



01981  
2 ej 1  
**Universidad Nacional Autónoma de México**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**PERFIL PSICOLOGICO REGISTRADO CON EL INVENTARIO  
MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA  
(M.M.P.I.), EN SUJETOS CON INTENTOS DE SUICIDIO.**

**T E S I S**

**QUE POR OPTAR AL GRADO DE:  
DOCTOR EN PSICOLOGIA CLINICA  
P R E S E N T A**

**Mtro. Abel de Jesús Giraldo Giraldo**

**SINODALES:**

**Director de Tesis - Dr. LUIS LARA TAPIA**

**DRA. MA. TERESA GUERRA TEJADA**

**DRA. MARIA BLANCA MOCTEZUMA YANO**

**DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ**

**DR. RAFAEL NUÑEZ OBANDO**

**DRA. NELLY HEREDIA CARRILLO**

**DR. RODOLFO GUTIERREZ MARTINEZ**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**México, D. F.**

**Año de 1988**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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.

C O N T E N I D O

	pág
Reconocimientos	
Prólogo.....	1
INTRODUCCION.....	1
<b>I MARCO TEORICO</b>	
1.1 El Suicidio visto a través de diferentes torias.....	3
1.2 Investigaciones en otros países.....	10
1.3 Investigaciones en México.....	44
1.4 Definición de Términos.....	64
1.5 Alcances y Limitaciones.....	65
<b>I I INVESTIGACION Y METODOLOGIA.</b>	
2.1 Planteamiento del Problema.....	66
2.2 Formulación de Hipótesis.....	67
2.3 Diseño de la Investigación.....	68
2.4 Sujetos.....	70
2.5 Instrumentos.....	74
<b>I I I RESULTADOS</b>	
3.1 Análisis o Interpretación de Resultados.....	81
3.2 Conclusiones y Recomendaciones.....	93
3.3 RESUMEN.....	97

	Pág.
Bibliografía.....	99
Apéndice # 1 .....	105
"    # 2 .....	108
"    # 3 .....	110
"    # 3A .....	111
"    # 4 .....	112
"    # 4A .....	113
"    # 5 .....	114
"    # 6 .....	115
"    # 7 .....	118
"    # 8 .....	125

## P R O L O G O

Difícil, por no decir imposible, sería hacer la semblanza de un perfil de lo que para nosotros representaría la radiografía psíquica de una muestra de población con registros de intentos de suicidio.

Sin embargo al conseguir uno de estos perfiles, mediante la aplicación de la prueba de Personalidad de Minnesota, (M.M.P.I.), creemos que nos estamos acercando mucho a una realidad. Otra de las razones que nos impulsaron a realizar este trabajo, que como granito de arena puede -- ayudar a otras investigaciones más sólidas y profundas, -- emprendidas por capacitados expertos en la materia, es que parece no existir, o si ello no fuera así, existirán muy pocas investigaciones en nuestro medio, que tengan como -- punto de partida la aplicación del M.M.P.I., prueba estructurada tan seria y conocida como esta otra, no estructurada y proyectiva, que lo es el Psicodiagnóstico de Rorschach; como que hoy por hoy son las de más alta connotación en el mundo de la ciencia psicológica. Está comprobado de que -- son pruebas que se complementan.

La mayor frecuencia de los casos de intento de suicidio no corresponde a débiles mentales, ni a psicóticos declarados. Si corresponde a una enfermedad, a un trastorno, este está referido directamente a la Personalidad y específicamente a una parte de esta, al Carácter; trastorno que como es obvio puede sufrir remisiones mediante la farmacopea psiquiátrica; para experimentar cambios favorables en la conducta de los individuos se hace necesaria, además, la aplicación de la Psicoterapia.

En el enfoque metodológico, el control experimental se realizó a través de la aplicación del análisis estadístico de un Diseño de Dos Grupos Apareados, con la utilización de la prueba "t", gracias al empleo de la ecuación correspondiente cuya fórmula, de todos conocida, aparece en el lugar respectivo de esta Tesis.

## INTRODUCCION

El tema del suicidio ha sido tratado con intensidad a través de la historia y ha despertado inquietudes diversas en los investigadores de la conducta humana; es importante saber y comprender el por qué en un momento determinado los individuos, esas unidades biopsíquicosociales, sufren un proceso de desorganización que afecta predominantemente la estructura psíquica que les lleva por el camino del célebre Tánatos freudiano para intentar su autodestrucción y buscar una salida por la puerta falsa para evadir la problemática que por razones muy personales, se les hace insoportable.

Esta investigación pretende establecer un perfil de la personalidad del suicida en potencia a través del análisis del Inventario Multifásico de la Personalidad, de Minnesota, (M.M.P.I.).

Para lograr dicho objetivo fue seleccionado un grupo de personas con registros de intentos de suicidio, en los servicios de urgencia de los hospitales-generales del Distrito Federal. El grupo de casos de es-

tudio está integrado por personas de ambos sexos con registros de intentos de suicidio, pacientes cuyas edades fluctúan entre los catorce y los sesenta y nueve años.

Nuestra inquietud investigadora busca, en última instancia, servir como guía para la integración de grupos terapéuticos con un seguimiento en la Facultad de Psicología y que además sirva de motivación a los estudiantes para colaborar en estas actividades de ayuda terapéutica a las personas afectadas por los casos de intentos de suicidio.

Es de vital importancia observar el cumplimiento de los procedimientos necesarios sugeridos por este estudio y muchos otros a fin de poder integrar a la vida activa de la sociedad a estas personas que en un momento dado han sufrido de la incompreensión de parte de sus semejantes; se debe tratar de reintegrar a estas personas al proceso productivo y activo de la sociedad y canalizarlas para que puedan formar parte del gran volumen de recursos humanos que en este momento son tan útiles, más que nunca, para la patria mexicana.

## I MARCO TEORICO

### 1.1 El suicidio visto a través de diferentes teorías.

En este capítulo revisaremos aspectos -- importantes descritos en el campo de la teoría por lo que respecta a esta faceta tan importante de la conducta humana y que no ha recibido, según nuestra opinión, por parte de los autores el tratamiento que se merece tan delicado tema. Mintz, citado por Davison, (1980) (7) resumió las variadas motivaciones de los suicidas, consideradas como -- las más importantes y mencionadas en la literatura de las obras más especializadas al respecto: Intento de venganza para producir sentimientos de culpa en otras personas; autoagresión; medio de deshacerse de ciertos sentimientos desagradables; modo de reparar "errores" pasados ( o hechos pasados "percibidos" por el paciente como errores ); esfuerzos por desprenderse de sentimientos inaceptables -- tales como: una atracción sexual hacia miembros del -- mismo sexo, etc.; otras motivaciones de la conducta -- suicida podrían estar representadas así: deseo de -- reunirse con una persona amada que haya muerto; necesidadades de escapar de la angustia, dolor, deformidad, vacío --

emocional; creencia y deseos de reencarnación, etc.

Existen dos posiciones científicas - con sus respectivas teorías predominantes entre los suicidólogos, estas son: la teoría psicoanalítica de Freud y otros autores y la teoría sociológica de Durkheim.

Freud explica el suicidio y propone para esto, dos hipótesis. La primera está basada en la teoría de la depresión y es en realidad una ampliación de la misma. Está dada más o menos en los siguientes términos: si una persona ama y odia a alguien a la vez ambivalentemente y ese alguien muere, es introyectado por dicha persona con la correspondiente carga agresiva que -- dirige hacia sí misma; si los sentimientos de agresión son tan fuertes como sentimientos criminales, la persona comete suicidio.

La segunda teoría freudiana habla de que el instinto de muerte, tánatos, se vuelca hacia dentro haciendo por consiguiente que la persona se quite la vida:

El autor Tuckman y otros, hicieron -

en 1959 un minucioso análisis de notas dejadas por suicidas y encontraron contradicciones con la teoría de Freud. Descubrieron que solamente una minoría muy pequeña de esas notas expresaba hostilidad; aunque puede haber la objeción a su vez de que una hostilidad reprimida, pudiera no aflorar en el contenido de un escrito realizado a nivel consciente.

E. Durkheim, (1951) (10), sociólogo francés, hizo un estudio de las diferentes conductas que pueden presentar los individuos suicidas; luego de realizar un análisis de las estadísticas sobre suicidios en distintas épocas de la historia y en varios países, llegó a la conclusión de que habían tres tipos de conducta autoaniquilativa que corresponden a las siguientes clases de suicidio: a) El suicidio Yoico que es aquel que ocurre cuando el individuo no tiene un suficiente número de ligaduras con su comunidad y grupo social correspondiente. Esta situación se traduce en el hecho de que los individuos, por muchas razones, se sienten separados de los demás y como tal impedidos de poder hacer uso de los recursos sociales necesarios para desarrollar una adecuada adaptación. b) El suicidio Altruista, según Durkheim, es consecuencia de la conducta de un individuo dada

como respuesta a las exigencias de la sociedad y es tanto el sentido de pertenencia al grupo que muchos individuos optan por ofrendarse en bien de la comunidad, cometiendo el suicidio altruista; por ejemplo las autoinmolaciones de los monjes budistas, etc. c) El último tipo de conducta autoaniquilativa considerado por Durkheim es el que -- corresponde al suicidio Anómico que pueda ser consecuencia del cambio brusco en las relaciones de un individuo con su grupo social; como por ejemplo, en el caso de un hombre de negocios que ha alcanzado prosperidad económica y con valores reconocidos en la comunidad, súbitamente sufre reveses de fortuna, puede llegar a experimentar una -- sensación de vacío, de no valía, de desorientación que lo puede precipitar en la anomia, dando como resultado en -- muchas ocasiones, el suicidio anómico.

Dado que es una teoría sociológica, -- la de Durkheim, deja necesariamente vacíos en la explicación de las reacciones individuales diferentes entre sí -- de parte de los miembros de una misma sociedad frente a -- los estímulos externos en igualdad de condiciones y de -- exigencias.

Hay algo que ocurre dentro de las -- personas aparte de las influencias externas, que las hace reaccionar de cierta manera; pues no todas las personas aunque tengan los mismos motivos, cometen suicidio -- yoico, ni todos los bonzos se suicidan por las mismas -- razones, ni todos los comerciantes que fracasan se suicdan. Esta situación creada, ha hecho que muchos psicólo -- gos hayan intentado predecir este tipo de conducta huma -- na siguiendo el patrón de ciertas características de la -- personalidad.

S. Velasco Ibarra ( 1966) (35) escri -- be en el tema de metapsicología del suicidio y hace refe -- rencia a que todos los días, en diferentes partes del -- mundo las personas atentan contra su vida, por los más -- variados motivos, no importando en realidad su posición -- socioeconómica; y sin embargo no se registra el interés -- general esperado por parte de la comunidad humana hacia -- este tipo de problema- Llama la atención el hecho de que no es muy abundante, relativamente comparada con otros -- tópicos, la bibliografía referida tanto al intento como -- al suicidio mismo. En este punto se responde el mismo -- autor diciendo que puede ser que los investigadores se --

sientan más a gusto estudiando temas que se refieren a -  
fenómenos mentales, en los que si en verdad hay elementos  
destructivos también no es menos cierto que hay muchos --  
elementos de orden constructivo. Pues realmente hablar-  
del suicidio es hablar de la muerte, aunque hablar de la-  
muerte no significa hablar del suicidio, de una manera ex  
presa, ya que el fin de toda vida es la muerte, pues a -  
esta se llega de múltiples maneras, aún con gran casuísti  
ca involuntaria. En las diferentes religiones la muerte  
ha sido vista como un paso al más allá, a la otra vida.

Dice el autor en referencia que dentro  
de la bipolaridad vida y muerte, el ser humano que inten-  
ta destruirse mediante el acto suicida o consume el acto-  
mismo, nos está mostrando por una parte una rebelión con-  
tradictoria con la muerte, esto es, un intento de desespe  
ración y de omnipotencia para controlar la muerte, o lo -  
que es lo mismo un intento y deseo de triunfar sobre ella.

El individuo busca la muerte tratando -

activamente de anular de una manera mágica sus efectos. Pero de otro lado el individuo al buscar la muerte está tratando de huir de la vida ante la imposibilidad de enfrentarse con esta misma.

En " Duelo y Melancolía " Freud instaura las bases psicoanalíticas de este trastorno y sostiene que el peligro de que ocurra el suicidio es más intenso en la melancolía que en cualquier otro desorden psíquico.

En sus observaciones nos sigue diciendo el citado autor, que: " La hipótesis de Freud de que la melancolía y el suicidio tienen caracteres semejantes ha sido confirmada por numerosos trabajos psicoanalíticos. Empero, existen autores que suponen que no es necesario recurrir a las manifestaciones de una depresión para explicar la psicodinamia del suicidio y se fundan en el hecho de que muchos pacientes suicidas no muestran una melancolía o depresión durante su vida, así como que tampoco todo paciente depresivo o melancólico se suicida. Efectivamente, no todo paciente depresivo o melancólico se suicida, pero, en el momento del acto suicida los pacientes muestran,

sea cual fuere su patología predominante, características que bien hacen recordar aquellas de la melancolía, tal -- como lo han demostrado, entre otros, los trabajos de --- Shneidman, Farberow y Litman". (Ibidem, p.6).

## 1.2 Investigaciones en otros países.

Con el objeto de dar una guía al diseño de la investigación y hacer un análisis de los resultados de la misma, mencionaremos algunas de las investigaciones más notorias, realizadas sobre el tema que nos -- preocupa; igualmente haremos referencia a los trabajos - desarrollados en este campo por los autores Gerald G. Davison y John M. Neale, además de fuentes de otros autores y otras que fueron seleccionadas para formar parte del - caudal bibliográfico de este trabajo.

Está establecido, O. Fenichel(1973)(13), - L.Kolb(1976)(19), que el núcleo del fenómeno suicida es la -- depresión, que se presenta en los estados latente y manifiesto y de todas maneras se encuentra como una de las variables involucradas en la compleja trama de causales del

intento de suicidio y es quizás la más prominente e importante. En términos generales podemos afirmar que no hay persona que en un momento de su vida no haya tenido un evento de depresión; no se diga de los momentos de tristeza que ahora más que nunca son tan frecuentes en las personas, aunque en realidad no alcancen a la categoría de depresión. Podría considerarse a una persona con el padecimiento de una depresión anormal que está señalando una clara desadaptación cuando se describe como poseedora de una lassitud física que no puede explicar; detecta una sensación de cansancio muscular que se dice de características nunca antes sentidas; sensaciones inespecíficas que parecen ir hasta el cerebro procedentes de la médula y de la columna vertebral. Los pacientes informan sentirse nerviosos, con crisis de insomnio y temor de quedarse solos, de que pudiera ocurrir una catástrofe, etc.

La depresión se ha venido estudiando a través de diferentes enfoques; las teorías cognoscitivas están orientadas al estudio de los trastornos de pensamiento de la persona deprimida. A la luz de la fisiología, todos los estudios están dirigidos a investigar al cuerpo-

humano desde un enfoque neuroquímico. Beck, citado por - Davison (1980) (7), señala cinco de los síntomas más comunes de la depresión:

- " 1. Estado de ánimo triste, apático.
2. Opinión negativa de uno mismo (autorreproches, represión de uno mismo).
3. Deseo de ocultarse, de mantenerse alejado de los demás.
4. Pérdida del sueño, del apetito y del deseo -- sexual.
5. Cambios en el nivel de actividad, volviéndose el paciente letárgico o agitado ". (Ibidem p. 212).

En ocasiones, la persona deprimida puede llegar al grado de descuidar su higiene personal, a la vez que su apariencia física; puede estar expresando numerosas quejas hipocondríacas; se lamenta de ser rechazada, de no servir para nada, de estar ansiosa, triste y abatida la mayor parte del tiempo hasta llegar a pensar - en suicidarse e inclusive a intentarlo.

Se necesita la presentación de -

varios síntomas para pensar en una depresión aunque en --  
verdad el principal es la manifestación de una profunda --  
tristeza que no corresponde a la situación real de una --  
persona dada. Muchas de las depresiones tienen la tendencia  
a menguar en intensidad con el paso del tiempo.

El suicidio es considerado como un peccdo  
mortal por muchas religiones. En muchos países han --  
existido sanciones muy rigurosas para las personas que --  
han intentado suicidarse. En Inglaterra estuvo considerado  
como delito por mucho tiempo. Se ha dicho que la idea  
momentánea de matarse ha ocurrido en la mayor parte de --  
las personas por lo menos una vez, en algún momento de su  
existencia. El estudio del suicidio y del intento de --  
suicidio se halla incluido en el de la depresión, no --  
porque se sepa a ciencia cierta que este pensamiento tenga  
su causa en la depresión o en la psicosis, sino en el  
hecho de que muchas personas que se encuentran en estado--  
de depresión presentan ideas de tipo suicida e inclusive  
intentos de suicidio. Se deja clara la explicación de que  
un gran número de personas no deprimidas han intentado --  
suicidarse o cometido suicidio. Aquí sacamos la conclusión

de que no se podría entender el fenómeno del hecho suicida si únicamente lo relacionamos a la variable de la --tendencia que tienen muchas de las personas deprimidas a tener pensamientos relacionados con el suicidio.

A modo de información, el citado autor refiere algunos datos relacionados con la problemática - del suicidio. Creemos oportuno señalar algunos puntos - importantes correspondientes al tema que nos preocupa:

1. En los Estados Unidos, cada treinta minutos alguna- persona se quita la vida.
2. Los hombres que se matan lo hacen en una proporción de tres a uno, con relación a las mujeres.
3. Los intentos de suicidio se presentan con una fre-- cuencia tres veces mayor en las mujeres que en los- hombres, sin alcanzar el propósito de quitarse la - vida.
4. Se ha detectado el suicidio en todas las edades, - presentándose además de en los jóvenes; en personas de más de noventa años como también en niños de me- nos de diez años.

