



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO DE ALGUNOS FACTORES DE LA
CONDUCTA SEUDOSUICIDA
EN TRES INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DEL D. F.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N

FANY EISENBERG GLANTZ

MARIA TERESA MARGAIN COMPEAN

ESTE TRABAJO REALIZADO POR LAS DOS
SUSTENTANTES, NO SIGNIFICA UNA APORTACION
DESIGUAL DE UNA Y OTRA.

México, D. F.

1978



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

**A MI HERMANO JORGE QUIEN HACE ONCE AÑOS ,
UN 20 DE JULIO, SUPO OPTAR POR EL DEJAR DE SER,
PROVISTO DE AZORANTE Y DOLOROSA VALENTIA**

MARIA TERESA



**A PAUL a quien admiro y respeto por ser un gran amigo
y compañero.**

**A MIS PADRES por enseñarme que solo aquel que lucha
en la vida logra sus objetivos.**

A MIS HERMANOS

**A ANGEL SAN ROMAN por brindarme su ayuda y
estímulo a lo largo de mi carrera**

FANY

AGRADECEMOS LA AYUDA QUE NOS BRINDARON

Arq. Arturo Ayala Gastelum

Ing. Paul Shvartzer Litvak

Fisico Julio César Margain

Dr. Hector Lara Tapia

Dr. Francisco Gómez Mont

Dra. Teresa Rueda

Dr. Tito Felix Masa

AGRADECEMOS MUY ESPECIALMENTE A:

**JOSE E. ITURRIAGA QUIEN CON SU ERUDICION, ENTUSIASMO Y GRAN
PACIENCIA NOS TRASMITIO EL GUSTO POR LA INVESTIGACION**

OFELIA RIVERA POR SU VALIOSA AYUDA EN LA DIRECCION DE ESTA TESIS.

**EUGENIO AGUILAR QUIEN CON SU DEDICACION Y APOYO LOGRAMOS EL
OBJETIVO DE ESTA TESIS.**

H. JURADO

Dr. Abraham Fortes

Dr. Julian Mac Gregor

Dr. Angel San Roman

Lic. Octavio de la Fuente

Psic. Ofelia Rivera

00

	Pág.
INTRODUCCION	
a) El propósito	11
b) La importancia	11
c) Las limitaciones	11

II. SUICIDIO Y SEUDOSUICIDIO. Distintos aspectos del problema.

1. Estadísticas sospechosas	13
2. Definición del suicidio	16
3. Tesis sicoanalítica freudiana	18
4. El lema nietzscheano de vivir peligrosamente	20
5. Goethe y el suicidio	20
6. El sociologismo y el sicologismo en el suicidio	21
7. Eclectisismo frommiano	22
8. ¿es el suicida un sicótico?	22
9. El suicidio y la latitud.	23
10. Vivir es vivir por algo y para algo	24
11. El suicidio y las clases sociales	25
12. Definiciones y teorías del seudosuicidio	25
13. El investigador frente al seudosuicidio y el suicida	29
14. Nos comemos la muerte	30
15. Suicidios y seudosuicidios en los Censos de Población de 1970	31

III. SIETE LUSTROS DE INTENTOS FEMENINOS DE SUICIDIOS SEGUN LOS CENSOS DE POBLACION DE MEXICO.	39
---	-----------

IV. METODOLOGIA

1. Material utilizado	43
2. Descripción de las escalas	46
a) escalas de validez	
b) escalas clínicas	
3. Administración	52
a) calificación de la forma larga	
b) calificación de la forma corta	
4. Sujetos	60
5. Método	64

V. HIPOTESIS	94
---------------------	-----------

- a) hipótesis generales
- b) hipótesis de trabajo

VI. RESULTADOS	96
-----------------------	-----------

- a) hipótesis generales
- b) hipótesis de trabajo
- c) resultados en puntaje T

VII. CUADROS CON TABLAS, GRAFICAS Y COMENTARIOS

Pág.

a) edad	105
b) estado civil	109
c) ocupación	112
d) escolaridad	115
e) causas	118
f) meses del año	122
g) reincidencias	126
h) medios empleados	129
i) lugar	132

VIII. PROPUESTA DE ALGUNOS MEDIOS PREVENTIVOS

136

IX. CONCLUSIONES

138

X. BIBLIOGRAFIA

141

INTRODUCCION

Propósito, importancia y limitaciones.

a) El propósito de nuestra tesis consiste en estudiar el intento de suicidio, realizado en forma individual por 40 mujeres que se encontraban hospitalizadas y cuya edad oscilaba entre los 15 y 35 años. Se tomó en cuenta cualquier tipo de conducta que demostrara la presencia del intento de suicidio a efecto de contrastarlo con otro grupo de mujeres de la misma edad que nunca intentaron suicidarse.

b) La importancia del estudio, según nuestro criterio, consiste en verificar la utilidad de algunas pruebas psicológicas que puedan auxiliar en la prevención de nuevos intentos suicidas mediante la detección temprana de éstos. Se trata en verdad de un tema al cual se ha prestado muy poca atención en México. Se pueden contar con los dedos de la mano el número de personas interesadas en un tema tan sugestivo, como es el intento de suicidio o seudosuicidio. Aún cuando en nuestro país --como en otros-- no existe un registro exacto de este fenómeno por las razones enumeradas más adelante, el tema es de tal importancia, que requiere ser estudiado lo más ampliamente posible.

c) Las limitaciones a que nos enfrentamos en este trabajo son, entre otras:

a) que de las 40 mujeres examinadas todas ellas pertenecían a la población urbana, no rural;

b) que fueron internadas, después de su intento, en tres hospitales gubernamentales psiquiátricos --Lavista, San Rafael y Floresta-- ninguno de los cuales son hospitales privados;

c) que su edad sólo oscilaba entre los 15 y los 35 años de edad;

d) que la técnica elegida fue el MMPI todavía no estandarizada para la población mexicana, lo que quizá arrojó un margen de error imprevisto en los resultados;

e) que lo extenso del MMPI, con sus 566 reactivos, favorece la fatiga que provoca el responder a tanta pregunta, sobre todo en personas de bajo nivel educativo, de corto rendimiento intelectual o con problemas de conciencia grave que no les permiten responder;

f) que el estudio sólo pudo realizarse en aquellos casos en que, por distintas razones, las pacientes tuvieron que ser hospitalizadas, perdiendo así la oportunidad de estudiar aquellos casos que se manejan por el médico dentro del ambiente puramente familiar;

y g) que al investigar en los hospitales mencionados encontramos frecuente resistencia para tener acceso a las pacientes.

SUICIDIO Y SEUDOSUICIDIO

Distintos Aspectos del Problema

I. Estadísticas Sospechosas.

El trabajo contenido en la presente tesis no es una investigación exhaustiva. Es el trazo de una línea de pensamiento, susceptible de ser retocada con una investigación posterior en cuyo texto se comprueben o eliminen algunas de las afirmaciones hechas en el presente trabajo.

No obstante ello, concebida nuestra tesis tal como el vocablo lo indica en griego, como una postura o proposición, ésta acaso tenga el mérito de sugerir si se explora más en un campo impregnado de posibilidades y ansioso de respuestas satisfactorias. La oportunidad es ahondar más en esta línea de investigación en torno al seudosuicidio, la hemos de buscar en la coyuntura ligada al grado de maestría al que optemos en el futuro.

Uno de los grandes torpezos --honorablemente contemplados-- a que nos hemos enfrentado en el curso de esta investigación, consiste en dilucidar, con la máxima atendibilidad, si los cuarenta casos examinados corresponden a personas que realmente intentaron suicidarse sin haber logrado su propósito o si tales personas estuvieron movidas por el deseo de aparentar suicidarse para lograr así, con esta mascarada, la máxima atención de sus familiares y la mayor rentabilidad para sus intereses emocionales.

Si realmente hubiese habido el propósito preciso de privarse de la vida para escapar del asedio emocional, pero sin lograrlo por causas ajenas a esa voluntad escapista, entonces sí podríamos decir que cada una de las cuarenta examinadas fueron seudosuicidas reales. En cambio, si se tratase de una farsa más o menos bien tramada, dentro de la cual se calcularon todos los riesgos para no escapar de la vida sino para escapar de la muerte, entonces no se trata propiamente de seudosuicidas reales sino de seudosuicidas simuladores.

Para superar este tropiezo nos propusimos, a lo largo de nuestra indagación, depurar con el mayor cuidado las declaraciones de las pacientes --fuesen éstas seudosuicidas reales o simuladoras-- y en tales declaraciones hemos podido colegir que sí hubo en todos los casos una voluntad consciente de morir, no obstante que de manera inconsciente no la hubo en la mayoría de los casos. Esto lo aclararemos, matizaremos y cuantificaremos más adelante en este capítulo.

En lugar de lanzarnos a una indagación muy amplia que a la postre acabaría por ser dispendiosa por falta de profundidad, optamos por concentrar como objetivo de nuestro estudio el examen directo de 40 mujeres seudosuicidas, ello con la mira de observar la frustración de esa privación de la vida desde distintos ángulos que pudieran conducirnos a conclusiones no ausentes de atendibilidad. Es claro que si se afina más el método empleado y se le enriquece, podríamos en una fase posterior extender el número de examinadas para que sean más precisas todavía las conclusiones a que hayamos podido llegar. Así llenaríamos los huecos que hayamos dejado y que sometemos a la consideración de nuestros sinodales.

Y toda vez que hemos empleado el método estadístico en nuestro trabajo, cabe subrayar una advertencia procedente: las cifras consignadas en las publicaciones censales, tanto en México como de otros países son incompletas, a la vista de que buena parte de los seudosuicidios reportados suelen ocultarse por los familiares respectivos, movidos éstos por la censura social que suscita tan dramático trance dentro de la sociabilidad de las seudosuicidas y de su constelación familiar. Así lo reconocen la mayoría de los tratadistas y estudiosos que han escarbado dentro del interesante tema del seudosuicidio. No obstante ello, hicimos nuestra investigación, a partir de saber que son incompletos los datos censales recabados al respecto: pero siempre es mejor basarse en cifras estadísticas oficiales, que en lo que podría llamarse cálculo a ojo de buen cubero.

Esa incertidumbre crece conforme el sujeto de estudio va ascendiendo en la



escala social, pues el seudosuicida de las clases acomodada y media alta es a menudo protegido con un certificado médico que acredita una supuesta enfermedad que nada tiene que ver con la decisión --o indecisión-- del seudosuicida. Claro que el propósito de ocultar los intentos frustrados de suicidio también lo alientan otras estratas de las clases medias, e incluso de las populares, pero por falta de recursos económicos para comprar la venalidad médica, tales casos de seudosuicidios salen a la luz pública. No obstante ello, muchos casos de ocultamiento de seudosuicidas escapan al examen del investigador, merced a que los familiares del seudosuicida de las clases populares y de la media pobre logran en la delegación respectiva --a una tarifa más baja-- la salida u ocultamiento de quien intentó privarse de la vida.

No es inútil agregar que hay un factor más que impide obtener estadísticas completas sobre los intentos de suicidio y consiste en que una vez remitido el seudosuicida al hospital psiquiátrico, el personal médico suele sustentar el criterio de no recluir al paciente por tres razones: porque se considera intrascendente el caso, o por falta de camas para hospitalización, o porque los familiares asumen la responsabilidad de la custodia y vigilancia del seudosuicida. Todos estos factores ciertamente reducen en forma considerable la estadística vinculada al fenómeno que nos hemos propuesto estudiar, no obstante las limitaciones enumeradas.

Pero sea ello lo que fuere, lo cierto es que los familiares de nuestras 40 investigadas no pudieron ocultar el seudosuicidio en que incurrieron y, beneficiarias como eran del Instituto Mexicano del Seguro Social y de otros organismos similares, fueron enviadas desde las delegaciones a los centros psiquiátricos citados. Una vez admitidas, allí realizamos nuestra investigación directa.

2. Definición del suicidio.

Si hemos de estudiar el seudosuicidio, conviene recordar no solo las definiciones y teorías más importantes sustentadas sobre dicho fenómeno sino las definiciones y teorías ligadas al suicidio consumado. Es decir, primero vamos a ver lo que es el acto de privarse de la vida y luego lo que pudo ser el acto de privarse de la muerte, sea ese acto fingido o real.

Empezaremos pues a observar qué mecanismo motivacional conduce al ser humano a dejar de lado el instinto más profundo que posee: el instinto de conservación de la vida, para disponerse a privarse de ella.

El sicólogo clínico, movido por el afán de desentrañar la etiología del suicidio no subraya el ingrediente sicótico o no que él suponga, aún cuando sabe que el instinto primario de todo ser viviente es el de seguir siéndolo, de prolongar la existencia que le llegó en forma inconsulta y sabedor el sicólogo, por tanto, que rechazar la vida es anormal, aún cuando esa anormalidad sea fortuita o tardía o sorpresiva o transitoria.

Es tema adecuado al sicólogo clínico más bien el de inquirir alrededor de si quien apela su propia mano al terrible dejar de ser --como diría Unamuno-- fue víctima de un raptó o de un rato de enajenación. En el caso de los reincidentes, es evidente que sí.

