

UNIVERSIDAD**INTERCONTINENTAL**

Escuela de Psicología
Con Estudios Incorporados a la
Universidad Nacional Autónoma de México



EL SUICIDIO Y SU RELACION CON EL
ALCOHOLISMO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
RODOLFO ALBERTO DEL CORRAL ADIB

México, D. F.,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

Quiero agradecer al doctor Ramón de la Fuente Director del Instituto Mexicano de Psiquiatría, asimismo, a la maestra Ma. Elena Medina-Mora Jefe del área de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, a la maestra Ma. Elena Castro S. Jefe del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas.

Muy especialmente a la licenciada Graciela Terroba y a la licenciada Ma. Teresa Saltijeral, tanto por su calidad humana, tiempo brindado en la revisión técnica y uso de material y aún más por su paciencia.

Al maestro Arturo Ortiz Castro, por la ayuda brindada para la supervisión de esta tesis, su tiempo y dedicación, al licenciado Carlos Caudillo por su apoyo y prestancia y a todos aquellos que me dieron en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, lo más importante... su amistad.

Gracias

A todas las personas quienes me han ayudado, tanto en mi formación personal como a realizar este trabajo.

Muy especialmente a mis padres, por su cariño y apoyo, sin ellos... nada.

Gracias

1986.

A quien por no sufrir deja la vida
vida para sufrir le da la muerte.

M. Kant

LA CONDUCTA SUICIDA Y SU RELACION

CON EL ALCOHOLISMO

INDICE

		PAG.
CAP. I	INTRODUCCION -----	2
CAP. II	REVISION HISTORICA -----	6
	Antecedentes históricos en México sobre la relación entre la vida, la muerte y el suicidio -----	11
CAP. III	ANTECEDENTES DE INVESTIGACION -----	18
	En el mundo -----	21
	En México -----	26
CAP. IV	ETIOLOGIA DEL SUICIDIO -----	30
CAP. V	ALCOHOLISMO Y SUICIDIO -----	41
CAP. VI	PROBLEMA -----	51
CAP. VII	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION -----	54
CAP. VIII	METODO -----	56
	- Procedimiento -----	57
	- Alcances y limitaciones -----	57 y 58
	- Población de estudio -----	58
	- Instrumentos -----	63
CAP. IX	RESULTADOS -----	66
	- Resultados SEMEFO VS Escala de Jackson -----	69
CAP. X	ANALISIS DE RESULTADOS -----	88
CAP. XI	CONCLUSIONES -----	92
CAP. XII	DISCUSION -----	96
	DEFINICION DE TERMINOS -----	99
	BIBLIOGRAFIA -----	103

CAPITULO I

INTRODUCCION

Introducción

El tema del presente trabajo es el suicidio y su relación con el alcoholismo, conducta que aunque menos severa que el suicidio, tiene el mismo carácter destructivo y no deja de ser un problema para todos los países del mundo.

La importancia del tema del suicidio es debido a que este tipo de conducta se está volviendo "el modo preferido de morir"; Shneidman (1976) y día con día crecen las tasas en las estadísticas de mortalidad que por suicidio hay en todo el mundo; la Organización Mundial de la Salud, ha llegado a estimar que en todo el mundo un mínimo de --- 1,000 personas se suicidan diariamente, en países desarrollados como Alemania, Australia, Estados Unidos y Japón, el suicidio ha llegado a ser una de las diez causas más importantes de mortalidad, en donde las tasas de suicidio predominan en personas entre los 15 y 44 años de edad.

El hecho de que una persona utilice como última alternativa el suicidio llega a ser inaudito y en la mayoría de las ocasiones inexplicable, sobre todo cuando es cometido por un adolescente o un niño. En Estados Unidos según investigaciones realizadas por Cantor (1975), demuestran que el suicidio es la segunda causa de muerte más frecuente entre adolescentes y jóvenes, en donde aproximadamente 4,000 jóve-

nes entre los 15 y 24 años se suicidan anualmente.

La razón de que existía una tasa más elevada de suicidio en algunos países en relación con otros, así como las causas que determinan el incremento de este fenómeno no pueden precisarse fácilmente. Aunque se dan algunas explicaciones al respecto, tales como factores climatológicos, prevalencia de condiciones insalubres, exceso en el consumo de bebidas alcohólicas, ciertamente estos aspectos no son su ficientes para explicar este fenómeno.

Este problema no es nada nuevo, de hecho puede ser considerado tan antiguo como la vida misma y se ha tomado por su connotación auto-destructiva como algo tan especial que en muchas culturas lo han premiado, admirado y castigado.

El fenómeno del suicidio a través de la historia ha sido tema de interés pluridisciplinario, así su existencia a través de las diferentes épocas y diferentes civilizaciones, muestra tanto la ideología del país, como el momento en que se encuentra la cultura en la que se estudie este fenómeno.

En algunos países el suicidio forma parte de una moralidad en la que su aceptación es mayor debido a que tiene una connotación religiosa, en el caso de Japón por ejemplo, en que se utiliza el suicidio como un mero ritual cuando es necesario mantener el honor de una manera tradicional y de acuerdo a las creencias acostumbradas.

Así, las costumbres y la apreciación de este fenómeno son cambiantes, como las culturas de los diferentes

países del mundo.

Se puede muchas veces caer en la pregunta de ¿qué es lo que motiva a un individuo a llevar a cabo el suicidio? huir de una tensión que le provoca el medio, la soledad, ser renuente al dolor corporal; que es tan importante para privarse de la vida. Partiendo de este punto de vista es por eso que cada caso de suicidio se estudia en particular, debido a que es un acto puramente voluntario, aunque es cierto que muchas veces es influenciado por condiciones que van más allá de lo individual.

Para relacionar el suicidio con el alcoholismo Beachler (1975) menciona que en sí, el alcohol se vuelve una alternativa para la solución de los problemas en ciertos sujetos, siendo esta por supuesto menos grave que el suicidio; aunque ingerir alcohol habitualmente es una manera de suicidio a largo plazo.

Lo predominante de la relación entre el alcohol y el suicidio es que el alcohol, aún en pequeñas dosis es suficiente para remover los impulsos y un sujeto con ideas suicidas que se encuentra en estado de ebriedad, es más fácil que lleve a cabo el suicidio debido a que el impulso de muerte lo gra salir cumpliendo su fin.

En términos generales, la relación entre alcohol y suicidio, existe, aunque ciertamente es difícil determinar específicamente los casos en los que se enlazan estos dos as

pectos, así como también el separar estos dos factores. So
bre todo porque en muchos casos la intoxicación alcohólica
lleva a la muerte y esto podríamos decir, es una forma de
suicidio.

CAPITULO I I

REVISION HISTORICA

II. REVISION HISTORICA

Parece ser que el suicidio se ha producido en todos los grupos y en todas las sociedades de las que aún existe testimonio documental y que su significado preciso siempre ha intrigado al hombre. Las razones del suicidio han reflejado las condiciones sociales particulares que prevalecían en determinada época.

En la antigüedad en Grecia y Roma, la actitud ante el suicidio osciló desde la tolerancia hasta la condenación y la admiración, las circunstancias que comunmente rodean al suicidio también eran militares o políticas, como la necesidad de mantener el honor, o de evitar la captura, la humillación y la muerte infame (Choron, J., 1972).

Ciertos filósofos especialmente los estóicos, consideraban el suicidio como el medio ideal para liberarse del sufrimiento, ellos profesaban desprecio a la condición humana, así como resentimiento contra el mundo, contra el propio yo, sus enseñanzas especialmente alentaban al suicidio, sobre todo en beneficio de la Patria, por bien de los amigos o a causa de un dolor intolerable, de mutilación o de enfermedad incurable.

En Grecia, cuando el Juzgado Griego quedaba convencido que había razones de peso para que alguien se suicidara se le permitía hacerlo bebiendo cicuta.

Es conocida también la opinión de Cicerón quien, aunque desaprobaba el suicidio expresó su admiración por Ca-

ton, quien prefirió quitarse la vida a soportar la dictadura del César (Montherland, N., 1970).

Pitágoras y Platón, en cambio lo consideraban, fundándose en puntos de vista semejantes a los que posteriormente formuló el cristianismo.

Los primeros cristianos con frecuencia eligieron el martirio voluntario, de hecho, lo hacían con un entusiasmo que muchas veces fue causa de vergüenza para sus opresores. Desde luego, tenían un aliciente considerable, sus creencias religiosas eran de que alcanzarían la vida eterna en el otro mundo, logrando la remisión de sus pecados al ser testigos de la sangre de Cristo. El suicidio ejerció una fascinación intensa durante los tres primeros siglos, después de Cristo, y algunos como los donatistas buscaron la muerte, ya fuera provocando a otros o bien por su propia mano (Dublin, L.I., 1963).

El suicidio en masa ha ocurrido a intervalos regulares a través de los siglos generalmente al ser perseguida una secta y ver amenazada su existencia misma o como grupo, y no es sorprendente que las convicciones religiosas profundas parezcan haber sido frecuentemente la fuerza unificadora del grupo. En el año de 74 A.C., los 960 Celotes judíos que defendían Masada se suicidaron después de tres años de sitio por las Legiones Romanas de Tito.

Prefirieron morir antes que caer en manos de los Romanos y puede ser significativo que en este tiempo llegara

a estar muy difundido entre los judíos la creencia en la vida después de la muerte (Choron, J. 1972).

En los primeros tres siglos D.C. la doctrina de los cristianos parece haber provocado muchos suicidios. Sin embargo, en Roma no se manifestó ninguna actitud social respecto al suicidio, ni tampoco constituyó nunca un delito penal, salvo cuando era cometido por algún soldado, un esclavo o alguien acusado de algún crimen (Morgan, H.G., 1979).

Siglos después se fue formando una actitud muy distinta, en que el suicidio fue generalmente condenado y se le consideró un pecado. Esto comenzó cuando San Agustín (354-430 D.C.), lo calificó de "pecado mayor que ningún otro", por que viola el sexto mandamiento, usurpa la función del estado y de la iglesia, y evita el sufrimiento que ha sido ordenado por Dios. De ahí siguió una actitud represiva ante el suicidio que ha persistido hasta el presente siglo (Shneidman, E. 1976).

Dante (1265-1321) en su "Divina Comedia" describió esas almas como encajadas en árboles espinosos y marchitos de los que se alimentaban las arpías que les causaban heridas, arrancándoles lamentos y gritos de dolor.

"Según el cristianismo ortodoxo medieval, el alma de un suicida se condena al infierno por toda la eternidad"

Entre los cristianos franceses del siglo XIII que se adhirieron a la herejía de los Albigines o Cátaros fue común el suicidio por ayuno voluntario.

En la edad media se imponían tres castigos después del suicidio: el primero era la degradación del cuerpo, arrastrándolo por las calles cabeza abajo en una narria; el segundo era la inhumación en tierra no santa o consagrada; el tercero la inhumación se hacía frecuentemente en un cruce de caminos, con una piedra en la cabeza. Esta costumbre se siguió practicando en Londres hasta 1823 y tenía por objeto inmovilizar el cuerpo para que el espíritu no regresara a dañar o a rondar a los vivos.

Muchos de los Cismáticos Rusos del siglo XVII, que se mantuvieron fieles a las antiguas creencias después de la reforma de la Iglesia Ortodoxa Rusa, prefirieron el suicidio en masa, en iglesias llenas de fieles, antes que cambiar su modo de vida y su lealtad a su fe.

En otros países europeos se decomisaban los bienes del suicida y esto se continuó haciendo durante gran parte del siglo XIX.

El suicidio ha seguido ocurriendo en épocas recientes, en el siglo actual, el suicidio fue común en un grupo de cosacos en 1945, cuando se enfrentó al regreso forzoso a Rusia, contra el cual había luchado durante la segunda guerra mundial (Morgan, H.G., 1979).

Uno de los datos más recientes que se tienen del suicidio es el que aconteció a los seguidores de la iglesia del pueblo que tenía como representante a Jim Jones en la Guyana Francesa en el año de 1979.

Una revisión histórica carecería de valor si no se completara con la historia del lugar en donde se está realizando la investigación.

1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS EN MEXICO SOBRE LA RELACION ENTRE LA VIDA, LA MUERTE Y EL SUICIDIO.

Sólo dos casos concretos de suicidio de cierta trascendencia se muestran en la historia de México:

El primero, fue el Tercer Emperador Mexica Chimalpopoca, quien se ahorcó dentro de una jaula, antes que aceptar ser vasallo de los Tecpanecas cuando lo hicieron prisionero (Riva Palacio, 1953).

El segundo, el del Cadete del H. Colegio Militar que se despeñó envuelto en su bandera para no entregarla al enemigo, en la batalla del Castillo de Chapultepec y durante la invasión norteamericana de 1847 (Sánchez, M.A., 1970).

Salvo estos casos, no existen conductas suicidas excepto en leyendas y tradiciones como la creación del sol y la luna en Teotihuacan, en la cual un Dios noble y otro plebeyo se suicidan arrojándose a una hoguera en donde resurgen transformados en astros con ayuda de un tigre y un águila (Tecucitcatl y Nanauatzin), (Sahagún, F.B., 1957).

Durante la conquista se refiere el suicidio masivo de unos indígenas en el sur de México, fueron los indios Chiapa, quienes se arrojaron al Cañón del Sumidero antes que ser avasallados por los Españoles, sin embargo, esta es una tra-

dición que no tiene referencias certeras en la historia de México (Riva Palacio, 1953).

Nuestra tradición por el contrario, describe la tolerancia al castigo, al tormento o a la cautividad, sin idea suicida. Tal es el caso de la captura de Cuauhtémoc último emperador Mexica y de su antecesor Moctezuma Xocoyotzin a manos de los españoles o bien de otros personajes indígenas que participaban en las guerras floridas (Belsaso, G.; Lara, H., 1974).

Existen referencias directas del suicidio en los pueblos mayas, donde se creía que así se iba en condiciones privilegiadas al paraíso para estar al lado de la Diosa Ixtab, en particular aquellos que se ahorcaban. Se refieren como motivos de suicidio la tristeza, el temor a ser torturados o el acto de culpar al cónyuge por trato cruel.

En el códice Dresde puede verse a la diosa auspiadora del suicidio, pendiendo de una cuerda enrollada en su cuello, con los ojos cerrados por la muerte y resaltando en una mejilla un círculo negro que representa la decoloración por la descomposición de la carne (Morley, S.G., 1956).