5. El nivel socioeconómico no es un factor determinante en los actos suicidas, ya que estos se han observado en todos los niveles socioeconómicos en una proporción sensiblemente igual.
6. El acto del suicida corresponde al tipo de muerte que más estigmas deja en familiares, parientes y amigos, representados en situaciones de estupor, vergüenza, culpabilidad y otros.
7. " Las armas de fuego son los medios más comunes de suicidio en los Estados Unidos. Los hombres son los que prefieren por lo general las balas. Las mujeres utilizan con más frecuencia los barbitúricos. En otras partes del mundo, los métodos varían de acuerdo con el país; en Inglaterra, se utiliza el gas carbónico en la mayoría de los casos; en Austria, el gas y la horca; en los países escandinavos, medicamentos y venenos ". ( Ibidem p.233 ).
8. Los registros de la Organización Mundial de la Salud arrojan datos, los cuales nos indican que en el año de 1969, Austria, Finlandia, Checoslovaquia y Hungría,

contaron con las tasas más elevadas de suicidio, en tanto que Irlanda y Grecia dieron los registros más bajos.

9. Se reporta al suicidio como la décima causa de la muerte en los adultos y como la tercera causa de la muerte entre estudiantes de Universidad.
10. Los hombres blancos, con edades entre cuarenta y cinco y sesenta años, son las personas más propensas a quitarse la vida, o se la quitan, en los Estados Unidos.
11. Según las Estadísticas existe el dato interesante de que en los años de depresión aumentan las tasas de suicidio, en los años de prosperidad se mantienen a un nivel de estabilidad y en las épocas de guerra tienden a disminuir.
12. Cada año se registran en los Estados Unidos, alrededor de 500 suicidios en las poblaciones de adolescentes y de niños.

Sería un hecho de singular importancia - el que se pudiera predecir el suicidio a partir de los

registros de las pruebas de personalidad; no escapa a nadie el valor teórico y práctico que este evento representa. Desde el punto de vista teórico el conocer cuales -- son las características del suicida en potencia, nos ofrecería ayuda para entender por qué muchas personas piensan en quitarse la vida o intentan contra esta. Desde el punto de vista práctico el lograr la información sobre quienes o cuales personas pudieran quitarse la vida o pudieran atentar contra la misma, ayudaría en el terreno de la acción social y de la salud pública, para prevenir estas críticas situaciones de autoaniquilamiento que permitiría la salvación de muchas vidas humanas.

Con pensamiento crítico hemos creído necesario hacer anotaciones correspondientes a los comentarios de muchos investigadores con respecto a los resultados de las pruebas de personalidad. Lester, citado por el autor -- en referencia (Ibidem p.235), realizó una serie de experimentos; uno de los problemas observados se debe al hecho de que sería muy raro el poder aplicar pruebas psicológicas a grupos de personas que pudieran quitarse la vida más tarde; anotamos nosotros que esto sería evidente en el caso -- de que se tratara de investigar un perfil del suicida, --

más no en nuestro caso cuando estamos intentando levantar un perfil a la persona con intentos de suicidio, que, para nuestro caso, por lo menos está garantizando que aún se encuentra con vida.

Respecto al acto primero anotado por los autores, es cierto que ya consumado el acto suicida no se podrán tomar informes directos del sujeto sobre características y rasgos típicos en el instante de su muerte; más es posible llegar a su biografía, que como es obvio no -- corresponde al estado anteriormente citado más que por -- las informaciones procedentes de sus familiares y conocidos. Agregan los autores que las obras de consulta se basan en los datos de pruebas psicológicas aplicadas a los individuos que han frustrado el intento suicida; repetimos, que para el caso de un suicidio consumado encaja en la lógica el argumento, mas no así en el caso del intento de -- suicidio, aunque puede ser cierto que cambie un tanto la expectativa del intento de suicidio, en el momento mismo del hecho frustrado, comparado con los momentos anteriores y posteriores al hecho, donde aparece deformación de los sucesos debido a los fenómenos naturales de todos conocidos,

de los mecanismos de la introspección y de la retrospección, que todo buen psicólogo general conoce suficientemente.

Dicha teoría podría ser válida y extenderse a todos los fenómenos del mundo del cual podemos dar cuenta a través de nuestros sentidos y solamente a través de estos. Ya los autores dicen textualmente, en este libro, que: " los datos obtenidos a partir de estas pruebas reflejan claramente el hecho de que los examinados fracasaron recientemente en su intento de matarse. Su estado de ánimo puede ser totalmente distinto a lo que fuera antes de este intento". (Ibidem p.235). Ponen por ejemplo el hecho de que muchos de los individuos que han intentado matarse, en este momento se pueden sentir totalmente avergonzados y con profunda culpa.- Viene el cuestionamiento sobre cual es el peso de la influencia de estos factores que puedan hacer variar un verdadero resultado de las pruebas, como también modificar las conductas registradas en el proceso de las entrevistas psicológicas. Como punto de investigación sería notable establecer que semejanzas y que diferencias aparecen cuando se comparan

las conductas registradas en las respuestas a las encuestas aplicadas tanto a las personas que sólo pensaron en cometer el acto suicida y quienes lo intentaron realmente,-- Siguiendo con nuestro pensamiento crítico, Rosen, Hales y Simón, citados por Davison, compararon las puntuaciones registradas por cincuenta pacientes con episodios de intentos de suicidio, en la aplicación de la prueba del MMPI, con cien sujetos que habían pensado en el suicidio, medidos con la misma prueba; confrontada la investigación con un grupo control, cuya cantidad no se especifica, con las características de no haber pensado en el acto suicida, -- como tampoco haber intentado cometer suicidio. Se agrega en dicha investigación, que los resultados arrojaron datos en el sentido de que los individuos que habían pensado en el acto suicida, generalmente eran más patológicos, que -- aquellos que habían intentado realizarlo, como también -- que aquellos individuos pertenecientes al grupo control. -- Simón y Gilberstadt, citados por el mencionado autor, hicieron una recopilación de datos con base en los resultados obtenidos en la aplicación del MMPI, referidos a suicidios logrados; como es obvio las pruebas fueron aplicadas " In vivo " a los sujetos en épocas muy cercanas al -

momento del evento suicida. Hicieron una comparación de estos resultados con los obtenidos en el experimento de Rosen con las mismas pruebas del MMPI, es decir con las de aquellos sujetos que habían pensado o intentado el acto suicida. Agregan que las puntuaciones obtenidas por aquellos sujetos que más tarde habrían de cumplir su propósito de consumar el suicidio, no establecían diferencias significativas con los registros de aquellos miembros del grupo control.

Salta a la vista aquí la importancia de examinar un grupo control no suicida para realizar una verdadera investigación o por lo menos comparar con otros estudios realizados con la misma prueba con sujetos tomados al azar en una población normal. Creemos que en nuestro caso los datos son más verídicos y confiables, ya que estamos trabajando con sujetos que tienen registros exclusivos de intentos de suicidio. Se sabe el gran valor del hecho de que se realice una encuesta simultánea a la aplicación de la prueba, pues muchos de los resultados nos pueden ayudar a aclarar dudas sobre algunos resultados ambiguos que en un momento dado pudieran estar obstruyendo

la verdadera interpretación.

Importancia del valor de las variables demográficas en la predicción del suicidio.

Muchos investigadores se han referido en repetidas ocasiones a la importancia que tienen las variables demográficas en la predicción del suicidio. Se han elaborado diseños para tratar de hacer tales predicciones, con contenidos tales como: los que tienen relación con factores establecidos: edad, sexo, estado civil y ciertas situaciones vitales importantes de tener en cuenta; aunque no especifica dicho estudio, de cuales situaciones vitales se trata, es fácil intuir que están referidas a costumbres, hobbies, estados de ánimo del sujeto, estilo de vida, rasgos caracterológicos, que necesariamente, y este es nuestro comentario claro y preciso, deben de ser medidas a través de pruebas psicológicas que como es obvio nos van a ofrecer confiabilidad que se ve reforzada notablemente por los resultados de los datos estadísticos. Ya antes habíamos hablado de la teoría sociológica de E. Durkheim (10) - que si bien muy avanzada y científica, adolece del vacío-dejado por la ausencia de datos observables únicamente -

con el empleo de las pruebas psicológicas y los cuestionarios de entrevistas.

Como corolario a los comentarios de esta primera parte y abundando en la intención de un trabajo de estos como es el de realizar una investigación de campo, - además de poder aportar ideas en cuanto a sistemas y procedimientos para prevenir lo que se estudia en muchos casos, como es el nuestro, anotamos aquí algunos datos que nos parece resultan interesantes en el momento de los comentarios de esta parte de nuestro trabajo. Es conveniente dejar sentado que existen centros de prevención del -- suicidio que utilizan factores demográficos en primera instancia, situados en la ciudad de Los Angeles y en Búfalo. La bibliografía está citada por Shneidman, Farberow y Litman, en 1970. El servicio de Prevención del Suicidio de Búfalo está atendido por estudiantes voluntarios quienes reciben llamadas telefónicas de aquellas personas que están pasando por un momento de crisis suicida; se auxilian con una lista control que les permite hacer un seguimiento de su conversación con la persona que hace la llamada para pedir auxilio; este procedimiento les permite hacer-

una evaluación rápida de la situación; así se puede dar -  
una orientación de emergencia al posible suicida en poten-  
cia, prestando mucha atención a los factores demográficos;  
conforme a estos modelos se evalúan los niveles de riesgo  
que ofrecen los diferentes sujetos.

Hay un procedimiento denominado el de -  
"autopsia Psicológica" que se está poniendo en práctica -  
en el Centro de Prevención del Suicidio de la ciudad de -  
Los Angeles, empezado en el año de 1970, a cargo de ---  
Shneidman y sus colaboradores. Los investigadores se dan-  
a la tarea de analizar rápidamente la información recibi-  
da por teléfono en los momentos de crisis, en función de  
además de los informes suministrados por los pacientes, -  
también de los datos aportados por los familiares, median-  
te entrevistas, lo mismo que de amigos del paciente, con-  
intento de suicidio o en el peor de los casos, que ya lo -  
cometió, para aprender de esa experiencia. Llama la -  
atención por su importancia, el estudio de Shneidman y -  
Farberow, realizado en 1970, a partir de escritos dejados  
por personas que cometieron suicidio. Es interesante es-  
te dato: en la zona de la ciudad de Los Angeles, apróxima

damente el 15 por ciento de las personas que se suicidan dejan mensajes escritos, y dichos mensajes son analizados por jueces que se han preparado especialmente para investigar sus contenidos y hacer las correspondientes evaluaciones con respecto a referencias a temas dados, instrucciones a seguir, etc.; manifestaciones específicas de estados de ánimo tales como: sentimiento de la muerte como alivio de una carga insufrible, sensación de malestar permanente; gestos de autoreproche, etc. Dando la confiabilidad del caso a los jueces instruídos en este delicado -- asunto, los autores citados anteriormente emprendieron el trabajo de comparar las notas dejadas por estos suicidas con mensajes escritos por personas simuladas quienes nunca habían tenido intentos de suicidio, pero que sin embargo ofrecían paralelismo con variables demográficas dadas por los sujetos suicidas. A este grupo control se le pidió que escribiera un relato colocándose en la supuesta situación de que estuviera en la disyuntiva del suicidio. Se encontró que las notas dejadas por los suicidas reales estaban llenas del contenido de una angustia muy aguda, además de minuciosas instrucciones póstumas tales como: - que hacer con sus pertenencias, como sus despojos mortales,

y otras. Sacamos aquí una conclusión muy importante y es la de que como siempre ocurre cuando nos referimos a las áreas de la conducta anormal, encontramos que todavía queda mucho camino por recorrer, que sabemos mucho menos de lo que quisiéramos o creyéramos saber, específicamente en el caso del suicidio que es el motivo de nuestro tema. Todavía a este respecto, nos falta bastante información, punto bien delicado e importante en sumo grado si entendemos que del manejo de esta depende la vida de muchas personas y el futuro de muchas familias y comunidades humanas. Un hecho importante de magnitudes positivas es el saber que ya varios investigadores están actuando con bases reales y efectivas con el fin de poder prevenir estas muertes absurdas, y en la marcha lograr estructurar los datos teóricos para la realización de esquemas más efectivos.

Los datos existentes ya nos permiten estar en capacidad de actuar en nuestro medio con la investigación y creación de centros de prevención del suicidio.

R. Biehler (1983) (2) dice textualmente sobre este tema lo siguiente:

"Cuando se ayuda a los individuos deprimidos a descubrir-

que son capaces de lograr objetivos y a controlar su propia conducta, alcanzan un sentido de valor personal.

Los individuos deprimidos a quienes no se les ayuda el aprender a ayudarse a sí mismos tienen una tendencia especial al suicidio. Según un informe del Departamento de Salubridad del Estado de California, las tasas de suicidio en dicho Estado entre 1960 y 1970 aumentaron de 15.9 a 18.8 por 100.000. En las edades de los quince a los veinticuatro años, la proporción aumentó de 15 a 24 por 10.000, con lo cual el suicidio llegó a ser la segunda causa más frecuente de muerte (después de los accidentes) en este margen de edades". (Ibidem, p.560).

La mayor frecuencia de suicidio y de intentos del mismo, han llevado a la organización de diversos centros de prevención del suicidio. Un artículo breve citado por el autor, de la sección "Newslíne" de "Psychology Today" de marzo de 1974 afirma que una de cada cinco llamadas recibidas por una agencia británica para promover la prevención del suicidio denominada Samaritans, es de una persona menor de veinte años. Los directores de

Samaritans suponen que un joven se puede sentir inclinado al suicidio debido a las presiones del hogar o de la escuela, a la ambivalencia de los padres que reaccionan favorablemente solo cuando el adolescente es "bueno" y a conflictos familiares.

En una investigación realizada por N. Garzotto et. al. (1977) (15) para estudiar el comportamiento suicida y el del intento suicida, en la ciudad de Edimburgo tomaron 478 casos y realizaron cinco análisis distintos; abordaron cinco aspectos de conducta suicida en un lapso de 6 años. Las investigaciones se refieren al número de casos citados arriba (478), de suicidios o intentos de suicidio, que fueron referidos al Centro Regional de Tratamientos para Intoxicados. El 28% de los casos estudiados de suicidio habían tenido intentos previos de suicidio y habían requerido internamiento por dicho motivo, notándose cierta correlación o incidencia de muerte posterior a dichos intentos de suicidio. En algún momento encontraron que entre los antecedentes, los intentos previos de suicidio fueron un factor importante para delimitar los dos grupos: suicidas e intentos o parasuicidas.

Los suicidas con antecedentes previos de intentos de suicidio, se morían más frecuentemente por envenenamiento con drogas, mostrándose más propensos a tener antecedentes de tratamiento psiquiátrico.

Los suicidas que no habían tenido antecedentes previos de intentos de suicidio, morían más frecuentemente a causa de envenenamiento con gas doméstico, o por medios violentos; eran de mayor edad y de más alto nivel socioeconómico, observándose asimismo cierta tendencia a la soltería. Igualmente este estudio nos reporta que los investigadores utilizaron una escala predictiva para detectar la conducta suicida en un esfuerzo para tratar de discriminar entre los intentos de suicidio que consumaron el acto y de aquellos que no lo lograron.

No obstante, dicha escala compuesta por seis items para predecir conductas suicidas futuras, no pudo discriminar lo suficiente y esperado por sus autores.

Los investigadores J. Clopton y W. Jones, (1976), ( 6 ) utilizaron la prueba del M.M.P.I. para deter-

minar hasta que punto puede ser usada con el fin de diferenciar los grados de intentos de suicidio y los de suicidios consumados; es decir, diferenciar entre hacer predicción - de si un paciente puede solamente intentar o llegar a realizar el acto suicida.

Para dicho fin utilizaron el método de - la selección de 22 pacientes psiquiátricos del Hospital de Veteranos de Topeka que habían cometido suicidio.

El intervalo de tiempo entre la aplicación del M.M.P.I. y la fecha de la muerte de estos pacientes, fluctuaba entre 7 días y 3 años.

Seleccionaron un grupo control de 22 casos de pacientes que no habían intentado suicidio pero que habían pasado por la prueba del M.M.P.I. Dicho grupo fue seleccionado al azar; se realizó un análisis de contenido como parte del método empleado comparando la frecuencia en la respuestas, (número de respuestas "Ciertas" y número de respuestas " Falsas " ) del grupo suicida y del grupo control.

Utilizaron dos métodos para determinar si las 13 escalas del M.M.P.I. pueden ser usadas para diferenciar a los pacientes suicidas de los no suicidas.

Primero se aplicó una prueba de "t" a los puntajes obtenidos en cada escala para determinar así si la media de los puntajes de la escala "T" de los dos grupos diferían significativamente. Posteriormente se sometieron las 13 escalas a un análisis discriminativo, diseñado para detectar la combinación de variables (por ejemplo: puntajes de escalas) que permitieran clasificar más acertadamente, aquellos pacientes potencialmente suicidas, de los no suicidas.

El análisis de los resultados obtenidos en el procesamiento de datos probabilísticos basados en los puntajes pesados de los pacientes suicidas y de los no suicidas, reveló que aquellos mostraban cierta tendencia a dar respuestas socialmente aceptadas en aquellos items relacionados con coraje, agresión y conducta delictiva.

La prueba de "t" indica que no existen diferencias significativas para ninguna de las 13 escalas del M.M.P.I. entre la escala media del grupo suicida y la escala media del grupo control.

La media de los puntajes " T " para la escala 2 (D), fue casi igual tanto para el grupo de suicidas: ( $\bar{X} = 83.05$ ), como para el grupo control: ( $\bar{X} = 84.00$ )

Los resultados del análisis discriminativo sugieren que el empleo de la prueba del M.M.P.I. es útil para detectar (identificar) pacientes psiquiátricos con tendencias suicidas; no obstante se hace necesario -- realizar más investigaciones para establecer diferencias más claras de los diversos perfiles obtenidos en los grupos estudiados.

Como consecuencia, las dos escalas clínicas con mayor puntaje fueron encontradas para cada perfil del M.M.P.I. a manera de descubrir si la frecuencia de los dos puntajes más altos diferían del grupo suicida al grupo control.