Conviene advertir que casi todas las definiciones de suicido, con diferentes matices y ecuaciones, incluyen las que siguen:

- a).- La iniciación de un acto que produce la muerte del que lo inicia;
- b).- el hecho de querer un acto que conduce a la muerte del que lo desea;
- c).- el deseo subrepticio de autodestrucción;
- d).- la pérdida de voluntad de vivir;
- e).- La motivación para buscar la muerte por la propia mano o por mano de otro que conduzca a la iniciación de un acto que a su vez produzca la muerte del promotor;
- f).- el conocimiento por parte del futuro suicida de la relación que existe entre sus actos y el estado objetivo de muerte;
- g).- el grado de integración central de las decisiones de quien inicia un acto que lo lleva a la privación de su propia vida;
- h).- el grado de firmeza o persistencia de la decisión de iniciar un acto que provoque la muerte del actor;
- i).- la eficiencia de un acto que conduzca rectamente a la muerte;
- j) y última.- el acto humano intencionado de interrupción del propio ser cometido contra si mismo, con plenitud de conciencia de que los medios empleados realizarán sin duda el deseo de morir, no de inflingirse heridas o mutilarse, de tal suerte que con notas postreras o sin ellas se pueda advertir con claridad el propósito de hacer cesar en forma consciente la propia vida.

Las anteriores definiciones --como toda definición orientada a ser concisa-- dejan un sabor de insatisfacción y requieren por tanto de un esfuerzo explicativo. Lo vamos a emprender desde luego.

La primera definición --la de iniciar sin titubeos un acto que produce en forma directa la propia muerte, cualquiera que sea el medio empleado-- sería ciertamente la negación rotunda del instinto de conservación de la vida.

La segunda definición supone el desear un acto que conduzca en forma indirecta a la muerte de quien la persigue.

La tercera definición indica un afán subterráneo o solapado de autodestruirse, a fin de que su vida cese.

La cuarta definición podría interpretarse como una forma pasiva de buscar la muerte, supuesto que se ha perdido la voluntad de vivir.

La quinta definición consiste en estar movido, desde los sótanos menos aereados de la vida interior, para hallar la muerte por sí mismos o por interpósita persona.

La sexta definición no es otra que la de saber con certeza que los medios empleados para hacer cesar la propia vida conducen a ello sin equívoco alguno.

La séptima parece indicar que debe haber tal coherencia y coordinación en los diferentes actos realizados, que conduzcan en verdad a la propia muerte.

La octava es muy clara, pues alude tanto a la firmeza como a la persistencia en el propósito de provocar la muerte de un modo certero.

La novena definición es una variante de la inmediata anterior, ya que se refiere a la eficacia del medio empleado para conducir rectamente a la privación de la vida.

La décima y última definición es acaso la más completa, pues se refiere a que la muerte se busca con intención consciente y clara del occiso, a la vista de los medios que empleó, no para herirse o mutilarse, sino para extinguirse, sin importar que se hayan dejado o no escritos patéticos o fríos.

3. Tesis sicoanalítica freudiana.

Aquí cabría invocar la tesis sicoanalítica freudiana del suicidio, según la cual el suicida --movido por el binomio amor-odio-- es un homicida potencial, quien en lugar de privar de la vida a otro, vuelve su objetivo sobre sí mismo, pues de lo que se trata es de suprimir una vida ligada a ese binomio, y la vida que tiene más a mano es la suya propia- .

Quizá por ello --por la represión proveniente de la educación y el rango social--, acaso el homicidio se registre en un índice menor en las clases altas que en las clases populares, pues éstas suelen desfogar en otra persona su instinto homicida anexo al suicidio. O dicho en otras palabras: el suicidio en las clases altas podría ser un homicidio a la inversa y, por el contrario, el suicidio en las clases populares --que lleva encinta el instinto homicida-- podría ser un homicidio directo.

A este propósito puede formularse esta apostilla: entrenadas como están las clases populares desde hace siglos para la pobreza, la indefensión y el desvalimiento, su capacidad de resistir el dolor es tan alta que no las lleva a incurrir en suicidio sino que desvían la puntería hacia los delitos de sangre.

Estas tesis independientemente de que se apoya en los diversos Censos de Población de México-- podría apoyarse también en algunas cifras consignadas por Fromm en su libro Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea. Tales cifras las vamos a ofrecer y no se refieren propiamente a las clases sociales sino a dos países europeos que ostentan notorias diferencias en su ingreso per-capita, o sea a un país homogéneamente rico y a un país con profunda heterogeneidad en sus niveles de vida: Dinamarca e Italia. Mientras en el primero hay un índice de 35.09 suicidios y solo 0.67 homicidios por cada 100,000 habitantes, en Italia la proporción es casi igual entre unos y otros: 7.67 suicidios y 7.38 homicidios por cada 100,000 habitantes. Sin duda alguna --y esto no lo subraya Fromm sino nosotras-- a esta proporción semejante entre suicidios y homicidios registrados en Italia, contribuyó activamente la pobreza del Messogiorno en contraste con la opulencia de las tres provincias norteñas: el Piamonte, la Lombardía y el Venetto.

No es por completo inválida la comparación que hacemos entre clases altas y países ricos y clases populares y países pobres. Esto lo creemos honestamente.

4. El lema nietzscheano de vivir peligrosamente.

En la medida en que la muerte sea la culminación de la vida, el lema de Nietzsche que aconsejaba vivir peligrosamente, supone una actitud suicida. Un refrán popular quizá lo exprese mejor, por ejemplo éste: "El que ama el peligro en él perece". Ese amor puede ser consciente o inconsciente. Si es consciente, puede adoptar dos formas: la búsqueda de la muerte por la vía sugerida por el filósofo alemán y la búsqueda de la muerte por la vía del heroísmo.

Probablemente ésta sea la forma más plausible de vivir peligrosamente y de arrebatarle la vida: la de quien con toda lucidez busca un martirologio para salvar a su familia, o su ciudad, o su patria, o lucha por el bienestar de la humanidad entera. En los primeros tres casos se logra a veces tales propósitos: es cuando aparece el suicida transformado en héroe. Pero en este último caso, el suicida quizá padezca un complejo de megalomanía o digamos de redentor crucificado, sin lograr a corto ni a mediano ni a largo plazo, la meta que lo llevó a sacrificar su vida por la salvación de la especie humana.

Si, por el contrario, la búsqueda de la muerte es inconsciente, entonces nos hallamos frente a quien podríamos llamar un suicida tácito, y lo es porque no rodea de seguridades su propia existencia: descuida su salud, se mezcla en actividades ominosas, provoca reyertas acaso con el fin de no confesado de ser agredido, guía con rapidez su automóvil, o se inclina al alcoholismo, a la drogadicción o al tabaquismo. Esa actitud vital o, mejor aún, actitud mortal, nos permite introducir la nomenclatura de suicida tácito antes expresada, cuya conducta es opuesta al del seudosuicida histriónico o simulador. No confiesa su deseo de quitarse la vida, si bien persiste con tenacidad en tal deseo.

5. Goethe y el suicidio.

No es desdeñable la posición de Goethe con respecto al marco emotivo y romántico en que se produce el suicidio, pues el poeta alemán fue un hombre que

nunca ocultó su simpatía por el suicida, a pesar de la severidad de la legislación de la época que condenaba y clasificaba como figura delectiva el hecho de privarse de la existencia, bárbara penología esa, pues solía extender el castigo no sólo a los familiares de la víctima sino que la punición alcanzaba a la memoria misma del suicida y a su honor e incluso a su patrimonio heredable. Erich Fromm subraya el hecho de que los indios zuni del suroeste de los Estados Unidos, que viven dentro de un relativo bienestar, lo que más les importa en la vida es vivirla, no las cosas ni su posesión. Por eso "el suicida está fuera de la Ley"

6. El sociologismo y el sicologismo en el suicidio.

El positivismo de Durkheim --un clásico en la materia en torno al suicidio-- intentó ubicar el fenómeno de la privación de la vida dentro de la sociología y cargó el acento etiológico del suicidio más en factores exógenos que en factores endógenos.

Notoria como es la parcialidad y la perspectiva en la que se coloca Durkheim para observar el fenómeno del suicidio, escuelas posteriores adscritas al campo de la psicología han incurrido también en otra parcialidad: cargan el acento en mecanismos internos del síquismo del suicida, dejando de lado los factores socioeconómicos que concurren en la aparición del suicidio.

¹ Es obvio que una postura ecléctica es la fórmula más pertinente y equilibrada para explicar lo que sea el suicidio.¹¹

Algunas veces, es cierto, parecen predominar las presiones compulsivas socioeconómicas en el hecho de privarse de la vida y que llevan a la víctima a ese trance dramático, aún cuando haya sido notoria la normalidad de su vida psicológica según testimonio de quienes lo rodearon. Y es cierto también, por otra parte, que algunas veces los factores mesológicos no tienen nada de adverso para el suicida, sino que dentro de él mismo lleva el germen de desequilibrio emotivo que habrá de conducirlo a su fatal decisión. En el primer caso, se sorprende o azora el marco de sociabilidad en que se movió el suicida; en el segundo caso podría decirse que

hasta los más distraídos auguraban el fin al que habría de llegar el suicida.

A los datos extremos anteriores, hay que agregar el de una gran mayoría de suicidas dentro de la cual contribuyen los dos factores causales aludido en igual proporción: el ambiental y el interno o psicológico. La tarea del estudioso acerca de tan interesante tema consiste en medir y sopesar, con la mayor pulcritud mental y asepsia científica, el porcentaje que corresponda a uno y otro factor como causales del suicidio.

7.. Ecléctismo Frommiano

Erich Fromm en su Anatomía de la Destructividad Humana, representa la síntesis del sicologismo y del sociologismo como factores explicativos de las causas del suicidio. Y no es desechable, ni mucho menos, la tesis de Fromm de que el hombre necesita de un sistema social en que tenga cabida y cobijo y donde sus relaciones con los demás sean relativamente estables y se sustenten en valores e ideas de aceptación general, aún dentro de una sociedad plural en lo político.

Por ello Fromm, con gran agudeza, critica a la sociedad industrial moderna en la que tales valores y lazos sociales van desapareciendo progresivamente, razón por la cual el hombre masa se siente aislado dentro de la muchedumbre a la que pertenece. Y, sin desdeñar Fromm, a Durkheim, no rechaza la tesis de que un fenómeno causal del suicidio es la anomia, según la cual ésta quebranta los vínculos sociales tradicionales por el hecho de que toda organización verdaderamente colectiva se ha hecho secundaria con respecto al Estado y que toda vida genuina, auténtica y espontánea va quedando aniquilada.

8. ¿Es el suicida un sicótico?

El apartado anterior nos lleva de la mano a una cuestión: ella consiste en saber si todos los suicidas eran o no sicóticos. La respuesta parcial suena así: quien incurrió en el acto de privación de la vida por fuertes presiones compulsivas externas a él, acaso no fue sicótico sino que, precisamente por esas presiones,

brotó en él de manera súbita un estado de enajenación que lo condujo al suicidio. Casos de este tipo suelen ser mucho más frecuentes de lo que se piensa y no sería inútil que alguien hiciera un inventario, lo más exhaustivo posible, de hombres de vida psicológica "normal" que llegaron al suicidio merced a un ataque súbito de perturbación de sus facultades mentales.

Zilboorg creía que la mayoría de los suicidios eran cometidos por personas consideradas como "normales" antes del acto. Por otro lado, Lewis consideraba que todas las personas que se suicidaban o hacían intentos serios de suicidio eran, por ese mismo acto, esencialmente sicóticas. Fromm por su parte, sostiene en su *Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea*, que "los móviles del homicidio probablemente son menos expresivos de causas patológicas que los del suicidio".

Ante puntos de vista tan antitéticos, podría recordarse ahora un refrán popular: "No hay loco que coma lumbre". A este refrán habría que agregarle una interrogante más: ¿se trata de la lumbre de quitarse la propia vida?

9. El suicidio y la latitud.

Otra veta más para ser explorada sería la del ligamen que haya entre el suicidio y la latitud con el Ecuador: en nuestras zonas tropicales es mayor el índice de suicidios con respecto al registrado en los estados fronterizos, pues Tabasco se anotó un mayor porcentaje de suicidios con respecto al volumen de su población.

Este último aserto contradice, en cierta forma, las cifras bien conocidas correspondientes a uno de los países del mundo más alejados del Ecuador y que es, digamos, campeón mundial de suicidios por habitante: Suecia.

Sin duda, un elemento que contribuye a tan funesto campeonato, consiste en que el sueco, desde hace varios decenios, alcanzó altos niveles de seguridad social que van de la cuna a la tumba, lo que arrebató todo interés en la existencia de ese pueblo: pueblo de ricos, los suecos todo lo tienen y optan por el suicidio como una

escapatoria merced a una ausencia de cálido sentido vital. Es un pueblo, el sueco, que se suicida por spleen, tal como a menudo lo hacen las clases altas.