Durante el llamado horizonte preclásico (1980 A.C.) se encuentra un culto a los muertos bien elaborado en sitios como Tlaltilco, Cuicuilco, Tlapocoya y Copilco. En este culto observable en las representaciones en objetos de barro, se muestra esa dualidad de la vida y la muerte en máscaras con la mitad derecha del rostro conservada y la mitad izquieru

da descarnada. Aunque no existe una referencia directa de suicidio en esta época, tales actitudes son parte importante relacionadas con la conducta patológica. En la Cultura Olmeca, considerada como la cultura madre de todas las culturas de Mesoamérica no existen representaciones importantes de la muerte o de sus motivos, excepto en algunas formas localizadas en las tumbas de Izapa, Chiapas (Matos, M., 1971).

En este período correspondiente al llamado horizonte clásico, donde se consideraron las grandes culturas como las de Teotihuacan, Monte Albán, El Tajín y otras, se muestra nuevamente el culto a la muerte en forma ceremonial. Se observa en relieves de piedra, en los juegos de pelota que estaban íntimamente relacionados a la muerte mediante la decapitación de los contendientes derrotados. También debe considerarse dentro de este período las caritas sonrientes de barro del estado de Veracruz se ha pensado que representan a los sacrificios de las fiestas mensuales a quienes había que tener contentos (Krickeberg, W. 1966).

La relación entre la vida y la muerte se representa en la lápida de la tumba de Palenque, la cual recuerda que el origen del hombre es el maíz de acuerdo con el Popol Vuh (formando una alegoría de una vida en el recinto de la muerte) (Popol Vuh).

En los códices mayas hay diversos glifos relacionados con la muerte, así en el calendario ritual llamado Tzolkin tenemos que el sexto día denominando "Cimi" que significa muerte se representa con una calavera (Belsasso, G.; Lara, H. 1974).

En el horizonte postclásico, hacia el año 900 D.C. se encuentra un incremento en la representación de la muerte tanto en edificios y monumentos como en cerámica.

Parece ser que cobra mayor importancia el sacrificio humano por motivos religiosos, mostrándose como evidencia los sitios arqueológicos llamados "Tzompantlis" e "Lugares de cráneos", estructuras complejas donde se colocan en forma de muros los cráneos de los decapitados o sacrificados en los altares de los dioses (Obregón, G., 1971).

Dentro de este período Chichen-Itza en Yucatán, muestra la representación de un decapitado en un juego de pe lota.

El ya mencionado Popol Vuh hace referencias a tal suceso: "Muy bien, ahora serán consumidos, vuestros días y mo rreirs, seréis sacrificados y decapitados". Así dijeron los jefes de Xibalba y de los sacrificó y enterró en el juego de pe lota de los sacrificados (Popol Vuh).

Krickeberg (1966), menciona que en el centro del juego de pelota y el "Ítzampam" o lugar de cráneos se hacían sacrificios humanos y ciertas ceremonias.

No obstante en este período no se reforzaba la muor te en sí misma, pero se aceptaba el autocastigo como penitencia. Se punzaban con púas de maguey durante festividades religiosas, como la ceremonia del Fuego Nuevo al terminar un si glo de 52 años, o sea, aceptaban la muerte voluntariamente a manos de los sacerdotes en festividades tales como la de Camxa tli, Quetzalcoatl o Tezcatlipoca.

El sacrificado era desollado y un sacerdote vestía su piel después de que la víctima había vivido en condiciones privilegiadas durante algunos días previos (Sahagún, B. 1956).

Dentro de la cultura azteca el noveno mes del año era dedicado a los muertos pequeños Miccaihuiltontli que quiere decir "fiesta de los muertecitos", y a los que supuestamente se referían era a la fiesta de niños inocentes muertos.

El décimo mes era la fiesta grande de los muertos, e inclusive había un día llamado "Miquistli" (muerte).

También a través de la pintura, escultura, cerámica se hace patente el pensamiento acerca de la muerte (Durán 1951).

Con el advenimiento del catolicismo durante la conquista de México, por los españoles, el sacrificio y la idea de salvación que antes eran colectivas, se volvieron personales, con la pérdida de la posibilidad del tránsito a otra vida en condiciones similares a las anteriores, en vista del castigo al que osara quitarse la vida por su propia mano o la de los demás. La pena inicial de no poder dar sepultura a sus restos dentro de un terreno consagrado, generalmente dentro de los propios límites físicos de las iglesias era seguida del castigo en el infierno o lo que era peor, el no gozar de la presencia de Dios.

Por lo tanto sólo se describen suicidios en leyendas de la conquista como acto de gran desesperación en pecu

dores que después se verán obligados a vagar como "ánimas en pena" (Obregón, G. 1971).

Resumen

A través de los siglos en la historia de México el suicidio inicialmente era una forma de ritualismo, fortificado por creencias religiosas muy arraigadas en las diferentes culturas que se dieron cita en el Valle de México y sus alrededores durando casi 3,500 años hasta la conquista de los españoles quienes con la imposición de la religión católica cambiaron el punto de vista de los pueblos acerca de sus creencias religiosas, ritos, costumbres y también sobre el suicidio, que desde entonces toma un carácter personal, así como los rotivos que lo provocan.

Conclusión

La historia reporta que a través de los años el suicidio ha sido una conducta que se haya en todos los países del mundo y que muestra el momento por el que atravezaban las sociedades de la época. en las que surgía ésta.

Las creencias que sobre el suicidio se tenían eran variadas, así como los motivos que hacían surgir esta conducta.

En Europa, se tomaba al suicidio como tal, a diferencia de lo que sucedía en México, en donde aunque no se consideraba el suicidio, es de hacer notar que no hay mucha diferencia entre el suicidarse y el dejarse matar para cumplir

los caprichos de un Dios que tenía que ser adorado; así el sacrificio de mujeres y hombres con el fin de cumplir con un rito era meramente un suicidio.

Por esto es que en la historia de México no se hace mención importante o algún señalamiento en donde se indique algo o algún tipo de idea suicida, dentro de su cultura.

CAPITULO III
ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

III. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

A través de los últimos quince años se ha proliferado la investigación sobre suicidio en algunos países del mundo, es el caso de E.U.A., Inglaterra, Polonia, por ejemplo, en donde se ha pretendido relacionar este fenómeno con algunas otras variables, enfermedad mental, drogadicción o simplemente investigar al suicidio en frecuencia, analizando la hora más común en la que se comete, lugar, estación del año, el motivo principal, la proporción entre hombres y mujeres. Así como la edad, observando entre que años se encuentra mayor riesgo, etc.

En México, la investigación sobre suicidio se ha dado aunque no tan amplia como en otros países del mundo, sin embargo, podemos encontrar que sí se han realizado estudios que confrontan variables tales como enfermedad mental, desintegración familiar, alcoholismo, aunque de este último factor son pocos los estudios realizados, esto puede ser debido a:

- En primer lugar, la tasa anual de suicidios en México, en sí es baja, en comparación con otras partes del mundo.
- Y en segundo lugar, la falta del seguimiento de las familias de los suicidados para la obtención de datos. No es suficiente con la prueba que se hace de alcohol en sangre en el SEMEFO, se necesita de la entrevista con los familiares para co-

rroborar qué tanto consumía alcohol el individuo suicidado, pues pudo estar ebrio en el acto y no por eso podemos decir que tenía relación directa con el alcohol.

20

Es así, como a continuación se presentan algunas investigaciones tanto del mundo, como de México que precedieron a la presente investigación, que pretende abarcar y relacionar tanto el fenómeno del alcohol, como el del suicidio.

ANTECEDENTES DE INVESTIGACION EN EL MUNDO

McDowall y colaboradores (1968), compararon los registros clínicos de 37 pacientes hospitalizados por depresión, que posteriormente cometieron suicidio, con los registros de 27 pacientes hospitalizados por depresión pero que no llegaron a suicidarse y encontraron que en el grupo control tenía mayor índice de rasgos hipocondríacos, mientras que los que cometieron suicidio presentaron mayor índice de rasgos históricos.

Flood, R.A.; Sager, C.P. (1968) realizaron un estudio retrospectivo de 97 personas con historia de enfermedad mental previa, que habían cometido suicidio y encontraron que 73 de estas personas habían sido hospitalizada y por medio de los registros de los hospitales se realizó una comparación con un grupo control hospitalizado por otras causas. Los hallazgos determinan que los suicidas pertenecían a una clase social más baja y carecían de familiares cercanos que se preocuparan por ellos, asimismo, el índice de intentos de suicidio previo a la hospitalización fue considerable y sus relaciones interpersonales durante su estancia en el hospital fueron deficientes. Por lo general se oponían a las indicaciones de los médicos, al tratamiento y al tiempo de hospitalización.

Marek, Z. et al (1976) examinó en el Instituto de Medicina Forense de Cracovia, los cuerpos de 76 menores de 18 años que murieron como consecuencia de cometer suicidio durante

te los años de 1960 a 1974. Encontró que la víctima más joven fue un niño de 8 1/2 años. La mayoría, 63 de los 76 casos se refieren a menores de edad (16-18 años). Las causas de las muertes se debieron a: ahorcamiento (41 casos), envenenamiento (17 casos), saltos de grandes alturas (7 casos) y otros (11 casos), que incluían a un caso de disparo de arma de fuego.

Entre los motivos para cometer el suicidio está en primer lugar, problemas personales, la mayoría sobre fallas escolares, luego mala salud y conflictos familiares.

En 13 casos ya había anteriores intentos de suicidio y en otras, declaraciones orales de suicidio (amenazas).

Los motivos para cometer suicidio difieren especialmente de aquellos que se encontraron en estudios anteriores de los años 1881-1939, donde la mala suerte en el amor y embarazo no deseado eran los más importantes factores que llevaban al suicidio.

Ovenstone y Kreitman (1974) analizaron, para efectos de estudio todas las muertes de individuos mayores de 11 años que tuvieran un lugar de residencia en la ciudad de Edimburgo, y que hubieran ocurrido en un periodo de 18 meses, de octubre 1969 a marzo de 1971.

Se escogieron solamente las muertes por suicidio y se encontró que había 106 casos. Se analizaron las diferencias entre ambos grupos y se encontró lo siguiente:

- El grupo "P" estaba compuesto de sociópatas, drogadictos y alcohólicos, con gran resistencia al tratamiento psiquiátrico, inestables, vivían en situaciones de desorganización crónica social y personal, son comunes a las deudas y los records criminales. Se suicidaron utilizando drogas, amenazando su intento con anticipación y lo llevaron a cabo cuando había otras personas cerca.

- El grupo "NP", comprendió a personalidades relativamente más estables, con periodos más cortos de inestabilidad y su suicidio resultó de una falla de adaptación a una aguda situación de stress. Particularmente la pérdida de una persona amada. Estas personas cometieron suicidio cuando se encontraban solas y utilizaron métodos letales de envenenamiento con gas de carbón.

Kobalenko (1979) realizó un análisis estadístico de suicidio cometidos por pacientes alcohólicos, demostrando que el riesgo suicida de este grupo es más alto que cualquier otra enfermedad mental. Más de la mitad de los pacientes alcohólicos (64%) cometen suicidio no en condiciones psicóticas, pero sí en estados afectivos en la forma de disforia alcohólica o reacciones de protesta y la presencia de traumas psicológicos. Es esta razón por la que los alcohólicos con ideas y tendencias suicidas no tienen signos de psicosis alcohólica, aún en una intoxicación alcohólica debe ser hospitalizado urgentemente.

Miller (1982) realizó una investigación y encontró que

de un grupo de 1,419 pacientes (1,377 hombres y 41 mujeres), tratados en un lapso de tiempo entre 1970 a 1976, después de un tratamiento antialcohólico, 18 hombres y una mujer cometieron suicidio. La mayoría ha sido admitida repetidamente a terapia psiquiátrica y todos ellos después del tratamiento vuelven al alcoholismo. El principal periodo entre la terminación del tratamiento y el suicidio fue de 24 meses (de un rango entre uno y 60 meses), el más largo periodo de abstinencia después del tratamiento fue de cuatro años en un paciente

El número de personas que consumaron el suicidio del total del grupo con diagnóstico de alcoholismo, así como el riesgo de suicidio en alcohólicos es mucho mayor que en la población que dejó el alcohol.

Beck et al (1982) investigó la relación que guarda la desesperanza, la depresión, el número de intentos de suicidios, con la ideación suicida en pacientes alcohólicos.

Se realizó un estudio con 105 alcohólicos, 76 hombres y 29 mujeres, en su mayoría eran personas de color (69.5%) la media de edad era 37.99 años y la media de educación de 10.5 años. El 13.3% estaban casados, el 5.7% viudos, el 17.1% divorciados, el 30.5% separados y el 33.3% solteros. El 22.9% tenían alguna actividad remunerada y el 70.5% de las admisiones a tratamiento fueron voluntarios.

El 38.1% estuvieron en alguna ocasión en AA y el 49.5% estuvieron hospitalizados por alcoholismo, seis meses

antes del estudio. La media de años de bebedores crónicos fue de 11.96% solamente en el 15.2% reportaron uso de drogas y el 30.5% decía que el beber no les ocasionaba problemas.

La media de intentos previos en los alcohólicos fue de 41, el 26.7% reportó intentos previos. El puntaje medio del inventario de depresión fue de 13.7% indicando depresión "moderada", el puntaje medio en la escala de desesperanza fue de 4.86% revelando una falta general de pesimismo.

El hallazgo más importante fue la correlación tan estrecha entre la desesperanza y las ideas suicidas, que coincide con lo reportado por el mismo Beck en un estudio de alcohólicos que habían realizado algún intento de suicidio.

Se encontró que la presencia de sintomatología depresiva en las ideas suicidas a través del análisis de regresión no contribuyó en forma significativa a explicar la varianza como fue el de la desesperanza.

Asimismo, los resultados apoyan lo encontrado por Rushing en el sentido en que la incidencia de suicidios en alcohólicos es elevada (Rushing, W.A., 1968).

ANTECEDENTES DE INVESTIGACION EN MEXICO

Rodríguez, S.; Gómez, G. (1974) encontraron que en un estudio de 23 casos de alcohólicos todos ellos patológicos, ya que se observó que era esa la enfermedad producida al momento de cometer el suicidio y no hubo un mero estado de intoxicación transitoria. Sólo hubo dos casos de mujeres, una que logró el suicidio y una que no lo logró, los hombres alcohólicos fueron 21, en total 18 consiguieron el suicidio y 3 sólo lo intentaron.