Las escalas con puntajes más altos y su frecuencia de aparición en los dos grupos fueron las siguientes: en el grupo suicida hubo cinco perfiles de 78 y cuatro de 28; en el grupo control hubo cuatro escalas con perfil de 24, tres de perfil 78, y tres de perfil 28. A excepción de una falta, aunque relativa, de perfiles 24 entre los pacientes del grupo suicida, estos resultados son de poca trascendencia.

Los autores acotan que ante la ausencia de estudios sistemáticos y confiables para diferenciar al paciente psiquiátrico suicida de otros pacientes, se recomienda a los trabajadores de la salud tener prudencia y utilizar paralelamente otras pruebas que les permitan complementar la información para la detección de pacientes con alto riesgo suicida.

R.Prado Rodríguez; M. Valdés Miery C.M. López P; (1980) (33) profesor titular de psiquiatría del ISCM de la Habana, director de asistencia social del Ministerio de Salud Pública, profesor auxiliar de Estadística del ISCM de la Habana, e investigador del Instituto -

de desarrollo de la Salud, respectivamente, realizaron - investigaciones para optar por el título de Especialista - de I grado en Psiquiatría.

Desarrollaron un estudio epidemiológico - tipo caso-control, orientado a establecer las caracterís- ticas del intento suicida y los factores de riesgo asocia- dos a este hecho. Consideraron como casos 71 pacientes - (intentos), sujetos mayores de 15 años que fueron atendi- dos en consulta en el Hospital Docente "Gral Calixto Gar- cía", y que residen en un área definida y en un período-- determinado. Escogieron como controles, individuos del - mismo sexo y edad, sin historia de intentos previos y resi- dentes en la misma área demográfica de la de los casos - señalados arriba. Para la encuesta utilizaron un instru- mento específicamente diseñado; encontraron que el inten- to suicida es más frecuente en la mujer que en el hombre; que el empleo de psicofármacos es el método suicida más - usado y es utilizado significativamente más por las mujeres.

Observaron asimismo que una proporción im- portante de los intentos recibió atención médica en los -- tres meses previos al intento, pero sólo uno de cada seis-

recibió atención psiquiátrica. Concluyeron que el riesgo es más alto en aquellos casos con baja escolaridad y con historia de intentos suicidas previos y más bajo en los solteros, en los que trabajan o estudian y en los integrados a organizaciones políticas.

Recomiendan dichos investigadores la realización de estudios para determinar el control del expendio de psicofármacos y sus indicaciones médicas y profundizar en el tipo de dosificación de los más utilizados.- Sugieren, igualmente, continuar investigando la problemática del intento suicida desde otros ángulos, y del suicidio consumado.

El suicidio plantea un grave problema de salud pública ya que es una de las causas de defunciones más frecuentes en esta nuestra época contemporánea.

Según los datos de este informe, sabemos que la Organización Mundial de la Salud calcula que ---- 1,000 (mil) personas se suicidan como mínimo, diariamente, El suicidio figura entre las cinco o diez principales -- causas de defunción en los países desarrollados. Agrega-

la información que en el decenio 1970-1980, por ejemplo, el suicidio se colocó en el tercero, cuarto o quinto lugar entre las causales de mortalidad de los individuos con edades que fluctúan entre 15 y 44 años; este dato estadístico corresponde a diversos países de América, Oceanía y Europa.

La planeación de programas para la prevención del suicidio debe estar orientada no sólo para la creación de centros de atención a las personas que han tratado de eliminarse, sino igualmente para la detección de los individuos de aquellos núcleos de población, que por muchas razones de orden intrínseco como también extrínseco puedan estar expuestas al riesgo suicida.

Estos autores han señalado la importancia de la identificación de los grupos de alto riesgo suicida, en los estudios y trabajos relacionados sobre intentos y suicidios consumados. Al respecto nos dicen que: "Estos grupos han incluido personas con intentos previos, madres solteras, pacientes intensamente deprimidos, alcohólicos con pérdidas personales, aislamiento marital y otros factores; Murphy, al discutir la identificación de los grupos

de alto riesgo señaló que la mayoría de los pacientes -- que poseen estas variables para ser incluidos en grupos de amplio riesgo, pueden, en realidad, no intentar el suicidio, lo cual significa el posible tratamiento de -- gran número de falsos positivos. Consideramos que el problema de los falsos positivos es poco relevante, dado que estas personas requieren tratamiento y esto disminuiría su riesgo". ( op. cit. p.5).

Participaron en la realización de la encuesta diez alumnos de la Facultad de Medicina, 5o. año, adscritos al hospital "Gral. Calixto García". que formaban parte del grupo de investigadores del hospital.

Fueron entrenados adecuadamente en la aplicación del cuestionario diseñado. Los controles fueron examinados directamente en sus residencias, y se recabó la información suministrada por el propio examinado. Utilizaron el sistema de pareamiento; de manera general los estudios retrospectivos, conducen a cierto grado de pareamiento sobre el grupo o sobre los sujetos mismos; pareamiento persona a persona. Este procedimiento dio oportunidad de poder seleccionar testigos que presentaban caracte-

rísticas muy similares. Usaron variables conocidas para el pareamiento, tales como: edad, sexo, estado socioeconómico, etc. Cuando ya se seleccionaron los testigos, el paso siguiente fue el de conseguir o buscar las variables, esto es, cuando una variable es usada para el proceso de pareamiento, no puede ser investigado en el estudio en referencia, su valor causal, ya que se da por entendido que el grupo de los casos y el grupo testigo son iguales por lo que respecta a dicha característica.

El investigador Sartwell, citado por R. Prado et al, ha hecho notar que si en un análisis se ignora el hecho del pareamiento, se está subestimando el riesgo relativo anexo a los factores investigados.

#### Análisis Estadístico Realizado.

Hacen los investigadores que llevaron a cabo el estudio, una explicación del significado del proceso estadístico y del por qué de su utilización y sus resultados.

La significación de dos variables asociadas para estudiar específicamente las características-

de los intentos se obtuvo gracias a la aplicación de la d<sup>o</sup>cima Chi cuadrado de contingencia, en tanto que la prueba Chi cuadrado de bondad de ajuste se empleó para docimar a las hipótesis de igual riesgo de intento suicida en cada uno de los intervalos de hora del día considerados, o en cada día de la semana, respectivamente.

Se tomó en cuenta el pareamiento entre casos y controles, siendo el par la unidad de análisis y los 71 pares estudiados correspondieron a la totalidad de las unidades de análisis; todo esto para encontrar la significación de las variables evaluadas como posibles factores de riesgo.

Informan los investigadores de este estudio que al sexo femenino correspondió el 76% de los casos registrados; en una proporción de 3:1 a favor de las mujeres; relatan estos mismos autores que este fenómeno ha sido presentado a través de varios trabajos realizados en el país del estudio, detectándose una predominancia de las mujeres sobre los hombres en dicha razón numérica.

Otro dato interesante de tener en cu

ta es el de que encontraron que el 76.1% de los casos son menores de 35 años, para ambos sexos. Se halló que en el grupo de 15 a 24 años, (personas jóvenes) predominó el -- sexo masculino, llegando a ser la proporción de 2:1 sobre el sexo opuesto; se establece aquí la certidumbre, por lo menos en esta investigación, de que los hombres jóvenes - tienen la tendencia a atentar más contra su vida que las- mujeres en edades igualmente jóvenes.

Es muy significativa la asociación hallada entre edad y sexo y es como sigue:

$$X^2 = 7,03 \quad P < 0.05 \quad (\text{ver cuadro I, -$$

pág. siguiente: )

## CUADRO I

DISTRIBUCION DE LOS INTENTOS ESTUDIADOS  
SEGUN EDAD Y SEXO

Edad en años	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15-24	12	70,6	19	35,2	31	43,7
25-34	2	11,8	21	38,9	23	32,4
35 y más	3	17,6	14	25,9	17	23,9
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>

$$\chi^2 = 7,03 ; P < 0,05. \quad (\text{op.cit.p.24})$$

Vamos a dar una explicación previa del cuadro siguiente, No II; allí aparecen los resultados referidos al caso y al método empleado. Contando los dos sexos se encontraron 45 casos que utilizaron psicofármacos, llegando a alcanzar el 63,4% de la totalidad de los intentos. Este método fue empleado por el 41,2% de los hombres contra el 70,4% de las mujeres.

## CUADRO II

## DISTRIBUCION DE LOS INTENTOS ESTUDIADOS, SEGUN EL METODO EMPLEADO

Método suicida	Total
Psicofármacos .....	45
Otras medicinas diferentes de Psicofármacos..	2
Sustancias cáusticas.....	2
Otras sustancias líquidas o sólidas.....	4
Instrumentos cortantes o punzantes.....	5
Precipitación.....	5
Salto delante de vehículo.....	1
Quemadura.....	3
Más de un método de los citados .....	2
Ignorado.....	2
<b>Total</b>	<b>71</b>

$$\chi = 4,75 ; P < 0.05 \text{ (op.cit.p.25)}$$

En las referencias y comentarios generales agregan los autores que uno de los estudios más serios realizados sobre intentos de suicidio se deben a Stengel, año 1964. Sus descubrimientos nos llevan a sacar conclusiones en el sentido de que en realidad son dos grupos de pacientes diferentes: los que intentan y aquellos que en verdad consuman el hecho suicida. En la casuística presentada por este autor existen datos de que de los pacientes pertenecientes al grupo de los que intentaron, fueron pocos los que en realidad deseaban ser exitosos, esto es, llegar a morir. Por el contrario, sucedió diferente con los individuos que consumaron el suicidio, ya que se descubrió por sus historiales familiares y muchas veces clínicos, que muchos de ellos presentaban episodios de varios intentos anteriores.

A la vez se tiene establecido que en general existe una proporción de intentos a hechos consumados, en la relación de 8:1. Esta cifra puede cambiar en función, entre otras variables, con el método o procedimiento empleado para determinar los casos.

### 1.3 Investigaciones en México.

Respecto a las teorías existentes en torno al desarrollo histórico y para analizar el problema del suicidio en México, H. Lara Tapia y G. Belsasso, en su artículo: "El Suicidio en México " (1974) (24) nos remiten al contexto de las diversas actitudes del mexicano frente al fenómeno de la muerte, como problema de comportamiento producto de una evolución en el desarrollo histórico-social y psicológico de la misma población a través del paso del tiempo.

Dentro de los antecedentes históricos, se habla de casos como el del tercer emperador mexicana, -- Chimalpopoca, ilustre personalidad quien se ahorcó dentro de una jaula con el fin de evitar ser cautivo permanente-- de los tecpanecas que lo mantenían prisionero. "El nombre del poeta Manuel Acuña va unido a su trágico fin, al cometer suicidio en la antigua Escuela de Medicina".(op.cit.p.8)

Aparte de estos casos no aparece una sistematización de conductas suicidas a no ser que se trate de leyendas y tradiciones, como es el caso en la narración de la creación del sol y de la luna en Teotihuacán --

la cual nos relata que un dios noble y otro plebeyo cometen suicidio al arrojarse a una hoguera para resurgir - con la ayuda de un tigre y de un águila, transformados en astros. (Tecucitcatl y Nanauatzin).

En la época de la conquista se relata el suicidio simultáneo de un grupo de indígenas en el sur de México; se refiere a los indios chiapa quienes en una acción masiva se arrojaron al Cañón del Sumidero, para evitar ser tomados prisioneros por el conquistador.

Por otro lado, la tradición que llega hasta nuestros días nos ilustra sobre la tolerancia, - al tormento, al castigo o a la cautividad demostrada por - nuestros pueblos, sin manifestaciones de acciones o ideas - suicidas. tales son los casos ocurridos en las personas de Cuauhtémoc, durante la cautividad de este último emperador mexicana y de Moctezuma, su antecesor, quien observó una conducta similar; la referencia abarca igualmente a otros personajes guerreros indígenas quienes bajo la sumisión por el conquistador resistieron con tolerancia, y fortaleza a - la tortura.

" En el Códice Dresde puede verse a la diosa auspiciadora 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 ". (op.cit.p.9)

Nos llegan informes a través de la tradición que nos indican que los pueblos mayas practicaban el suicidio con la creencia de que de esta manera podían viajar al paraíso para estar al lado de la diosa Ixtab; -- utilizaban para este fin de una manera más frecuente la horca; narran las crónicas otros motivos de suicidio como son el temor, la tristeza, el miedo a ser torturado, etc.

Hay vestigios de manifestaciones, si no propiamente suicidas, si de una conducta patológica en los hechos observados durante el llamado Horizonte Preclásico (1800 a A.C.), con las prácticas del culto a los muertos por parte de pueblos localizados en Copilco, Tlapacoya, Cuicuilco, Tlatilco, cerca de la ciudad de México, donde frecuentemente se observan representaciones en figuras

de barro en forma de máscaras que evocan una dualidad de -  
 la vida y la muerte donde la mitad derecha del rostro apa-  
 rece conservada y por el contrario la mitad izquierda, des-  
 carnada. Vale notar sin embargo que en la cultura Olmeca,  
 madre de todas las culturas de Mesoamérica, no aparecen --  
 representaciones importantes de la muerte o fenómenos rela-  
 cionados, salvo algunas excepciones como las de las formas  
 localizadas en las tumbas de Izapa, Chiapas. La relación-  
 entre la vida y la muerte aparece nuevamente en el célebre  
 libro del Popol Vuh. Y en el Horizonte Postclásico, (hacia  
 el año 900 d.C.), hay una nueva aparición de la preocupa-  
 ción por la representación de la muerte, en cerámicas, mo-  
 numentos, edificios, etc. " Dentro de este período, Chichen  
 Itzá, en Yucatán, muestra la representación de un decapi-  
 tado en un juego de pelota. El ya mencionado Popol Vuh --  
 hace referencia a tal suceso: "Muy bien, ahora serán con-  
 sumidos vuestros días y moriréis. Seréis sacrificados y de-  
 capitados". Así dijeron los jefes de Xibalbá, y se les sa-  
 crificó y enterró en el Juego de Pelota de los Sacrificados"

( op. cit. p. 10 ). Así como lo relatado en estas narracio-  
 nes existen innumerables leyendas y crónicas que se han -  
 transmitido a través de las generaciones hasta nuestros --

días.

En otra parte de este estudio agregan los autores que la ruptura del control de sí mismo se hace notoria a través de la acumulación de una gran carga de ansiedad que suministra la suficiente actividad motora que hace aflorar la -- conducta anormal, toda vez que la depresión intensa inhibe y conduce a una actitud pasiva que no favorece las condiciones que impulsan a un individuo para cometer suicidio. De tal manera que el individuo sólo atenta contra su vida en condiciones especiales de gran excitación y angustia. El hecho es verificable gracias al estudio realizado por Lara Tapia y Belsasso (1974) (24), especialmente por lo que corresponde al montante de depresión medido muy acertadamente por la -- Hamilton Rating Scale for Depression; allí se hace la demostración de que hay una diferencia estadísticamente significativa en lo que corresponde a individuos suicidas y no suicidas en el contexto de un grupo de 110 enfermos deprimidos; -- caso semejante a la diferencia encontrada "entre la forma de depresión psicótica endógena, de la psicosis maniaco depresiva y las restantes formas clínicas de depresión". (Op. cit. p. 16). También en estudios de los elementos sintomáticos -- diferenciales del suicidio entre los sujetos neuróticos y -- los psicóticos, fueron halladas significativas diferencias -- en el campo estadístico en los dos citados grupos.

Descubren también los autores que en otro grupo de sujetos, en el que se encuentran tanto deprimidos como enfermos psiquiátricos, enfermos no psiquiátricos y el estudio de un grupo control, el nivel del riesgo suicida en términos generales es bajo y la proporción de intentos es muy similar a la señalada en el dato inmediatamente anterior que acabamos de señalar, esto es, muy semejantes a los resultados de la mayoría de los casos registrados en este estudio.

Esta circunstancia ha hecho pensar a los autores en la influencia de factores de contenido histórico y sociocultural que influyen de alguna manera sobre el potencial suicida de los pueblos y específicamente, en nuestro caso, sobre el pueblo de México; llegando así a una explicación del por qué de la baja tasa de suicidio prevalente en el país, no obstante el alcanzado avance industrial factor que está comprobado que influye en razón directa en la elevación de la frecuencia suicida en la población mundial.

A continuación presentamos la Tabla III.

SEXO Y EDAD DE SUJETOS SUICIDAS (Op. cit. p. 8)

Institución	CPS	IMSS	ISSSTE	INN	JAL	DSM	DGE
Número Casos	117	112	119	200	134	8,239	10,587
Sexo: Hombres %	24.8	27	76.3	34.5	66.0	65.3	56.1
Mujeres %	75.2	73	23.7	65.5	34.0	34.7	43.9
Edad:							
14 a. +		0.0	0.0	0.0	15.6	2.97	1.31
14-20 a.		19.0	21.0	18.0	15.6	15.98	16.97
21-40 a.		13.0	40.13	57.5	56.5	31.29	30.95
41-60 a.		13.0	14.4	21.5	20.3	34.98	43.10
61-.. a.		3.0	5.9	3.0	6.65	8.0	4.75
No precisada	100.00	62.0	18.4	0.0	0.00	6.78	2.92

En los datos del CPS se señala solamente que el rango de edad de los sujetos oscila de 14 a 54; igual a un promedio de 24 años.

A continuación presentamos una tabla con la lista de las causas aparentes para cometer suicidio, registradas por las diferentes instituciones del sector Salud en la República Mexicana.

## CAUSA APARENTE

Tabla V (Op. cit. p. 16)

INSTITUCION	CPSCM	IMSS	ISSSTE	INN	JAL	DSM	DGE
R. Depresiva	34.2%						
Familiares	33.2	88%		70%	11%	31.04%	34.7%
Afectivo	18.7				30		
Económico	8.9	5.0		4.5	12.6	7.29	9.9
Enfermedad	5.0	3.0		1.5		13.32	10.0
Sexuales	Incl.	4.0		3.0		1.80	12.0
Laborales				8.0			
Psicosis		6.0		2.5	4.0	4.76	4.2
Intoxicación				2.0		7.92	8.2
Desconocida				3.5	42.4	19.00	27.7
Otras causas				7.0		14.82	3.2

Abundando en la información sobre las diferencias halladas entre los sujetos neuróticos y los psicóticos, encontramos las siguientes características:

Para los neuróticos:

- a) Aparenta más referencias de histerismo en la personalidad premórbida.