10. Vivir es vivir por algo y para algo.

Claro está que vivir en el hombre no es sólo vegetar. Tampoco sobrevivir meramente. Vivir es también vivir por algo y para algo. Vivire militare est, decía Séneca, insinuando así que vivir es combatir con tesón por un propósito determinado.

Tal propósito no es otro --o no debe ser otro-- que el realizar el haz de valores heredados por la constelación familiar y dentro de la comunidad a la que se pertenece, toda vez que el hombre, aparte de lo que tiene de ente biológico es también un ser valorativo y finalista, axiológico y teleológico. Vive para realizar fines vitales y para concretar, en su propia e incanjeable existencia, las valoraciones transmitidas por la historia y prolongadas y enriquecidas de generación en generación: desde la recibida de su familia hasta la recibida de los ancestros más remotos, aquellos que fraguaron el acervo cultural heredado y difundido escolar y extraescolarmente.

No obstante ello, el hombre posee una extraña facultad o un azorante arbitrio: la de suprimir su existencia, si así lo quiere. Por eso no es inoportuno citar ahora una afirmación de Ortega y Gasset impregnada de profundidad filosófica. Es esta: "La necesidad de vivir no le es impuesta a la fuerza, como le es impuesto a la materia no poder aniquilarse. La vida --necesidad de necesidades-- es necesaria sólo es un sentido subjetivo; simplemente porque el hombre decide autocráticamente vivir. Es la necesidad creada por un acto de voluntad, acto cuyo sentido y origen seguiremos soslayando y de que partimos como un hecho bruto. Sea por lo que sea, acontece que el hombre suele tener un gran empeño en pervivir, en estar en el mundo, a pesar de ser único ente conocido que tiene la facultad --ontológica o metafísicamente tan extraña, tan paradójica, tan azorante-- de poder aniquilarse y dejar de estar ahí, en el mundo".

Por su parte Voltaire subraya el enérgico y feroz carácter volitivo que supone el suicidio, cuando dice que “Es indudable que no carece de valor el que tranquilamente se mata, porque se necesita gran fuerza de voluntad para sobreponerse al instinto más poderoso de la naturaleza, y en una palabra, el suicidio es un acto que prueba más ferocidad que debilidad”.

11. El suicidio y las clases sociales.

Varias y ricas vetas cargadas de interés pueden ser exploradas en torno al suicidio. Una sería el de su conexión con las clases sociales: los pobres cuando no están movidos por el binomio amor-odio y no lo desfogan en los delitos de sangre, acuden al suicidio, por debilidad socioeconómica; y, al contrario, los ricos suelen acudir al binomio amor-odio --aparte de la causa apuntada con anterioridad--, por aburrimiento o spleen derivado de una vida desinflada de sentido, de proyección y objetivo. Cabe hacer notar que en ninguno de estas afirmaciones se ha comprobado sistemáticamente por estudios amplios y rigurosos.

12. Definiciones y teorías del seudosuicidio.

Ahora procedamos a pasar revista sobre las distintas definiciones y teorías sobre el seudosuicidio o intento de suicidio, en conexión con el tema de nuestra tesis.

Stengel sostiene que un intento suicida es cualquier acto de autoperjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque esa intención sea vaga o ambigua, si bien en ciertas ocasiones el mecanismo intencional tiene que inferirse de la conducta del paciente.

Stengel y Cook investigaron con mucha extensión el intento suicida y lo vieron como un suceso significativo y pasajero en la vida de las personas que incurrieron en él; consideraron en especial sus efectos sobre el medio ambiente social. Las conclusiones de ambos fueron las siguientes:

a) que el intento suicida es un fenómeno diferente al del suicidio consumado y

que debe estudiarse como un patrón de comportamiento específico;

b) que una función primaria del intento suicida consiste en atraer al medio ambiente humano que rodea al seudosuicida;

c) que el intento suicida tiene varios efectos, en especial en las relaciones interpersonales que pueden determinar el resultado eventual del intento.

Los autores citados adujeron que en la sociedad, cada aviso de intento suicida tiene la función de atraer la atención sobre el seudosuicida, cualquiera que sea su estado mental. Añadieron que el intento de suicidio no tiene un patrón de diagnóstico simple ni una dinámica simple y que es habitual en el seudosuicida sobrevalorar la propia conducta y el medio social en que ésta se desenvuelve.

En contraste con ese punto de vista, muchos miran el intento suicida como una simple pose para atraer sobre sí la atención de otras personas.

Aunque esta ganancia secundaria motive quizás el gesto suicida per se, Weiss demostró que las dinámicas del verdadero intento de suicidio son más complicadas, e incluyó en todos los casos una descarga de tendencias agresivas, autodirigidas a través de un juego con la muerte y de probabilidades letales variables. En la mayoría de los casos se trata de una súplica de ayuda; en los menos, se trata de una necesidad de castigo y de un juicio por el acto seudosuicida.

La Organización Mundial de la Salud define el acto suicida como aquel que tiende a lesionar al que lo comete en grados variables de intento mortal y con conciencia del motivo.

Según la propia OMS, suicidio es el acto conducente a un resultado fatal, en tanto que el intento suicida es aquel que no conduce a un resultado fatal. Otras fuentes definen el intento suicida de los simuladores así: son quienes expresan tal intención pero sin llevar a cabo ningún acto relevante para lograrlo.

La ideación suicida la fragua quien piensa, habla o escribe acerca de su propio suicidio, pero sin expresar ningún intento definido y sin efectuar ninguna acción significativa para conseguir ese fin.

Parasuicidio es un término que designa el intento de suicidio y las acciones concomitantes a él; pero aunque el término está en boga, es sin embargo ambiguo o incongruente y por eso debería desecharse.

Meditabundos son quienes --según Farberow y Shneidman poseen una gran motivación inconsciente o perniciosa de morir o de ser asesinados e incurrir en accidentes intencionados, descuidan su salud, se involucran en actividades peligrosas, padecen enfermedades sicosomáticas severas, se inclinan a la drogadicción, el tabaquismo y el alcoholismo, todo lo cual puede considerarse como atentados suicidas parciales o crónicos.

Este sería el suicida tácito al que nos referíamos anteriormente.

Las definiciones medicolegales del suicidio y del atentado suicida incluyen el concepto de la propia subestimación personal.

Para existir una ley que podría llamarse la ley de la evolución cronológica relacionada con la seriedad del intento de suicidio: mientras más joven es el seudosuicida, es menos serio su intento; y a medida que se va elevando nuestra observación dentro de la pirámide de las edades, se advierte que la seriedad del intento de suicidio aumenta en relación con los años del seudosuicida. (Veáse el cuadro 4).

A este respecto podría agregarse que los intentos de suicidio de personas comprendidas entre los 13 y los 19 años carecen de seriedad. Revistieron mayor seriedad los intentos realizados por mujeres comprendidas entre los 24 y 34 años, según investigación llevada a cabo por Kessel.

Cabe acudir a una definición de seriedad formulada por Stengel, Cook y Weiss y está evaluada en que el intento de suicidio hay que considerar por separado el

grado psicológico del intento y el daño causado. Es serio cuando el paciente admite haber tenido un impulso inequívoco hacia su muerte o que se desprende de la conducta previa del paciente durante y después del intento. En tales casos el seudosuicida no informa a nadie con la mira de impedir su rescate o no efectúa el intento cuando están presentes otras personas. Weiss definió a los intentos no serios como juegos, pues el paciente está inseguro de las posibles consecuencias de su acto o ignora si realmente morirá.

Parece existir, por igual, una ley que podríamos llamar la ley de los trastornos afectivos y de la soledad ligada a todo seudosuicida. Esta ley, o, si se prefiere, afirmación categórica, queremos destacarla con el mayor énfasis.

Acaso también sea una ley la que podríamos llamar la ley de la peligrosidad del antecedente seudosuicida en todo suicida, pues uno de cada cuatro suicidas tenían uno o más intentos de suicidio, según los estudios realizados por Dorpat y Ripley, en tanto que Sainsbury, Stengel y Cook fijaban esa proporción en uno de cada diez.

También parece existir otra ley, que podríamos llamar la ley de la comunicación previa, según la cual el suicida y el seudosuicida serio o real ^{no} anunciaron con anterioridad su propósito de arrebatarse la vida. Aunque, Rudestam encontró en Estocolmo que el 60% de casos de suicidios consumados ^{no} tenían tal antecedente mientras que en los Angeles observó que el 80% de quienes se quitaron la vida habían hecho avisos verbales directos antes de ello. El seudosuicida no serio o simulador actúa de otro modo, como lo seguiremos viendo.

Probablemente el caso culminante del falso intento de suicidio sea aquel en que el seudosuicida sube a un rascacielos, y, apostado en una de las cornisas de los últimos pisos, juega y rejuega sobre ellas para provocar el pánico de los

circunstancias. Pero, precavido, se coge fuertemente de la ventana de una puerta a fin de aumentar la emoción de los espectadores quienes exclamen gritos de terror que estimulan la conducta teatral del seudosuicida. Este sabe muy bien que ha movilizadado a muchos potenciales salvadores, todos los cuales se disponen a evitar su muerte. En realidad se trata de un número de circo gratuito que en el fondo acaba por complacer morbosamente al seudosuicida. A éste habría que jugarle una mala pasada: aventarlo al vacío para que, ya en el aire, invadido de espanto, creyera que iba a morir, cuando bajo sus pies se hallaba previsoriamente instalado ese dispositivo o círculo con lona flexible que usan los bomberos en las emergencias para salvar a las personas durante los incendios. Repetimos: ese sería el caso culminante del seudosuicida simulador.

13. El investigador frente al seudosuicida y el suicida.

El investigador posee una ventaja para estudiar al seudosuicida, en contraste con la desventaja que tiene frente al suicida.

Con respecto a éste y a la vista de que es irremediable su extinción, no puede, por supuesto, formular una indagación directa, sino lateral, ligada a los familiares, testigos, amigos y, en suma, a la constelación social del muerto. En cambio, con el seudosuicida --justo por haber sobrevivido-- sí puede el investigador apelar a la coyuntura de un interrogatorio directo, pese a la actitud huidiza del seudosuicida, ello sin perjuicio de enriquecer semejante investigación al detectar el marco de sociabilidad y familiar de la presunta víctima.

Con independencia de que existe una gran variedad de matices en cada uno de los casos de seudosuicidas, podría formularse una doble división de esos casos sin incurrir en arbitrariedad alguna, a saber: la de quienes intentaron privarse de la vida sin lograr su propósito por causas ajenas a su voluntad; y la de quienes fingieron "arrebatarse la existencia"--como se dice en la página roja de los diarios--, apelando así a una forma de chantaje moral para obtener ventajas emocionales o materiales

de quienes rodean a ese tipo de seudosuicida, e incluso de personas lejanas pero de las que se espera recibir algún beneficio concreto. La huelga de hambre podría incluirse en este último.

Para el sicólogo clínico constituye un evidente interés tanto el posar su mirada escrutadora en el seudosuicida auténtico o sea el real y no teatral, como cuando la posa sobre el seudosuicida simulador, este sería el seudosuicida histérico. Por ello ha podido afirmar Stengel que el seudosuicidio se da seis veces más que el suicidio consumado, según divulgación de M. Barbero.

Y es que los suicidas simuladores expresan su gesto macabro sin llevar a cabo ningún acto decisivo verdadero, pues no hubo en ellos ningún propósito definido de extinguirse la vida.

Los intentos de suicidio son calificados o evaluados como meras poses cuando se advierte que el paciente no esperaba morir; esperaba más bien ganar la atención y la influencia de otras personas próximas o lejanas. Más aún, el simulador a menudo se rodea de las máximas precauciones para abrigar la certeza y la seguridad de permanecer vivo. Le urge que con la mayor oportunidad alguien tome nota de su intento para acudir a su rescate. A esta conducta Weiss la definió como juego suicida, conducta bien diferente a la que suponen los suicidios afotunadamente abortados, pues éstos fueron verdaderos suicidios potenciales, según la fraseología empleado por Weiss y sus colaboradores. Insistimos: el huelguista de hambre practica el juego suicida. Ojalá alguien haya estudio este síndrome.

14. Nos comemos la muerte

En México, en 1970, no fueron muchos los 888 suicidios frustrados (frustrado es el término usado en la terminología de los Censos de dicho año), si se tiene en cuenta --como lo insinúan Octavio Paz, Samuel Ramos y Santiago Ramírez, entre otros que dentro de la caracterología d ellos mexicanos hay un rasgo fundamental a

su modo de ser: el culto a la muerte y la íntima familiarización con ella en su vida cotidiana. El mexicano vive con la muerte y se la come. Con base en los tratadistas clásicos de la sicología moderna y atendiendo a nuestros tres pensadores locales, podría afirmarse, con cierta licitud, que dentro de la caracterología mexicana hay un instinto suicida, toda vez que la muerte es nuestra vecina y amiga, nuestro juguete y golosina, y hasta nuestra canción. --En que quedamos pelona, me llevas o no me llevas". Así todo disculpando la impiedad que hubiere, no son muchos los 888 suicidios frustrados y consumados, según los Censos de Población correspondiente a 1970.