Elorriaga, M.H. (1972) llevó un estudio sobre suicidio en la década de 1960 a 1970 para toda la República Mexicana, reporta que entre las causas para determinar la tentativa suicida, los disgustos familiares ocupan el primer lugar, esto es de un 16%, tanto al inicio como al final de la década, sin embargo, la ingestión de alcohol observa una disminución en ese mismo periodo de un 7% a un 6%.

García de Alba (1974) hizo una comparación con la de las tasas de suicidio observadas en el Estado de Jalisco con la reportada en la Capital para los años de 1948 a 1972, menciona que las causas más frecuentes que originan el suicidio en ambos sexos, son las amorosas (21.4%), en el 2º lugar en el caso de las mujeres reportan el caso de problemas familiares y económicos, para los hombres, los motivos fueron por enfermedad mental 17.4%, por enfermedad grave y alcoholismo 11.2%.

Cabildo Arellano, H.M. y Cols. (1966), hicieron una comparación estadística de suicidio en la República Mexicana en el periodo de 1954 a 1963 y en el análisis de resultados menciona que las causas que llevan a cometer el suicidio, son los problemas afectivos, la presencia de alguna enfermedad grave o incurable o en otros casos las intoxicaciones alcohólicas.

Brambila, C.J.J. y Patrón, D.S. (1975) realizaron un estudio epidemiológico sobre suicidio en la ciudad de Guadalajara, durante 1975. La información se obtuvo de los expedientes de los hospitales oficiales y privados. De los resultados encontrados se menciona que en el 67% de los casos se realizó un examen serológico y se encontró que el 28.3% presentaba alcohol etílico en sangre y en orina.

Calderón, H.G. (1973), de estadísticas obtenidas de la Dirección de Salud Mental, determina que en el decenio de 1960 a 1969 ocurrieron 476 suicidios consumados y frustrados por intoxicación alcohólica de un total de 8,439 suicidios reportados, siendo el alcoholismo la 5a. causa de muerte entre los suicidios en 1969.

Jiménez y Rico (1978) llevaron a cabo una investigación en donde presentan un enfoque epidemiológico del suicidio en el Distrito Federal, en 1974 con el objeto de obtener un conocimiento más detallado de este fenómeno.

Incluyeron los casos considerados como suicidio por peritos en criminalística de campo de la Dirección General de Servicios Periciales de la Procuraduría de la Justicia del

Distrito Federal, así como muertes por causas desconocidas pero que se comprobara por múltiples pruebas fuera suicidio.

Encontraron que de las 948 muertes investigadas judicialmente durante el año de estudio, 276 (4.6%) fueron consideradas como suicidios. Cifra que equivale a un suicidio cada 31 horas y 41 minutos, siendo una tasa de 3.44 por cada 100,000 habitantes.

En cuanto al sexo, se encontró que 222 casos (80%) fueron hombres y 54 mujeres (20%) diferencia muy significativa de 4 a 1.

La edad promedio fue de 34.4 ± 16.9 (rango 10-86). En el 65% de los casos, la edad fue inferior a los 35 años. En el caso de las mujeres, la edad media fue de 32.9 ± 17.4 años, siendo inferior a la de los hombres que fue de 34.8 ± 16.8 años con un rango de 10-86 años e inferior a la del promedio general. El 63% de los hombres y el 70% de las mujeres, fueron mayores de 35 años.

Las edades en que el suicidio fue más frecuente, correspondieron: en los hombres entre los 16 y 20 años 16%, entre los 21 a 25 15%, de los 26 a los 30 14%, de los 31 a 35 12%, entre los 46 y 50 años el 8% y entre los 51 a 55 años el 6%. En las mujeres la mayor frecuencia se presentó entre los 26 y 30 años con el 20%, seguido por el grupo de los 16 años con un 19% y entre los 21 y 25 años 15% observándose un aumento entre los 66 y 70 años, con un 11%; sólo entre los grupos de 66 y 70 años en las mujeres se observó una diferencia significativa. En general se observó que en la segunda mitad

de la semana, es cuando ocurren más suicidios y sólo en la población de las mujeres una ligera tendencia hacia los primeros días de la semana.

Los viernes se registraron el mayor número de suicidios 17% y el menor 12.7% en martes en la población general. En el grupo de las mujeres el suicidio fue más frecuente en sábado, lunes y jueves, y en los hombres se registró el viernes 18.5% y el sábado 10.5%.

También se encontró que más de la mitad de los suicidios fueron durante las primeras 12 horas del día, de la población de mujeres el 57% y de los hombres 58%.

En cuanto a la temporada del año se vió una mayor incidencia de suicidios en verano para la población masculina y en invierno para la población femenina.

Son innumerables los estudios que se han hecho en el mundo sobre el suicidio, aunque son pocos en México, son de gran importancia, como ejemplo los leídos anteriormente en los cuales se arrojan una serie de datos que pueden ser de utilidad y que estaremos manejando a lo largo de este trabajo.

CAPITULO IV

ETIOLOGIA DEL SUICIDIO

El suicidio es un problema que se presenta como el resultado de una gama bastante amplia de factores etiológicos, los cuales van desde la pérdida de objeto en la niñez, como lo señalan algunos autores, tales como Greer, Gunn, Koller (1966), hasta los cuadros patológicos en donde el desorden afectivo parece ser el más representativo de los cuadros nosológicos.

Dentro de esta variedad de problemas, que pueden suscitar la conducta suicida en sujetos "normales", encontramos que simplemente el problema de la ocupación tal como sería el que un sujeto tenga un empleo inferior al del padre, o que la posición ocupacional actual de una persona sea inferior a la anterior, así como el percibir un sueldo inferior al antes recibido, puede ser suficiente motivo para el suicidio (Breed, 1963).

Siendo más generales y para no englobar problemas que podrían ser más específicos, aunque entrarían dentro de los desórdenes afectivos que ya he mencionado, se presenta a continuación los aspectos etiológicos más importantes, tanto los "no patológicos" como las neurosis de carácter, como los patológicos que son la depresión, epilepsia y esquizofrenia, y que conllevan generalmente a que se sucite la conducta suicida.

Etiología del suicidio

Algunos autores sugieren que para entender la conducta suicida es necesario tomar en consideración las primeras

etapas del desarrollo, en donde el sujeto empieza a intro-yectar experiencias tanto positivas como negativas, así co mo las formas adaptativas con el medio.

Draper (1976), sugiere que es necesario para enten der a los suicidas, tomar en consideración el primer perio do formativo del niño, cuando una relación de "amor" puede ser apreciada por el infante.

1) Freud (1948) por su parte menciona: que el sui cidio es a menudo el resultado de la agresión surgida por lo menos parcialmente hacia el objeto amado introyectado que es el que se había identificado el sujeto en etapas primarias, siendo la madre por lo general.

Para entender lo anterior diremos que la teoría psi coanalítica supone que el infante atravieza por un periodo durante el cual constituye dos imágenes de su madre; de tal manera que la imagen que satisface es el objeto bueno y la imagen que frustra el objeto malo, así la experiencia y la maduración en el sector sensorial-motor y el avance de otras esferas fusiona las dos imágenes mnémicas, preparando el ca mino para la formación del objeto libidinal. Igualmente que se fusionan las dos imágenes mnémicas, se fusionan los impul sos dirigidos al objeto bueno y al objeto malo respectiva mente, logrando la neutralización de ambas fuerzas, aunque esto presupone una organización del yo y que surge o surgirá al final del primer año de vida del niño.

Esta neutralización mantendrá la energía impulsiva en suspenso, en espera de una oportunidad favorable para ser

usada en el logro de una aspiración sintónica del yo.

Cuando esta neutralización no se dá, es decir, que los impulsos no logran ese equilibrio, se llega a la destrucción del objeto o del sujeto, si no de ambos (Spitz, R. 1965).

2) Freud (1950) estableció al suicidio como una manifestación extrema del componente afectivo del instinto de muerte dirigido contra sí mismo.

Freud llegó a la conclusión de que había dos clases de impulsos, a uno lo llamó "instinto de vida" o "eros", y al otro "instinto de muerte" o "thanatos", o impulso agresivo o destructivo, ninguno puede funcionar independientemente del otro, ya que están fusionados.

Los impulsos agresivos en el niño muy pequeño, pueden descargarse mediante la actividad oral, tal como morder el pezón; y así tanto el impulso sexual como el agresivo se manifiestan durante el periodo del desarrollo. La fusión de estos dos impulsos, permite que los instintos agresivos se liberen en su carácter destructivo, permitiéndoles la sublimación, dándoles un matiz creativo (Farberow, Sheidman, 1964).

Para que se dé el surgimiento de la conducta auto-destructiva es necesario que el elemento neutralizante sea ineficaz, en una persona que se suicida el impulso destructivo de repente desborda sus límites, asalta el poder y pone fin inmediato a la existencia del individuo (Freud, 1948).

Algunos autores tales como Farber (1977) menciona que respecto al trastorno en los suicidas, es una ruptura en la relación simbiótica entre la madre y el infante.

Erikson (1908), menciona que la causa principal de una ruptura simbiótica es un abandono prologado por parte de la madre y de hecho si durante el primer año de vida la relación es armoniosa, se desarrolla la confianza básica en el infante, la cual servirá para darle la estructura psíquica necesaria para la vida del sujeto.

Mackinnon (1973) señala que un sujeto con una mala estructuración de la personalidad no es capaz de manejar hacia el exterior la agresividad instintiva que despiertan las frustraciones de la vida, las cuales introyectan autopunitivamente pudiendo llegar al suicidio. En sí la etiología del suicidio no solamente se encuentra localizada en el primer periodo formativo del niño, algunos otros autores, tales como Toolan (1962) dice que la pérdida del objeto cuando ocurre en la latencia o la adolescencia tardía, el niño odia al objeto amado, el cual siente que lo ha abandonado y traicionado, así posteriormente surgen sentimientos de culpa que proporcionan un autocastigo y pudiendo surgir la conducta suicida.

La pérdida del objeto origina el intento de suicidio como un medio de reclamar atención y como un medio de escapar de la angustia de la soledad, el odiar el objeto provoca la culpa y el autocastigo (Mackinnon, 1973).

Según investigaciones realizadas por Greer, Gunn, Koller (1966) "los adultos que intentan suicidarse tienen frecuentemente una historia de pérdida parental en la niñez.

Brooke (1976) menciona que generalmente aquellas per-

sonas que se suicidan proceden de una familia nuclear incompleta, e inclusive se han observado diferencias significativas entre los jóvenes privados de uno y los privados de ambos padres, parece ser que la pérdida de un padre por divorcio o desaparición es más grande que la pérdida por defunción.

La desintegración familiar es una de las causas más frecuentes por la que la gente se suicida, esta desintegración produce una cierta depresión con la cual algunas personas parecen vivir toda su vida hasta el momento del suicidio.

Depresión

La depresión se caracteriza por la aparición en un sujeto hasta entonces sano, de trastornos que se agrupan en torno a dos puntos fundamentales:

- a) tristeza inmotivada (desesperación, desconsuelo, pesimismo).
- b) disminución de la actividad (mental, de los impulsos y de la actividad física).

Los síntomas más frecuentes son: sentimientos de desesperación o desesperanza, preocupaciones hipocondriacas, ideas de autoacusación y autodesprecio, ideas de autonegación, sentimientos de inferioridad y un grupo de síntomas somáticos concomitantes (Vallejo, N., 1977).

La depresión tiene una relación privilegiada con el suicidio, ya que sitúa al sujeto en donde la conducta suicida aparece como una probable solución.

Estudiosos del tema, tales como Robins, Murphy, Wilkenson (1959); Dorpat, Ripley (1960); Barraclough, Nelson, Bunch, Sainsbury (1969), han demostrado que hay una alta incidencia de desórdenes afectivos en el suicidio.

Así observamos que la mortalidad por suicidio en cuadros con depresión es seis veces superior a la de todas las otras causas de mortalidad por enfermedad psíquica (Vallejo, N. 1977).

La depresión en los sujetos, según estudios de Guse y Robins (1970), aumenta treinta veces el riesgo de suicidio que los que no tienen este desorden.

Por otra parte, investigaciones realizadas por El-Gaaly (1974), demuestran que la severidad de la depresión no es tan importante como el grado de disfunción social presente, así como la ausencia de alguna actividad agradable.

La literatura reporta que algunos tipos de desórdenes afectivos sí prevalencen en las familias y sí el desorden afectivo es un factor principal que aumenta el riesgo de suicidio y algunas formas de desórdenes afectivos son transmitidos dentro de las familias, entonces podría esperarse que los suicidios también "prevalézcan" en las familias, ya que no puede negarse la influencia ambiental.

Vallejo, N. (1977), de hecho, las investigaciones de los últimos cincuenta años han arrojado una cantidad abrumadora de datos que demuestran sin lugar a duda el carácter marcadamente hereditario de las psicosis de la afectividad.

Algunas estadísticas demuestran que el 4% de la población en general padecen depresión, 32% es la probabilidad que tiene una persona en la que uno de sus padres padezca la enfermedad, 38% de probabilidad para los hijos en que ambos padres tengan la enfermedad.

De la totalidad de la población de deprimidos el 75% son hijos de padres con depresión (Vallejo N., 1977).

Investigaciones realizadas por Ward, Schuckit (1980), Garnfinkel, Froese (1982), reafirman lo anterior, concluyendo que algunos factores asociados con el incremento de la conducta suicida incluyen depresión en la madre de los sujetos y familias con enfermedades psiquiátricas.

Otras formas atípicas de depresión

Existen multitud de variantes de los cuadros depresivos, en los cuales el "síntoma fundamental" la "tristeza inmotivada" está encubierta por sobreestructuras psicogénicas que se denominan "equivalentes depresivos" (Cefalalgias, astenia, mialgias difusas, etc.), tales modalidades pueden agruparse en una forma de depresión que los autores ingleses llaman "depresión histérica" (nombre inadecuado para nuestra nosología), pero en lo que una aguda observación clínica permite detectar el subforndo vital". Estas formas atípicas de depresión se diferencian de la melancolía típica en dos sectores: primeramente, en su curso que no aparece claramente fásico e incide en personalidades no cicloides y en segundo lugar en la sintomatología.