- b) predominancia de motivos afectivos como causa desencadenante.
- c) Preferencia por el uso de psicofármacos o barbitúricos en el intento de suicidio.
- d) mayor frecuencia en la comunicación verbal para informar a otras personas sobre la intención de suicidio.
- e) un notorio cuadro de síntomas importantes tales como: ansiedad, hipocondriasis, labilidad emocional, además de malestares físicos.

Por otro lado los psicóticos presentaron características tales como:

- a) abundancia de datos de tendencia esquizoide y de introversión en su personalidad premórbida.
- b) mayor presencia de antecedentes psiquiátricos en la constelación familiar.
- c) registro en sus antecedentes de más intentos previos de suicidio.
- d) mayor utilización de armas de fuego y cortopunzantes en los intentos suicidas, que como es obvio reúne las características de traumatismos graves.
- e) en su sintomatología se detectan más episodios de insomnio, soledad y aislamiento.
- f) como consecuencia de lo anterior, mayor frecuencia de avisos no verbales.

En otro estudio realizado por los Dres. H.Lara Tapia, L.Ramírez y L.Lara Tapia: " Algunas Normas para la Medición de la Depresión", (1976) (23) representaron una experiencia basada en la adaptación y estandarización de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung en la República Mexicana, mediante el estudio de esta escala que aplicaron a cinco grupos de sujetos sanos y enfermos, psiquiátricos y no psiquiátricos. Sacaron como conclusión que las normas estándar de la escala original son válidas, con la introducción de algunas ligeras modificaciones para su uso en nuestro medio: se suministran algunas pautas para la clasificación de la depresión ya que es el síntoma presente en los variados cuadros psicopatológicos. Sabemos del valor importante de esta escala en la investigación Clínica y Farmacológica desarrollada en este país. Igualmente avala su utilidad como de gran ayuda en la práctica de la Clínica Psiquiátrica, especialmente en el estudio de los estados depresivos, razón por la cual el interés de los investigadores se centró en dichos eventos de depresión, que en primer lugar producen en el in-

dividuo un estado de invalidez que lo incapacita para desarrollar sus funciones y labores normales, amén que le producen una situación de angustia y pesimismo permanentes que en no pocas ocasiones lo colocan al borde de los actos suicidas.

Dicen los autores, y en esto no cabe la menor duda, que epidemiológicamente la depresión es una de las entidades neuróticas más frecuentes y que aparece en los diferentes cuadros clínicos que fueron atendidos en la clínica de Neurología y psiquiatría " Juárez " del ISSSTE, (corresponde el dato estadístico al 23.37 % de 1.054 enfermos psiquiátricos en su primera consulta en un año); ocupan a la vez el tercer lugar para un número global de 2.061 pacientes atendidos en el servicio de consulta externa en el mismo período de un año; siendo la frecuencia de internamientos, por este motivo a los hospitales psiquiátricos de este sistema de seguridad social mencionado, correspondiente al tercer lugar después de los de alcoholismo y esquizofrenia.

El instrumento empleado para realizar el estudio en referencia, fue el de la escala de automedi-

ción de la Depresión ( EAMD ) de W.W.K. Zung, que tiene -  
la ventaja de: " su autoadministración, su elevado índice  
de confiabilidad, validez, y consistencia, obtenidas a --  
través de varios estudios realizados por el autor, entre-  
los cuales se destaca una alta correlación ( $r=.70$ ) con la  
escala D del Inventario Multifásico de la Personalidad de  
Minnesota ( MMPI ) (8), y su aplicación en estudios trans-  
culturales (9)". ( Op.cit.p.6 )

Emplearon la traducción española de la  
Universidad de Salamanca, que ha sido plenamente aceptada  
por el autor, La escala consta de 20 items, " obtenidos -  
por estudios factoriales (10, 11) sobre la depresión, des-  
critos en forma sintomáticamente positiva y negativa con -  
el fin de validar la información obtenida ". (Ibidem,p.6)

Los autores formaron cinco grupos de  
sujetos en una selección realizada al azar. Incluyeron -  
niveles socioeconómicos que cubren todas las gamas, desde  
la clase indigente, la pobre, pasando por la clase media-  
alta hasta llegar a la clase alta. Los sujetos fueron -  
seleccionados en el centro, norte y sur de la ciudad de -

México, como también de pacientes foráneos, todos ellos a través de instituciones o centros asistenciales de la ciudad. Los pacientes procedentes de asistencia pública fueron detectados en la consulta externa del Hospital General de la S.S.A., lo mismo que de los centros de salud de cabecera de los distritos sanitarios I y XXI, adscritos a la misma Secretaría; por otro lado, los pacientes del sistema de seguridad social proceden de las clínicas: Neurología y Psiquiatría "Juárez", "San Angel" y el Centro Hospitalario " 20 de Noviembre", todos pertenecientes al ISSSTE.

El grupo control normal estuvo formado por sujetos mental y físicamente sanos; el segundo grupo al que se denominó "enfermo general", estuvo formado por diversidad de enfermos aquejados de padecimientos no psiquiátricos; el tercero estuvo compuesto por enfermos atendidos en servicios no psiquiátricos, llamado el grupo de los enfermos psicofisiológicos; el cuarto grupo denominado psiquiátrico general, estuvo formado por enfermos psiquiátricos primariamente diagnosticados como no deprimidos; y el quinto grupo estuvo formado por pacientes aquejados de depresión, incluidos en la amplia gama de las entidades -

clínicas primarias de la depresión y lo denominaron como: grupo psiquiátrico depresivo. Además de la escala de auto medición de la depresión (EAMD) de Zung, a todos los grupos les aplicaron cuestionarios que cubren aspectos socioeconómicos y datos familiares que fueron considerados como de gran importancia por parte de los autores.

Al hacer un examen de los resultados estadísticos, encontraron al aplicar la "t" de Student para las variables intervalares y la Chi cuadrada para las variables nominales, que no existían diferencias estadísticamente significativas entre cada uno de los grupos en lo que corresponde a: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, religión y lugar de origen.

A continuación aparece un cuadro que nos señala índices de depresión:

Cuadro 3

## INDICES DE DEPRESION EN LA MUESTRA (Op.cit.p.9).

Variable-grupo	Control normal	Enfermo general	Psicofisiológico	Psiquiátrico gral.	Psiquiátrico depres.
Indice prom. de depresión	34.96	37.96	43.64	44.66	52.46
Indice de depresión. Convertido promedio.	44.82	47.00	54.46	56.00	65.72

NORMAS COMPARATIVAS EN LA ESCALA ESTANDAR (Op.cit.p.9).  
DE LA DEPRESION

Diagnóstico de los grupos de valoración	Indice AMD promedio	Medida (P-95%)
Controles normales	33	24-43
Deprimidos (hospitalizados)	74	63-90
Deprimidos (ambulatorios)	64	50-78
Reacciones de ansiedad	53	40-68
Desórdenes de personalidad	53	42-68
Reacciones de ajuste de situaciones transitorias	53	38-68

Aquí aparecen los puntajes de muestras; se observa que los promedios caen dentro de las normas de la escala.

(op.cit.p.9)

A continuación aparece la discriminación mediante la "t" de Student, donde se comparan los grupos entre sí.

Cuadro 4

## ANALISIS DE LOS INDICES DE DEPRESION INTERGRUPOS

	Enfermo gral. vs.	Psicofisio- lógico vs.	Psiquiátrico general vs.	Psiquiatr. depresivo
Control normal	.67	1.72	2.07'	4.03''''
Enfermo general		1.10	1.40	3.25''
Psicofisiológico			.19	1.74
Psiquiátrico general				1.65

Nivel de significancia: ' p.05  
'' p.01  
''' p.001 (op.cit.p.10)

Obsérvese que aparecen diferencias estadísticamente significativas a saber: entre el grupo normal y el psiquiátrico general, al 5%; entre el enfermo general y el grupo depresivo, al 1%; y entre el grupo normal y el grupo depresivo, al 1 por mil.

Si consideramos el promedio de la calificación de la depresión, encontramos que es muy similar al de la escala original del autor, en lo que respecta a las normas de calificación en todos los grupos -

valorados; este hecho nos permite deducir que las normas de la escala estándar son totalmente válidas y aplicables para sujetos de nuestro medio poblacional.

Por último, los investigadores afirman que: "la confiabilidad de la escala de Zung ha sido validada mediante su comparación con otras escalas de medición de la depresión no autoadministradas, como las de Clyde(11), Hildreth (21), Beck (15) y otras (16,17) y fundamentalmente como referíamos anteriormente con la escala "D" del MMPI (18)". (op.cit.p.13)

R.Núñez ( 1987) (31), se expresa de la siguiente manera sobre los eventos relacionados con el suicidio: " La predicción del suicidio por medio del MMPI es difícil. Muchas personas en ambientes psiquiátricos aceptan pensamientos e ideas suicidas de intensidades diferentes, pero sólo muy pocas intentan suicidarse. Debido a las implicaciones obvias de los intentos suicidas, existe una gran necesidad para tratar de identificar a las personas con tendencias de esa naturaleza.

La ideación suicida siempre se asocia con depresión severa; por lo tanto, las elevaciones extre

mas de la escala 2 siempre se encuentran en perfiles del MMPI de personas que tienen ideas suicidas. Con frecuencia la escala 7 sigue en elevación a la 2; señala ansiedad, agitación, melancolía, amargura. La puntuación -- combinada de dos escalas 2-7/7-2 es la que se encuentra con mayor frecuencia en personas que presentan ideas suicidas.

No todas las personas con elevaciones en las escalas 2 y 7 intentan suicidio. Aquellas que lo intentan, en oposición a las que piensan en ello, tienden a ser impulsivas, prefieren la acción al pensamiento y -- tienen poco juicio. Estas características con frecuencia se reflejan en las elevaciones de las escalas 4, 8 y 9.

Tradicionalmente, las puntuaciones en la escala 9 se han considerado de gran significado para - identificar a las personas suicidas. Una persona deprimida y extremadamente molesta, como se sugiere en las elevaciones de las escalas 2 y 7, puede pensar en el suicidio, pero si la escala 9 es baja probablemente no tenga la energía para llevar a cabo esas ideas. No obstante, si la - escala 9 es alta, la posibilidad del acto suicida aumenta.

Las elevaciones de las escalas 4 y 8 sugieren que la persona es impulsiva y muestra poco juicio; cuando esa persona se siente deprimida y amargada, esos sentimientos se muestran en las elevaciones de las escalas 2 y 7, y la posibilidad del intento suicida aumenta.

Existe evidencia clínica que indica que entre las personas severamente deprimidas, los intentos suicidas se presentan cuando la depresión comienza a esclarecerse. Si se logran obtener múltiples administraciones del MMPI, la disminución importante de la escala 2 en personas severamente deprimidas, debe tomarse en consideración, ya que es muy probable la manifestación de intentos suicidas.

A modo de resumen, hagamos hincapié en que las elevaciones en las escalas 2 y 7 sugieren depresión y molestia excesiva que originan ideas suicidas. Si las escalas 4, 8 y 9 se encuentran también elevadas, la posibilidad de intento suicida aumenta. No obstante, es conveniente señalar que la predicción de dicho acto con base en el MMPI no es muy precisa. Otros datos, tales -

como autobiografía, intentos suicidas previos, crisis dentro del medio ambiente familiar, conflictos relacionados con el trabajo y otras variables situacionales relacionadas con este problema, deben tomarse en consideración. - Existen algunos índices del MMPI que son extremadamente importantes y valiosos para formular esta predicción clínica tan importante. " (Ibidem, p-247,48)

En otro estudio de H. Lara Tapia "El suicidio en México, Epidemiología, Clínica y Sociología", (1984) (25) nos dice que las tasas de suicidio en México son de las más bajas del mundo; éstas, como es natural, sufren variaciones de acuerdo con la localización de las diversas zonas del país y la influencia de otros países. Se presentan variaciones de acuerdo con las condiciones sociales, biológicas y los problemas psicopatológicos de la población estudiada, y que inciden con mayor fuerza sobre las poblaciones urbanas más que sobre las rurales, lo mismo que a las de mayor nivel socioeconómico y cultural, como también a las poblaciones de emigrantes.

Al respecto nos aclara: "No existen diferencias en relación al sexo, ni edad en relación a la po

blación general. También existen diferencias clínicas entre neuróticos y psicóticos, tanto como se observan factores socioculturales en esta conducta anormal, favorecida por la ruptura del control mental por la depresión y la enfermedad mental, de la forma de confrontar la vida típica de nuestra población ". (Ibidem p.85)

Complementando la información del mencionado trabajo en relación a la tasa baja de suicidios -- presentados en la República Mexicana, esta fue mayor en el período de la II postguerra mundial, hasta disminuir y -- mostrarse estable posteriormente,

El autor acota que en el año de 1980 se observó la siguiente tasa de suicidios: en los Estados de Oaxaca y Aguascalientes esta fue de 0.4 por cien mil habitantes, mientras que en el Estado de Chihuahua fue de 8.5 por cada 100,000 habitantes; en el Sureste, en el Estado de Tabasco, uno de los principales centros petroleros, con grandes fenómenos de cambio social, la tasa suicidógena es bastante alta. Anota el autor que coincidencialmente en muchos de estos casos, en los estados con baja tasa de -- suicidio aparecen altas tasas de homicidios.

#### 1.4 Definición de Términos

Para efectos de esta investigación, aceptaremos la definición del término personalidad proporcionado por H. Delgado (1955) (8), desde el punto de vista del análisis psicológico-filosófico: "Personalidad es el sistema de - las disposiciones individuales dominantes según el cual se ordena y manifiesta la vida anímica de cada sujeto, - en lo que respecta a su impresionabilidad, a su espontaneidad y a su modo de reaccionar distintivos, con cierto grado de coherencia, y con mayor o menor conciencia e intención por parte del "Yo". (Ibidem, p. 10).

Además, específicamente aceptaremos la definición de Personalidad por factores, fases o aspectos dinámicos, que la describen, en cierta manera, operacionalmente y - aceptada por Hathaway y Mckinley, citados por R. Núñez, (1979) (30) (p.1).

Para efectos de este trabajo y siguiendo a L. Kolb, (1976) (19), consideraremos al presuicida y al suicida como pacientes afectados de trastornos psicológicos (signos), que registran atentados contra sí mismos. Este mismo autor señala que: "No obstante, la preocupación obsesiva con pensamientos suicidas que se rumian una y otra vez, es patológica". (Ibidem, p. 121). Está convenido que todo ser humano tiene pensamientos transitorios alrededor de la - - muerte, acompañados en muchas ocasiones con pensamientos - de autodestrucción.

### 1.5 Alcances y Limitaciones

-Dentro de los alcances de la investigación está el hecho de poder estructurar un perfil de la personalidad del individuo con intentos de suicidio medido con la prueba del M.M. P.I. (Parece no existir en nuestro medio un perfil del presuicida, registrado con este test.)

-Las limitaciones pueden estar dadas por el sujeto mismo, ya que en algunas ocasiones se niega a colaborar; en otras, empieza la prueba y la deja sin terminar, suspendiéndola súbitamente; en ocasiones responde a la prueba misma pero se niega a suministrar cualquiera otra información adicional.

-Esta conducta la inferimos si nos atenemos a la información suministrada por la literatura respectiva y por nuestra misma experiencia en estos casos.

-El otro aspecto de las limitaciones esta vez referido al propio instrumento está relacionado con la sospecha de que puede disminuir en cierto grado su precisión, pues ya han ideado en el presente nuevas escalas clínicas para agregar al M.M.P.I., bastante sensibles, tales como: la ansiedad manifiesta que correlaciona positivamente con las escalas, 7.Pt, y 8.Es. También deben de tenerse en cuenta otras nuevas como son, drogadicción, alcoholismo, etc.

-No obstante se tiene la certeza de que las diez escalas clínicas que se aplican en nuestro medio, son más que suficientes para asegurar resultados positivos en la obtención de un perfil de los sujetos con intentos de suicidio. Así lo garantiza la amplia investigación científica referida al M.M.P.I.

## II INVESTIGACION - METODOLOGIA

### 2.1 Planteamiento del Problema.

La razón básica de nuestro estudio radica principalmente en el hecho de que parece no existir un perfil de la personalidad del individuo que haya intentado suicidarse, específicamente por lo que se refiere al test de - Minnesota.

Nos preocupa, predominantemente, el saber cuáles son las causas que concurren en la problemática emocional para la manifestación de estas conductas irregulares autodestructivas; es por esto que hemos consultado una buena cantidad de autores y artículos sobre la materia. En este punto es interesante saber como O. Fenichel (1973) (13) nos describe las circunstancias de la personalidad presuicida cuando más o menos en estos términos nos dice con respecto a estos casos, de cómo los pacientes de este tipo tienen la tendencia a reaccionar a los desengaños amorosos con una respuesta con altos contenidos depresivos, manifestándose - como personas para quienes la experiencia amorosa además de significar una gratificación sexual tiene el valor también de una gratificación narcisista. Esto es, que con la pérdida de su amor, sienten que pierden también su misma existencia.

Se trata de buscar una prueba para medir dichos individuos y que pueda permitir señalar casos con características similares, además de establecer diferencias con otros perfiles de personalidad, identificados, como es obvio, por el mismo test de Minnesota, de aquellos sujetos que no hayan presentado eventos de intentos de suicidio, pero afectados de otro tipo de perturbaciones de carácter neurótico; así mismo este perfil servirá para hacer comparaciones con los de aquellas personas normales, con edades y sexos similares.

## 2.2 Formulación de Hipótesis.

Para fines de nuestra investigación podemos plantear las siguientes hipótesis:

- Hi. 01. Hay registros altos en la escala de validez ( F ), que coinciden en una gran frecuencia con una elevación, en una por lo menos, de las tres escalas -clínicas- de la triada neurótica, especialmente la escala 2 ( D ).
- Hi 02. La escala clínica 4 (Dp), Desviación Psicopática, aparece elevada en una gran frecuencia, no como síntoma de psicopatía propiamente di-

cha, sino como el indicador de un fenómeno - de rebeldía contra el mundo que comunmente - presentan los individuos presuicidas.