15. Suicidios y Seudosuicidios en los Censos de 1970.

La edad juvenil --así se creyó-- era un elemento anexo al mayor índice de suicidios.

Se aseguraba que, reciente como es la vida del joven, éste se halla menos apegado a vivir. Por eso se añadía, y por su obvia resistencia física --lo cual es cierto-- el joven es excelente carne de cañon para la guerra y debido a su falta de temor a la muerte. Así se creyó: pero no es cierto

Que la decisión de quitarse la vida es más enérgica en los viejos que en los jóvenes, lo muestra el examen de los últimos datos censales.

Según los Censos de Población de 1970, México tenía 6.4 millones de habitantes entre los 10 y los 14 años de edad. Si conservadoramente estimamos ^{de} que esos 6.4 millones de habitantes 1.8 millones correspondían a la edad comprendida entre los 13 y los 14 años* (Vease Cuadro 1) y sumamos esa cifra a la de 5.0 millones de habitantes que tenían entre 15 y 19 años de edad, puede decirse que en México había en el año citado 6.8 millones de habitantes comprendidos entre los 13 y los 19 años de edad. Frente a esos 6.8 millones de habitantes habían 2.7 millones de habitantes de 60 años o más. Ello quiere decir que en 1970 había en México 2.5 adolescentes por cada viejo.

(*)
Ello con base en la reducción progresiva de la población según se va ascendiendo en la pirámide de edades (Véase cuadro 2)

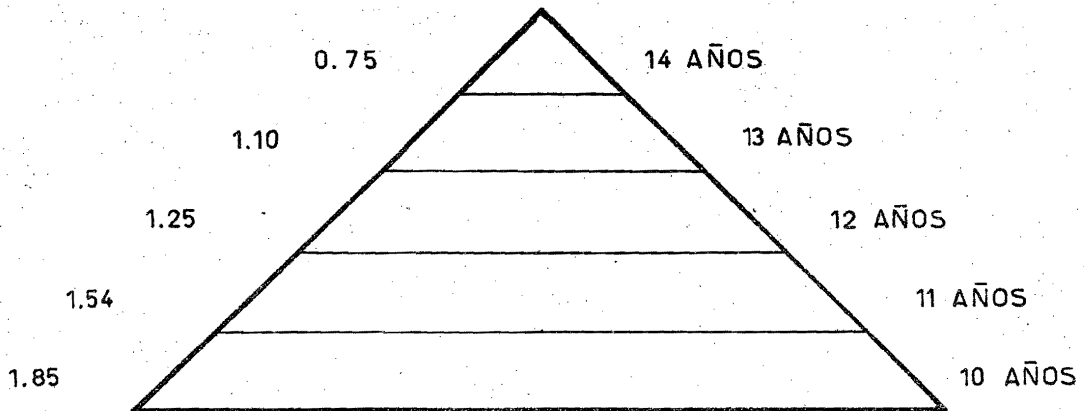
AÑO 1970

POBLACION POR GRUPOS DE EDADES

CUADRO I

EDAD	NUMERO	48 225	TOTAL	100.0 POR CIENTO
DE 0 A 4	8 168			16.9
DE 5 A 9	7 723			16.0
DE 10 A 14	6 396			13.3
DE 15 A 19	5 054			10.5
DE 20 A 24	4 032			8.4
DE 25 A 29	3 260			6.8
DE 30 A 34	2 596			5.4
DE 35 A 39	2 512			5.2
DE 40 A 44	1 933			4.0
DE 45 A 49	1 637			3.4
DE 50 A 54	1 192			2.5
DE 55 A 59	1 012			2.1
DE 60 A 64	918			1.9
DE 65 A 69	703			1.4
DE 70 A 74	488			1.0
DE 75 A 79	253			0.5
DE 80 A 84	181			0.4
DE 85 Y MAS	167			0.3

CALCULO DE LA REDUCCION PROGRESIVA
DE LA POBLACION SEGUN CADA AÑO
ASCENDENTE DEL QUINQUENIO DE 10 A
14 AÑOS DE EDAD.



Ahora bien, si para el propósito de nuestro estudio y con base en las cifras anteriores subrayamos el hecho de que en el mismo año se registraron 96 suicidios consumados entre jóvenes de 19 o menos y 104 suicidios consumados entre personas de 60 años o más, se advierte que --al comparar las dos edades extremas hubo casi 3 suicidios consumados por viejos, frente a un suicidio consumado por adolescente.)

El cuadro 3 posee la suficiente elocuencia para comprobar tal afirmación.

CUADRO 3

EDADES EXTREMAS DE LOS SUICIDAS Y SEUDOSUICIDAS EN MEXICO EN 1970

Edades	Población En millones de Habitantes	Suicidios consumados y frustrados				
		Totales	Consumados		Frustrados	
			H	M	H	M
De menos de 19 años	6.8	140	53	43	5	39
De 60 años o más	2.7	107	97	7	2	1

La soledad, la desesperación ante enfermedades incurables, la pobreza y la pérdida del sentido de la vida, fueron las causas eficientes de esa desproporción de suicidios consumados por ancianos frente a los consumados por adolescentes. A propósito de la desesperación ante enfermedades incurables, Voltaire cita el siguiente pasaje: "Hace algunos años, un inglés que se llamaba Bacon Morris veterano oficial y hombre de ingenio, vino a París a verme. Estaba enfermo de una enfermedad crónica que le causaba grandes dolores, y de las que no esperaba

curarse. Después de que me hizo varias visitas le ví entrar un día en casa trayendo en las manos un saco y dos papeles. Uno de éstos dos papeles, me dijo, es mi testamento; el segundo es mi epitafio, y este saco de dinero es para mi entierro. Estoy resuelto a esperar quince días para probar si los remedios y el régimen que me han recetado me hacen soportable la vida, y si sigo como ahora estoy decidido a matarme. Haréis que me entierren donde mejor os parezca y me pondréis este epitafio que se reduce a dos palabras de Petronio: Valete cura; se acabaron los cuidados”.

En efecto, a esto conduce la desesperanza frente a una enfermedad incurable: a buscar el alivio apelando a la muerte. Récuerdese como el escritor mexicano. Jaime Torres Bodet, cuando descubrió que carecía de remedio la enfermedad que padecía, dejó una nota postuma, no ausente de valor literario: “No espero la muerte, la convoco”, y ésta vino en su alivio postrero.

El cuadro anterior también demuestra con claridad un fenómeno ligado estrechamente a nuestra tesis: que los suicidios frustrados lo llevan a cabo casi a — 8 mujeres menores de 19 años por cada hombre de la misma edad. Mientras que, tratándose de seudosuicidas de 60 años o más, incurren en él dos hombres por cada mujer. O sea que la anciana es menos seudosuicida simuladora que la joven.

Hay una cosa en verdad curiosa: en los adolescentes menores de 15 años, las mujeres consumaron su suicidio más que los varones: 7 casos en aquellas y 6 en éstos (Ver Cuadro 4) Sin duda la fuerte emotividad característica de la crisis de la adolescencia, rebasó cualquier especulación maliciosa en torno a anomalías de conducta sicossexual que hubiere en esos varones

En contraste con ello, de los 104 suicidios consumados por ancianos en 1970, correspondieron a hombres 97 y a las mujeres sólo 7. (Ver cuadro 3). Es decir, los hombres de avanzada edad consumaron sus propósitos suicidas 14 veces más que las ancianas. A pesar de la edad, el sentido varonil de una conducta resuelta, siguió

contrastando con el sentido frágil de la conducta que suele caracterizar a la mujer.

Ante los que se quitaron la vida, y lo lograron, se encuentra un rico tema de investigación de psicología clínica. También se encuentra, por supuesto, ante quienes lo intentaron y no lo lograron.

Si consideramos el total de 888 casos de suicidios consumados y frustrados que registró el Censo de 1970, se advierte que consumaron el suicidio 740 personas: 590 hombres y 150 mujeres. Eso quiere decir que hubo una mujer resuelta a quitarse la vida por casi cada cuatro hombres decididos.

Dentro de la cifra censal indicada, de los 888 suicidas frustrados y consumados registrados en 1970, frustraron su propósito --si en efecto lo hubo 53 hombres y 95 mujeres, o sea, casi 2 mujeres por cada hombre incurrieron en suicidio frustrado.

Otros datos extraídos de los citados Censos no carecen de significación psicológica, a saber: los medios menos falibles de suprimirse la vida los emplearon los hombres.

Veamos con algún detalle cómo se produjo el referido fenómeno.

Con armas de fuego se suicidaron y murieron, en serio --no en broma-- 276 hombres frente a sólo 53 mujeres. Ello indica que no titubearon para realizar tan macabra empresa cinco hombres por cada mujer.

Otra forma ruda y áspera de quitarse la vida es el estrangulamiento. Apelaron a él y lograron su objetivo 185 hombres y sólo 24 mujeres. Es decir, 7 hombres por cada mujer. ¿Como sería la conducta sicossexual de tales mujeres? Es una pregunta importante que requiere una respuesta satisfactoria.

En contraste con medios tan cruentos y certeros, acudieron al veneno, y murieron --a menudo por descuido--, 66 personas: 25 hombres y 41 mujeres. Apuraron el falible y teatral veneno, sin haber muerto, 17 mujeres por cada hombre: las primeras fueron 34 y sólo 2 fueron los segundos. Esos suicidas frustrados, apelaron dramáticamente al neutralizable veneno para salvarse

**TOTAL DE 888 SUICIDIOS CONSUMADOS Y FRUSTRADOS, POR EDADES
Y SEXO, EN MEXICO SEGUN CENSOS DE POBLACION DE 1970**

CUADRO 4

Edad	Totales 888	Total Parcial 740	Consumados		Total Parcial 148	Frustrados	
			H 590	M. 150		H. 53	M. 95
HASTA 14 AÑOS	21	13	6	7	8	1	7
15 A 19	119	83	47	36	36	4	32
20 A 24	160	129	97	32	31	11	20
25 A 29	104	89	69	20	15	6	9
30 A 34	80	66	52	14	14	5	9
35 A 39	81	71	63	8	10	7	3
40 A 49	93	77	68	9	16	11	5
50 A 59	56	52	46	6	4	3	1
60 o más	107	104	97	7	3	2	1
Se ignora	67	56	45	11	11	3	8

mediante oportunos lavados de estómago. ¿Cómo sería la conducta sicosexual de tales hombres?. Es esta otra pregunta importante que requiere también respuesta satisfactoria

SIETE LUSTROS DE INTENTOS FEMENINOS DE SUICIDIOS SEGUN LOS CENSOS DE POBLACION DE MEXICO

Si observamos el cuadro 5 que se acompaña más adelante, y lo relacionamos con el número de suicidios frustrados en que incurrieron mujeres durante siete lustros, se advierte que a medida que crece la población total del país, disminuye en cifras relativas el intento de suicidio perpetrado por mujeres. El hecho es todavía más patente si comparamos 1953 con 1971: mientras la población creció un 78% entre un año y otro el índice de suicidios frustrados decreció un 450%

La mera lectura, año por año, del cuadro aludido, muestra una conclusión aberrante y absurda, la de que conforme se desarrolla nuestra estructura socioeconómica así como la estructura politicocultural --tal como ha aumentado en zig zag durante los siete lustros comprendidos entre 1938 y 1971-- va disminuyendo en cifras relativas el intento de suicidio.

Es absurda y aberrante esa conclusión, justamente porque el desarrollo conlleva en forma paralela --entre muchos otros fenómenos antisociales-- la falta de respeto a la vida e incluso a la propia. Así es, en efecto: en las sociedades altamente industrializadas se presentan aparejados la delincuencia juvenil con el crecimiento de los delitos de sangre, la drogadicción con la homosexualidad, y el suicidio con las guerrillas urbanas. Y si México, que es un país en vías de desarrollo y cuya morfología socioeconómica ha ostentado *notorios cambios* en los siete lustros a que se refiere el cuadro siguiente, no puede dejar de ostentar, por igual algunos de los síntomas antisociales que aquejan a las sociedades altamente industrializadas. Así nos consta a todos. Sabemos que han aparecido entre nosotros muchos de los fenómenos antisociales apuntados y que corresponden a sociedades más avanzadas que la nuestra.

Por eso sorprende que los intentos de suicidio, producto de una patología social e individual, no hayan crecido año con año en nuestros datos censales, y ello

no siempre en cifras absolutas de conformidad con el crecimiento de la población, sino en cifras relativas.

Para explicar ese equívoco, no es aventurada la hipótesis de que la disminución relativa de los intentos de suicidio se deba a una defectuosa captación de tales cifras con base en mayores argucias empleadas por los familiares de la seudosuicida para evadir la denuncia en los hospitales o centros de primeros auxilios, temerosos los mismos familiares de la censura social que suele provocar el acto seudosuicida. No es aventurado afirmar también que en esa disminución relativa de los suicidios frustrados, se halla oculta la mano del corruptor que compra la venalidad de las autoridades respectivas.