Es típico de estas depresiones el que en ellas no existe insomnio, sino que por el contrario, algunos enfermos se quejan incluso de hipersomnio y especialmente de dificultad para despertarse y levantarse por las mañanas, no aparecen los sentimientos de culpa del melancólico sino que el enfermo expresa su disforia quejándose de todo y atribuyendo a los demás sus fracasos y frustraciones, tampoco existe la característica acentuación matutina de los síntomas, con alivio vespertino, sino al contrario, las últimas horas de la tarde son en las que hay molestias (Vallejo, 1977).

Epilepsia

La existencia de estados depresivos y de estados de excitación en el curso de la vida de un epiléptico es una eventualidad comprobada. Puede presentarse la sintomatología, tanto melancólica como maniaca. Ahora bien, por lo general estos resultados no son "puros": asocian los signos de la serie maniaca o melancólica a trastornos de la conciencia que, en ocasiones, los asemejan a los estados crepusculares. Con esta perspectiva deben interpretarse los cambios de humor que constituyen con bastante frecuencia el "halo" de las crisis, a las que preceden o siguen durante algunas horas o varios días. El suicidio del epiléptico suele ocurrir durante una de estas crisis depresivas atípicas, caracterizada a veces solamente por un acceso de melancolía o un cambio de humor que puede estar recubierto por proyecciones persecutorias (Ey, H. 1978).

Esquizofrenia

Las ideas delirantes en los esquizofrénicos parecen brotar sin razón, ni motivo, ni condiciones y el síndrome de automatismo mental se instala como fenómenos alucinatorios (eco del pensamiento y robo del pensamiento sobre todo). Generalmente son temas hipocondríacos, temas de influencia, de envenenamiento, de transformación, de posesión diabólica o erótica.

Las ideas de suicidio pueden surgir secundariamente a una idea delirante (el enfermo "no tiene deseos de morir, pero cree que debe hacerlo para "salvar" a todos los españoles", u otra motivación delirante, o bien sus fonemas imperativos le ordenan suicidio").

A veces cuando el sujeto también se encuentra en delirio puede llegar al suicidio tratando de despojarse de las partes malas que su alucinación lo hace percibir (Vallero, N., 1977).

Sumario

La conducta suicida es multicausal aunque ciertamente estas causas casi siempre llegan a crear en el individuo un trastorno en su área afectiva. Tal es el caso de la depresión así como los sentimientos de culpa en sujetos "normales" y los estados de melancolía en sujetos psicóticos.

Este trastorno en el área afectiva muchas veces es el indicio de que algo funcionó mal en las primeras etapas del desarrollo, donde una mala introyección del objeto, llega a un desequilibrio y a una mala adaptación dentro de la sociedad, dando como resultado un probable suicida potencial.

Dentro de las conductas suicidas en enfermos mentales, encontramos que lo más frecuente se da en sujetos depresivos y en sujetos epilépticos cuando se encuentran en un estado depresivo.

Volviéndose a comprobar que en los desórdenes afectivos es más frecuente la conducta suicida.

CAPITULO V

ALCOHOLISMO Y SUICIDIO

Según Beachler (1975) "algunos sujetos que son bebedores de tiempo completo no les importa el alcoholismo. Esta idea de dependencia es importante, cuando el sujeto inexperto no está deseando caer en un estado de dependencia a una sustancia, pero cáe, podemos hablar de intoxicación.

El alcoholismo causa degeneración psicológica conllevando a un sujeto a una posible muerte y así el sujeto no tiene nada que hacer, sólo dejar correr su hábito hasta llegar al fin".

El alcohol de hecho, es una alternativa la cual está basada en dos propiedades de éste:

1. El alcohol puede servir como anestésico y al ser ingerido por los bebedores puede alterar la realidad y la objetividad de una situación determinada.
2. El alcoholismo es una solución inmediata que hace que se olviden los problemas; por supuesto la solución es mala ya que no se puede estar ebrio todo el tiempo y el alcohol no hace que desaparezca el problema.

El alcohol produce excitación y euforia, y sirve como una compensación artificial para un sujeto que tiene necesidad de un vigorizante, simplemente para vivir o para mantenerse en un nivel de actividad requerido para su estilo particular de vida.

Así, el alcohol se usa como un suave hipertensor en sujetos que están ávidos de creatividad.

Es común encontrar al alcoholismo como un agente para aliviar tensiones, siendo usado diariamente. Así encontramos novelas en las que la trama principal se desarrolla en cocteles de alguna compañía, aunque ciertamente las novelas no son documentos para constituir una demostración se deja vislumbrar que en estas prácticas sociales se ha institucionalizado el alcohol como una necesidad real.

El alcohol en el último de los casos es un método de suicidio gradual. En el caso de personas intoxicadas, ellos están tratando sistemáticamente su propia aniquilación, no ingieren alcohol por olvidar algo, estar excitado o aliviar sus tensiones; de esta manera el sujeto quiere encontrar su muerte a través de un deterioro orgánico. En este caso, el alcoholismo ya no es una alternativa del suicidio, es un suicidio puro y simple, a la vez que es muy original solamente porque tarda años y hasta décadas.

Así en general la relación entre el consumo de alcohol y el suicidio ciertamente existe, a pesar de la dificultad para diferenciar una de otra, ya que en muchas ocasiones la ingestión del alcohol lleva a la intoxicación y esto a su vez a la muerte, que de esta manera es una forma de suicidio.

Alcoholismo y suicidio

Son indudables los efectos que la ingestión de alcohol causa en el hombre, las bebidas alcohólicas son capaces de perturbar la conducta humana y virtualmente el hombre se convierte en un agresor potencial de sí mismo, de su familia y de la sociedad.

Con un poco de alcohol los mecanismos inhibidores más sutiles, desaparecen dejando sin control liberando núcleos psicológicos que lo controlaban y conforme aumenta la concentración de alcohol en la sangre se van liberando núcleos cada vez más arcaicos, antiguos y primitivos de la vida, así se desencadenan en forma de avalancha los actos brutales, agresivos, animaloides y antisociales latentes en cualquier individuo pero especialmente en aquellos en que hay predisposición psicopatológica (García, R.F., 1982).

La literatura reporta que en algunos sujetos alcohólicos después de ingerir una cierta cantidad de alcohol, entran en un estado agresivo, por el proceso de desinhibición debido al debilitamiento de defensas y por tanto el impulso logra salir, si al tratar de manifestarla hacia la superficie para el desahogo del sujeto, la agresión regresa hacia el individuo y alcanza su grado máximo en el suicidio, no por que este quiera morir sino porque la causa tiene que ser disipada de alguna manera (Beachler, J. 1975).

El común denominador de la conducta del alcohólico recae en su falta de autocrítica gradual, de tal suerte que "ahora sí" en estado alcohólico "se siente capaz, atrevido"

de esta falta de juicio se desprende la incapacidad de la persona alcohólica para decidir entre lo que debe o no hacer. Tal incapacidad no es necesario que sea proporcional al grado de ingestión alcohólica, basta haber alcanzado un "umbral tóxico" (variable entre las personas), para disparar los mecanismos efectores del trastorno conductual.

Digamos que el alcohol le da seguridad al sujeto, de hecho el alcohólico compra o bebe "seguridad", llegando a cierto nivel, todo le parece "más fácil", o "más lógico, lo justo, lo necesario y lo conveniente pierden su dimensión su proporción y también su diferencia específica, aparece en toncel el "¿por qué no?, una vez rotas las barreras discrimi nativas es en este m-mento cuando se inicia ya como agresor". El umbral de la agresión se encuentra en los 200 mg. % de con centración de alcohol (García, R.F., 1982), (Ver cuadro 1).

El alcohol en el sujeto va acabndo con él, con su vi da social y familiar de tal manera que este problema o enfermedad, va aislando a la persona, estas pérdidas de las relaciones interpersonales pueden ser la predicción de un futuro suicidio (Murphy, G.; Armstrong, J., 1979; Trout, D.L., 1980).

S E M E F O
CURSO DE LA INTOXICACION ALCOHOLICA

	CONCENTRACION
Subclínico: casi normal en una observación ordinaria, pruebas especiales revelan pequeños trastornos subclínicos. 2 onzas de whiskey o 2 botellas por persona de cerveza.	SANGRE: 10-50 mg. % 0.5-1.5 g/l ORINA: 10-70 mg. %
Inestabilidad emocional: euforia, menos inhibición y más aparente confianza en sí mismo, sociabilidad, desarrollo de conversación, aumento de confianzas, disminución de atención, juicios, control y respuestas a los estímulos. Las reacciones se retardan en el 35% de la gente	SANGRE: 50-100 mg. % 0.5-1 g/l ORINA: 70-100 mg. %
Mucha gente (70% de los casos) sufre grandes cambios: mala memoria y comprensión, incoordinación muscular, confusiones, incapacidad de juicios críticos y de manejar automóviles. 6-7 onzas de whiskey, 6-7 botellas de cerveza promedio por persona. Umbral de la agresión	SANGRE: 100-200 mg. % 1-2 g/l ORINA: 130-250 mg. %
Mala respuesta motora, dificultad en percibir color, forma, movimiento y dimensiones, desorientación, confusión, pérdida de inhibiciones, peleas sentimentales e irracionales, vértigos, temor, cólera, pesadumbre, desempleo en la seguridad personal, paso tambaleante, habla balbuciente	SANGRE: 200-250 mg. % 2.0-2.5 g/l ORINA: 250-300 mg. %
Intoxicación aguda en el 95% de los casos: embriaguez, diplopia, lenguaje cortado, el comportamiento perturba la tranquilidad y la seguridad pública	SANGRE: 250-300 mg. % 2.5-3.0 g/l ORINA: 310-400 mg. %
Apatía, inercia general, insensibilidad, temblores, cese de movimientos automáticos, sudoración, incapacidad de ponerse de pie o caminar, vómito, incontinencia de orinar y heces, somnolencia, comienzo de parálisis, empeora el estado consciente, estupor, coma.	SANGRE: 300-400 mg. % 3-4 g/l ORINA: 400-500 mg. %
Arreflexia, hipotermia, inconciencia, coma, disnea, colapso, shock, muerte.	SANGRE: 400-500 mg. % 4-5 g/l ORINA: 500-600 mg. %

(Calabrese, A.; Astocti, E., 1978)

El cuadro que aquí se presenta es el utilizado por el Servicio Médico Forense para facilitar el diagnóstico del peritaje.

En este cuadro podemos observar el curso previo a la intoxicación alcohólica, en base a la cantidad de alcohol ingerida.

A continuación algunos problemas típicos concomitantes al alcoholismo, y que generalmente se presentan también en alcohólicos que se han suicidado.

a) Los problemas relacionados con el alcohólico

Como resultado de bebida en exceso sólo en episodios: incapacidad de corta duración por accidentes, alteraciones respiratorias por exponerse a las inclemencias del clima, arrestos por embriaguez.

Por beber en exceso por tiempo prolongado: cirrosis hepática, desnutrición, síndrome de dependencia al alcohol, psicosis alcohólica.

b) Problemas relacionados con la sociedad

El bebedor se enfrenta a este tipo de problemas que son: el rompimiento del orden público, por la violencia y el aislamiento por rechazo generalmente proveniente de los amigos.

c) Problemas relacionados con la familia

Los problemas de esta naturaleza son por lo general: disarmonía familiar, desajuste matrimonial, maltrato al cónyuge y a los hijos, daño fetal cuando la madre bebe durante el embarazo, problemas de desarrollo en los hijos, delincuencia, abandono de la escuela en los mismos (Campillo, S.C., 1982).

Es definitivo que no todas las personas que ingieren alcohol se suicidan ni todas las que se suicidan son alcohólicas. Algunas investigaciones tales como las de Pino,

Kockott, Fuerlein, 1979) demostraron que "pacientes que han intentado suicidarse repetidamente eran comunmente alcohólicos y drogadictos". Esto es debido a que hay sujetos que no logran la muerte con su primer intento, así que vuelven a intentarlo dos o tres o el número de veces que sea necesario para lograr su fin.

En Inglaterra, inestigaciones llevadas a cabo por Ovenstone y Kreitman (1974) mencionaron que los pacientes de suicidio consumado que no tenían una historia previa de para suicidio usaban métodos más letales y daban poco aviso de su intento.

Dentro del orbe se observa que los países más desarrollados tienden a tener las tasas más altas de suicidio, por ejemplo Hungría es el país que tiene mayor incidencia de muertes por suicidio, segundo por Suecia y algunos otros paí ses de europa y Estados Unidos, donde el número aproximado de suicidios es de por lo menos 35 000 personas al año y la conducta suicida está asociada con intoxicación alcohólica (Garvey, M. Tollefson, G., 1982; García, R.F., 1982).

En otra potencia mundial como lo es Alemania, el número de personas alcohólicas que se suicidan es diez veces mayor que el total de suicidios de personas que no ingieren alcohol (Hockenegg, L., y Kuhnert, K., 1980). El suicidio en Alemania es la segunda causa más frecuente de muerte entre alcohólicos (Nitsche, W., 1982).

La razón de que exista una tasa más elevada de sui-

cidio en algunos países en relación con otros, así como las causas que determinan el incremento de este fenómeno no pueden precisarse. Se dan algunas explicaciones al respecto, tales como: los factores climatológicos, tipo de régimen político, tipo de creencias, momento histórico-social por el que pasan o se encuentran, inclusive el desempleo por la utilización de máquinas más tecnificadas, etc.

En conclusión los alcohólicos que se suicidan según lo demuestran algunas investigaciones, tales como las realizadas por Tignol, Bourgeois (1978), es debido a que el alcohol aún en pequeñas dosis es suficiente para suprimir la inhibición sirviendo como un medio coadyuvante para quitar el miedo y atreverse a suicidarse, lo cual explicaría que entre alcohólicos el riesgo de suicidio es diez veces mayor que en sujetos normales.

Sumario

El alcohol causa disturbios relacionados con las áreas laboral, familiar, así como en el área de relación interpersonal, estos problemas van haciendo que el sujeto se aisle y lo que podría parecer en un momento el deleite de "beber unas copas", se va volviendo una necesidad hasta llegar a la intoxicación alcohólica.

Los sujetos con ideas de suicidio corren un riesgo considerable al ingerir alcohol, ya que aún en pequeñas dosis el alcohol remueve la inhibición y el impulso agresivo logra salir, regresando al sujeto a una manera atropellada, pudien -

do terminar en el fin extremo, el suicidio.

Aún los sujetos que no tienen ideas suicidas sufren una pérdida de la objetividad dentro de una situación determinada, y un alcoholismo ya en forma puede llevar al sujeto a una posible muerte, sin hacer ningún esfuerzo extra, el sólo dejar correr el hábito hasta la última de sus etapas.

