el acceso a las personas que cometieron el intento, por ser un tema delicado al cual pueden pensar que uno quiere intervenir en su vida privada, lo que dió por resultado que diversos domicilios a -- los que fuimos, las personas se negaban o no vivían ahí,

dando en los hospitales otros nombres o domicilios para- que no fueren buscados.

Y un tercer tipo de limitación es la metodología que se- debe utilizar ya que es difícil el sistematizar objetiva- mente los resultados obtenidos.

Resumiendo.- al finalizar nuestra investigación nos damos- cuenta de que la agresividad inhibida, aislamiento e i- deas suicidas sí influyen sobre el intento suicida por - sí solos, pero la depresión debe de ir relacionado a otro- factor para que pueda ser representativa en el riesgo - del intento suicida.

Un elemento importante que se encontró fue el deseo de - morir en los sujetos, dependiendo de éste se verá lumen- tado la depresión, agresividad inhibida, ideas suicidas- y la realidad del intento; sin embargo la desesperanza - no fue relevante porque tanto en el porcentaje como en - sus correlaciones fueron bajas.

La edad 18-25 años y el estado civil solteros también po- drían ser indicadores de riesgo en el intento suicida.

Con esto se puede comprobar los conceptos teóricos y las- investigaciones que se hicieron anteriormente, que los - factores clínicos relacionados con características demo- gráficas y factores internos, son indicadores que nos - sirven para predecir un nuevo intento; no cerrando una - investigación más sino al contrario dar la posibilidad -

de considerar el estudio de los intentos de suicidio en todos sus implicaciones tanto intrínsecas como circunstanciales ya que en esta medida se puede evaluar tanto la seriedad del intento cometido como la factibilidad de que los sujetos lleguen a cometer un futuro intento. También consideramos que el generar métodos de evaluación para el estudio de factores internos y clínicos que llevan a un individuo a cometer un intento es imperante dentro de esta área de investigación para poder detectar casos potencialmente suicidas y en esta línea establecer técnicas de prevención y de tratamiento para disminuir la frecuencia del evento.

A P E N D I C E

B E E I I A Q W A I I E

Nº _____

Clase _____

1.- Iniciales: _____

2.- Edad: _____

3.- Lugar de nacimiento: _____

4.- Lugar de Residencia: _____ Desde cuando: _____

5.- Sexo: Masculino () Femenino ()

6.- Estado Civil:

Soltero ()	Divorciado ()
Casado ()	Unión libre ()
Viudo ()	Otros: _____

7.- Escolaridad:

Ninguna ()	Preparatoria ()
Primaria ()	Técnica _____
Secundaria ()	Profesional _____

8.- Ocupación: _____

9.- Nivel Socioeconómico:

Bajo ()	Medio Alto ()
Bajo Medio ()	Alto ()
Medio ()	Otros: _____

10.- Hábita:

Sola ()	Esposa ()
Padres ()	Hijos ()
Esposo/a ()	Otros: _____

11.- Ha padecido alguna enfermedad de cuñador

si ()	no ()
--------	--------

Unidad: _____ Fecha: _____

12.- Alguno de sus familiares ha fallecido por suicidio?

Padre	()	Abuelas	()
Madre	()	Esposo/a	()
Hermano/s	()	Hijos/as	()

13.- Alguno de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?

Padre	()	Abuelos	()
Madre	()	Esposo/a	()
Hermano/s	()	Hijos/as	()
Hermana/as	()	Tios/as	()

Ceros -----

14.- Alguno de sus amistades o cercanos AMI. ha intentado suicidarse alguna vez?

Amigo/a	()	Novio/a	()
Vecino/a	()	Ceros	-----

15.- Antes de su intento se sentía hastiado de la vida?

Desde los últimos 6 meses	()
Desde los últimos 4 meses	()
Desde los últimos 2 meses	()
Desde hacía un mes	()
Hacia dos semanas	()

16.- Antes de su intento pensó en desaparecer de este mundo?

Siempre	()	Algunas veces	()
Muy raras veces	()	Ninguna vez	()

17.- Antes de su intento pensó Ud. que el mundo en que viviera - catastrófico?

Siempre	()	Algunas veces	()
Muy raras veces	()	Ninguna vez	()

25.- Quería U^a. que alguien se sintiera culpable de su muerte?

Padre ()	Esposo/a ()
Madre ()	Hijos/as ()
Hermano/a ()	Amigo/a ()
Vecino/a ()	Otros -----

26.- Le comunicó a alguien su intención de quitarse la vida?