Otra explicación puede darse al cuadro Margain-Eisenberg, que por primera vez se elabora en México relativo al tema de nuestra tesis.

Con afán de inquirir de calar más hondo acerca de esa supuesta declinación del índice de intentos de suicidio registrados progresivamente en los Censos de Población, podría improvisarse otra hipótesis adicional. Esta consiste en que, conforme ha variado ascendentemente la estructura socioeconómica del país, ha variado en forma paralela el puesto de la mujer dentro de la sociedad, al punto de que muchos usos y costumbres que solían confinarse a la conducta del varón, se han ido incorporando a la conducta femenina. De esa suerte, diríase que el suicidio consumado ha crecido proporcionalmente en la mujer, lo cual ayudaría a explicar la correlativa disminución de las cifras en el intento de suicidio femenino, pues mientras en 1944 solo 4 mujeres se suicidaron en 1971 lo llevaron a cabo 151 mujeres. Es decir, que creció 39 veces el índice de suicidios consumados por mujeres en el lapso indicado, cuando la población apenas se duplicó.

CUADRO 5 MARGAIN-EISENBERG

SUICIDIOS CONSUMADOS Y FRUSTRADOS POR HOMBRES Y MUJERES

DESDE 1938 HASTA 1977

AÑO	CONSUMADOS MUJERES	FRUSTRADOS MUJERES	CONSUMADOS HOMBRES	FRUSTRADOS HOMBRES	POB. TOT. MILL.
1938	81	64	223	45	18 991
1939	82	56	257	56	19 320
1940	59	51	213	40	19 923
1941	78	91	255	74	20 471
1942	93	84	247	48	21 035
1943	85	79	239	44	21 615
1944	4	5	2	-	22 210
1945	5	8	7	2	22 820
1946	94	254	297	145	23 450
1947	122	185	300	135	24 096
1948	125	318	303	127	24 760
1949	118	349	358	211	25 443
1950	116	350	350	198	25 791 017
1951	119	375	357	233	26 543 765

AÑO	CONSUMADOS	MUJERES	FRUSTRADOS	CONSUMADOS	HOMBRES	FRUSTRADOS	POB.TOT.MILL.
1952	409		107	262		387	27 286 886
1953	107		391	327		124	28 056 361
1954	102		307	350		117	28 853 428
1955	132		286	385		146	29 679 415
1956	100		215	417		145	30 538 050
1957	107		201	377		131	31 606 881
1958	118		158	374		101	32 713 121
1959	116		145	454		90	33 858 080
1960	114		123	426		68	34 923 129
1961	122		113	457		86	36 141 438
1962	122		97	489		81	37 410 528
1963	121		112	489		85	38 709 896
1964	126		119	490		76	40 054 732
1965	141		97	517		79	41 456 647
1966	135		120	507		45	42 907 629
1967	158		127	583		74	44 409 396
1968	177		123	577		79	45 963 624
1969	124		138	624		68	47 572 350
1970	150		95	590		53	48 225 238
1971	151		88	686		58	49 944 170

METODOLOGIA

Material, Sujetos y Procedimiento

Material Utilizado

1. MATERIAL UTILIZADO

El material utilizado para esta investigación constó solamente del MMPI --Inventario Multifásico de la Personalidad-- en sus dos modalidades, la forma larga con 566 preguntas basada y seguida como la elaboraron los doctores S.R. Hathaway y J.C. MacKinley (1941); y la versión corta basada en los mismos autores que consta sólo de 366 preguntas. Utilizamos la versión abreviada hecha en 1974 por los doctores Gómez Mont, Navarro Arias y Carranza Acevedo.

Una de las características más importantes del MMPI, es su fundamentación empírica. Mientras que la mayoría de los tests de personalidad se elaboran a partir de postulados teóricos, los reactivos del MMPI se desarrollan empíricamente mediante la selección de frases o proposiciones que originalmente se derivaron de la entrevista psicológica y de una gran cantidad de puntos que incluyen actitudes hacia la salud física, puntos de vista religiosos, sociales y otros. Posteriormente se demostró --mediante numerosas investigaciones-- que diferenciaban estadísticamente grupos normales de otros anormales (Dahlstrom y Welsh, 1960; Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom, 1972).

El objetivo del MMPI es el definir las áreas clínicas más importantes de la personalidad. Eso se lleva a cabo a través de la evaluación, tanto de los síntomas como de la estructura subyacente de la personalidad.

El inventario multifásico de la personalidad es un instrumento sicométrico diseñado para aportar, en una sola prueba, puntajes de las frases más importantes de la personalidad. Se eligió básicamente por ser un medio autodescriptivo y valioso en la práctica psicológica mexicana como auxiliar en el diagnóstico

hospitalario

El MMPI originalmente fue diseñado con el fin de analizar aquellos rasgos que comúnmente son las características de la psicopatología.

La lista original constituyó en 1,200 frases que después se redujo a 504. Actualmente el cuadernillo del MMPI consta de 566 proposiciones, a las cuales los sujetos deben de responder con estas palabras de signo opuesto: "verdadero" o "falso", según su criterio subrayando el psicólogo el no dejar sin contestar ninguna de las frases.

El inventario fue diseñado para ser aplicado a personas a partir de los 15 años, pero se obtienen buenos resultados con sujetos de menos edad.

Desde que apareció el MMPI en 1940, éste fue provisto de calificaciones para nueve escalas clínicas. Cada una de tales escalas se estandarizó teniendo grupos control de aproximadamente 700 sujetos, cuyas edades fluctuaron entre los 16 y 55 años. Las escalas originales desarrolladas por los autores fueron: 1. Hipocondriasis (Hs); 2. Depresión (D); 3. Histeria (Hi); 4. Desviación Psicopática (Dp) ; 5. Intereses (Mf); 6. Paranoia (Pa); 7. Psicastenia (Pt); 8. Esquizofrenia (Es); 9. Manía (Ma).

Otra innovación del MMPI es la utilización de cuatro escalas de validez. Ellas no analizan la validez en sentido técnico; representan más bien controles sobre la falta de cuidado o la mala interpretación del sujeto al responder la prueba. También registran los intentos deliberados del examinado por causar una impresión negativa o positiva. La escala de interrogación (?), la de mentira (L) y la de validez (F) se utilizan para lograr una evaluación general de los resultados de la prueba. Es importante hacer notar que la escala L y F son las únicas dos escalas de toda la prueba que no se apegan al proceso estadístico de estandarización sino que su distribución en la curva normal es arbitraria.

La escala (K), también llamada escala de corrección fue diseñada para funcionar como "variable de supresión"; es decir para computar un factor de corrección, el cual se añade a las calificaciones de cinco de las escalas clínicas para obtener



calificaciones totales ajustadas. Es importante destacar que las escalas de validez son aceptadas en este estudio con tres criterios de validez (Rivera y Ampudia 1976) que más adelante se describen ampliamente.

Alrededor de la publicación del MMPI, en su forma original se han desarrollado más de 200 escalas adicionales. En nuestro estudio, utilizaremos las trece escalas básicas, con exclusión de la interrogación, las cuales comprenden tres escalas de validez --L, F, y K: mentira, validez y factor de corrección respectivamente-- y diez escalas clínicas: hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad-femineidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, manía e introversión-extroversión social.

El sicólogo clínico puede interpretar los perfiles del MMPI en relación con tres patrones generales: grupo neurótico, grupo con problemas de conducta, y grupo psicótico. Si se toman en cuenta las escalas de hipocondriasis (Hs), depresión (D) e Histeria (Hi), tienden a ser los dominantes en pacientes neuróticos y constituyen la llamada tríada neurótica.

La escala de sicastenia (Pt) se relaciona comúnmente con la neurosis, ello depende de cada caso para incluirlo como un cuarto índice neurótico.

En el grupo de problemas de conducta predomina las escalas de desviaciones psicopáticas (Dp), masculinidad-femineidad (Mf) y manía (Ma), y tiene cierta relación con la escala paranoide (Pa).

En el grupo psicótico las escalas de mayor importancia son las de esquizofrenia (Es) paranoia (Pa) sicastenia (Pt) y manía (Ma), todas las cuales forman la tetrada psicótica, encontrándose también relación con la escala de depresión (D)

Es importante hacer notar que estos patrones pueden variar de un caso a otro, pero sirven de gran ayuda en el manejo de datos de los grupos de estudio. Si lo anterior se vincula a la elevación de las escalas, se hablará entonces de determinadas características para cada sujeto y entre más elevado sea los puntajes

--y por lo tanto los perfiles-- mayor será la probabilidad de serias perturbaciones de la persona en cuestión.

2. DESCRIPCION DE LAS ESCALAS

A continuación se presenta en forma breve una descripción de cada una de las escalas del MMPI, con el propósito de dar una guía general y concisa de las mismas.

a) Escalas de Validez

a) Escala (?) o la de No puedo Decir. En esta escala se le enfatiza al sujeto que conteste todas las preguntas y el número de frases no contestadas constituyen el puntaje. Cuando se presenta un gran número de omisiones significa una gran defensividad de parte de los sujetos, o bien que el sujeto no sabe cómo contestar. Esto indica que no se puede llegar a conclusión alguna sobre esta persona en particular. b) Escala L. Está integrada por 15 frases y fué diseñada a partir de la investigación de Harshome y May evaluada en 1928.

Hathaway y Mackniley tomaron deliberadamente los reactivos y los introdujeron como un grupo en la prueba. El montaje de esta escala, llamado puntaje de mentira, es también de validación y permite una medición del grado en que el sujeto puede intentar falsificar sus puntajes mediante la selección constante de las respuestas que le sitúen en una posición social más favorable. El contenido envuelve sentimientos agresivos, malos pensamientos, tentaciones, falta de control o conformidad. Ante los sujetos que ofrecen una más elevada puntuación en la escala L podemos asegurar que la mayoría de ellos, son demasiado escrupulosos.

c) Escala F. la integran 64 frases. Su puntaje no detecta rasgos de personalidad, pero se utiliza como una forma de evaluar la validez de todo el protocolo en general. Indica el grado de comprensión del sujeto a los reactivos de la prueba y a las instrucciones de las mismas.

Si la puntuación en esta escala es muy alta, indica que la prueba no es válida --más de 20 en bruto--, o que el sujeto no colaboró en forma adecuada para resolver la prueba. También se nota que los sujetos con personalidad esquizoide, debido a sus problemas de personalidad, contestan en forma extraña y por lo tanto rinden una puntuación alta en esta escala, o bien se trata de personas que desean engañar

y d) Escala K. Como se dijo en páginas anteriores, la escala K se utiliza como factor de corrección, combinada con cinco escalas --Hs, Dp, Pt, Es y Ma-- que funciona básicamente para aumentar el poder discriminativo de las escalas clínicas, además de medir las actitudes conscientes e inconscientes de personas defensivas o autocríticas ante la situación de la prueba.

b) Escalas Clínicas

a) Escala 1. (Hs). Esta sirve para detectar y diferenciar pacientes con características de personalidad relacionadas con patrones neuróticos de hipocondriasis, un tanto vagos e indeterminados. Algunas personas diagnosticadas con desórdenes físicos, muestran una preocupación anormal por sus funciones del cuerpo y su punteo es alto en esta escala. Semejante preocupación por la salud domina su vida y frecuentemente restringe seriamente el rango de sus actividades y de sus relaciones interpersonales. El cuadro clásico de hipocondriasis frecuentemente incluye egocentrismo, inmadurez y carencia de insight sobre las bases emocionales de sus preocupaciones en los procesos somáticos. Esta escala forma parte de la triada neurótica integrada por la elevación de las escalas 1, 2, y 3. Es importante el papel que desempeña esta escala en la "V" conversiva de la histeria cuando junto con la escala 3 se halla más elevada, en tanto que la escala 2 está por debajo de ambas.

b) Escala 2 (D). Ella mide la profundidad del síntoma o conjunto de síntomas clínicos reconocidos clínicamente como depresión. Es una de las escalas más frágiles de la prueba, ya que se halla sometida a cambios de estado de ánimo del

sujeto y a la influencia transcultural. Como se usa el patrón americano, debe considerarse más baja de lo que parece esta escala. La escala también forma parte de la triada neurótica, pero es frecuente encontrarla en la elevación de cuadros sicóticos. La mayoría de los 60 reactivos incluidos en esta escala fueron seleccionados directamente por comparación del grupo psiquiátrico y del normal: expresan apatía, renuncia de impulsos básicos, de negación de felicidad, de mérito propio y sentimientos de minusvalía e inferioridad. Además indican síntomas clínicos tales como disturbios en el dormir y quejas gastrointestinales que son considerados como parte del síndrome depresivo. Ello se observa mucho en pacientes hospitalizados con depresión aguda. Además la elevación de esta escala puede ser comprobada en la observación directa del paciente por su manera de comportarse durante la entrevista.

c) Escala 3 (Hs). Sirve para medir rasgos de tipo histérico y busca el grado en que el sujeto sea similar a los pacientes que han desarrollado síntomas de histeria de conversión. Evalúa la capacidad para relacionarse y demostrar afecto. Los pacientes con este tipo de cuadro ofrecen síntomas físicos como una forma de resolver sus conflictos o de evitar toda responsabilidad inconveniente. Supuestamente la histeria de conversión debe aparecer sólo bajo circunstancias en que exista tensión, pero en circunstancias ordinarias no es tan evidente. Quien desarrolló esta escala advirtió la necesidad de introducir una medida de personalidad que reflejara la histeria de conversión antes de que aflorara. Las mujeres con esta escala alta son en general irritables, con molestias de las que se quejan con frecuencia, dependientes, amistosas y leales.

d) Escala 4 (Dp) Se da con base a los mecanismos de ajuste de la persona y marca la capacidad de logro del sujeto. Esta escala fue elaborada para medir la personalidad sicopática y tiene como patrón principal el cuadro patológico en la estructura de la personalidad con mínima angustia y poco o ningún sentimiento de

malestar.