CAPITULO VI

PROBLEMA

El estudio del suicidio ha generado varias interrogantes entre las que se pueden enumerar las siguientes:

1. Por qué la gente se suicida?
2. Por qué el incremento de suicidio en ciertas poblaciones?
3. Por qué sucede más en hombres que en mujeres?

En este estudio se pretende además de resolver estas interrogantes encontrar si es que existe una relación en tre alcoholismo y suicidio.

Problema

1. Debido a que el alcoholismo tanto como el suicidio son problemas que por su connotación autodestructiva capta la atención y preocupa a un sinnúmero de personas estudiosas del tema, se determinará la relación de alcohol y suicidio en 80 casos obtenidos del Servicio Médico Forense del año de 1979.

1.1 Obtener de estos 80 casos:

- 1) sus datos sociodemográficos
- 2) el método utilizado para el suicidio
- 3) causa por la cual se suicidó
- 4) si había intentado suicidarse con anterioridad

1.2 Determinar de los 80 casos:

- 1) quiénes eran alcohólicos y quiénes no
- 2) quiénes de los alcohólicos estaban ebrios al momento del suicidio y quiénes no.

3) quiénes de los que no bebían estaban ebrios o habían ingerido alcohol en el momento del suicidio y quiénes no.

1.3 Conocer de los sujetos alcohólicos su relación familiar (nuclear y consanguínea) y social.

1.4 De los sujetos alcohólicos:

- 1) la frecuencia con la que bebían
- 2) si consumían algún tipo de droga

CAPITULO VII

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo General

Se pretende a través de esta investigación establecer la relación entre suicidio y el consumo de alcohol en 80 casos de suicidio.

Objetivos Específicos

1. Determinar cuántos sujetos de la población de estudio (80 casos), consumían alcohol, determinando el porcentaje de bebedores y no bebedores y diferencias en ambos grupos.
2. Cuántos sujetos de la población de estudio (80 casos) habían ingerido alcohol al momento de suicidarse.
 - 2.1 Cuántos tenían algún vínculo con el alcohol y de estos últimos:
 - 2.1.1. Con qué frecuencia bebían
 - 2.1.2. Cómo era su relación con la familia y si había problemas por qué eran ocasionados
 - 2.1.3 Si existía algún tipo de conducta antisocial o de aislamiento
3. Cuántos de los consumidores o bebedores estaban en estado alcohólico al momento del suicidio, y cuántos estaban sobrios.
4. Cuántos de la población de estudio (80 casos) eran alcohólicos
5. Analizar comparativamente entre bebedores y no bebedores las siguientes variables:

-Edad	-Edo. Civil	-Ocupación	-Método
-Sexo	-Escolaridad	-Causa	-Intentos previos

CAPITULO VIII

METODO

METODO

Procedimiento

La información se obtuvo de una entrevista personal con un familiar cercano o algún amigo allegado del occiso.

Para la localización de los informantes el procedimiento fue el siguiente:

De los casos registrados en el Servicio Médico Forense de 1979, se buscaron aquellos que fallecieron por suicidio, se revisaron sus expedientes buscando algún teléfono para concertar una cita, en los casos en los que no se encontraba número telefónico, se los visitó directamente.

La presencia del entrevistador ante el informante fue de suma importancia, ya que se tuvo que ganar la aceptación para la obtención de los datos.

Alcances y limitaciones

Como alcances y limitaciones se señalan a continuación los siguientes:

Alcances: El presente trabajo viene a incrementar el número de investigaciones existentes sobre el tema del suicidio que en México en su mayoría son sobre parasuicidio y la presente es sobre suicidio consumado.

Se utilizará por primera vez el método de la Autopsia Psicológica, que sirve para valorar y obtener la información necesaria para el estudio del suicidio.

La investigación contribuirá a dar una evidencia empírica de la relación entre alcohol y suicidio que antes

no se había investigado en México, aunque los únicos datos existentes demostraban que el nivel de relación era alto.

Limitaciones

Esta investigación no se podrá generalizar a la población debido a que es un estudio de casos obtenidos del Servicio Médico Forense de las estadísticas del año de 1979.

Debido a que los datos provienen de terceras personas, la información será matizada por la subjetividad propia de la presencia de afecto; sin embargo, con el propósito de controlar esto, se hizo un estudio piloto, que consistió en la aplicación de dos cuestionarios a dos sujetos diferentes, sobre la misma persona y se observó que la correlación entre ambos cuestionarios era bastante alta, 80% dando un índice de confiabilidad considerable.

Población de estudio

De los registros estadísticos del Servicio Médico Forense del año de 1979, se obtuvieron 266 casos de suicidio. Debido a que el suicidio es cometido más por hombres que por mujeres, en una proporción de 3 a 1 se tomó una muestra equitativa, y de los 188 hombres y 78 mujeres que se tenían registrados se seleccionaron en forma sistemática 110 casos, 54 de la población masculina y 56 de la femenina.

La selección de los hombres se realizó a partir de una fracción de muestreo de 3.4 y en el caso de las mujeres, la fracción fue de 1.4. Teniendo una población de 110 casos se procedió a llevar a cabo las entrevistas con los familiares

de los occisos; en muchas ocasiones, ya la dirección que se tenía en el registro del forense no correspondía, o las personas entrevistadas no querían dar información; formándose así un índice de rechazo del 27.2%, quedando tan sólo 80 casos, 42 de la población masculina y 38 de la femenina; de los cuales se hizo toda la investigación en base a los objetivos antes mencionados.

El nivel socioeconómico preponderante en los 80 casos se encuentra entre la clase media baja y baja, esto era bien conocido ya que todos los casos que llegan al SEMEFO (Servicio Médico Forense) por lo general pertenecen a la clase humilde, proviniendo del Ministerio Público donde se realizan los trámites acostumbrados.

Solamente para corroborar lo antes mencionado se revaloró el nivel socioeconómico en base a los indicadores propuestos por J. Havighurst (1975) en donde para la clasificación socioeconómica propone una combinación de ocupación y escolaridad obteniéndose los siguientes niveles: clase media alta, clase alta, clase media baja, clase alta trabajadora y clase baja trabajadora; la distribución de la muestra fue la siguiente: el 40% pertenecían a la clase alta trabajadora, el 28.8% a la clase media baja, el 18.8 a la clase baja trabajadora y sólo el 12.4% pertenecía a la clase media y alta (tabla "A").

Tabla "A"

NIVEL SOCIOECONOMICO DE LOS 80 CASOS
(POBLACION GENERAL)

NIVEL SOCIOECONOMICO	POBLACION GENERAL	
	N	%
CLASE MEDIA ALTA	10	12.4
CLASE MEDIA BAJA	23	28.8
CLASE ALTA TRABAJADORA	32	40.0
CLASE BAJA TRABAJADORA	15	18.8
TOTAL	80	100

El procedimiento consiste en establecer una escala de seis ocupaciones partiendo desde el nivel más alto hasta el más bajo, considerándose cada nivel en forma específica para cada país, y una escala de seis grados de educación (escolaridad) que va también desde la más alta a la más baja.

Los niveles de ocupación son los siguientes:

Nivel 1 = Profesional:

Doctor, Abogado, etc., Magnate Industrial o de Negocios, Ministros y Subsecretarios de Gobierno.

Nivel 2 = Industrial (término medio)

Hombre de Negocios, Funcionario Bancario, de Relaciones Públicas, Auditor, Contador Público, Director de alguna Oficina.

Nivel 3 = Empleado Bancario, Empleado Burócrata en Oficina, Dueño de tienda pequeña, Agente Viajero, Profesor de Primaria, Contador Privado.

Nivel 4 = Carpintero, Mecánico, Sastre, Electricista, Plomero, Policía Bancario, Agente de Tránsito.

Nivel 5 = Obrero no Calificado, Mesero, Taxista, Peluquero, (exceptuando al dueño que estaría en el nivel 3), Policía.

Nivel 6 = Barrendero, Bolero, Portero, Soldado Raso.

Los niveles de educación son los siguientes:

Nivel 1 = Título universitario o dos años más de carrera universitaria.

Nivel 2 = Preparatoria Completa, Escuela Normal para Maestros o su equivalente.

Nivel 3 = Secundaria Completa o equivalente.

Nivel 4 = Uno o dos años de Secundaria o su equivalente.

Nivel 5 = Primaria completa.

Nivel 6 = Primaria incompleta.

Cada nivel de educación se multiplica por dos, y cada nivel de ocupación se multiplica por tres, al sumarse producen una calificación compuesta, que representan el nivel socioeconómico para el individuo y su familia. De manera que, dichas sumas pueden dar un mínimo de 5 puntos y un máximo de 30, así los rangos que determinan la clase social son entre 5 y 12 pertenecen a la clase media alta y alta, entre los 13 y 19 se encuentra la clase media baja, de 20 a 25 la clase alta trabajadora y de 26 a 30 la clase baja trabajadora.

Un ejemplo para la tabulación y suma para llegar a la calificación.

Un sujeto que es Médico, por ser profesionista, se le atribuye un punto, al multiplicarlo por tres por la fórmula de Hvighurst el resultado es 3; y su grado de educación es título universitario y lo cual su rango es de un punto, al multiplicarlo por dos según la fórmula, recibe dos puntos y la suma de ambos aspectos ($2 + 3$) es 5 ganando el más alto grado socioeconómico de la escala.

Así de acuerdo con esto, y con la puntuación que va surgiendo de acuerdo al nivel perteneciente de cada sujeto, se califican en el rango correspondiente dando así su posición o nivel socioeconómico.

INSTRUMENTOS

La Autopsia Psicológica

La autopsia psicológica en sus inicios tenía la finalidad de esclarecer los casos en el que el veredicto del suicidio era dudoso. A pesar de ello en esta última década. Weisman y Kastenbaum (1968) utilizaron la autopsia psicológica para obtener una reconstrucción de la vida del suicida puntualizando sobre todo las situaciones personales y familiares prevalecientes unos días antes de que se llevara a cabo el suicidio.

Una de las ventajas de este análisis retrospectivo es que proporciona al investigador datos importantes para evaluar en grupos de alto riesgo la letalidad de un intento de suicidio. Asimismo, este método también confirma el veredicto de suicidio proporcionado por las autoridades correspondientes, además de considerarse como una valiosa herramienta terapéutica para los familiares supervivientes, ya que permite al investigador identificar en la familia evidencias críticas que requieran tratamiento.

Después de revisar diferentes instrumentos, escalas y formatos de autopsia psicológica, todos ellos utilizados por investigadores del suicidio, se compilaron las variables más comunmente estudiadas y se elaboró el instrumentos que fue un cuestionario semiestructurado integrado por varias secciones a partir del que se obtuvo información de los aspectos

psicosociales más relevantes de la vida del occiso.

1. Datos de identidad tales como edad, sexo, escolaridad religión y ocupación.
2. Su papel o función dentro de la familia nuclear.
3. Su relación con la familia consanguínea, si es que había.
4. Su trayectoria y logros académicos.
5. Su situación laboral.
6. Su desenvolvimiento social.
7. El papel que tenían en su vida, el uso de drogas y de alcohol.

De este instrumento se obtuvieron los datos psicosociales de los bebedores.

ESCALA DE PREOCUPACION POR EL CONSUMO DE ALCOHOL
DE J. R. JACKSON (1957).

Es un cuestionario que evalúa la preocupación por la ingestión de las bebidas alcohólicas, consta de diez reactivos, y a partir del criterio establecido por Jackson (1951) se consideran alcohólicos aquellas personas que hayan contestado afirmativamente tres de los diez reactivos.

Los diez reactivos considerados fueron:

1. En alguna ocasión llegó a beber en las mañanas?
2. Bebía durante la semana (dos días o más)?
3. Cuando bebía prefería beber que comer?
4. Cada vez bebía más para obtener los mismos resultados?
5. Manifestaba descontento o ansiedad cuando faltaba la bebida?
6. Bebía lo que había sin importarle la marca ni el tipo de bebida?
7. Se ocultaba para beber?
8. Cuando bebía lo hacía solo(a)?
9. Trataba de tener reserva de alcohol para que no le hiciera falta?
10. En alguna ocasión utilizó alcohol de 96°?

Estas preguntas fueron relevantes para la investigación ya que en base a ellas se obtuvo el criterio para la formación de los grupos de bebedores y no bebedores.

Es importante el hecho que el autor con tan sólo tres

preguntas determina que existe una preocupación por el consumo de bebidas alcohólicas.

Las preguntas están estructuradas de tal manera que consideran varios de los síntomas preestablecidos por el DSM-III sobre síndrome de dependencia al alcohol.

Además de esta escala se incluyeron otros reactivos que proporcionaron la frecuencia y la cantidad de consumo, así como el tipo de bebida de mayor consumo y los problemas relacionados al uso de bebidas alcohólicas.

Con el objeto de analizar el porcentaje de bebedores que además de consumir alcohol, utilizaban otro tipo de drogas, se incluyó una sección en el instrumento que investiga los hábitos de consumo, así como la cantidad y frecuencia de uso de estas drogas en los últimos tres meses, y los problemas relacionados con el consumo.

CAPITULO IX

RESULTADOS

Los resultados que a continuación se presentan pueden ser de interés y a la vez preocupantes. Si consideramos la edad, estado civil y la causa por la cual se suicidan con mayor frecuencia un grupo de sujetos (al azar en número), ésta puede reflejarnos la problemática de nuestra sociedad en una pequeña escala.

El número de suicidios que hay cada año en México, realmente es muy pequeño si lo comparamos con otras ciudades del mundo, en donde alcanzan hasta un 20% de mortandad por suicidio, pero resulta ser que cada año en México aumenta esta cifra y esto sí es para tomarse en consideración.

DISTRIBUCION DE SUICIDIOS
POR 100,000 HABITANTES EN DIFERENTES PAISES

PAISES	AÑO	TASA POR 100,000	PAISES	AÑO	TASA POR 100,000
HUNGRIA	1980	44.9	DINAMARCA	1980	13.6
AUSTRIA	1980	25.7	HONG KONG	1980	13.5
FINLANDIA	1978	25.2	EE. UU.	1978	12.5
ALEMANIA FEDERAL	1980	20.9	NORUEGA	1980	12.4
JAPON	1980	17.6	SINGAPUR	1980	11.2
FRANCIA	1978	17.2	AUSTRALIA	1980	11.0
CANADA	1978	14.8	.		
YUGOESLAVIA	1979	14.1	.		
BULGARIA	1980	13.6	MEXICO	1980	1.6

FUENTE: Manual de Clasificaciones de Estadísticas Internacionales de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. Vol. I, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1968.- Terroba, G. G.; Saltijeral, M.T.