Hi 03. La Tétrada Psicótica se encuentra asociada a la elevación de las escalas clínicas: (6.Pa, 7.Pt, 8.Es, 9.Ma,), por lo menos en el registro alto de una de estas, (con gran frecuencia la Pt, y la Es, que correlacionan positivamente).

### 2.3 Diseño de la Investigación.

El método utilizado en esta investigación es el del Diseño Experimental de Dos Grupos Apareados. Este procedimiento es una manera de apoyar el supuesto de que los valores de la variable dependiente son iguales, antes de la-

aplicación del proceso experimental. Con el diseño de grupos apareados utilizamos los resultados o registros de una medida inicial a la que se le conoce con el nombre de variable de apareamiento, que nos facilita el conocimiento de la equivalencia de los grupos. Se usará la prueba "t" para establecer (probar) igualdad de medias en una población normal con varianzas desconocidas, en tamaños de -- muestras iguales. Se hará prueba de dos colas por no tener conocimiento preliminar sobre la diferencia de medias. Se considera la prueba para varianzas distintas ya que es notorio que las varianzas difieren mucho de una población a otra, como es el caso de nuestra investigación. Si supiéramos con anterioridad las diferencias de las medias - con la intención de probar de que una media es igual o mayor que otra, la prueba sería más restringida y se consideraría de una sola cola, caso que no ocurre aquí.

Ecuación de la prueba "t", para un Diseño de Grupos Apareados. F.J.McGuigan, Psicología Experimental, (1983)(26).

$$t = \frac{X_1 - X_2}{\sqrt{\frac{\sum D^2 - \frac{(\sum D)^2}{n}}{n(n-1)}}$$

(Op.cit. p.196)

#### 2.4 Sujetos

-Los sujetos de este estudio fueron seleccionados al azar de los correspondientes a un grupo de personas de ambos sexos que fueron estudiados en una investigación dirigida por el prof. A. Heman de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., con el fin de registrar rasgos de ansiedad y otros factores importantes en aquellos sujetos con un historial de intento o intentos de suicidio en época relativamente reciente. El suscrito que realiza este trabajo, profesor en ejercicio del Departamento de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de esta casa de estudios, estuvo colaborando en la investigación inicial con el citado investigador y su equipo de trabajo, en la planeación y preparación de cuestionarios de entrevistas y de la prueba de Rasgos de Ansiedad de Spielberger.

-En etapa posterior el Dr. Rafael Núñez me valoró la importancia de lograr un perfil Psicológico registrado con el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota ( M.M.P.I.), precisamente en los casos de sujetos con intentos de suicidio, perfil del que parecía no existir uno en nuestro medio y que además pudiera ser -

vir para estudios posteriores al de esta tesis con el -- fin de determinar las posibilidades de correlacionar con los resultados obtenidos en la investigación señalada anteriormente, donde se empleó la prueba de rasgos de an--siedad y otros tests.

-No sobra repetir la información de que el grupo de sujetos examinados corresponde a aquellas personas que han presentado eventos de intentos de suicidio - que han sido canalizados a través de los hospitales generales y de los centros de urgencia médica, del D.F., instituciones que han suministrado las listas de nombres, direcciones y algunos números telefónicos de los consultantes a estos centros de salud a causa de los suicidios frustrados o intentos de suicidio.

-Como muestra representativa fueron seleccionados cincuenta y un casos entre hombres y mujeres, - cantidad suficiente para este estudio si se tiene en -- cuenta el tamaño de las muestras similares en otros medios, además de la dificultad natural que suele presentarse, debido a la reserva, en el abordaje de estos casos.

- Cómo bien se sabe se usa en esta investigación el muestreo aleatorio consistente en obtener una muestra de un universo o población, en tales circunstancias que nos garantice que todas las partes muestrales posibles de tamaño fijo, tengan la misma probabilidad de ser seleccionadas.

Del grupo de intentos de suicidio se examinaron 18 sujetos del sexo masculino y 33 sujetos del sexo femenino, de los cuales 36 son solteros; 10 casados; 2 divorciados; 2 unión libre, y 1 viudo. La escolaridad de este grupo corresponde a los siguientes datos: sin estudios, 0; con primaria, 9; con secundaria, 11; con preparatoria, 10; con licenciatura incompleta, 10; con licenciatura completa, 2; con estudios de normal, 1; educación técnica 3; otros, 5. En cuanto a ocupación aparecen los siguientes resultados: sin ocupación, 4; estudiante, 19; labores hogareñas, 5; secretaria, 9; ejercicio de alguna profesión, 2; empleado, 7; comerciante, 1; ocupación técnica, 3; obrero, 1.

El nivel de ingresos de estos casos es el siguiente: malo, 20; regular, 26; bueno, 4; muy bueno, 1. Los resultados sobre la dependencia económica son -- los siguientes: no hubo respuesta, 8; con dependencia económica, 20; sin dependencia económica, 23.

La muestra del grupo control quedó como sigue: sujetos del sexo masculino, 18; sujetos del sexo femenino, 33. Estado civil: solteros, 36; casados, 10; viudos, 1; divorciados, 2; unión libre, 2. En cuanto a la escolaridad aparecen los siguientes datos: sin estudio, 0; con primaria, 7; con secundaria, 10; con preparatoria, 12; con licenciatura incompleta, 11; con licenciatura completa, 2; con preparación técnica, 4; con estudio de normal, 1; otros, 4. En relación a la ocupación aparecen los siguientes resultados: sin ocupación 1; estudiante, 23; labores hogareñas, 4; secretaria, 5; ejercicio de una profesión, 2; obrero, 2; empleado, 10; comerciante, 0; ocupación técnica, 4.

El nivel de ingresos correspondió a los siguientes datos; malo, 18; regular, 28; bueno, 4; muy-

bueno, 1.

La dependencia económica es como sigue:  
no hubo respuesta, 4; con dependencia económica, 24; sin  
dependencia económica, 23. (ver apéndice #1).

## 2.5 Instrumentos.

El instrumento que fue utilizado en esta investigación, es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.). Esta prueba ideada por S.R. Hathaway y J.C. Mckinley, traducida y adaptada para la América Latina por R.Núñez, ha demostrado su alta calidad como técnica de Evaluación de la Personalidad que nos permite conseguir de una manera bastante objetiva las características de los individuos sanos, como también de aquellos que padecen alteraciones de su personalidad. Esta prueba está siendo constantemente investigada y revisada, hecho que garantiza al máximo la confiabilidad y validez de este instrumento. La prueba ha sido traducida a más de quince idiomas.

Existe un promedio de más de cien investigaciones realizadas con este test, anualmente publica

das en varios países de América y del resto del mundo. La interpretación del M.M.P.I. está sustentada en una compacta estructura lograda en el terreno de la ciencia Estadística que permite la realización de comparaciones cuantitativas entre las características de diferentes individuos.

Además la valoración psicodinámica y cualitativa está lo suficientemente asegurada por el hecho de que el individuo examinado puede realizar una autoevaluación a través de los reactivos del Inventario que él mismo contesta. El rango de edades para las que la prueba se ha diseñado, abarca a las correspondientes entre los catorce y los sesenta y cuatro años o más, dependiendo del nivel cultural.

Para el primer límite se requiere que el sujeto haya realizado por lo menos los estudios de la enseñanza Secundaria. Esta prueba consta de 566 frases basadas en las preguntas que se hacen en la realización de historias clínicas en los consultorios de medicina general, de neurología y de psiquiatría, etc. Estas frases fueron arbitrariamente clasificadas en 26 categorías; quedaron arre-

gladas en la siguiente forma:

1. Salud en general ( 9 frases)
2. Neurología general (19 frases)
3. Nervios Craneales (11 frases)
4. Acción y coordinación ( 6 frases)
5. Sensibilidad ( 5 frases)
6. Vasomotor, alimenticio, lenguaje, secretorio (10 frases)
7. Sistema cardiorrespiratorio ( 5 frases)
8. Sistema genitourinario ( 5 frases)
9. Sistema gastrointestinal (11 frases)
10. Familia y Matrimonio (26 frases)
11. Hábitos (19 frases)
12. Ocupaciones (18 frases)
13. Educativas (12 frases)
14. Actitudes sexuales (16 frases)
15. Actitudes religiosas (19 frases)
16. Actitudes políticas: Ley y orden (46 frases)
17. Actitudes sociales (72 frases)
18. Afecto, depresivo (32 frases)
19. Afecto, maniaco (24 frases)
20. Estados Obsesivos y compulsivos ( 15 frases)

21. Ideas de referencia, alucinaciones, ilusiones, ideas falsas (31 frases)
22. Fobias (29 frases)
23. Tendencia sádicas y masoquistas. (7 frases)
24. Moralidad (33 frases)
25. Temas principalmente relacionados con masculinidad y femi-  
nidad (55 frases)
26. Temas para indicar si el sujeto (15 frases)  
está tratando de colocarse en-  
un nivel poco aceptable.

El M.M.P.I. puede administrarse en forma individual y colectiva. Consta del siguiente material:

- a) Un cuadernillo que contiene
  - Las instrucciones para el examinado
  - Los 566 reactivos de la prueba
- b) La Hoja de respuestas ( protocolo ), donde el sujeto marca con un lápiz si cada una de las frases, en su caso, es CIERTA o FALSA.
- c) Las claves para la calificación de la prueba
- d) Las hojas para el trazo del perfil (masculino y femenino)
- e) El manual de la prueba.

Este test está estructurado con 10 escalas clínicas y 4 escalas de validez, además de escalas adicionales que se han agregado gracias a las investigaciones realizadas posteriormente, de las cuales las más conocidas son: Índice de Ansiedad, Ansiedad manifiesta, Fortaleza del Ego, Control de la hostilidad, Represión, Alcohólico, etc.

Las escalas clínicas fueron obtenidas con la selección de una muestra de pacientes psiquiátricos internados en el Hospital Psiquiátrico de Minnesota, suficientemente clasificados y diagnosticados por otros procedimientos clínicos. Se procedió a determinar mediante el análisis, el modo de responder a las preguntas por parte de estos sujetos, para realizar luego una comparación con la población normal, mediante una muestra representativa.

El test se apoya en bases teóricas que nos dicen que cuando un grupo de personas son similares en ciertos aspectos de su conducta, son similares también en otros aspectos de su misma conducta, de tal modo que debemos inferir el hecho de que ciertas características de la personalidad de un grupo de sujetos se hacen manifiestas -

en sus respuestas a la prueba, cuando estas contestaciones son comparadas con las de un grupo específico determinado.

Las escalas clínicas se determinan con el nombre del síndrome que identifican; son las siguientes:

1. Hs. HIPOCONDRIASIS
2. D. DEPRESION
3. Hi. HISTERIA
4. Dp. DESVIACION PSICOPATICA
5. Mf. MASCULINIDAD / FEMINIDAD
6. Pa. PARANOIA
7. Pt. PSICASTENIA
8. Es. ESQUIZOFRENIA
9. Ma. MANIA
0. Si. SOCIABILIDAD (Introversión / Extroversión).

Las cuatro escalas de validez son:

- ? . NO PUEDO DECIR (frases omitidas)
- L. MENTIRA (ajuste al grupo social )
- F. VALIDEZ (confusión, reconocimiento de los - problemas)
- K. CORRECCION (defensas, actitud del sujeto ante la prueba y ante sí mismo ).

Existen varios sistemas de codificación del perfil; los más conocidos son los de Hathaway y de Welsh.

Sobre la preparación del perfil debemos decir que una vez que se tienen las puntuaciones en bruto, se procede a convertir estas en puntuaciones "T".

Las puntuaciones "T" en lo que corresponde a las escalas clínicas se obtienen, pues, mediante la aplicación de la fórmula que aparece a continuación:

$$T = 50 + \frac{10 (X_i - \bar{X})}{D. e.}$$

- En donde  $X_i$  esta representando la puntuación en bruto;  $\bar{X}$  representa a la media aritmética y la desviación estándar está significada por D. e. ( la desviación estándar de las escalas utilizadas para los grupos normativos de Minnesota).

Como instrumento auxiliar se utilizó la entrevista (ver apéndice # 2).

El primer paso para la realización de esta investigación consistió en establecer contacto con los casos de intento de suicidio con el fin de proceder a la en-

trevista (ver apéndice #2) y la aplicación del MMPI. El autor de esta investigación supervisó, aplicó y evaluó el M.M.P.I. con el fin de elaborar el perfil correspondiente a cada uno de estos casos. Dentro de las posibilidades, fue aplicada la prueba preferencialmente en la residencia de los sujetos casos de estudio.

Se implementaron las condiciones necesarias para que la aplicación de la prueba se desarrollara en el ambiente propicio para poder lograr las mejores condiciones emocionales y equilibrio ambiental, con el fin de garantizar, en lo posible, la veracidad, confiabilidad y va lidez de los resultados obtenidos.

### III RESULTADOS

#### 3.1. Análisis e Interpretación de Resultados.

Dicho análisis abarcará los siguientes puntos:

- a) En relación con la investigación que hemos realizado.
- b) En relación con otras investigaciones
- c) Confirmación y/o negación de las hipótesis.

a) En relación a la investigación que hemos realizado nos encontramos con los siguientes resultados:

Elaboramos dos perfiles de los resultados de los 51 casos de intentos de suicidio: 33 mujeres; y 18 hombres.

La mayor frecuencia de edades para este grupo total fue de 10 casos con 20 años. Recuérdese que los sujetos ocuparon una gama que oscilaba entre los 16 y 69-años. Se hace la observación que las mayores frecuencias concentradas alrededor de la anterior más alta, fueron las siguientes: de 26 años, 6 casos; de 19 años, 5 casos; de 22 años, 5 casos; de 17 años, 3 casos; de 24 años, 3 casos. Los dos extremos de la curva estadística estuvieron registrados así: de 16 años, un caso; de 69 años, un caso.

\_.Se diseñó un perfil femenino, 33 casos, y se detectaron las tres escalas más altas, con los siguientes resultados: Esquizofrenia ( Es. ), percentil 76; Desviación Psicopática ( Dp. ), 72; Depresión ( D. ), percentil 70; De las escalas de validez, la más alta corresponde a la Confusión, Reconocimiento de los Problemas ( F. ), percentil 69. (Ver apéndice 3).

\_. Se diseñó, igualmente, un perfil masculino, 18 casos, y se detectaron las tres escalas más altas; - se obtuvieron los siguientes resultados: Esquizofrenia ( Es.), percentil 91; Depresión ( D. ), percentil 74; Desviación Psicopática ( Dp. ), percentil 73. De las escalas de validez, la más elevada corresponde a Confusión, Reconocimiento de los Problemas ( F. ), percentil 75. ( Ver apéndice 4 ).

En el análisis de la prueba "t", para la investigación de un diseño experimental en el caso de dos -- grupos apareados, como es el nuestro, encontramos según tabla siguiente, que las probabilidades son de  $P < 0.01$ , en su orden, para los puntajes de las escalas: Es., Ma. , Pt. Dp. , D., para señalar las más significativas y en donde, estadísticamente hablando, va disminuyendo el nivel de probabilidad en tan importantes escalas clínicas. Con un grado de libertad de  $(n-1) = 50$ , se encontraron los puntajes de la prueba "t", para obtener las diferencias significativas, correspondientes a las escalas anotadas arriba.

## Con Factor K.

Escalas de Validez	Medias Muestrales		Diferencia de Medias	Estadística "t"
	Grupo I	Grupo C		
L.	4.898	5.725	-0.137	
F.	12.240	7.314	4.926	
K.	14.216	14.216	-1.608	
Escalas Clínicas				
Hs.	19.137	15.725	3.412	3.071
D.	28.627	23.824	4.803	4.235
Hi.	25.157	22.353	2.804	2.185
Dp.	28.529	22.745	5.784	4.803
Mf.	30.569	30.255	0.314	0.294
Pa.	13.588	10.118	3.470	3.621
Pt.	34.294	27.314	6.980	4.808
Es.	40.961	29.529	11.432	5.872
Ma.	24.725	20.176	4.549	4.929
Si.	34.745	29.412	5.033	3.241

Las escalas que alcanzan una diferencia significativa en el puntaje "t" fueron en su orden las siguientes.

"Es", "Ma", "Pt", "Dp", y "D".

## Sin Factor K .

Escalas de Validez	Medias Muestrales		Diferencia de Medias	Estadístico "t"
	Grupo I	Grupo C .		
L.	4,898	5,725	= 0,137	
F .	12,240	7,314	4,926	
K.	12,608	14,216	- 1,608	
<b>Escalas Clínicas</b>				
Hs.	12,137	8,412	3,725	3,263
D.	28,627	23,824	4,803	4,235
Hl.	25,157	22,353	2,804	2,185
Dp.	23,451	17,118	6,333	5,345
Mf.	30,569	30,255	0,314	0,294
Pa.	13,588	10,118	3,470	3,621
Pt.	21,784	13,725	8,059	4,431
Es.	28,647	15,941	12,706	5,671
Ma.	22,157	17,353	4,804	4,989
Si.	34,745	29,412	5,033	3,241

Las escalas más altas registradas por el grupo control fueron en puntajes: Es. (Esquizofrenia), 29.529. Si. (Introv./ Extrov.), 29. 412. Pt. (psicastenia), 27. 314

Las escalas más bajas de este grupo fueron. Pa. (Paranoia), 10.118. Hs. (Hipocondriasis ), 15.725. Ma. (Hipomanía. ), 20.176.

b). Análisis de los resultados en relación con otras investigaciones.

De acuerdo con Rosen, Hales y Simón, citados en nuestro marco teórico, (p.20) , mediante la aplicación del M.M.P.I., encontraron que los individuos que habían pensado en el acto suicida eran más patológicos que aquellos que no habían intentado y por consiguiente que aquellos sujetos pertenecientes al grupo control.