El diagnóstico de desórdenes de la personalidad incluye ahora a la personalidad sociopática y reacciones antisociales, perversión sexual y alcoholismo. Se incluye también a quienes se hallan mentalmente enfermas y que se encuentran en desacuerdo e inconformidad con el medio ambiente social o cultural, o con ambos. Muestran marcada inmadurez emocional, falta de sentimientos de responsabilidad, ausencia de juicio y siempre juzgan su propia conducta de tal forma, que a sus ojos es razonable y justificado cuanto hacen. Sicoanalíticamente esta escala nos proporcionará el nivel del "id". No hay en éste capacidad de posponer la satisfacción de una necesidad, pues existe dentro de sus conflictos una defectuosa relación con la autoridad; no hay respuesta emocional profunda y además carece de capacidad de beneficiarse por medio de la experiencia y de preocupación por las normas morales y sociales. Para formar esta escala se tomaron casos psiquiátricos estudiados por sus acciones delictivas.

e) Escala 5 (Mf). Mide las tendencias hacia los patrones de intereses masculinos o femeninos. Los puntajes "T" se ofrecen por separado para los dos sexos en las hojas de perfil que se acompañan. Esta escala es una de las más frágiles de toda la prueba, al igual que la 2. En un principio fue hecha para evaluar la homosexualidad, pero no funciona para esto, sino sólo para mostrar ciertas características de la conducta sexual en hombres y mujeres. Con esto queremos decir que quienes ostentan el patrón de personalidad indicado, muestren una puntuación elevada en esta escala ya que no necesariamente indica una orientación en dirección al sexo opuesto. Tampoco ello no implica, por fuerza, que quien ofrece una puntuación alta en esta escala, tenga inclinación homosexual. Una alta puntuación en mujeres revela características dominantes y marcada protesta masculinoide. La baja puntuación en mujeres puede referirse a pasividad masoquista.

f) Escala 6 (Pa). Mide características de tipo paranoide, tales como: cautela,

susplicacia, desconfianza hacia el ambiente, ideas de grandeza. Quienes muestran tales rasgos de personalidad dan la impresión de estar bien orientados en tiempo y espacio e integradas las ideas de referencia con la estructura de su manera de pensar. Pero sin embargo pueden percibir o interpretar mal su situación en la vida, en tal forma que la percepción parecería estar en desacuerdo con la estructura de su manera de pensar. Las personas con esta escala elevada son perfeccionistas, difíciles de llegar a conocer realmente, tercos en sus posturas emotivas, sensibles en sus relaciones interpersonales e inclinados a preocuparse de lo que otros pueden pensar o decir de ellos. Son personas amables, afectuosas y generosas. La agresión está relacionada a lo elevado de esta escala.

g) Escala 7 (Pt). Tiene el propósito de encontrar características de la personalidad clasificadas como sicastenia o como síndrome obsesivo compulsivo. Los rasgos de personalidad de esta escala incluyen: fobias, obsesiones, conducta compulsiva, preocupaciones, dificultades en concentrarse, sentimientos de culpa, excesivas dudas para tomar decisiones, rigidez y exigencia consigo mismos y gran autocontrol. Sicoanalíticamente esta escala nos dará el nivel del super ego. Además con ella se mide el grado de ansiedad y de capacidad de insight. La mujer con puntuación alta en esta escala es sensitiva, emotiva, dada a preocuparse demasiado y con una variedad de componentes neuróticos.

h) Escala 8 (Es). Busca la similitud de las respuestas de personalidad de un grupo de control con las de las pacientes cuya conducta se caracteriza por pensamientos y hábitos inusitados y extraños. Existe una separación entre la vida subjetiva y la realidad en la persona esquizofrénica, a tal grado que el observador no puede seguir en forma racional los cambios de modo o de conducta, pero los rasgos importantes son su incongruencia de afecto, el fraccionamiento en el proceso del pensamiento y lo extraño del contenido de éste. Además el

esquizofrénico no tiene interés en el medio ambiente y en general da la impresión de encerrarse en sí mismo y se mantiene fuera de todo contacto con este mundo. Se trata de una escala frágil, pues detecta elementos esquizoides en un 50% de confiabilidad. Estas personas, aunque a menudo son conocidas por sus amistades como raros o peculiares o aislados o extraños, son capaces de mantenerse por sí mismos y de trabajar y vivir relativamente en forma normal. El sujeto normal con puntuación alta en esta escala es una persona difícil en sus relaciones interpersonales, negativo, apático, extraño e insociable.

i) Escala 9 (Ma). El objetivo de esta escala tal como lo hemos usado no es el de formular un exhaustivo inventario que catalogue cuanta forma de manía haya, sino que nuestro objetivo consiste en diagnosticar los estados de ánimo de las personas dotadas de características maníacodepresivas tipo maníaco: es decir, diagnosticar el factor concurrente en personas con marcada productividad en pensamiento y en acción. Podríamos decir que esta escala corresponde al termómetro de la vitalidad. El sujeto normal que ofrece una puntuación elevada es optimista, decidido, expansivo y no se encuentra atado a las costumbres sociales que lo rodean; más bien es un tipo de persona que se fija muchas metas sin alcanzar ninguna.

j) Escala O (Si). Se derivó y validó posteriormente a las nueve escalas clínicas descritas como parte de una serie de estudios hechos en la Universidad de Wisconsin (L.E. Drake 1946). Desde que la escala O se derivó y validó empleando para ello un grupo de estudiantes universitarios, no es sorprendente encontrar los reactivos incluidos en esta escala, en relación con varios aspectos de ajuste social dentro de la universidad. La elevación en la escala se observa en personas que muestran características de introversión, especialmente timidez, inseguridad social y aislamiento. Si la clasificación de la escala O es baja, es probable que indique ajuste social, vocación amistosa, capacidad seductora y con tendencia a la extroversión.

3. ADMINISTRACION

El inventario puede ser administrado en forma colectiva o individual para obtener resultados óptimos en los dos tipos de aplicación. En este estudio se administraron todas las pruebas de manera individual.

Existe además una forma larga del inventario, integrada por 566 frases y una forma corta formada por 366 frases. En este estudio se aplicaron ambas formas. Fue el mismo el material utilizado para los sujetos, tanto en la administración corta como larga del inventario. En las dos formas se emplearon folletos para cada persona, hojas de respuesta especiales y un lápiz para contestar las preguntas.

El material del administrador incluyó claves para calificar manualmente las hojas de respuesta y hacer los perfiles para las dos formas del inventario. Para la forma corta se agregó una tabla de valores abreviados contenidos en la escala K y O, con base en los 366 reactivos.

El primer paso dado en la administración consistió en proporcionar a cada sujeto una hoja de respuestas y un lápiz para que cada uno escribiera con claridad sus datos personales. A continuación se les dio a cada sujeto un folleto y junto con él se leyó la consigna. Se respondió a cualquier duda que tuvo para estar seguro de que quedó claro en él el hecho de que debía contestar a las frases con estas palabras de signo opuesto: "cierto o falso", pero nunca "sí o no". Si hubiere sido necesario se le habría dado un ejemplo en negativo en relación con las frases que estaban construídas de esta manera para que no hubiera más dudas. Hay unas frases consignadas en la prueba que están en tiempo pasado y cuya lectura se pidió como si estuviera en presente en caso requerido. Fue necesario insistir en que los sujetos contestaran a todos los reactivos, es decir que no dejaran sin respuesta ninguna de las frases. Una vez que el sujeto fijo no tener más dudas se le dejó solo y en ningún momento se buscó en él fomentar la dependencia ayudándolo mediante el cambio de las oraciones para que entendiera mejor su significado.

No hay ni hubo límite de tiempo, pero se cree que las respuestas dadas con

prontitud son mejores que las formuladas después de la larga deliberación. Para la forma corta del inventario, las instrucciones son las mismas. La única diferencia es que el sujeto solo tiene que contestar hasta el reactivo número 366.

Calificación

En este estudio en particular no tomamos en cuenta el grupo No puede decir (?) ya que ningún sujeto dejó sin contestar frase alguna del inventario en sus dos formas.

a) Calificación de la forma larga

La calificación de la prueba en su forma larga se logra de la siguiente manera: obtenida la calificación para las trece escalas del MMPI, se utiliza cada una de las claves y se cuenta el número de lugares ennegrecidos que aparecen en los agujeros de la clave. Esto nos dará el puntaje en bruto para cada una de las escalas que a continuación se anota en el lugar correspondiente de la hoja de respuestas situado al margen. Obsérvese que para algunas de las escalas, se utilizan dos claves y que al puntaje parcial se le agrega el factor "K"; se suman ambas cifras para obtener el puntaje en bruto total --mejor llamado puntaje corregido-- correspondientes a las escalas 1, 4, 7, 8 y 9. Debe observarse también que existe una clave separada Mf para hombres y mujeres y por lo tanto el perfil es diferente pues depende del sexo.

b) Calificación de la forma corta

La calificación de la forma corta se obtuvo de la siguiente manera. Las hojas de respuesta se calificaron tomando sólo las primeras 366 preguntas y así se obtuvieron puntajes brutos más reducidos sólo para dos de las escalas --K y Si, o sea introversión-extroversión--, debido a que son las únicas que incluyen proposiciones más allá de las 366

Se utilizó un programa de regresión múltiple de la variedad "stepdown" para obtener las ecuaciones de regresión de las escalas K y Si indicadas, ambas en su versión reducida. Las ecuaciones de regresión para estas escalas estuvieron basadas en la información contenida en cada una de las trece escalas básicas, pero se tomó sólo en cuenta la información contenida para cada una de las escalas en los 366 reactivos, sin la corrección K.

La ecuación de regresión obtenida para la escala K, se utilizó después para calcular el valor de la escala K abreviada de cada uno de los sujetos. Este mismo valor de K abreviada sirvió de base para una nueva corrección K en las escalas que así lo requerían y finalmente se obtuvieron los puntajes T con la utilización de las

mismas tablas de conversión mencionadas anteriormente. (Ver cuadro 6). Según los procedimientos descritos, se llegó a dos series de puntajes T para cada uno de los sujetos en las trece escalas básicas del MMPI; por una parte los puntajes obtenidos por medio de calificación ordinaria del MMPI de 566 preguntas y por otra parte a los obtenidos a partir del MMPI de 366 preguntas. En éste último se utilizó diferente base para la corrección K, la K abreviada.

Los puntajes T se utilizaron para calcular las medias y desviaciones estandar de los diversos grupos.

La validez de la predicción estadística de la versión abreviada del MMPI, fue investigada en primer lugar utilizando el coeficiente de correlación de Pearson. Mediante tal coeficiente se compararon los puntajes brutos con la corrección K correspondiente, obteniendo para cada una de las 13 escalas básicas del MMPI en su versión 566 preguntas con los obtenidos en el MMPI de 366 preguntas.

En segundo lugar se clasificó a cada sujeto dos veces --según sus puntajes MMPI largo y los del MMPI corto-- de conformidad con los niveles de desajuste psicológico establecidos por Pucheu y Rivera en la Facultad de Medicina de la UNAM en 1974

Una vez clasificados los sujetos se utilizó una tabla de contingencias para ilustrar el grado de correspondencia existente entre la evaluación del nivel de desajuste de la versión del MMPI largo y la evaluación del nivel de desajuste realizada a partir del MMPI corto.

A continuación se presentan dos tablas en base a las cuales se calificó la forma abreviada del MMPI (Ver cuadros 7 y 8)

En esta tabla se dan los valores reducidos que corresponden al MMPI abreviado así como los valores reales que corresponden al MMPI largo, tanto de la escala "K" como de la "Si".

Estos valores, reducidos y reales, serán utilizados una vez que se obtenga el puntaje en bruto de las 13 escalas, pero solo contestando hasta el reactivo 366.