Resultados SEMEFO vs Escala de Jackson

De los 80 casos totales de suicidio, se encontró que el 55% (44 sujetos) estaban vinculados de alguna manera con el alcohol, mientras que tan sólo el 45% (36 sujetos) no tenían relación alguna, una diferencia del 10% menos.

De ese 55% (44 sujetos), el 43.1% (19 sujetos) eran alcohólicos según la escala de Jackson y de éstos, el 78.9% (15 sujetos) estaban ebrios al momento de suicidarse y tan sólo el 21.1% (4 sujetos) estaban sobrios.

De ese 55% (44 sujetos) el 18.1% (8 sujetos) que según la escala de Jackson no bebían, estaban ebrios al momento del suicidio.

Analizando nuevamente ese 55% (44 sujetos) que estaban vinculados con el alcohol encontramos que el otro 38.6% restante (17 sujetos) bebían frecuentemente, pero no eran alcohólicos según la escala de Jackson; de estos 17 sujetos el 41.1% estaban alcoholizados al momento de suicidarse y el 58.9% (10 sujetos) no lo estaban (tabla "C").

2. Si sumáramos los casos o sujetos que se encontraban ebrios al momento de suicidarse nos daría un total de 30 sujetos el cual representa el 37.5% de la población de estudio (80 casos) (tabla "C-1").

2.1 A los sujetos que según la escala de Jackson tenían algún vínculo con el alcohol se les unió para realizar los siguientes estudios (tabla "C-2"). Realizando la suma de los sujetos nos da un total de 36 sujetos.

Tabla C

DISTRIBUCION DEL USO DE ALCOHOL EN LOS 80 CASOS

80 casos	} 44 sujetos, tenían algún vínculo con el alcohol	} 19 sujetos alcohólicos	} 15 estaban ebrios al momento del suicidio		
				} 8 no bebían, pero se encontraban ebrios al momento del suicidio	} 4 estaban sobrios
} 36 no bebían	} 10 no estaban alcoholizados.				

Tabla C-1

casos de suicidio en estado de ebriedad	} 15 alcohólicos	
		} 8 no bebían
		30 -----> (37.5%)

Tabla C-2

sujetos con al- gún vínculo con el alcohol	} 19 sujetos alcohólicos	
		} 17 sí bebían, pero no eran alcohólicos

Tabla C-1

NIVEL DE ALCOHOL EN SANGRE
EN 30 CASOS DE SUICIDIO EN
ESTADO DE EBRIEDAD

	MG/100 ML	N	%
EBRIEDAD INCOMPLETA	100-199	4	13.3
EBRIEDAD COMPLETA	200-299	3	10.0
INTOXICACION AGUDA	300-399	9	30.0
EBRIEDAD COMATOSA	400 +	1	3.3
EN ESTADO DE EBRIEDAD *	?	15	43.3
TOTAL		30	100

* SE DESCONOCE LA CANTIDAD EXACTA
O ENTRE LA QUE OSCILABA.

EL 100% REPRESENTA EL 37.5% DEL 100%
(80 CASOS) QUE COMETIERON EL SUICIDIO
EN ESTADO DE EBRIEDAD. TABLA C-1

De estos sujetos que tenían relación con el consumo de alcohol se obtuvo la frecuencia con la que ingerían bebidas alcohólicas, dando como resultado que el 11.2% (9 sujetos) bebían diariamente, el 7.5% (6 sujetos) bebían dos o tres días a la semana, el 10% (8 sujetos) bebían una vez a la semana, el 5.0% (4 sujetos) menos de una vez a la semana y otro 10% (8 sujetos) en fiestas u ocasiones especiales (tabla "C-3").

Tabla C-3

FRECUENCIA DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

	n	%
NO BEBEDORES	44	55.0
DIARIO	9	11.2
DOS O TRES DIAS A LA SEMANA	6	7.5
UNA VEZ A LA SEMANA	8	10.0
MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	4	5.0
EN FIESTAS U OCA-SIONES ESPECIALES	8	10.0
NO SABE	1	1.2
TOTAL	80	100.0

Relación familiar de los 36 sujetos que tenían algún vínculo con el alcohol:

De la población que de alguna manera estaba vinculada con el alcohol (36 casos), el 83.3% (30 casos) tenían problemas con su familia, el 5.5% (2 casos) no tenían problemas y el 11.2% (4 casos) se desconoce el dato (tabla D).

Tabla D

EVALUACION DE LA RELACION FAMILIAR

	N	%
TENIAN PROBLEMAS	30	83.3
NO TENIAN PROBLEMAS	2	5.5
SE DESCONOCE	4	11.2
TOTAL	36	100

De los 30 sujetos que tenían problemas familiares, el 20% (6 sujetos) tenían problemas de tipo económico, el otro 20% (6 sujetos) de alcoholismo, el 23.3% (7 sujetos) por adulterio, otro 23.3% (7 sujetos) por problemas varios y el 13.3% (4 sujetos) se desconocen los motivos, tabla D-1.

Tabla D-1

TIPO DE PROBLEMAS

	N	%
ECONONICO	6	20.0
ALCOHOLISMO	6	20.0
ADULTERIO	7	23.3
OTROS	7	13.3
SE DESCONOCE	4	13.3
TOTAL	30	100

Tendencias al aislamiento en los 36 sujetos vinculados con el alcohol.

2.1.3 De los 36 casos que tenían algún vínculo con el alcohol, el 58.3% (21 sujetos) sí tenían tendencias al aislamiento, participaban poco o nada en reuniones y convivencias tanto las de amigos como las familiares. El 41.6% (15 sujetos) no presentaban tendencias al aislamiento (Tabla E).

Tabla E

	TENDENCIAS AL AISLAMIENTO	
	N	%
TENDENCIAS AL AISLAMIENTO	21	58.3
NO TENDENCIAS AL AISLAMIENTO	15	41.6
TOTAL	36	100

Presencia de alcohol al momento del acto suicida.

Dentro de los 19 sujetos que según la escala de J.R. Jackson tenían preocupación por el consumo de bebidas alcohólicas (19 casos) el 79% (15 sujetos), se encontró que habían ingerido alcohol antes de cometer el acto suicida, el 5.5% (1 sujeto) no había ingerido alcohol y el 15.5% (3 sujetos) se desconoce por los familiares si habían o no ingerido alcohol antes del suicidio (Tabla F.)

Tabla F

ALCOHOL	PRESENCIA DE ALCOHOL BEBEDORES	
	N	%
SI SE ENCONTRABA	15	79.0
NO SE ENCONTRABA	1	5.5
NO SABE	3	15.5
TOTAL	19	100

Resultados a partir de la Escala de Jackson

Los datos obtenidos en la escala de J.R. Jackson muestran que el 23.7% (19 casos), tenían preocupación por el alcohol, de estos 19 casos el 94.7% (18 casos) permanecían bebidos en días hábiles, el 78.9% (15 casos) necesitaban beber en las mañanas, 68.4% (13 casos), expresaban descontento y ansiedad cuando faltaba la bebida, el 57.8% (11 casos) preferían beber que comer, 52.6% (10 casos) necesitaban beber más alcohol para obtener los mismos resultados (efectos), 52.6% (10 casos) bebían lo que hubiera sin importar la marca ni el tipo de bebida.

Este estudio se realizó tomando en cuenta sólo el número de sujetos, sin importar edad ni sexo.

Resultados compartivos de los datos sociodemográficos entre bebedores y no bebedores.

A continuación se confrontan los datos demográficos tanto de los usuarios como de los no usuarios de alcohol, en las siguientes áreas: edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, causa o motivo, método, intentos previos, uso de drogas y efectos del alcohol en el momento de cometer el acto suicida.

De la población general (80 sujetos) el 23.7% (19 casos) eran alcohólicos y el 76.3% (61 casos) no eran alcohólicos de acuerdo a la escala de Jackson.

Edad

La edad que está considerando, va desde los 14 años hasta los 55 o más en 5 rangos que son: de 14 a 24 años, de 25 a 34, de 35 a 44, de 45 a 54 y de 55 en adelante.

En el primer rango, de 14 a 24 años, no hubo ningún sujeto dentro del grupo de los bebedores, sin embargo cayeron en este rango 29 sujetos en el grupo de los no bebedores representando ellos el 43% del total de la población de los que no ingerían alcohol. Esto nos indica que casi la mitad de la población de los que no ingerían alcohol no llegaba a los 25 años de edad.

En el segundo rango de 25 a 34 años, el 42% (8 sujetos) de la población alcohólica caen dentro de este grupo siendo representativo ya que es el mayor porcentaje acumulado de los rangos en la población de los que ingerían alcohó

hol; y sólo el 18% (11 sujetos) se encuentran agrupados en este rango de edad en los no bebedores.

En el tercer rango de 35 a 44 años el 26% (5 sujetos) caen en este escalafón del grupo de los bebedores y el 13% (8 sujetos) caen también en este rango de los no bebedores.

En el cuarto y quinto rango de 45 a 55 y de 55 a más no hay diferencia en número para los bebedores, en ambos cayeron tan sólo el 8% (5 sujetos) de la población y en el quinto rango hubo el 23% (8 sujetos) que cayeron en éste (tabla I).

Tabla I

COMPARACION DE EDADES ENTRE LOS GRUPOS DE BEBEDORES
Y NO BEBEDORES

EDAD	BEBEDORES		NO BEBEDORES	
	N	%	N	%
14 a 24	-	-	29	48
25 a 34	8	42	11	18
35 a 44	5	26	8	13
45 a 54	3	16	5	8
55 ó más	3	16	8	13
TOTAL	19	100	61	100

Sexo

Dentro de las variables observadas, como sexo, la información arrojada dice que el 89% (17 personas) del grupo de los bebedores eran de la población masculina, así como el 43% (26 sujetos) de los no bebedores; en tanto que el 11% (2 personas) del grupo de alcohólicos eran de la población femenina, mientras que en la población que no ingerían alcohol el 57% (35 personas) eran también de la población femenina, esto nos da una diferencia significativa de ($X^2 14.71$; Gl 1; P .001). Se puede establecer que existen más mujeres que no beben a mujeres que beben (tabla II).

Tabla II

COMPARACION DE SEXOS ENTRE LOS GRUPOS DE BEBEDORES
Y NO BEBEDORES

SEXO	BEBEDORES		NO BEBEDORES	
	N	%	N	%
MASCULINO	17	89	26	43
FEMENINO	2	11	35	57
TOTAL	19	100	61	100

Estado Civil

Esta variable está dividida en cinco rangos: casados, solteros, unión libre, viudos y divorciados.

En el primer grupo el de casados, el 58% (11 sujetos) de los bebedores caen en este rango y el 39% (24 sujetos) de los no bebedores.

En el grupo de solteros sólo el 5% o sea 1 sujeto era bebedor y nuevamente el 39% (24 sujetos) no bebían, aquí

encontramos que dentro del grupo de los no bebedores parece no importar el estado civil, pero en el grupo de bebedores es mayor el número de casados que ingerían alcohol, que el de solteros.

Comparando ambos grupos de solteros, el de bebedores y no bebedores encontramos una diferencia significativa de ($X^2 = 10.58$; GL= P $\geq .001$).

Dentro de esta variable que es el estado civil, se encuentra otro factor que es significativo, es el de divorcio en donde para el grupo de bebedores representa el 26% (5 sujetos) que es el segundo rango con más población, mientras que en el grupo de no bebedores representa tan sólo el 5% (3 sujetos). Difieren ambos grupos significativamente ($X^2 = 13.12$; GL 3; P .05), al respecto podemos mencionar que los bebedores viudos tienden más a suicidarse que los viudos no bebedores, aunque pudiéramos añadir que probablemente los bebedores comenzaron a beber después del fallecimiento de su cónyuge (tabla III)

Tabla III

COMPARACION DE ESTADO CIVIL ENTRE LOS GRUPOS DE BEBEDORES Y NO BEBEDORES

ESTADO CIVIL	BEBEDORES		NO BEBEDORES	
	N	%	N	%
CASADOS	11	58	24	39
SOLTEROS (*)	1	5	24	39
UNION LIBRE	2	11	7	12
VIUDOS	-	-	3	5
DIVORCIADOS	5	26	3	5
TOTAL	19	100	61	100

* P $\geq .001$

Ocupación

Se consideraron 6 áreas para clasificar la ocupación de los sujetos, estas son: laboral, académica, ambas (laboral y académica), hogar, desempleo y retirado.

En la población de los bebedores el 74% (14 sujetos) trabajaban, 10% (2 sujetos) se dedicaban al hogar (las dos mujeres que eran bebedoras) y el 16% (3 sujetos) se encontraban sin empleo o desempleados.

En el grupo de no bebedores el 43% (26 sujetos) desempeñaban las dos actividades (estudio y trabajo), y el 20% (12 sujetos) se dedicaban al hogar, 16% (10 sujetos) se encontraban desempleados y tan sólo el 3% (2 sujetos) eran retirados.

La ocupación para ambos grupos (bebedores y no bebedores) no tiene diferencia significativamente hablando, sólo podemos considerar que para los dos grupos su mayor número de sujetos se encuentran en el área laboral. Es importante considerar que en el grupo de los no bebedores el 15% de su población estudiaba y en el grupo de los bebedores no hay ninguno que estudiara, esto es fácil de explicar si consideramos que en este grupo no había sujetos menores de 24 años, que supuestamente es la edad en que la ocupación de las personas es el estudio, mientras que en el grupo de no bebedores el 48% de la población se encontraba entre los 14 y 24 años de edad (tabla IV)

Tabla IV

COMPARACION DE OCUPACIONES ENTRE LOS GRUPOS DE BEBEDORES
Y NO BEBEDORES

O C U P A C I O N	BEBEDORES		NO BEBEDORES	
	N	%	N	%
LABORAL	14	74	26	43
ACADEMICA	-	-	9	15
AMBAS	-	-	2	3
HOGAR	2	10	12	20
DESEMPLEADO	3	16	3	16
RETIRADO	-	-	2	3
TOTAL	19	100	61	100

Escolaridad

La escolaridad también se encuentra dividida en diferentes rangos que son: educación básica, educación media, educación media superior y educación superior.