En nuestra investigación, donde no hicimos una correlación con los individuos que pensaran en el acto suicida, encontramos que los que intentaron el acto presentan más patología que los individuos del grupo control, donde algunos de estos presentan tensiones neuróticas, o de cierta desadaptación de algunos-

factores de la personalidad, no muy relevantes para sujetos que viven en una gran ciudad como lo es el D. F. (tendencia a la depresión, en algunos de estos casos). La investigación la realizaron dichos autores, con 50 pacientes que habían presentado episodios de intentos de suicidio.

Simón y Gilberstadt, igualmente citados en el marco teórico de este trabajo (p.20), acumularon datos referidos a pruebas del M.M.P.I., aplicadas a sujetos que más tarde habían logrado su intento suicida, esto es . se habían suicidado compararon estos datos con los mencionados en este trabajo de Rosen, et al., es decir. los sujetos, sometidos a la aplicación del M.M.P.I., que habían pensado o intentado el acto suicida, sin llegar a morir, no encontraron diferencias significativas entre los resultados del grupo experimental y el grupo control.

Siguiendo la presentación de estos resultados, podemos decir que en el caso de nuestro trabajo no existe disparidad con el referido arriba, ya que nuestra medida está dada, al igual que la de la prueba misma, en función de un grupo de sujetos que intentaron suicidio, comparado con un grupo control normal, sin saberse si de aquellos casos estudiados, algunos hayan fallecido en

posteriores intentos, pues es muy difícil hacer un seguimiento de este tipo, además que rebasaría los límites programados de esta tesis. Puede ser motivo, el hecho referido, para realizar una investigación posterior con sujetos que al final lograron suicidarse. Biehler, citado en nuestro trabajo (p. 26) dice que los individuos deprimidos tienen tendencia especial al suicidio, si no se les ayuda y que en el Estado de California la mayor frecuencia se encuentra entre los 15 y 24 años y que una de cada cinco llamadas recibidas por la agencia para promover la prevención del suicidio de nombre, Samaritans, corresponde a una persona menor de 20 años, para -- ambos sexos.

Recuérdese que en nuestra investigación la mayor frecuencia de intentos correspondió para ambos sexos, a 10 casos - con veinte años, alrededor de la cual se concentraron casos de: 17, 19, 22, 24 y 26 años, femenino y masculino, con las siguientes frecuencias en su orden respectivo: 3, 5, 5, 3, 7, (#s. de casos).

A. Garzotto, et. al., nos dicen que los suicidas con antecedentes previos de intentos de suicidio, se morían mas - frecuentemente por envenenamiento con drogas, Los suicidas que no tenían antecedentes de intentos, morían más frecuentemente con gas doméstico o por medios violentos.

En el trabajo de R. Prado Rodríguez, et. al (p. 33) de nuestro estudio, el empleo de psicofármacos es el método más frecuente con cierto predominio de las mujeres, en su uso. Habla el informe de que no son pacientes psiquiátricos propiamente dichos, pues sólo uno de cada seis recibió dicha atención en edades de 15 a 44 años; es mínima la influencia de la escolaridad en relación con el método escogido para realizar el intento.

En nuestro trabajo encontramos que el número de intentos correspondió a la siguiente frecuencia:

Una vez, 42 casos; dos veces, 8 casos; tres y cuatro veces, sin ningún caso; cinco veces, un caso; más de cinco veces, no se presentó ningún caso.

Respecto al método utilizado, hicimos la investigación sobre los casos de la primera y segunda vez; con los siguientes resultados: por la primera vez el método utilizado fue el de cortarse las venas, en el que se registraron 4 casos; utilización de barbitúricos, 26 casos; exposición al gas, 1 caso; ingestión de veneno, 1 caso; utilización de navaja, 2 casos; lanzamiento al vacío, ningún caso; causa desconocida, 14 casos.

En relación con el método utilizado la segunda vez, aparecen los siguientes datos: cortarse las venas, 1 caso; utilización de barbitúricos, 2 casos; uso de pistola, ningún caso; exposición al gas, ningún caso; ingestión de veneno, 1 caso; comer vidrio, ningún caso; utilización de navaja, 1 caso; lanzamiento al vacío, 4 casos; no hubo segunda vez, 42 casos. (ver apéndice #5).

En cuando a la pregunta de si hizo saber su intento o no, existe la siguiente información: afirmativo, 9 casos; negativo, 20 casos; no existen datos, 22 casos. Espero ayuda: afirmativo, 7 casos; negativo, 21 casos; no existen datos, 23 casos. En relación a quien quería que afectara su acción, se obtuvieron las siguientes respuestas: a nadie, 17 casos; a otro familiar, 8 casos; al novio (a), esposo (a), 5 casos; a extraños, 1 caso; no existen datos, 20 casos.

En lo que corresponde a su reacción actual se detecta lo siguiente: mala, 6 casos; regular, 11 casos; buena, 15 casos; no existen datos, 19 casos.

Al explorar las razones que desencadenaron el intento, se reportaron los siguientes datos: soledad, 2 casos; hostiga--

miento externo, 7 casos; depresión, 7 casos; decepción amorosa, 6 casos; vida sin sentido, 3 casos crisis emotiva, 5 casos; búsqueda de comprensión, 3 casos; pérdida de un familiar, 1 caso; mala situación económica, 2 casos; se desconocen las razones, 15 casos.

En lo referente a si hubo hospitalización, aparece la siguiente información: en 7 casos hubo necesidad de internamiento; en 22 casos no se presentó tal necesidad; en otros 22 casos no existen datos al respecto.

Por lo que corresponde a los antecedentes de familiares que cometieron intentos o llevaron a cabo el suicidio, se obtuvo la siguiente información: afirmativo, 5 casos; negativo, 17 casos; no existen datos, 29 casos. (ver apéndice # 6).

No parece haber influencia definitiva de la escolaridad en el método preferido para realizar el intento. De los casos estudiados la escolaridad estuvo distribuida de la siguiente manera:

Primaria, 9; Secundaria, 11; Preparatoria, 10; Licen.Incompleta, 10; Licen, Completa, 2; Técnica, 3; Normal, 1; Otros, 5 .

En " Algunas normas para la medición de la Depre-

sión", Lara Tapia, et al., en su adaptación y estandarización de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung, (EAMD), - en México, para estudiar estados depresivos, estos autores encontraron una alta correlación  $r = .70$  con la escala de la D. - ( Depresión ); del M.M.P.I. ( pag.54) de nuestro estudio.

En la presente tesis se anota que en nuestra investigación el - registro de la Depresión fue significativo. En el perfil femenino, se registró en la depresión el percentil 70; en el perfil masculino se detectó un percentil de 74, (nivel con señalamiento de alguna patología).

c) Confirmación y/o negación de las Hipótesis.

Queda confirmada la primera hipótesis de nuestro trabajo, - pues hay registros altos en la escala F, puntaje 12.2, percentil 70, asociada con la escala D, 28.627 que llega a un percentil 70.

Queda confirmada la segunda hipótesis con los resultados obtenidos por el grupo de intento de suicidio que registró un nivel alto en la escala Dp, misma que alcanza un puntaje de 28.529, percentil 71.

— Queda confirmada la tercera hipótesis ya que la Es, registró un nivel de 40.961, percentil 77.

### 3.2 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se hace la anotación de que se ha observado la tendencia que hay a disminuir las diferencias existentes entre las - alturas de los percentiles femeninos y los masculinos, actuales, toda vez que las situaciones de la vida contemporánea y las ac- tividades y responsabilidades parejas del hombre y de la mujer, y las influencias del medio social, hacen que sus reacciones se acerquen más en los diferentes aspectos multifásicos de la persona- lidad, excepto en el de la Mf., en que lejos de ser antagónico, se presenta como complementario.

Según tengo entendido, el Dr. Rafael Nuñez ha estado investigando y trabajando en este sentido, y en la adaptación de -- nuevas escalas. De todos modos se trata de puntos hipotéticos - que siguen teniendo ese valor y que se señalan solamente como - posibilidades en las conclusiones de este trabajo.

- En el análisis general del estudio de los resultados de nuestras

dos investigaciones, casos de intentos de suicidio y grupo control, encontramos las siguientes características:

- 1- Son más sinceros los examinados del grupo intento suicida.
- 2- Presentan los intentos de suicidio mayor confusión y reconocimiento de los problemas.
- 3- Se defiende más el grupo control (normal), que el de intento de suicidio.
- 4- La hipocondriasis es más alta en el grupo intento de suicidio.
- 5- La depresión es mucho más alta en el grupo de intento de suicidio.
- 6- La histeria es más alta en el grupo intento de suicidio.
- 7- La desviación Psicopática es mucho más alta en el grupo intento de suicidio.
- 8- El índice de masculinidad/feminidad, es sensiblemente igual (normal), en los dos grupos.
- 9- La paranoia es más alta en el grupo intento de suicidio.
- 10- La psicastenia es más alta en los intentos de suicidio.
- 11- La esquizofrenia, (rasgos esquizoides), es mucho más alta en el grupo intento de suicidio.
- 12- La Manía o hipomanía es más alta en los intentos de suicidio.

13- La tendencia a la introversión es más alta en el grupo - de intento de suicidio que en el grupo control.

\_ En México, según resultados nuestros y de investigaciones y encuestas de otros autores, se ha encontrado que es relativamente bajo el índice de suicidios y de intentos de suicidio. También se postula que en los países en donde es alto el índice de suicidios, es bajo el índice de homicidios y viceversa.

Se agrega que el fármacodependiente es un suicida en potencia.

\_ Entre las razones principales que alegan los sujetos para haber realizado el intento de suicidio, figuran como causas: la depresión y el hostigamiento externo.

\_ Los sujetos tratan de recuperarse de la depresión, después del intento, por lo menos en un 50%, quizás por la atención psicoterapéutica o de tipo farmacológico.

\_ Se detecta que el evento ( intento suicida ) pasa rápido y se remite prontamente, puesto que en la mayoría de los casos no se recurre a la hospitalización.

\_ No se trata de una tendencia heredada, ( no es 'temperamental),

y si parece ser caracterológica, pues en la gran mayoría de los casos ningún familiar ha intentado suicidio, ni se ha suicidado

— Entre las recomendaciones, las más importantes que podemos dar, están las siguientes:

— Se recomienda un mejor control de las medicinas: que deben ser manejadas por personas responsables en su uso necesario en el hogar.

— Se recomienda la aplicación de terapia de apoyo, con ayuda de grupos de encuentro formados por jóvenes estudiantes principalmente de las facultades de psicología y medicina. ( Estos grupos de encuentro deberán de estar coordinados por psicoterapeutas titulados ).

— Se recomienda, posteriormente, realizar investigaciones en nuestro medio, que nos permitan hacer comparaciones entre los resultados de grupos de intentos de suicidio y los obtenidos con los grupos que realizaron el intento el cual fue definitivamente consumado, esto es, logrando su propósito que fue: el de quitarse la vida.

3.3

FORMA "G" DE LA DEP.

ANEXO V

NOMBRE DEL ALUMNO

Abel de J.Giraldo G.

TITULO DE LA TESIS

"Perfil Psicológico registrado con el Inventario Multifásico de la -- Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), en sujetos con Intentos de Suicidio".

ANEXO 2.

FORMA DE REGISTRO DE TESIS DE DOCTORADO  
(Español-no exceder una cuartilla)

## RESUMEN

El objetivo de este estudio consiste en investigar un grupo de personas con antecedentes de intentos de suicidio con el fin de estructurar un perfil psicológico. Para este propósito se seleccionaron individuos de ambos sexos con edades que fluctúan entre los 16 y 69 años. Metodológicamente el control experimental se realizó a través del análisis estadístico de un diseño de dos grupos apareados con la utilización de la prueba "t". En lo teórico se abordaron aspectos psicodinámicos enmarcados en la teoría psicoanalítica de S. Freud, en relación a los componentes depresivos que subyacen en las conductas suicidas, así como aspectos sociológicos desarrollados por E. Durkheim, con sus tres tipos de conducta autoaniquilativa. Se incluye una adecuada revisión bibliográfica sobre investigaciones realizadas en la República Mexicana, Cuba, Estados Unidos y en algunos países europeos.

El procedimiento consistió en la selección experimental compuesta por pacientes procedentes del D.F., mismos a quienes les fueron aplicadas las pruebas del M.M.P.I., y un grupo control seleccionado para contrastar los resultados con aquellos obtenidos en el grupo experimental. Posteriormente se procedió al análisis estadístico mediante la aplicación de la citada fórmula "t".

El análisis de los datos concernientes a las hipótesis de trabajo indica que los sujetos con intentos de suicidio presentan registros altos en la escala de validez "F" y en las clínicas "D" "Dp" y "Es". En estas escalas las diferencias de las medias del grupo de intentos con el grupo control, son significativas.

Corresponde al paso No.7 del diagrama de la DEP.

3.3

FORMA "G" DE LA DEP.

ANEXO V

NOMBRE DEL ALUMNO	TITULO DE LA TESIS
Abel de J.Giraldo G.	"Psychological profile registered with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.), with subjects with suicide attempts."

ANEXO 2

FORMA DE REGISTRO DE TESIS DE DOCTORADO  
(Inglés-no exceder una cuartilla)

#### ABSTRACT

The purpose of this research project is to obtain a psychological profile of patients with suicide attempts. A heterogeneous group comprised of patients between 16 and 69 years of age was selected. The experimental design employed for this purpose was the case of two matched groups, using the "t" test as a technique of exercising experimental control. Theoretically, psychoanalytic concepts developed by S. Freud are broached, basically the clinical elements of depression that are present in suicidal conducts; as well as the sociological aspects of self destruction patterns described by E. Durkheim. An adequate bibliography is included containing titles relevant to our theme of study carry out in México, Cuba, United States and various-european countries.

The experimental group was selected in México city and were tested by using the MMPI; also a control group was selected in order to contrast the results from those obtained in the experimental group. The statistical analysis was made using the "t" test.

The analysis of the data as concerns the hypothesis indicates that the subjects with suicide attempts registered high profiles on the validity scales "F", and the clinical scales "D"; "Dp"; and "Es". There was a significant difference with respect to the mean on the experimental group.

## R E F E R E N C I A S B I B L I O G R A F I C A S

1. Aitken, R.C.B.; Buglass, D.; Kreitman, N.; "The changing pattern of attempted suicide in Edinburgh" Brit. J. pre. soc. Med., 1969.
2. Biehler, Robert F.; Introducción al Desarrollo del Niño. México: Ed. Diana, p.560, 1983.
3. Buglass, D.; Horton, J.; "A. Scale for predicting subsequent suicidal behaviour". Brit. J. Psychiat.
4. Cashdan, Sheldon.; Psicología de la Conducta Anormal. Madrid: PHI. Ed. prentice/Hall Internacional, 1973.
5. Cantor, P.C.; "Personality Characteristics found among youthful Female suicide attempters". Journal of Abnormal psychology. Ed. p.p. 324-329, 1976.
6. Clopton, James R.; Jones, Wesley, C.; "Use of the MMPI In the Prediction of Suicide." Central Kansas Mental -- Health Center Kansas State College of Emporia.
7. Davison, Gerald.; Neale, John M.; Psicología de la Conducta Anormal. 1a. Ed. México: Ed. Limusa, p.p.212-233-235 1980.

8. Delgado, Honorio.; Personalidad y Carácter. Buenos Aires:  
Edit. Kapeluz, p. 10, 1955.
9. Devries, A.G.; "Análisis of MMPI, s of suicidal-neuropsychi-  
atric Hospital patients."- Journal of projective --  
Techniques. Psychological Reports. (1966)
10. Durkheim, E.; Suicide. Nueva York: Ed. The Free Press,  
1951.
11. Farberow, N.L.; Shneidman, E.S. The Cry For Help,  
New York; Mc Graw-Hill, p. 31, 1961
12. Farberow, N.L.; "A Multivaria-analysis of MMPI' s of sui-  
cidal neuropsychiatric hospital patients." Journal of -  
Projective Techniques. 1967
13. Fenichel, Otto.; Teoría Psicoanalítica de Las Neurosis.  
Buenos Aires; Ed. Paidós, 1973.
14. Fox, K.; & Weissman, M.; "Suicide attempts and drugs: -  
contradiction between method and intent", Social Psychiatry.  
pp. 31-38, (1975)
15. Garzotto, N.; Buglass, D; Holding, T.A.; Kreitman, N.;

- "Aspects of Suicide and Parasuicide", Act Psychiatry Scand.; 56: p.204, (1977) -Edinburgh-
16. Garzotto, N.; Siani, R.; Tansella, C.Z.; Tansella, N.;  
"Cross -validation of a predictive scale for subsequent suicidal behaviour in an Italian sample ". Brit, II, - Psychiat. (1976).
17. Hathaway, SRR.; Mckinley, J.C.; The Minnesota Multiphasic Personality Manual. New York: Ed. The Psychological -- Corporation, 1951.
18. Holding, T. A.; Buglass, D.; Dufly, J.C.; Kreitman, N.;  
"Parasuicide in Edinburgh. A seven year(s) Review. "Brit. J. Psychiat. (1977)
19. Kolb, Lawrence C.; Psiquiatría Clínica Moderna . México: Ed. La Prensa Médica Mexicana, 5a. Edic. p. 121 , 1976.
20. Kleinmuntz, Benjamín.; Elementos de Psicología Anormal. México: Ed. CECSA, .1980.
21. Kerlinger, Fred.N.; Investigación del Comportamiento. (Técnica y Metodología). México: Ed. Interamericana, 2a. Edic. .1983

22. Kennedy, P.; Kreitman, N.; "The prevalence of. suicide and parasuicide (attempted suicide) in Edinburgh". Brit. J. Psychiat. (1974).
23. Lara Tapia, Héctor.; Ramírez de Lara, Leticia.; Lara Tapia, Luis.; "Algunas Normas para la Medición de la Depresión". Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría; vol. 17. No. 1. pp.6,9,10,13 (1976)
24. Lara Tapia, Héctor.; Belsasso, Guido.; " El Suicidio en México"; Revista Nacional de Neurología; Vol. VIII; No.3; pp.8,9, (1974).
25. Lara Tapia, Héctor.; "El Suicidio en México, Epidemiología, Clínica y Sociología". Enseñanza e Investigación en Psicología; Vol. 10, No.1, p.85,91 (1984).
26. McGuigan, Frank J.; Psicología Experimental. México: Ed.Trillas, 3a. Edic., p.196.1983.
27. Neuringer, C. ; "Rigid thinking in suicidal individuals". Journal of Consulting Psychology. 28: pp 54-58, (1964).