Padre ()	Esposo/a ()
Madre ()	Hijos/as ()
Hermano/a ()	Otros -----

27.- De qué manera comunicó su intención?

Nota ()	Verbal ()
Carta ()	Otros -----
Teléfono ()	

28.- Pensaba que iba a morir de su intento?

Sí ()	
No ()	
Otros -----	

29.- Cómo se siente al no haber muerto en su intento?

Satisfecho ()	
Frustrado ()	
Indiferente ()	

30.- A qué hora realizó el intento?

Mañana ()	
Tarde ()	
Noche ()	

31.- Qué método utilizó para llevar a cabo su intento?

32.- ¿Fue tipo de ayuda recibió?

33.- Fue necesario ser hospitalizado?

Sí ()

No ()

¿Cuánto tiempo? -----

34.- Ha pensado en algún momento volver a intentar quitarse la vida?

Sí ()

No ()

35.- ¿Qué razones podría dar para intentarlo otra vez?

36.- ¿Utilizaría el mismo método anterior?

Sí ()

No ()

Otro método -----

37.- Piensa que realizaría con más cuidado su intento?

Sí ()

No ()

Otro -----

38.- ¿Cuál es su opinión acerca de la vida?

39.- Qué debería hacer con más frecuencia en la vida?

40.- Crees tú que la fe y la esperanza nos ayudan a seguir adelante en la vida?

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Abadí Mauricio. Fascinación por la Muerte. Ed. Paidós. B. A. - 1973.
- 2.- Barbero Marino. El Suicidio. Ed. Taurus. Madrid 1956.
- 3.- Becker E. El Eclipse de la Muerte. Ed. Fondo de Cultura Económica. México 1977.
- 4.- Brambila Colado J. J. "La Prevalencia de los Gestos Suicidas en la ciudad de Guadalajara, durante 1975". Salud Pública de México. Epoca V. Vol 19. Num 6. Págs. 851 - 856. Nov - Dic. - 1977.
- 5.- Durkheim Emile. El Suicidio. Ed. UNAM. México. 1993.
- 6.- Ettlinger R. W. "Suicides in a group of patients who had previously attempted suicide". Acta Psychiatry of Scandinavia. -- Vol. 40. Págs. 353 - 378. Año 1964.
- 7.- Farberow L. Norman. Suicide in different cultures. Ed. University. Park Press. 1972.
- 8.- Farverow H. L. y Shnaidman E. S. Necesito Ayuda. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México 1959.
- 9.- Freud S. "Más allá del principio del placer". Obras Completas Tomo III Págs. 2507 - 2518. Ed. Biblioteca Nueva. Tercera Ed.
- 10.- Freud S. "El yo y el Ello". Obras Completas. Tomo III. Págs. -- 2704 - 2710. Ed. Biblioteca Nueva. Tercera Edición.
- 11.- Freud S. "Duelo y Melancolía". Obras Completas Tomo II. Págs. -- 2091 - 2103. Ed. Biblioteca Nueva. Tercera Edición.
- 12.- Garma Ansel. Sadismo y Masoquismo de la Conducta Humana. Biblioteca de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Ed. 1952.
- 13.- Goethe J. W. Faust Werther. Editoras Mexicanos Unidos. 1933.

- 14.- Goldsney Roberts D. "Attempted Suicide" An Ethological Perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. Vol 10. Num 3-Fall 1980. Págs. 131 - 139.
- 15.- González de la Vega F. Derecho Penal Mexicano. Ed. Porrúa S. A. México 1979.
- 16.- González Pinada. Psicología de su Destructividad. Ed. Pax - México S. A. Asociación Psicoanalítica Mexicana A. C. 1965.
- 17.- Gorenc K. D. Haffner H. Klaff F., Walz R. "Clasificación del Riesgo en el Intento Suicida". *Revista de Salud Mental*. Vol. 2 Págs. 55 - 71 Julio 1982.
- 18.- Gullin D. "Consideraciones sobre el Suicidio en la Juventud" *Revista de Estudios de la Juventud*. Año 2 Núm.4 Julio 1982.
- 19.- Gutman Gorgell V. "Interpersonal Effects of a Suicidal Communication". *Journal of Consulting and Psychology*. Vol 45 Num. 4 Págs. 592 - 599. 1977.
- 20.- Heman Contreras A. "Consideraciones Metodológicas de la Investigación sobre el Intento de Suicidio". Consejo Nacional para la Enseñanza y la Investigación en Psicología. Vol 8 - Num. 1. Págs. 55 - 106. Enero - Junio 1982.
- 21.- Heman Contreras A. "Cesases de Morir, Realidad del Acto en sujetos con Intentos de Suicidio". *Salud Pública de México*, 1984.
- 22.- Horton S. D. & Mackathornl. "Some Social and Psychological Factor Related to Suicide in Primitive Societies: Across - Cultural Comparative Studing". *Suicide and Life - Threatening Behavior* Vol 12 (4) págs. 195 - 209. Winter 1982.
- 23.- Jimenez Navarro R. "El Suicidio en México; Enfoque Epidemiológico". *Salud Pública de México*. Vol 20 Núm 1. Enero - Febrero 1979.