En el grupo de los bebedores el 53% (10 sujetos) solo tenían una educación básica, el 36% (7 sujetos) poseían educación media y el 11% (2 sujetos) tenían educación superior, sin existir en el grupo de bebedores alguien que tuviera educación media superior.

En el grupo de los no bebedores el 39% (24 sujetos) poseían educación básica, el 23% (38 sujetos) educación media, el 10% (6 sujetos) educación media superior y el 13% (8 sujetos) educación superior.

Así encontramos que para ambos grupos el rango de escolaridad donde caen más sujetos es la de educación básica, siendo imprescindible considerar que más de la mitad de los bebedores sólo tenían este nivel de educación, aunque para el grupo de los no bebedores también su población más alta está dentro de este rango, el rango siguiente sólo se encuentra por debajo en un punto teniendo un 38% (23 sujetos) mientras que el grupo de los bebedores representa el 36% (7 sujetos), ambos grupos difieren en este rango de manera significativa en un (χ^2 5.63; GL 2 $P \geq .050$).

Si consideramos a ambos grupos globalmente, en su clasificación de escolaridad encontramos que existe una diferencia significativa ($\chi^2 = 5.63$; GL; $P \geq .050$) (tabla V).

Tabla V

COMPARACION DE ESCOLARIDAD ENTRE LOS GRUPOS DE BEBEDORES Y NO BEBEDORES

E S C O L A R I D A D	BEBEDORES		NO BEBEDORES	
	N	%	N	%
EDUCACION BASICA	10	53	24	39
EDUCACION MEDIA *	7	36	23	38
EDUCACION MEDIA SUPERIOR	-	-	6	10
EDUCACION SUPERIOR	2	11	8	13
TOTAL	19	100	61	100

* $P = .05$ y $P \geq .05$ global.

Causa

Para este estudio se consideraron 7 causas que fueron: amorosa, económica, familiar, enfermedad grave, enfermedad mental, alcoholismo, no sabe (desconocida).

El porcentaje de bebedores en cada una de las causas es el mismo 11% (2 sujetos), sólo excepto en alcoholismo, ya que ahí se reporta el 45% de su población (9 sujetos) y la causa económica en donde no se reporta a ningún sujeto.

Para el grupo de no bebedores la causa de muerte más importante es la amorosa, ya que representa un 26% de su población (16 sujetos), un 23% (14 sujetos) en los que se desconoce la causa del suicidio 15% (9 sujetos), tanto en problemas familiares como enfermedad mental, 13% (8 sujetos) por enfermedad grave y tan sólo el 8% (8 sujetos) por problemas de tipo económico.

El resultado de este estudio demuestra que para ambos grupos la causa es diferente, mientras que para los bebedores la causa preponderante era el mismo alcoholismo, para los no bebedores eran los problemas de tipo amoroso. La causa de tipo amoroso se analizó estadísticamente y en efecto, es significativamente diferente entre ambos grupos en un ($\chi^2 = 5.44$; GL = 1; $P \geq .025$) (Tabla VI).

Tabla VI

COMPARACION DE CAUSAS ENTRE LOS GRUPOS DE BEBEDORES Y NO
 BEBEDORES

C A U S A	BEBEDORES		NO BEBEDORES	
	N	%	N	%
AMOROSA *	2	11	16	26
ECONOMICA	-	-	5	8
FAMILIAR	2	11	9	15
ENFERMEDAD GRAVE	2	11	8	13
ENFERMEDAD MENTAL	2	11	9	15
ALCOHOLISMO	9	45	-	-
NO SABE	2	11	9	15
TOTAL	19	100	61	100

* $P \geq .025$

Método

La población de estudio (80 casos) reporta tan sólo 7 métodos con que se suicidaron: sobredosis, ahorcamiento, ama de fuego, envenenamiento, mutilación, precipitación e intoxicación de gas.

Para el grupo de bebedores el método más utilizado fue el ahorcamiento, ya que el 47% (9 sujetos) se suicidaron de esta manera, el 36,5% (7 sujetos) con arma de fuego, el 21% (2 sujetos) utilizaron el envenenamiento y el 5,5% (1 sujeto) con sobredosis de farmacos.

En el grupo de los no bebedores, el ahorcamiento fue

el método también más utilizado en un 39% de su población (24 sujetos), el arma de fuego la utilizó el 25% (15 sujetos), el 21% (13 sujetos) utilizaron el envenenamiento, el 6% (4 sujetos) la sobredosis, el 9% (3 sujetos), se arrojaron, el 2% (1 sujeto) la intoxicación por gas.

Aunque para ambos grupos el método más utilizado fue el ahorcamiento, difieren estadísticamente en forma significativa ($X^2 = 3.40$; GL=3; $P \geq .05$), en esta forma de suicidio.

Siguiendo con la comparación de los grupos encontramos que para los dos grupos (bebedores y no bebedores), el método de envenenamiento también es diferente en forma significativa ($X^2 = 4.03$; GL=3; $P \geq .05$) Tabla VII.

Tabla VII

COMPARACION DE METODOS ENTRE LOS GRUPOS DE
BEBEDORES Y NO BEBEDORES

METODO	BEBEDORES		NO BEBEDORES	
	N	%	N	%
SOBREDOSIS	1	5.5	4	6
AHORCAMIENTO*	9	47	24	39
ARMA DE FUEGO	7	36.5	15	25
ENVENENAMIENTO	2	11	13	21
MUTILACION	-	--	1	2
PRECIPITACION	-	--	3	5
INTOXICACION C/GAS	-	--	1	2
TOTAL	19	100	61	100

* Diferencia significativa al .050 $P \geq .050$

Intentos previos

En el grupo de los bebedores el 42% (8 sujetos) no habían intentado suicidarse anteriormente, el 26% (5 sujetos) tenían un atentado, el 21% (4 sujetos) dos intentos y para tres y cuatro intentos solo 5.5% (1 sujeto), para cada caso respectivamente.

El grupo de los no bebedores el 69% (42 sujetos) no habían intentado suicidarse, el 15% (11 sujetos) una vez el 10% (6 sujetos) dos veces, el 3% (2 sujetos) 3 veces y nadie lo intento o lo llego a intentar 4 veces en este grupo.

Aunque para ambos grupos lo característico fue no tener intentos, la diferencia significativa estadística entre el grupo de bebedores y no bebedores fue de .001 ($\chi^2 = 11.56$; GL = 3; $P \geq .001$). (Tabla VIII).

Tabla VIII

COMPARACION DE INTENTOS PREVIOS ENTRE LOS GRUPOS DE BEBEDORES Y NO BEBEDORES

INTENTOS PREVIOS	BEBEDORES		NO BEBEDORES	
	N	%	N	%
SIN INTENTOS*	8	42	42	69
UN INTENTO	5	26	11	18
DOS INTENTOS	4	21	6	10
TRES INTENTOS	1	5.5	2	3
CUATRO INTENTOS	1	5.5	-	-
TOTAL	19	100	61	100

* $P + \geq .001$

Uso de drogas

Tanto el 68% (15 sujetos) del grupo de bebedores, como el 82% (50 sujetos) del grupo de no bebedores, no consumían droga alguna. Analizando esto en forma estadística se encontró una diferencia significativa entre ambos grupos ($\chi^2 = 10.86$, $GL=2$; $P \leq .001$).

El 21% tan sólo (4 sujetos) del grupo de bebedores y el 13% (8 sujetos) del grupo de no bebedores consumían drogas.

Los sujetos restantes para ambos grupos se desconocía si utilizaban o no droga (Tabla IX).

Tabla IX

COMPARACION DE USO DE DROGAS ENTRE LOS BEBEDORES Y NO BEBEDORES

USO DE DROGAS	BEBEDORES		NO BEBEDORES	
	N	%	N	%
SI USO	4	21	8	13
NO USO	13	68	50	82
NO SABE	2	11	3	5
TOTAL	19	100	61	100

* Diferencia significativa al .001 $P \leq .001$

CAPITULO X

ANALISIS DE RESULTADOS

Análisis de resultados

Al término de esta investigación la relación entre el suicidio y el alcoholismo puede verse como una realidad, aunque ciertos autores prefieren mantenerse al margen y sólo dejan entrever el eslabón que une estos dos factores sin nombrarlo y utilizan frase como: "es arriesgado hablar de la relación entre...", o "parece ser que el alcohol en este caso sí tiene que ver con el suicidio", sin embargo algunos otros autores dicen que "el alcoholismo es uno de los más frecuentes antecedentes del suicidio" (Rushing, 1966), Menninger (1938), el alcoholismo es un tipo de suicidio crónico".

Esta investigación muestra que dentro de los 80 casos de suicidio estudiados, es innegable la relación con el alcohol, si observamos que el 55% (44 sujetos) tenían algún vínculo con el alcohol y de estos 44 sujetos 30 estaban ebrios al momento del suicidio, esto nos está mostrando una realidad en cuanto al uso del alcohol en nuestra sociedad; no se puede pasar por alto que de un grupo tomado al azar, más de la mitad esten vinculados con el alcohol.

Beachler (1975), menciona que algunos alcohólicos después de ingerir cierta cantidad de alcohol entran en un estado agresivo por el proceso de desinhibición debido al debilitamiento de defensas y por tanto el impulso logra salir, así que si al tratar de manifestar la agresión no le es permitido, el impulso regresa al individuo de una forma autoagresiva

siva, pudiéndose dar la conducta suicida.

Dentro de los mismos resultados hay algunos que captan mayormente la atención, como es en el caso de la edad promedio de los suicidas, observamos que el 42% de la población de bebedores estaban entre la edad de 25 a 34 años y en la población de no bebedores el 48% que es el porcentaje mas alto se encontraban entre los 14 y 24 años y otro 18% entre la edad de 25 a 34 años, sumando ambos grupos (bebedores y no bebedores) menores de 35 años da un total de 48 sujetos entre los 14 y los 34 años, estamos hablando de un 60% que se encontraban en la edad más productiva de su vida, esto coincide con una investigación realizada por Jiménez, H. y Rico, M (1978) sobre suicidio también en el Distrito Federal, donde el promedio de su población en un 66% era menor de 35 años.

Es importante resaltar que la causa principal de suicidio para el grupo de los no bebedores era la amorosa, esta probablemente tenga una explicación si consideramos que México es un país latino y su emotividad es grande, investigaciones realizadas por Cabildo, A. (1966) y García de Alba (1974), encuentran tambien el amor como causa principal de suicidio en México.

Para el grupo de los bebedores la causa mas frecuente de suicidio era su mismo alcoholismo, en donde un 45% se suicida por esta causa, se vuelve a lo mismo, como se puede negar la relacion alcohol-suicidio.

El estado civil para aquellos bebedores que se suicidaron se vuelve característico, ya que el 58% o sea más de la mitad de la población eran casados, si volvemos al punto anterior encontramos que un 45% se suicidó por su mismo alcoholismo, aunque no se puede afirmar que sean los mis mos sujetos ya nos da una pauta.

Para el grupo de los no bebedores el estado civil coincidió un número entre los casados y solteros en un 39% lo que nos indica que no importó el estado civil en la población estudiada para llevar a cabo el suicidio.

Ya hemos hablado de que la población estudiada per tenecía casi en su totalidad a la clase media baja y baja, es debido a esto que algunos resultados son influenciados grandemente por esta variable dentro de los resultados que son fuertemente influenciados por el nivel socioeconómico encontramos una escolaridad en donde para ambos grupos su mayor número de sujetos cae en la educación básica y educación media, asimismo encontramos que la ocupación principal para ambos grupos era laboral, esto realmente no es nada nuevo si observamos las necesidades que se tienen en una clase me dia baja y baja en la que todos los integrantes de una fami_ lia tiene que trabajar para mantener a ésta, lo mejor posible, de esta manera abandonan los estudios cuando apenas han terminado su educación básica, y algunos ni siquiera logrando esta terminación.

CAPITULO XI

CONCLUSIONES

Conclusiones

La teoría revisada, así como los datos obtenidos a través de este estudio forman una parte muy pequeña de una problemática multicausal existente como lo es el suicidio, que si bien es cierto que en México el índice de mortalidad por suicidio no es significativo comparándolo con algunos otros países del mundo, no deja de ser un problema preocupante.

Dentro de este pequeño porcentaje que por suicidio mueren en México encontramos un factor que aparece como común denominador en muchas investigaciones que es el alcohol

En esta investigación encontramos que, de los 80 sujetos de la población total: -19 sujetos eran alcohólicos -La mayoría de los sujetos (60%) son menores de 35 años, la causa principal que fue la amorosa para el grupo de no bebedores y para el grupo de bebedores fue su mismo alcoholismo -el método más utilizado fue el ahorcamiento.

Más de 50% de los bebedores eran casados, no hubo diferencia en número entre casados y solteros en el grupo de no bebedores, 39% para ambos.

Para ambos grupos su ocupación más común era la laboral, la educación para ambos grupos era la básica, en su mayoría la población no presentaba intentos previos de suicidio, la población no utilizaba drogas.

Definitivamente, otro aspecto que está influido grandemente por el nivel socioeconómico, es el método utilizado para el suicidio, probablemente la imagen que se tiene de suicidio va en cierta forma relacionado con una pistola como nos lo han hecho creer los novelistas, pero transportando el hecho del suicidio a una población con pocos recursos económicos como la estudiada, encontramos que el método más utilizado por ambos grupos (bebedores y no bebedores) fue el del ahorcamiento .

El método así como los intentos previos, tienen una relación estrecha, observando que en la mayoría de sujetos de ambos grupos (bebedores y no bebedores) no tenían intentos previos de suicidio, o sea, que cuando decidieron suicidarse utilizaron los métodos más seguros para lograr su fin. Ovenstone, J. y Kretman, N. (1974) hicieron investigaciones y descubrieron que los pacientes de suicidio consumido que no tenían una historia previa de suicidio, usaban métodos más letales.

Para la variable estudiada del uso de drogas en ambos grupos coincide que no utilizaban drogas en la mayoría de los casos.

Dentro de la investigación se llevó a cabo un estudio solamente para la población de bebedores y se encontró que de los 36 casos el 58.3% (21 sujetos) presentaron tendencias de aislamiento, aquí se corrobora lo que dijera Murphy G.; Armstrong, J. (1979), Trout, D., (1980) que el alcohol

va aislando a las personas y las pérdidas de relaciones
interpersonales pueden ser la predicción de un futuro sui
cidio.

CAPITULO XII

DISCUSION

Cuando se realiza una investigación como la que se presenta en esta tesis se encuentra uno con ciertas deficiencias que impiden el desarrollo del trabajo.