- 28.-----.; "Divergencies between attitudes -  
towards life and death among suicidal, Psychosomatic,  
and normal hospitalized patients". Journal of Consulting  
and Clinical Psychology. 1: (1968).
29. Neuringer, C.; & Lettieri, D.; "Affect, Attitude and --  
cognition in suicidal persons". Journal of life Threa-  
tening Behaviours. 1: pp. 106-124, (1971).
30. Núñez, Rafael; Aplicación del Inventario Multifásico de  
la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología. México: Ed.  
El Manual Moderno, S.A., 2a Edic. 1979.
- 31.-----; Pruebas Psicométricas de la Personalidad.  
Manual Práctico del MMPI. México: Ed. Trillas, 1a. Edic.,  
pp. 247-248, 1987.
32. Patsiokas, Anne T.; Glum, George A.; Luscomb, Richard L.;  
"Cognitive Characteristics of suicide Attempters". Vir-  
ginia Polytechnic Institute and State University, (1977).
33. Prado Rodríguez, Ramón.; Valdés Mier, Miguel A.; López M.  
Cándido.; "Evaluación de los Factores de Riesgo en el -  
Intento Suicida": Actualidad en Psiquiatría, Serie:

Información Técnica. Vol. 1 pp.5,24,25, (1980).

34. Raven, Bertram, H.; Rubin, Jeffrey Z. Psicología Social, México; Ed. C.E.C.S.A. <sup>la</sup>Edic. 1981.

35. Velasco Ibarra, Sergio.; Metapsicología del Suicidio: Revisión Bibliográfica .Tesis, UNAM, 01, p. 6.

1966.

## Apéndice # 1

## \_ Resultados De Los Datos Socioeconómicos De La Investigación.

Variable- Grupos.	Grupo	
	"I"	"C"
Hombres	18	18
Mujeres	33	33
Edad		
Promedio en años	25.627	25.647
Desv. estandar	9.743	9.674
Estado civil		
Solteros	36	36
Casados	10	10
Viudos	1	1
Divorciados	2	2
Unión libre	2	2
Escolaridad		
Sin estudios	0	0
Primaria	9	7
Secundaria	11	10
Preparatoria	10	12

Variable- Grupos	Grupo	
	"I"	"C"
Licen, Incompleta	10	11
Licen. Completa	2	2
Técnica	3	4
Normal	1	1
Otros	5	4
<b>Ocupación</b>		
Ninguna	4	1
Estudiante	19	23
Hogar	5	4
Secretaria	9	5
Ejerce una profesión	2	2
Obrero	1	2
Empleado	7	10
Comerciante	1	0
Ocupación técnica	3	4
<b>Nivel de ingresos</b>		
Malo	20	18
Regular	26	28
Bueno	4	4

Muy bueno	1	1
<b>Dependencia económica</b>		
No hubo respuesta	8	4
Si	20	24
No	23	23

## Apendice # 2

**MODELO DE ENTREVISTA REALIZADA A PERSONAS CON REGIS-  
TRO DE INTENTO DE SUICIDIO.**

- 1.- APELLIDO PATERNO:                    MATERNO:                    NOMBRE:
- 2.-DIRECCION:
- 3.-EDAD:
- 4.-SEXO:
- 5.-ESTADO CIVIL :
- 6.-ESCOLARIDAD:
- 7.-OCUPACION:
- 8.-NIVEL DE INGRESOS:
- 9.-DEPENDENCIA ECONOMICA:
- 10.-NUMERO DE INTENTOS:
- 11.-METODO UTILIZADO:                    (1a. o única vez)
- 12.-METODO UTILIZADO SEGUNDA VEZ:                    (o más veces)
- 13.-LO HIZO SABER: (su intento)
- 14.-ESPERO AYUDA:
- 15.-A QUIEN QUERIA QUE AFECTARA SU ACCION:
- 16.-REACCION ACTUAL:
- 17.-RAZONES PARA EL INTENTO:
- 18.-HUBO HOSPITALIZACION:
- 19.- ALGUN FAMILIAR INTENTO O REALIZO SUICIDIO:

**MODELO DE ENTREVISTA (continuación)****20.- OTROS DATOS ADICIONALES: (Aclaraciones, etc.)****Entrevistador:****Fecha de la entrevista.**

MMPI  
2-4

**INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español**

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO 33 casos - Intentos de Suicidio.

**F**  
Femenino

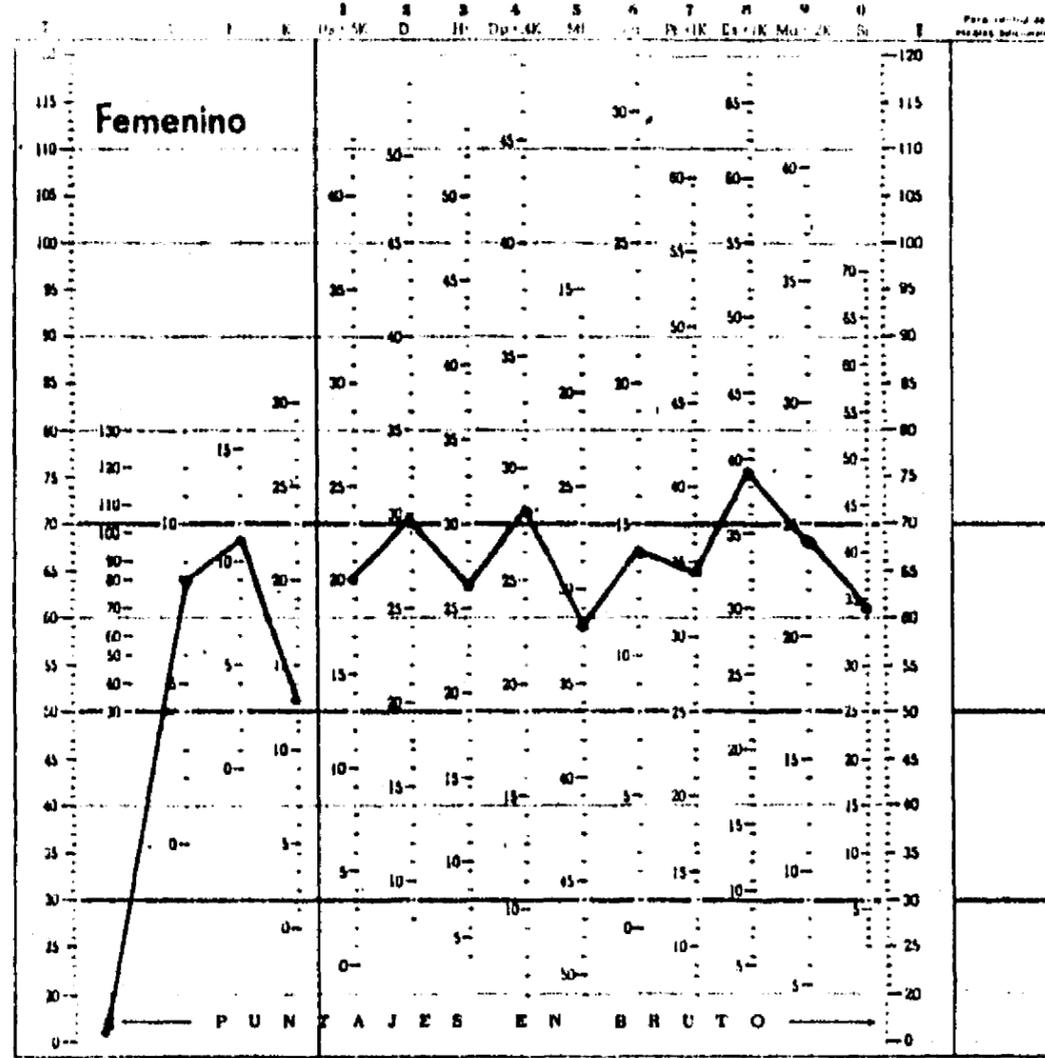
Nombre \_\_\_\_\_ (letra de molde)

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Puntaje en bruto	1	8	11	13	13	30	27	23	32	14	21	26	21	34	---	---
Agregar factor K				7				5			13	13	3		---	---
Puntaje corregido				20				28			34	39	24		---	---

Fracciones K			
K	3	4	5
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

**NOTAS**  
Factor K agregado.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



APENDICE # 3.

MMPI  
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA  
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

**F**  
Femenino

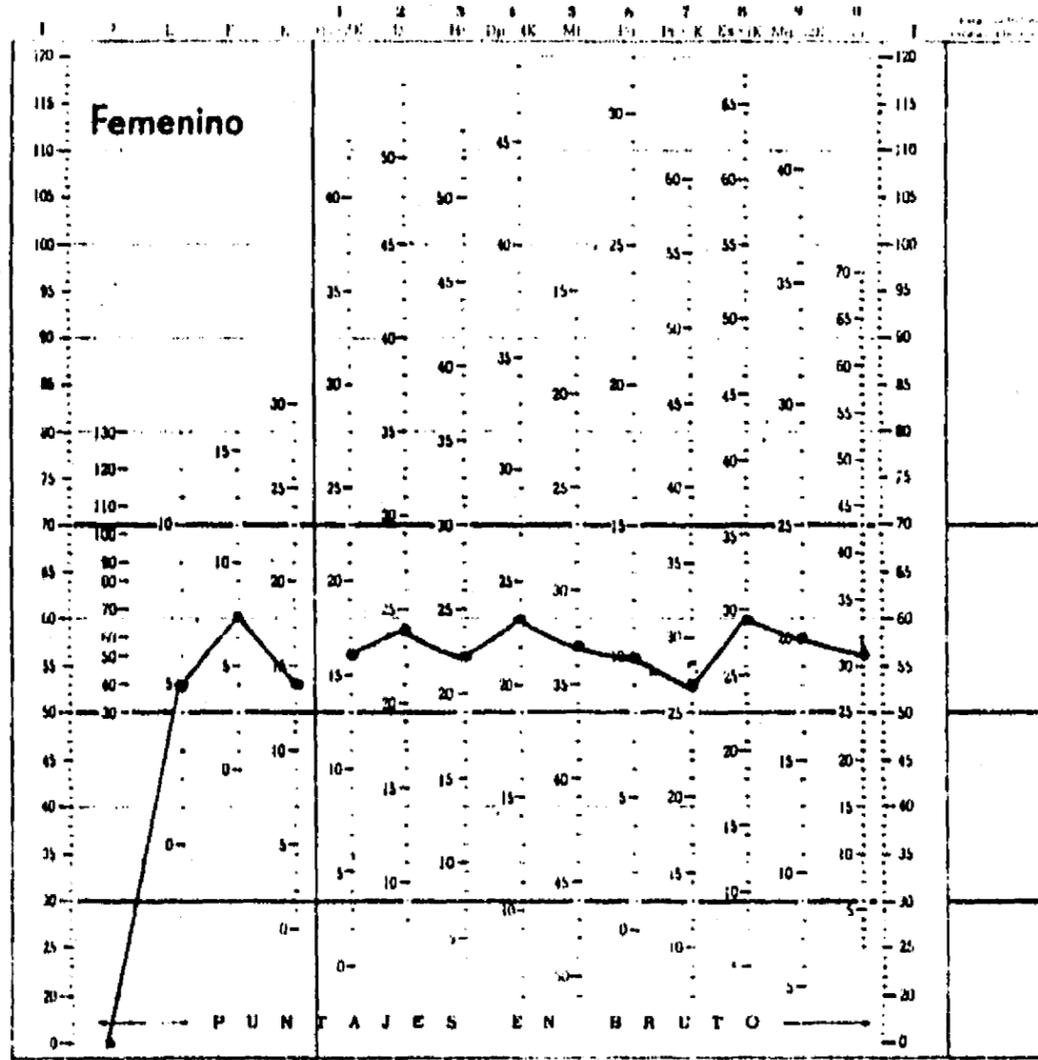
Nombre 33 casos - grupo control  
(letra de molde)

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Puntaje en bruto	0	5	7	14	9	24	22	17	33	10	13	15	17	31	---	---
Agregar factor K			7					6		14	14		3		---	---
Puntaje corregido			16					23		27	29		20		---	---

K	3	4	7
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

Factor K agregado.

APENDICE # 3.A.

111



Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

MMPI  
2-4

# INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chamley McKinley

## PERFIL Y SUMARIO

18 casos - Intentos de suicidio.



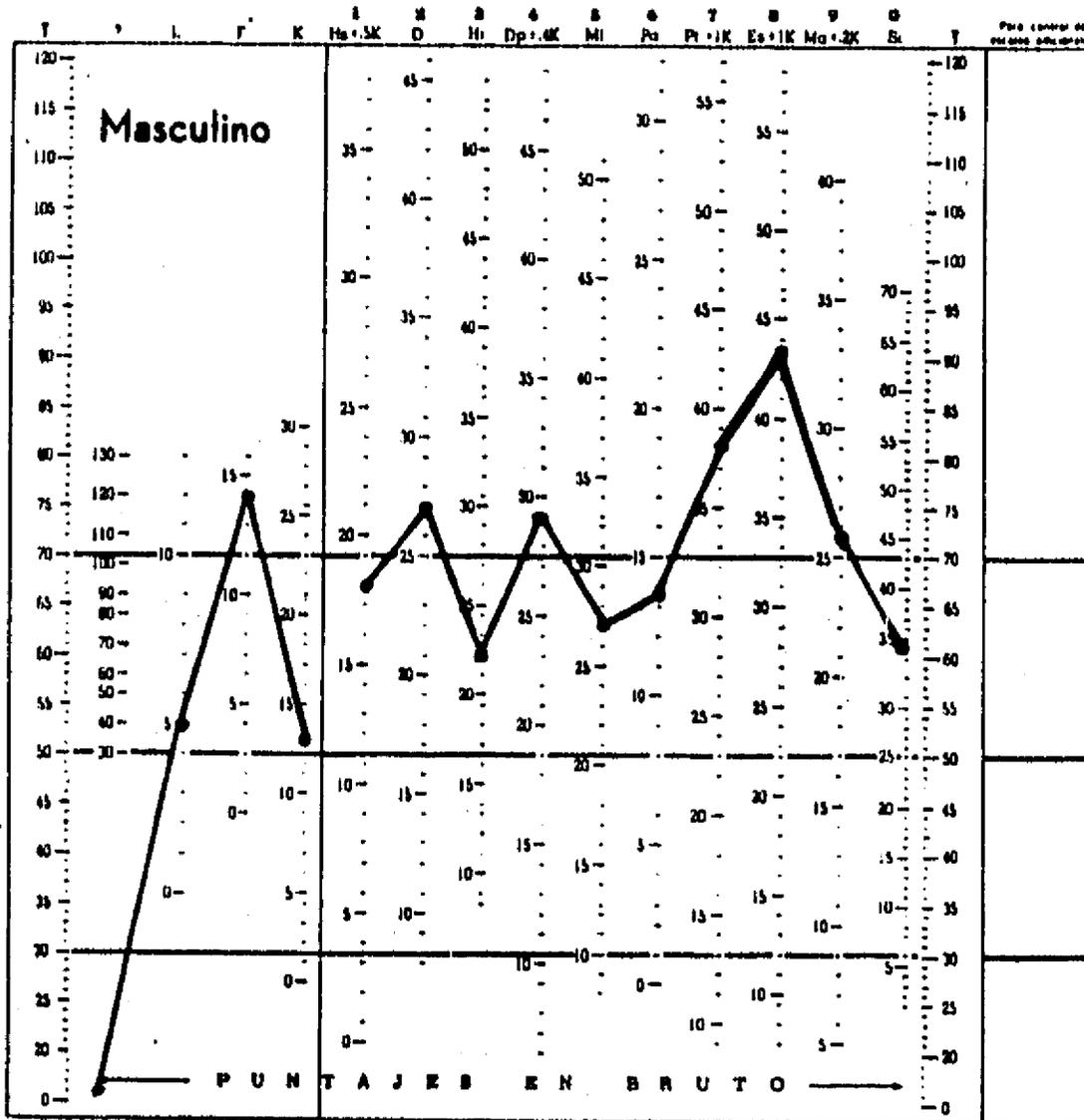
Nombre \_\_\_\_\_  
(letra de molde)

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Fracciones K

K	3	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

### NOTAS

Factor K agregado.

	L	F	K	Ma+2K	D	Hs	Dp+4K	MI	Pa	Pt+1K	Es+1K	Ma+2K	Si
Puntaje en bruto	2	5	14	13	11	27	22	24	27	14	25	30	23
Agregar factor K			7				5			13	13	3	
Puntaje corregido			18			29				28	43	26	



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S. A.

Printed by El Manual Moderno, S. A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

MM  
2-4

# INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charney McKinley

## PERFIL Y SUMARIO

18 años - Grupo Control.