- 24.- Kerlinger N. Fred. Investigación del Comportamiento, técnica y Metodología. Ed. Interamericana 1984.
- 25.- Kiev A. "Cluster Analysis Profiles of Suicide Attempters" - Am J. Psychiat. 133. Págs. 150 - 152. Año 1976.
- 26.- Klaus Thomas. El Hombre ante el Abismo. Ed. Marfil.
- 27.- Lester D. & Clopton R. "Suicide and Overcontrol". Psychological Reports. Vol 44 Págs. 758 Año 1979.
- 28.- Maris Ronald Ph. D. "Rational Suicide: An Impoverished Self Transformation". Universidad de Carolina del Sur. Vol 12 Núm 1. Spring 1982.
- 29.- Menninger K. El Hombre Contra sí mismo. Ed. Península Barcelona, 1972.
- 30.- Noyes - Kolb. Psiquiatría Clínica Moderna. Ed. Fondo de Cultura Económica. México 1974.
- 31.- Olesa Muñido F. Inducción y Auxilio al Suicidio. Publicaciones del Seminario de Derecho Penal de la Universidad de Barcelona Bosh Casa Editorial Urgel 51.
- 32.- Paz Octavio. El Laberinto de la Soledad. Ed. Fondo de Cultura Económica. México 1983.
- 33.- Pick L. S. y López A. Cómo Investigar en Ciencias Sociales - Ed. Trillas. México 1980.
- 34.- Pöldinger W. La Tendencia al Suicidio. Versión Española del Doctor Guerra Miralles. Ed. Morsta S. a. 1969.
- 35.- Ramirez S. El Mexicano - Psicología de sus Motivaciones. Ed. Grijalbo 1977.
- 36.- Rodríguez Sala de Gomez Gil W. L. El Suicidio en México D. F Ed. Unam 1963.
- 37.- Rodríguez Sala de Gomez Gil W. L. Suicidio y Suicidios en la Sociedad Mexicana. Ed. Unam 1959.

- 38.- Secretaría de Programación y Presupuesto- Coordinación General de Estadística, Geografía e Informática. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1979 - 1983. México Social. Ed. Banamex.
- 39.- Seidan H. Richard. "Reverend Jones on Suicide". Suicide Life Threatening Behavior. Vol 9. Núm 2 Págs. 116 - 119. Summer - 1979.
- 40.- Siegel Sidney. Estadística no Paramétrica Aplicada a las Ciencias de la Conducta. Ed. Trillas. 1975.
- 41.- Simcín C. Medicina Legal Judicial. Ed. Jims. Reimpresión - 1973.
- 42.- Sours J. C. y Otros. Parturbaciones Psicológicas del Adolescente. Ed. Paidós B. A. 1972.
- 43.- Stengel E. Psicología del Suicidio y los Intentos de Suicidio Ed. Paidós B. A. 1965.
- 44.- Taylor S. "The Confrontation with Death and the Renewal of Life" Suicide and Life - Threatening Behavior. Vol 8 (2). Págs 89 - 97. Summer 1978.
- 45.- Terroba Garza G. y Saltigeral M. T. "La Autopsia Psicológica como Método para el estudio del Suicidio". Salud Pública de México. Vol 25 Num 3 Págs. 258 - 263. Mayo - Junio 1983.
- 46.- Tolchinsky I. Suicides and Psychodruugs. Penna Hospital B. A. 1988.
- 47.- Unamuno M. Del Sentimiento Trágico de la Vida. Ed. Espasa - Calpe Mexicana S. A. México 1982.
- 48.- Vern R. A. & Corey M. D. "Suicide Motives: Comparison of Assignment of Motives by Coroners and Psychologist". Psychologist Report. Vol 40 Pags. 11 - 14. Año 1977.
- 49.- Weinstein D. J. "Heroes as Father" Suicide and Life - Threatening Behavior. Vol 12 Pags. 17 - 32 Spring 1982.

50.- Young K. R. y William J. O. Introducción a la Estadística aplicada a las Ciencias de la Conducta. Ed. Trillas, 1969.