ECUACIONES DE REGRESION PROPUESTAS

(n=1021)

r²

$\hat{K} =$

1.13 + 2.24

0.90

$\hat{S}_i =$

1.38 + 3.91

0.86

-57-

TABLA² MMPI ABREVIADO 366

ESCALA $K=1.13K+2.24$

VALOR REDUCIDO VALOR REAL

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

GOMEZ MONT
NAVARRO ARIAS
CARRANZA ACEVEDO

K

CUADRO 7

TABLA¹ MMPI⁻⁵⁸ ABREVIADO

366

ESCALA $S_i = 1.385$

$S_i = 3.95$

VALOR REDUCIDO

VALOR REAL

0	_____	4
1	_____	5
2	_____	7
3	_____	8
4	_____	9
5	_____	11
6	_____	12
7	_____	14
8	_____	15
9	_____	16
10	_____	18
11	_____	19
12	_____	21
13	_____	22
14	_____	23
15	_____	25
16	_____	26
17	_____	27
18	_____	29
19	_____	30
20	_____	32
21	_____	33
22	_____	34
23	_____	36
24	_____	37
25	_____	39
26	_____	40
27	_____	41
28	_____	42
29	_____	43
30	_____	44
31	_____	45
32	_____	47
33	_____	48
34	_____	50
35	_____	51
36	_____	52
37	_____	53
38	_____	54
39	_____	55
40	_____	57
41	_____	61
42	_____	62

GOMEZ MONT
 NAVARRO ARIAS
 CARRANZA ACEVEDO

$S_i(O)$

CUADRO 8

El valor reducido será el que se obtenga de la suma de K y de Si con base en contar el número de lugares ennegrecidos que aparecen en los agujeros de las claves, hasta el reactivo 366. Su equivalente será el valor real. Este valor real de la "K" --obtenido de la tabla-- será el que se agregue para conseguir el puntaje corregido de las cinco escalas clínicas (Hs,Dp,Pt,Es,Ma).

El valor real real para la escala "Si" se pone tal y como se da en la equivalencia de la tabla. Es importante hacer notar que si se agrega una cantidad apropiada del factor K a cinco de las variables del inventario, ayuda a aumentar sus capacidades discriminatorias para cada escala.

El Perfil

Una vez obtenidos los puntajes correspondientes para ambas administraciones --corta y larga--, se procede a trazar el perfil, no sin tomar en cuenta varias consideraciones.

Primera.- El perfil debe corresponder al sexo del sujeto.

Segundo. Se trazan los puntajes en bruto en el formulario del perfil, lo cual nos ayuda a encontrar el puntaje "T" en las columnas ubicadas en ambos lados del perfil.

Tercero.- Tener especial cuidado en trazar los puntajes en bruto, corregidos para aquellas escalas que son modificadas por la suma de K.

Los puntos trazados para cada escala se unen con una línea discontinua entre las escalas de validez y las escalas clínica. Así queda completo el perfil.

A continuación se procede a coficiar el perfil con apoyo en la elaboración de una clave cuya escala clínica es codificada con un número, de tal forma que Hs se convierte en 1; y D se convierte en 2 en orden progresivo, hasta la escala 9 que es la Ma. La escala Si se designa con el número 0 es decir, cero.

La elevación de las escalas --70 o más en puntaje de T o la disminución de las escalas --40 o menos en puntaje T se utiliza también con claves en la forma que sigue:

Entre 40 y 70 de T., no se utiliza ninguna clave

Entre 70 y 80 de T, se utiliza una coma: (')

Entre 80 y 90 de T, se utilizan dos comas: (""

De 90 para arriba se utilizan tres comas: (""")

Cuando las escalas están abajo de 50 de T se pone un guión antes del número:

(-)

Entre 40 y 30 de T., se utiliza un guión antes de la coma: (-,)

De 30 de T para abajo se utilizan un guión antes de dos comas: (-""

Una vez entendidas las claves, se procede a:

- 1.- Ordenar los números de mayor a menor
2. Revisar y apuntar después de cada dígito de la escala el número correspondiente y contar de 1 a 10 para no saltarse ningún dígito.
3. Poner los símbolos de elevación apropiada según clave anterior.
4. Cuando dos o más escalas caen dentro del mismo intervalo o rango de 10 puntos T., el símbolo de elevación sigue el dígito de la escala más baja.
5. Cuando dos o más dígitos --dentro del mismo intervalo-- difieren en un solo punto T, se subrayan. Cuando dos o más escalas tienen la misma T, se subrayan y se colocan en el orden numérico habitual.
6. Si en dos intervalos distintos pero que difieren en un solo punto T, se subrayan dichos dígitos así como su símbolo de elevación.
7. Las escalas de validación se colocan a la derecha de las clínicas, anotándose los puntajes en bruto de L, F y K en ese orden y separados por medio de dos puntos.

4. LOS SUJETOS

La selección de los sujetos con los que se realizó la investigación presentó algunas dificultades, ya que se hubieron de controlar numerosas variables con el fin de que las muestras utilizadas fueran lo más semejantes posibles para darle mayor confiabilidad a los resultados. En total fueron 80 sujetos; 40 del grupo con

intento suicida al que denominamos grupo "A" o experimental; y un grupo control representado también por 40 sujetos que no intentaron suicidarse y al que denominamos grupo "B". El grupo "A" se dividió a su vez en 20 sujetos con MMPI forma larga y 20 sujetos MMPI forma corta; por su parte el grupo "B" se dividió del mismo modo, 20 en forma corta y 20 forma larga.

Es importante recalcar el hecho de que a pesar de la baja escolaridad de las pacientes que examinamos, les aplicamos el MMPI, y lo hicimos así, porque no advertimos en ellas problemas en el área de la consciencia.

Hubo quince pruebas que no pudieron ser tomadas en cuenta dentro de nuestro estudio debido a que las pacientes no llenaron los criterios de validez.

No se pudo controlar la variable exigida por la prueba MMPI de que todas hubieran cursado secundaria, ya que si hubiere atendido a tal requisito, no habríamos podido acabar la investigación sino en mucho tiempo.

El requisito principal de selección de los sujetos del grupo "A" fue el de que hubiera manifestaciones de cualquier tipo que indicara el intento de suicidio y que este acto hubiera puesto en peligro su vida, ya que todos los pacientes del grupo "A" debían ser siquiátricos y que permanecieran internados solo si realmente pusieran su vida en peligro. Con todo esto se logró un mayor control sobre tal variable. Además a todas las pacientes del grupo "A" se les aplicó la prueba al segundo día de haberse internado, controlándose en esta forma la variable de que no hubieran aún recibido ningún tratamiento sicofarmacológico dentro de la institución.

En base a las historias clínicas revisadas y obtenidas en los hospitales, se encontró que las pacientes del grupo "A" utilizaban para sus intentos suicidas los siguientes medios: la intoxicación por barbitúricos, el lanzarse al vacío, la ahorcadura y las automutilaciones o seccionarse las venas de las muñecas.

El estado civil de las pacientes del grupo "A" fue muy variado. Su gran mayoría eran casadas; les siguió en número las solteras y a continuación las que viven en unión libre, viudas y divorciadas.

La ocupación de las pacientes del grupo "A", fueron las siguientes: secretarias, cultoras de belleza, enfermeras, obreras, maestras, estudiantes, las dedicadas al hogar, y un porcentaje que no tenían ninguna ocupación.

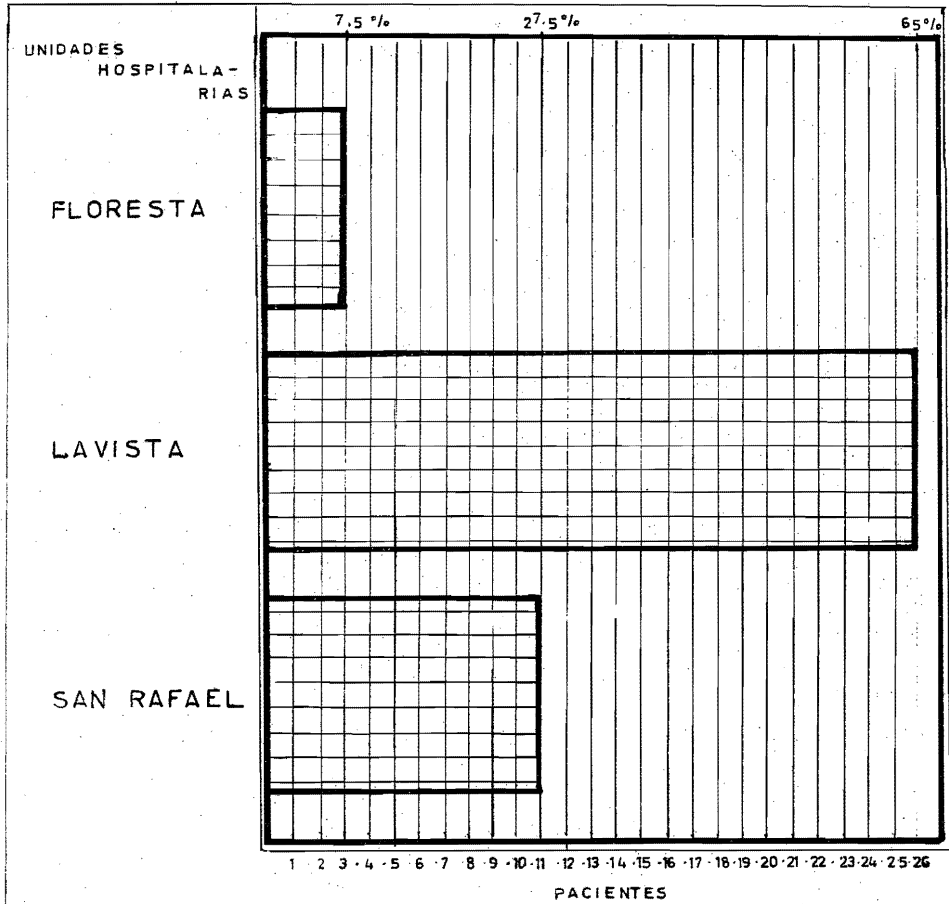
La escolaridad de las pacientes del grupo "A" fue: primaria, secundaria, cultora de belleza, comercio, normal para maestras, enfermería, preparatoria y facultad.

Para mayor comprensión de esta metodología hemos elaborado en el capítulo antepenúltimo de la tesis diversos cuadros con los datos exactos y porcentajes así como sus respectivos comentarios correspondientes a cada una de aquellos a saber: 9 por edad, 10 por estado civil, 11 por ocupación, 12 por escolaridad, 13 por causas, 14 por meses dentro de los cuales tuvo lugar el intento, 15 por reincidencia o no de los intentos, 16 por medios empleados, y 17 por sitio o lugar del intento.

Las características más importantes del grupo "B" fueron que los sujetos nunca hubieran intentado suicidarse y que no se conociera ningún intento notorio de autodestrucción, para que no se sobrepusieran a las características del grupo "A". Los sujetos de ambos grupos, tanto los del grupo "A" como los del "B", fueron del sexo femenino y de una edad fluctuante entre los 15 y 35 años, ello con el fin de buscar que ambos grupos presentaran características lo más semejante posible en cuanto a edad, ocupación, estado civil, grado de escolaridad y que pertenecieran a alguna dependencia gubernamental con servicios de seguridad social.

El nivel socioeconómico de los sujetos de ambos grupos, era el de la clase media popular. Todo esto fue bien controlado ya que los sujetos pertenecían a tres instituciones del gobierno tales como ISSSTE, IMSS, y Comisión Federal de Electricidad y sus respectivas unidades hospitalarias Floresta, Lavista y San Rafael (Ver Cuadro 10)

-63-
CUADRO 18



NUMERO DE PACIENTES POR UNIDAD HOSPITALARIA

Cabe hacer notar que no se consideró necesario hacer cinco tablas representativas del grupo "B", ya que el único cambio que se registró en las características de ambos grupos, "A" y "B", fue en el correspondiente a la ocupación en donde se observó que todos los sujetos del grupo "B" llevaban a cabo alguna actividad, en contraste con las pacientes del grupo "A", que en un 25% de los casos no se dedicaban absolutamente a nada (Ver Cuadro 11)

5. METODO

Se obtuvo una muestra representativa de personas que han intentado suicidio tales como mujeres entre 15 y 35 años que demandaron ellas o sus familiares atención psiquiátrica en los hospitales Floresta, Lavista y San Rafael. También obtuvimos un grupo control o testigo de personas con las mismas características con excepción de que no habían intentado suicidarse. Cada grupo consistió en un total de 20 personas.

El MMPI tiene una forma corta y una larga. Encontramos que en las pacientes del grupo "A" había con frecuencia dificultades para completar sus respuestas a la forma larga. Por esto, a una mitad de los sujetos de este grupo, se aplicó la forma larga y a la otra mitad la forma corta, lo que hizo necesario manejar esta misma variable con los sujetos del grupo "B". Para calificar las respuestas obtenidas por la forma corta, se utilizaron las tablas diseñadas en 1974 por los doctores Gómez-Mont, Navarro Arias y Carranza Acevedo.