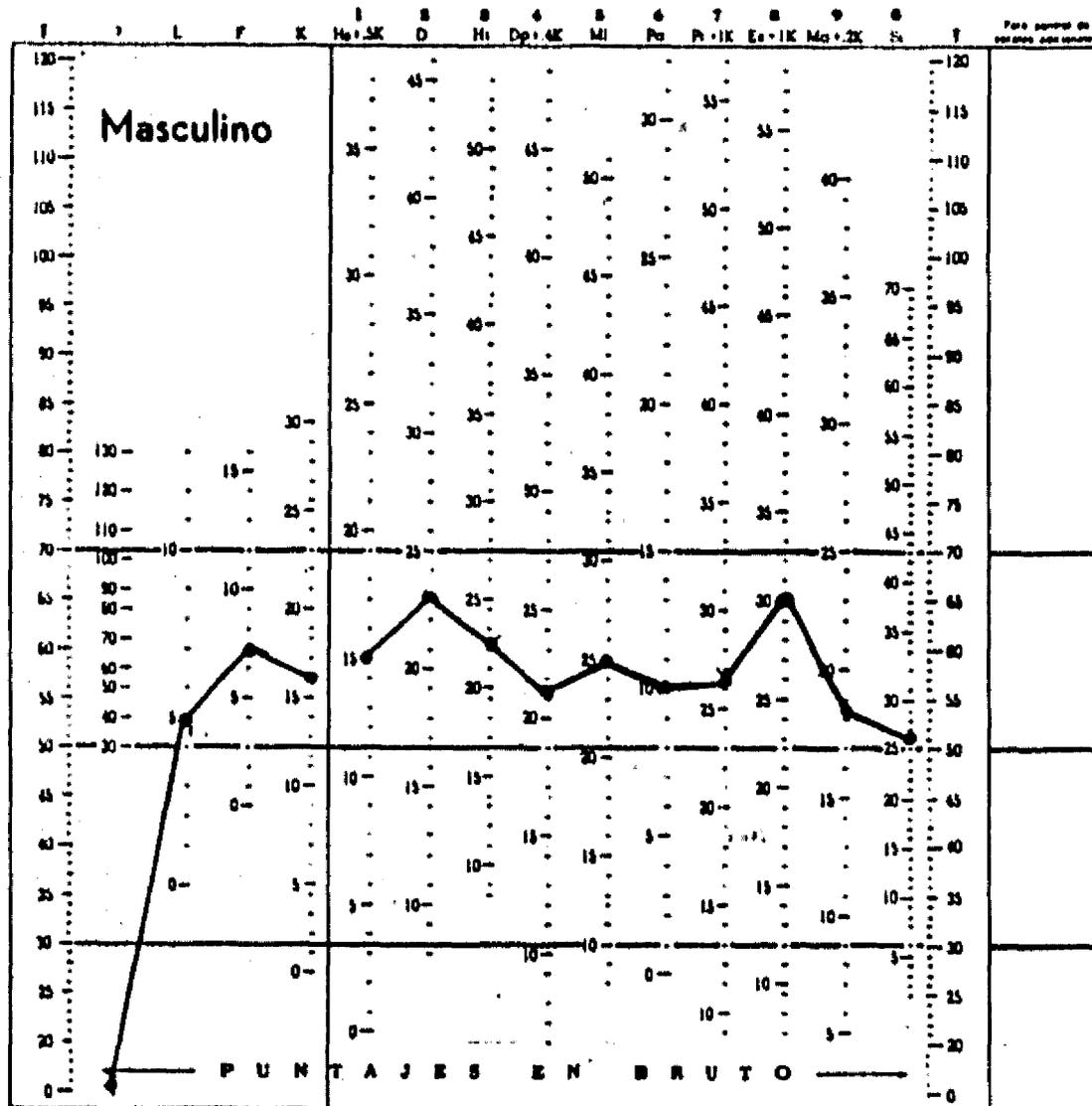
Nombre \_\_\_\_\_  
(letra de molde)

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Puntaje en bruto	1	5	7	16	7	23	22	15	25	10	10	14	15	26
Agregar factor K				8				6				16	16	3
Puntaje corregido				15				21				26	30	18

Fracciones K			
K	3	4	5
30	13	12	6
29	13	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

### NOTAS

Factor K agregado.

APENDICE # 4.A.

113



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S. A.

Printed by El Manual Moderno, S. A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Apéndice # 5

Características Principales de Nuestro Grupo Experimental (Intentos de suicidio):

Variable	Grupo "I"
<b>Número de Intentos</b>	
Una vez	42
Dos veces	8
Tres veces	0
Cuatro veces	0
Cinco veces	1
Más de cinco veces	0
<b>Método Utilizado ( la primera vez)</b>	
Cortarse las Venas	4
Barbitúricos	26
Rstola	2
Gas	1
Veneno	1
Comer Vidrio	1
Lesión con Navaja	2
Lanzamiento al vacío	0

## Apéndice # 6

Variable	Grupo "I"
Hizo saber su Intento	
Sí	9
No	20
No existen datos	22
Esperó Ayuda	
Sí	7
No	21
No existen datos	23
A quién quería que afectara su Acción	
A nadie	17
A otro familiar	8
A Novio(a)-Esposo(a)	5
A Extraños	1
No Existen datos	20
Reacción Actual	
Mala	6
Regular	11
Buena	15
No existen datos	19

Variable	Grupo "I"
Método Utilizado (la segunda vez)	
Cortarse las Venas	1
Barbitúricos	2
Pistola	0
Gas	0
Veneno	1
Comer Vidrio	0
Lesión con Navaja	1
Lanzamiento al vacío	4
No hubo segunda vez	42

Variable	Grupo "I"
<b>Razones para el Intento</b>	
Soledad	2
Hostigamiento Externo	7
Depresión	7
Decepción Amorosa	6
Vida sin Sentido	3
Crisis Emotiva	5
Búsqueda de Comprensión	3
Pérdida de un familiar	1
Mala situación Económica	2
Se desconocen las Razones	15
<b>Hubo Hospitalización</b>	
Sí	7
No	22
No existen datos	22
<b>Algun Familiar Intentó o Realizó Suicidio</b>	
Sí	5
No	17
No existen datos	29

HOJA DE CAPTACION DE DATOS

COLUMNA	CONTENIDO	CALIFICACION
1-2	No. del caso	01-51
3-4	Edad	16-69
5	Sexo	1-Masculino 2-Femenino
6	Estado Civil	1-Soltero 2-Casado 3-Viudo 4-Divorciado 5-Unión Libre
7	Escolaridad	0-Sin estudios 1-Primaria 2-Secundaria 3-Preparatoria 4-Licenciatura incompleta 5-Licenciatura completa 6-Técnica 7-Normal 8-Otros
8	Ocupación	0-Ninguna 1-Estudiante 2-Hogar 3-Secretaria

COLUMNA	CONTENIDO	CALIFICACION
		4-Ejerce una profesión.
		5-Obrero
		6-Empleado
		7-Comerciantes
		8-Ocupación técnica
9	Nivel de Ingresos	0-Malo
		1-Regular
		2-Bueno
		3-Muy bueno
10	Dependencia Económica	0-No hubo respuesta
		1-Sí
		2-No
11	Número de Intentos	1
		2
		3
		4
		5 etc.
12	Método utilizado	0-Se desconoce
		1-Se cortó las venas
		2-Barbitúricos y Medicamentos
		3-Pistola
		4-Aventarse al vacío
		5-Gas
		6-Veneno

COLUMNA	CONTENIDO	CALIFICACION
13	Método utilizado la 2a. vez.	<p>7-Comer vidrio</p> <p>8-Dejarse atropellar</p> <p>9-Lesiones con navajas y objetos cortopunzantes. (en otras partes del cuerpo y no específicamente para cortarse las venas).</p> <p>0-No hubo segunda vez.</p> <p>1-Se cortó las venas.</p> <p>2-Barbitúricos y Medicamentos.</p> <p>3-Pistola</p> <p>4-Aventarse al vacío</p> <p>5-Gas</p> <p>6-Veneno</p> <p>7-Comer vidrio</p> <p>8-Dejarse atropellar</p> <p>9-Lesiones con navaja y objetos cortopunzantes, (en otra parte del cuerpo y no específicamente para cortarse las venas).</p>

COLUMNA	CONTENIDO	CALIFICACION
14	Lo hizo saber	0-No hay datos 1-Sí 2-No
15	Esperó ayuda	0-No hay datos 1-Sí 2-No
16	A quien quería que afectara su acción.	0-No hay datos, o no hubo respues- ta. 1-A nadie 2-Otro familiar 3-Novio (a). Esposo (a) 4-Extraños
17	Reacción actual	0-No hay datos 1-Mala 2-Regular 3-Buena 4-Muy buena
18-19	Razones para el intento	0-Se desconocen 1-Soledad 2-Hostigamiento de la familia o pro- blemas familiares. 3-Depresión

COLUMNA	CONTENIDO	CALIFICACION
		4-Decepción amorosa
		5-Vida sin sentido
		6-Crisis emotiva
		7-Mala situación económica.
		8-Depresión y decepción amorosa. (El sujeto cita específicamente estas razones a la vez)
		9-Buscar comprensión
		10-Pérdida de un familiar.
		11-Crisis emotiva y mala situación económica. (El sujeto cita específicamente estas dos razones a la vez).
20	Hubo hospitalización	0-No hay datos 1-Sí 2-No
21	Algún familiar intentó o realizó suicidio	0-No hay datos 1-Sí 2-No
22-23	Escala ? (sin contestar)	0-11.....
24-25	" "L" (mentira)	0-15
26-27	" "F" (confusión, reconocimiento de -- problemas)	0-64

COLUMNA	CONTENIDO	CALIFICACION
28-29	Escala "K" (Esc. correcc. de escalas clínicas).	0-30
30-31	" Hs. (Hipopondr.)	0-33. + f.k.
32-33	" D. (Depresión)	0-60
34-35	" HI. Histeria	0-60
36-37	" Dp. (Desv. Psicopát)	0-50. + f.k.
38-39	" Mf. (masc. fem.)	0-60
40-41	" Pa. (Paranoia)	0-40
42-43	" Pt. (Psicastenia)	0-48. + f.k.
44-45	" Es. (Esquizofrenia)	0-78. + f.k.
46-47	" Ma. (Hipomanía).	0-46. + f.k.
48-49	" Si. (Introv. Extrov.)	0-70
	Escalas sin agregado del factor k.	
50-51	Escala ? (sin contestar)	0-11.....
52-53	" "L" (mentira)	0-15
54-55	" "F" (confus. reconoc. de problemas).	0-64
56-57	" "K" (escal. correcc. escalas clínicas).	0-30

COLUMNA	CONTENIDO	CALIFICACION
58-59	Escala clínica... Hs. (Hipo-- condr.)	0-33 (no hay factor k)
60-61	" D. (Depresión)	0-60
62-63	" Hi. (Histeria)	0-60
64-65	" Dp. (Desv. -- Psicopát.)	0-50 (no hay factor k)
66-67	" Mf. (Masc. fem)	0-60
68-69	" Pa. (Paranoia)	0-40
70-71	" Pt. (psicaste- nia)	0-48 (no hay factor k)
72-73	" Es. (Esquizo- frenia)	0-48 (no hay factor k)
74-75	" Ma. (hipoma-- nfa).	0-46 (no hay factor k)
76-77	" Si. (Introv. Extrov.)	0-70

PRINCIPALES VARIABLES EN EL APAREAMIENTO DE DATOS EN LA INVESTIGACION

GRUPO EXPERIMENTAL

GRUPO CONTROL

<u>Orden Numérico</u>	<u>Sexo</u>	<u>Edad</u>	<u>Estado Civil</u>	<u>Escolaridad</u>	<u>Ocupación</u>	<u>Orden Numérico</u>	<u>Sexo</u>	<u>Edad</u>	<u>Estado Civil</u>	<u>Escolaridad</u>	<u>Ocupación</u>
01	Masc.	17	Solt.	Secundaria	Estudiante	01	Masc.	17	Solt.	Secundaria	Estudiante
02	"	19	"	Preparatoria	"	02	"	19	"	Preparatoria	"
03	"	19	"	"	"	03	"	19	"	"	"
04	"	20	"	Primaria	"	04	"	20	"	Primaria	"
05	"	20	"	Preparatoria	"	05	"	20	"	Lic. Inc.	"
06	"	22	"	Lic. Inc.	"	06	"	22	"	Lic. Inc.	"
07	"	23	Unión Libre	Secundaria	Sec. Com.	07	"	23	Unión libre	Preparatoria	Empleado
08	"	24	Solt.	Lic. Inc.	Empleado	08	"	25	Solt.	Lic. Inc.	"
09	"	24	"	Preparatoria	Estudiante	09	"	24	"	Lic. C.	Ej. prof.
10	"	24	"	Lic. Inc.	Ninguna	10	"	24	"	Lic. Inc.	Ninguna
11	"	26	"	Secundaria	Ninguna	11	"	24	"	Preparatoria	Ninguna
12	"	26	"	Ens. Técnica	Estudiante	12	"	26	"	Ens. Técnica	Estudiante
13	"	29	"	Secundaria	Empleado	13	"	29	"	Preparatoria	Empleado
14	"	33	Casado	Lic. Compl.	Ej. prof.	14	"	33	Casado	Lic. Compl.	Ej. prof.
15	"	35	Casado	Lic. Incomp.	Empleado	15	"	37	Casado	Lic. Inc.	Ocup. téc.
16	"	35	Divorc.	Ens. Técnica	Ocup. téc.	16	"	36	Divorc.	Ens. Técnica	Ocup. téc.
17	"	36	"	Lic. Compl.	Empleado	17	"	33	"	Preparatoria	Empleado
18	"	36	Casado	Primaria	Obrero	18	"	35	Casado	Primaria	Obrero
19	Fem.	16	Solt.	"	Hogar	19	Fem.	16	Solt.	Preparatoria	Estudiante
20	"	17	"	Preparatoria	Estudiante	20	"	17	"	Preparatoria	Estudiante
21	"	17	"	Secundaria	"	21	"	18	"	"	Estudiante

GRUPO EXPERIMENTALGRUPO CONTROL

<u>Orden Numérico</u>	<u>Sexo</u>	<u>Edad</u>	<u>Estado Civil</u>	<u>Escolaridad</u>	<u>Ocupación</u>	<u>Orden Numérico</u>	<u>Sexo</u>	<u>Edad</u>	<u>Estado Civil</u>	<u>Escolaridad</u>	<u>Ocupación</u>
22	Fem.	19	Solt.	Primaria	OC. Técnica	22	Fem.	18	Solt.	Primaria	Obrera
23	"	19	"	Lic. Inc.	Estudiante	23	"	19	"	Lic. Inc.	Estudiante
24	"	19	Casada	Otros	Secretaria	24	"	19	Casada	Otros	Secretaria
25	"	20	Solt.	Lic. Inc.	"	25	"	20	Solt.	Lic. Inc.	Estudiante
26	"	20	"	Preparatoria	Estudiante	26	"	20	"	Preparatoria	Secretaria
27	"	20	"	Otros	Estudiante	27	"	18	"	Secundaria	Estudiante
28	"	20	"	Lic. Inc.	Secretaria	28	"	20	"	Lic. Inc.	"
29	"	20	"	Preparatoria	Estudiante	29	"	20	"	Lic. Inc.	"
30	"	20	"	Primaria	Empleada	30	"	21	"	Secundaria	Empleada
31	"	20	"	Secundaria	"	31	"	21	"	"	"
32	"	21	"	Lic. Inc.	Estudiante	32	"	21	"	Secundaria	Estudiante
33	"	22	Casada	Secundaria	Hogar	33	"	22	Casada	Preparatoria	Estudiante
34	"	20	Solt.	Otros	Secretaria	34	"	23	Solt.	Secundaria	Secretaria
35	"	22	"	Lic. Inc.	Ninguna	35	"	22	"	Lic. Inc.	Empleada
36	"	22	Casada	Lic. Inc.	Estudiante	36	"	25	Casada	Secundaria	Estudiante
37	"	22	Solt.	Otros	Secretaria	37	"	22	Solt.	Lic. Inc.	Estudiante
38	"	23	"	Secundaria	Secretaria	38	"	22	"	Secundaria	Secretaria
39	"	25	Casada	Primaria	Estudiante	39	"	23	Casada	Primaria	Estudiante
40	"	25	Unión Libre	Secundaria	Hogar	40	"	25	Unión Libre	Secundaria	Hogar
41	"	26	Casada	Secundaria	Secretaria	41	"	25	Solt.	"	Empleada
42	"	25	Solt.	Secundaria	Secretaria	42	"	26	"	Ens. Téc.	Ocup. Téc.
43	"	26	"	Preparatoria	Estudiante	43	"	25	"	Otros	Estudiante

GRUPO EXPERIMENTALGRUPO CONTROL

<u>Orden Numérico</u>	<u>Sexo</u>	<u>Edad</u>	<u>Estado Civil</u>	<u>Escolaridad</u>	<u>Ocupación</u>	<u>Orden Numérico</u>	<u>Sexo</u>	<u>Edad</u>	<u>Estado Civil</u>	<u>Escolaridad</u>	<u>Ocupación</u>
44	Fem.	26	Solt.	Ens. Normal	Ej. prof.	44	Fem.	26	Casada	Ens. Normal	Ej. prof.
45	"	26	"	Otros	Empleada	45	"	26	Solt.	Otros	Estudiante
46	"	29	"	Preparatoria	Secretaria	46	"	30	"	"	Secretaria
47	"	30	"	"	Hogar	47	"	30	"	Preparatoria	Hogar
48	"	33	"	Ens. Téc.	Ninguna	48	"	34	"	Ens. Téc.	Ocup. Téc.
49	"	39	Casada	Primaria	Empleada	49	"	40	Casada	Primaria	Empleada
50	"	60	"	Primaria	Hogar	50	"	60	"	"	Hogar
51	"	69	Viuda	"	Ocup. Téc.	51	"	68	Viuda	"	Hogar

"Perfil Psicológico registrado con el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.), en sujetos con intentos de Suicidio".

FE DE ERRATAS

<u>Colocación</u>	<u>Dice</u>	<u>Debe decir</u>
1-Dedicatorias. pág.#4. Ren- glón #5.	más	mas
2-pág.#55. Ren- glón #16.	psiquiáticos	psiquiátricos
3-pág.#72. Ren- glón # 14.	ocupación téc- nica	educación técnica
4-pág.#84. Colum- na #2. Renglón # 4.	4.898	5.588
5-pág.#84. Co- lumna # 2. Ren- glón # 5.	2.240	12.240
6-pág.#84. Colum- na #2. Renglón # 6.	14.216	12.608
7-pág.#84. Colum- na # 4. Renglón # 18.	5.033	5.333
8-pág.#85. Columna # 2 . Renglón # 4.	4.898	5.588
9-pág.#85. Columna # 4. Renglón # 18.	5.033	5.333
10-pág.#110. Apéndice #3. Escala de Validez "L"	8	7