Las deficiencias en este caso son de tipo administrativo, ya que en el Servicio Médico Forense toda la estadística la lleva un solo hombre y esto es ridículo, debido a que un solo hombre no puede clasificar tantos casos que llegan día a día a este servicio.

Es por este motivo que las estadísticas y en especial este trabajo se refiere a los casos ocurridos en el año de 1979 ya que en 1984 y 1985 hasta este año, apenas se encontraban codificados.

Otra de las limitaciones es que el criterio de la clasificación no es del todo claro, parece ser que hay reticencia a declarar un suicidio y sólo mencionan que fue muerte por causa desconocida, aunque en muchos casos todo lleva a pensar, sin lugar a duda, que se trata de suicidio.

Otro problema importante con los que se enfrenta el investigador es la falta de sistematización en la captación y análisis de los resultados del peritaje médico-legal.

El tema del suicidio es un tema fuerte, con el cual resulta laborioso trabajar, debido a que las entrevistas para obtener los datos se hacen muy difíciles. Sobre todo para quienes responden las preguntas en este caso los familiares.

En México en comparación con otros países del mundo no hay muchos estudios sobre suicidio, probablemente por que en este país la tasa de muerte por suicidio es baja a nivel mundial; claro que no importa mucho que el porcentaje de suicidio sea bajo, lo que realmente interesa es que ese 1.6% entre tantos millones de habitantes de México se conozca el motivo, la causa, etc. los factores que acompañan este fenómeno; para determinar los grupos de alto riesgo y prevenir que la tasa de suicidio aumente en nuestra población.

Por este motivo es que el tema del suicidio se vuelve de interés pluridisciplinario e invita al investigador a trabajar sobre este complicado pero interesante tema.

DEFINICION DE TERMINOS

- AISLAMIENTO** Tendencia frecuentemente patológica a alejarse del intercambio social.
- ALCOHOLISMO** Exceso y abusos habituales, constitucional o socialmente determinados. con ansias v
- .est
- AUTOPUNITIVAMENTE** relativo al castigo, auto-castigarse a sí mismo.
- DEPRESION** Estado emotivo de actividad psicofísica baja y desagradable que puede ser normal o patológica.
En un sentido patológico la palabra depresión designa una disposición psíquica de desesperación y un abrumador sentimiento de insuficiencia y de baja.
- DISFORIA** Sensación generalizada de ansiedad, inquitud y depreison del espíritu.
- HIPERTENSOR** Cualquier sustancia que produzca una tensión alta en un tejido; mas específico presión arterial.

INGESTION	Proceso de introducir sustancias en masa en el cuerpo.
INHIBICION	Detencion parcial o completa de una función en actividad.
NEUROSIS	Trastornos (funcional) del sistema nervioso para cuya explicación no se encuentra lesión alguna.
NUSOLOGIA	Clasificación de las enfermedades, rama de la medicina que trata de la clasificación de las enfermedades y su distinción. ADJ. nosológica.
OBJETO	La parte del medio que está relacionada con el individuo en una experiencia psicológica.
OBJETO SEXUAL	Todo aquello que sirva para estimular la atracción sexual, ya sea una persona, ya sea una cosa.
PSICOSIS	Cualquier proceso patológico o trastorno mental grave o específico que posee origen, evolución y síntomas característicos.
SEROLOGIA	Suma de conocimientos relativos al cuerpo sanguíneo y a los sueros terapéuticos.
SIMBIOTICA	Condición por la cual una persona depende de otra, no por el afecto y apoyo mutuo y cooperativo, sino por la explotación y sa-

tistacción de necesidades neuróticas.

STRESS

Fuerza aplicada a un sistema, suficiente para causar tensión o distorsión en el sistema y cuando es muy grande para alterarlo hacia una nueva forma. El término puede restringirse a la fuerza y sistemas físicos o extenderse a los psicológicos.

SUICIDIO

DENOTA TODAS LAS CONDUCTAS ENFERMAS QUE EN CUENTAN UNA SOLUCION AL PROBLEMA EXISTENCIAL CON UN ATENTADO SOBRE LA VIDA DEL SUJETO.

BIBLIOGRAFIA

- BARRACLOUGH, B. NELSON; R. Bunch; J. Sainsbury, P.
 "The diagnostic classification and psychiatric
 treatment of 100 suicides"
 Proceeding of the fifth Int. Conf. for suicide Prevention, 1969.
- BEACHLER, J.: "Suicide". Ed. Basic Books. Inc. Publishers
 New York, 1975.
- BEECK, A.T.; Steer, R.A.; MC Elroy, M.G.: "Relationships of
 hopelessness, depression and previous suicide attempts to suicidal
 ideation in alcoholics".
 Journal of Studies on Alcohol, Vol. 43, No. 1, 1982.
- BELSASSO, G. y Lara Tapia, H.: "El suicidio en México"
 Revista de Neurología, Vol. VIII, 1974.
- BRAMBILA, C.J.J. y Patron, D.S.: "La prevalencia de los gestos
 suicidas en la ciudad de Guadalajara durante 1975". Salud Pú-
 blica de México. Epoca V, Vol. XIX(6), Noviembre-Diciembre, 1977.
- BREED, W.: "Occupational morbidity and suicide among white males"
 A.M. Social Rev. 28: 179-188, 1963.
- BROOKE, E.: "El suicidio y los intentos de suicidio"; CMS
 Ginebra, 1976.
- CABILDO ARELLANO, H.M.: "El suicidio como problema de salud men-
 tal". Salud Pública de México, Epoca V, Vol. VII (3):441-451,
 Mayo-Junio, 1966.
- Calabrese, A.; Astole I.E.: CALABRESE, A.; astto. L.F. I.E.:
 "Toxicología", Ed. Kapelusz, México, 1978.
 Rf.

CALDERON, N.G.: "Alcoholismo y sociedad". Psiquiatría
3 G. Septiembre-Diciembre, 1973.

CAMPILLO, S.C.: "Problemas relacionados con el alcohol en
México". En Molina Piñeiro J. y Sánchez-Medal, L. El alco-
holismo en México, Tomo I Fundación de Investigación Social
A.C. pp 165-178, 1982.

CANTOR, P.: "The effects of youthful suicide on the family"
Psychiatric Opinion 12, 1975.

CHORON, J.: "Suicide". Charles Scribner and Sons, New York 1972.

DORPAT, T.; Repley, H.: "The relationships between attempted
suicide and committed suicide". Comprehensive Psychiatry
8(2), 1967.

DRAPER, E.: "A developmental theory of suicide". Comprehensive
psychiatry Vol. 17(1), 1976.

DUBLIN, L.I.: "Suicide a sociological and statiestical study"
Ronald Press, New York 1963.

DURAN FRAY DIEGO: "Historia de las indias de la Nueva España, e
"Islas de la tierra firme". Nacional México 1951, Vol. 2.

EL -GAALY : "Social dysfunction in depressives and attempted
suicides", Acta Psychiat. Scand. 50, 1974.

ELORRIAGA, M.H.: "Breve estudio sobre el problema del suicidio
en la década 960-1969" Salud Pública de México

ERICKSON, E.: "Childhood an society". Ed. Norton New York, 1968.

EY, H.; Bernard, P.; Brisset, CH.: "Tratado de Psiquiatría" Ed. Toray-Masson, 1978.

FARBEROW, N.; Shneidman, E.: "Necesito ayuda!", Ed. La prensa Médica, México, 1964.

FLOOD, R.A. and Seager, C.P.: "A retrospective examination of psychiatric case records of patients who subsequently committed suicide". J. Psychiat. 144: 433-450, 1968.

FREUD, S.: "Beyond the pleasure principle". Hogart Press Ltd. London, 1950.

FREUD, S.: "Mourning and melancholia". In collected papers vol. IV. Hogart Press London, 1948.

GARCIA DE ALBA, G.; Morán, G.: "Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en Jalisco". Salud Pública de México. Epoca V, Vol. No. 2: 195-211, Marzo-Abril, 1974.

GARCIA, R.F.: "Alcoholismo y violencia". En Molina Piñeiro, J.; Sánchez-Medal, L. "El alcoholismo en México". Tomo I. Fundación de Investigaciones Soc. A.C.: 205-216, 1982.

GARNFINKEL, B.C.; Froese, A.; Hood, J.: "Suicidal attempts in children and adolescents". Am. Journal Psychiatry. 139(1): 1257-1261, Oct. 1982.

GARVEY, M.J.; Tollefson, G.: "Suicide", Am. Fam. Physician 15(5). 157-159, May, 1982.

GREER, S.; Gunn, J.; Koller: "Attempted suicides from intact and broken homes". Brit. Med. Jornal 2. 1966.

GUZE, S.; Robins, E.: "Suicide and primary affective disorders" Brit. Journal Psychiatry 117, 1970.

HAVIGHURST, J.: "Measuring socioeconomic status in the cross-national study of children and adolescents". In: Díaz-Guerrero Bianchi y Ahumada de Díaz "Investigación formativa de Plaza Sésamo". Ed. Trillas, México 1975.

HOCHNEGG, L.; Kuhnert, K.: "Alcoholism and suicide". Wien Med. Wochenschr, 1980. Jul 31: 13-14, 468-471.

JACKSON, JR.: "The definition and measurement of alcoholism" Quart. J. Stud. Alc. 18: 240-262, 1957.

JIMENEZ, N.R.; Rico, M.F.G.: "El suicidio en México". "Enfoque epidemiológico". Salud Pública de México. Epoca V, Vol. XX(1): 67-68, México, Enero-Febrero, 1978.

KOVALENKO, J.P.: "Suicidant act of chronics of alcoholics from statisticals analysis of archival materials". Neuropatologic Psychiatric. 80(ii): 1696-1698, 1980.

KRICKEBERG, W.: "El juego de pelota mesoamericano y su simbolismo religioso". En traducciones Mesoamericanistas. F.C.E. México 1966.

MC' DOWAL, A.W.T.; Grooke, E.M.; Feeman Browne, D.L. and Robin, A.A.: "Subsequent suicide in depressed in patients" Brit. J. Psychiat. 114: 749-754, 1966.

MACKINNON, R.; Nichols, R.: "Psiquiatría Clínica aplicada" Ed. Interamericana, 1981.

MAREK, Z.; Widack, S.; Swaryoiewicks.: "Suicide committed by minors" Forensic, SCI 7(2): 103-108, 1976

MATOS MOCTEZUMA, E.: "La muerte en México Prehispánico" en Miccaihuitli. El culto a la muerte. Artes de México No. 145, 1971.

MENNINGER, K.: "Man against himself". Hrcourt, Brace and Company New York, 1938.

MONTHERLAND, H.: "Le Treizieme César", Gallimard, Paris, 1970.

MORGAN, H.G.: "Death wishes? the undersanding and management of deliberate self harm". John Wiley and Sons LTD Chichester, 1979.

MORLEY, S.G.: "La civilización Maya". Fondo Cultural Económico de México, 1956, 2a. Ed.

MULLER, J.: "Completed suicide of alcoholics after anti-alcoholic in -patient treatment. Ceskolovenska Psychiatrie 78, 1982.

MURPHY, G.E.; Armstrong, J.W.J.R.: "Alcoholism and suicide interpersonal loss confirmed as a predictor", Arch General Psychiatry Jun. 1979, 36(1): 65-69.

NITSCHÉ, W.: "Psychological and Neurological Sequelae of Alcoholism". Fortchr. Med. 1982, August 5, 190 (29): 1366-1371.

OBREGON, G.: "Representación de la muerte en el arte colonial" en Miccaihuitl. El culto a la muerte. Artes de México No. 45, 1971.

OVENSTONE, J.M.; Kreitman, N.: "Two symptoms of suicide". Brit. S. Psychiat 14: 336-345, 1974.

PINO, R.; Kockott, G.; Fuerlein, W.: "A six year follow-up study of 100 patients who attempted suicide". Arch. Psychiat. 227(3): 213-216. 1979.

POPOL, VUH.: Colección Sepancuantos. Porrúa México, 1970.

RIVA PALACIO, V.: "México a través de los siglos" Cumbre Vol. 1, México 1953.

ROBINS, E.; Murphy, G.; Wilkinson, R.: "Some clinical consideration in the prevention of suicide". Am. J. Public. Health, 49, 1959.

Rodríguez, S.; Gómez, G.: "Suicidio y suicidas en la sociedad Mexicana". Instituto de Investigaciones Sociales. UNAM. México, 1974.

RUSHING, W.A.: "Alcoholism and suicide rates by status set and occupation". Quart. J. Stud. Alc. 29: 399-412. 1968.

SAHAGUN FRAY BERNARDINO: "Historia general de las cosas de la Nueva España". Porrúa México, 1956 Vol. 1.

SAHAGUN FRAY BERNARDINO: "Pensamiento y religión en México antiguo". En anales de Cuauhtitlán CTI, en Sejourne, L. Fondo de Cultura Económica, México, 1957.

SANCHEZ, L.M.A.: "Historia de la institución gloriosa: el Colegio Militar". Sría. Def. Nal. México, 1970.

SHNEIDMAN, E.: "Suicidology contemporary developments" Grunne and stratton. New York, 1976.

SHNEIDMAN, E.: "Suicidology conteporary developments". Seminars in Psychiatry Milton, Greenblant, M.D. Series Editor, 1976.

SPITZ, R.: "El primer año de la vida del niño". Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1965.

TERROBA, G.G.; Saltijeral, M.T.: "La autopsia psicológica como método para el estudio del suicidio". Sal. Púb. Méx. Vol. 25:285-293, 1983.

TIGNOL, J.; Bourgeois, M.: "Deshinibition and risk". Encephale 4(5): 459-463, 1978.

TOOLAN, J.: "Suicides and suicidal attempts in children and adolescents". Am. J. Psychiatry 118-719, 1962.

TROUT, D.L.: "The role of social isolation in suicide" Suicide life threat Behavior Spring, 10(1): 10-23, 1980.

VALLEJO, N.J.A.: Introducción a la Psiquiatría. Ed. Científica-Médica. Dossat Mexicana IX. México, 1977.

WARD, N.G.; Schuckit, M.A.: "Factors associated with suicidal behavior in polydrug abusers". J. Clin. Psychiatry 41(11): 379-385, Nov. 1980.

ZUNG, W.W.: "Clinical index of potential suicide" In: The prediction of suicide. Ed. Beck, A.T.; Resnik, H.L.P.; Lettieri, D.J. Charles Press, 1974.