La aplicación del MMPI tanto en su forma corta como larga para los sujetos del grupo A y B, se hizo en una sola sesión: para el grupo A se aplicó con un promedio de 3 horas en cada paciente y para el grupo B se aplicó con un promedio de una hora en cada sujeto. Además en el grupo A, treinta pacientes contestaron por sí mismas y a las otras diez pacientes se les tuvo que leer pregunta por pregunta de la prueba. En el grupo B las cuarenta contestaron por sí mismas el examen sin ningún problema. A las pacientes del grupo A se les administró la prueba en el hospital en

el que estaban internadas y a los sujetos del grupo B, se les aplicó a diez y ocho en el mismo lugar de su trabajo y a las doce restantes en su casa.

Es importante hacer notar que las escalas L, F y K no siguen la fórmula para obtener la T; en cambio, todas las demás escalas si siguen la fórmula indicada ya que para la obtención de estas tres escalas se utiliza como base el criterio estadístico de los grupos normativos del Minessota. Es decir arbitrariamente. Una vez administradas las pruebas, se procedió a calificar las hojas de respuestas y a obtener perfiles para cada uno de los sujetos. Los perfiles, a su vez, se fundamentaron en un grupo de normas de validez, es decir, sólo se consideraron como válidos aquellos perfiles en que: a) la escala F fuera igual o menor al puntaje 20 en bruto; b) el índice de Gough F-K, fuera igual o menor al puntaje 9 en bruto; c) por lo menos una de las escalas clínicas estuviera entre T 45 y T 55 tal como lo sugieren Rivera y Ampudia en 1976.

Aceptados los perfiles, se formaron las muestras representativas que constituyen los grupos "A" y "B" para proceder después a codificar los datos obtenidos mediante el puntaje T para cada uno de los sujetos en las trece esclas básicas del MMPI. En esta forma obtuvimos cuatro perfiles generales como sigue: (Ver cuadros 19, 20, 21 y 22)

Grupo "A" (forma larga MMPI) 20 sujetos

Grupo "A" (forma corta MMPI) 20 sujetos

Grupo "B" (forma larga MMPI) 20 mujeres

Grupo "B" (forma corta MMPI) 20 sujetos

El puntaje T fue utilizado para calcular la media y la desviación estandard de los diversos grupos (Veáse Cuadros 23, 24, 25 y 26)

La media o promedio fue obtenida con apoyo de la fórmula:

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{N}$$

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chornley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

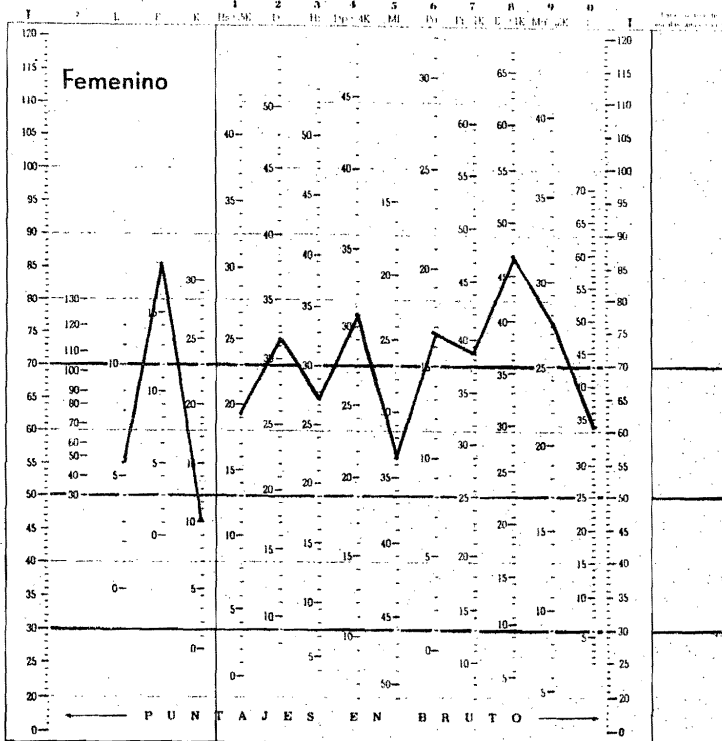
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto **0 6 18 10 19 32 22 31 37 17 38 47 27 61**

Agregar factor K _____

Puntaje corregido _____



Fracciones K

K	S	A	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

PERFIL DE 20 SUJETOS CON INTENTO DE SUICIDIO FORMA LARGA

8" 4 9 6 2 7 3 1 0 (33); 0; 6; 18; 10;

CUADRO 19

Firma _____ Fecha _____

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

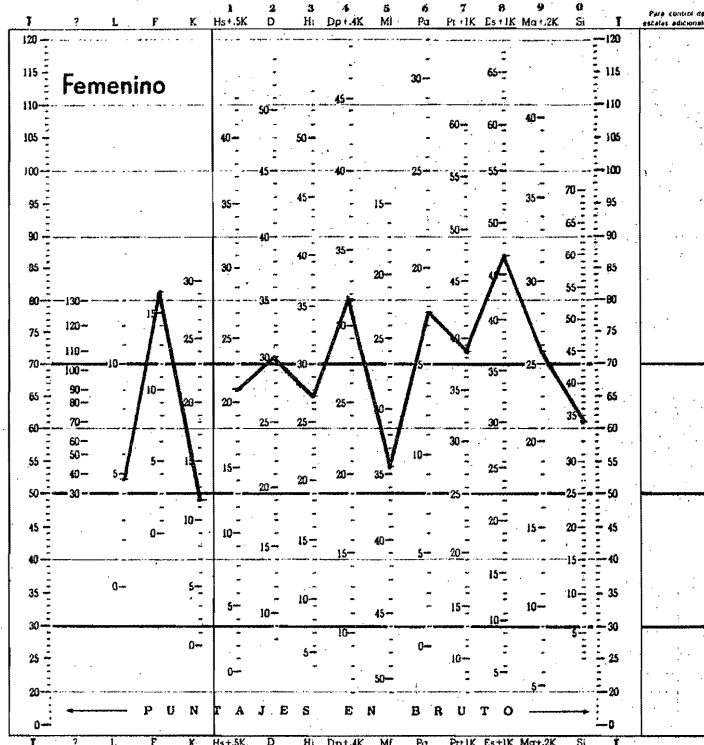
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones K

K	S	A	J
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

PERFIL DE 20 SUJETOS CON
INTENTO DE SUICIDIO FORMA
CORTA

8" 4 6 9 7 2' 1 3 0 (34); 0; 5; 17; 12;

Puntaje en bruto	0	5	17	12	21	30	28	32	34	18	38	47	26	34	___	___
Agregar factor K	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
Puntaje corregido	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___

CUADRO 20



Firma _____ Fecha _____

PERFIL Y SUMARIO

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

F
Femenino

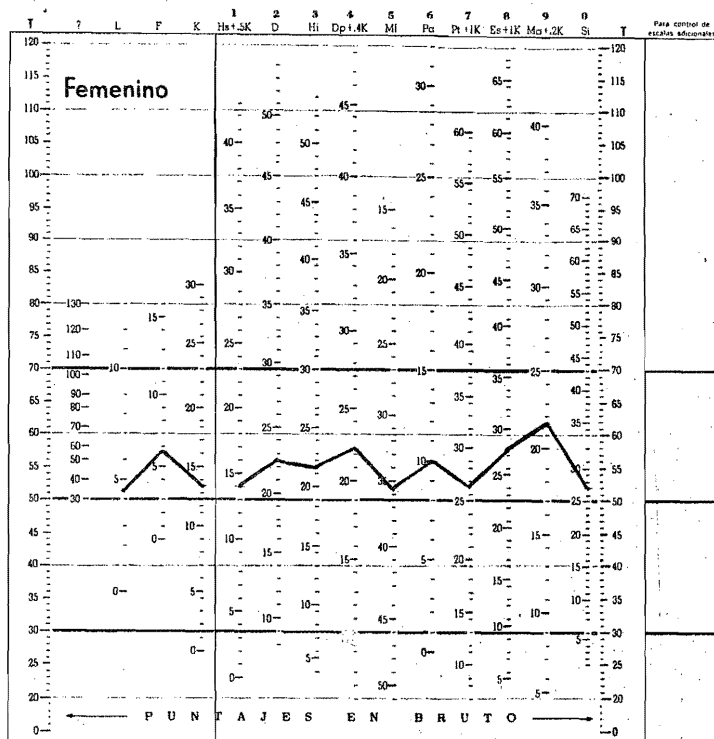
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Para control de
estados anormales

Fracciones K

K	.5	.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

PERFIL DE 20 SUJETOS DEL GRUPO

CONTROL FORMA LARGA.

9 8 4 6 2 3 7 0 1 (36); 0; 4; 6; 13;

Puntaje en bruto 0 4 6 13 14 23 21 22 36 10 27 28 22 27 _____
 Agregar factor K _____
 Puntaje corregido _____

CUADRO 21



Firma _____ Fecha _____

-89-

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

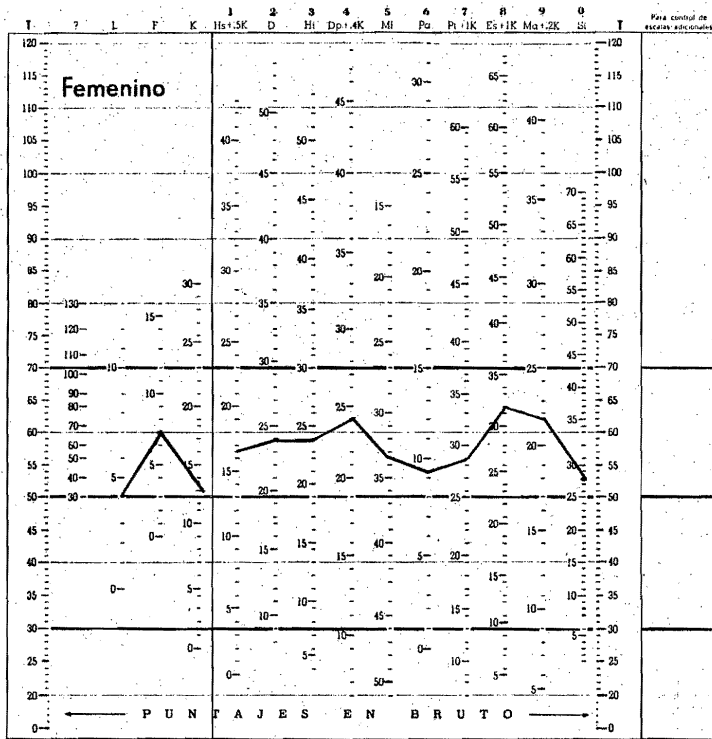
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto: 0 4 7 13 16 24 24 24 33 9 29 32 22 28

Agregar factor K _____
Puntaje corregido _____

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
PERFIL DE 20 SUJETOS DEL
GRUPO CONTROL FORMA CORTA.

8 9 4 2 3 7 1 6 0 (36): 0; 4; 7; 13;

CUADRO 22



Firma _____ Fecha _____

MEDIAS "X", DESVIACIONES ESTANDARD "S" Y PUNTAJE "T,,

CUADRO 23

SUJETOS	FORMA CORTE DEL MMPI				GRUPO EXPERIMENTAL									
	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
1	50	101	46	74	64	75	76	53	85	74	94	75	60	
2	57	53	62	50	64	65	67	53	53	45	54	40	48	
3	53	99	42	80	80	78	90	45	113	93	114	83	70	
4	53	102	44	85	77	72	95	47	100	89	106	78	72	
5	43	104	42	72	78	70	90	63	85	79	94	55	69	
6	56	90	49	60	80	68	90	55	91	74	94	85	58	
7	63	68	44	70	71	68	71	50	67	60	72	78	54	
8	64	70	46	52	75	43	84	45	74	51	69	68	66	
9	46	64	48	87	64	80	76	59	62	71	80	83	51	
10	60	111	44	89	80	75	100	45	100	96	112	88	70	
11	50	66	55	54	46	48	74	47	62	78	84	75	54	
12	53	55	44	52	72	48	55	63	41	71	67	55	69	
13	43	55	55	56	48	61	53	61	45	48	58	75	50	
14	40	115	48	99	92	90	100	51	114	100	120	70	70	
15	50	103	46	50	62	49	79	66	77	71	89	70	68	
16	56	55	59	52	51	47	69	55	47	48	64	68	50	
17	50	89	46	62	92	68	88	55	82	86	103	62	71	
18	56	90	49	52	67	49	88	70	102	71	91	77	54	
19	43	76	44	57	78	59	79	51	90	72	97	88	70	
20	50	58	62	74	84	82	83	49	65	67	69	60	52	
EN	1036	1624	975	1327	1425	1295	1607	1083	1555	1444	1731	1433	1226	
X	51.80	81.20	48.75	66.35	71.25	64.75	80.35	54.15	77.75	72.20	86.55	71.65	61.30	
S	6.68	21.31	6.36	15.33	13.06	13.68	13.12	7.40	22.19	16.02	19.35	12.42	8.87	
MODO	50	55	44	52	64 80	68	90	45 55	85 82 100	71	94	75	70 54	
RANGO	24	62	20	49	44	47	47	35	73	55	66	48	21	

MEDIAS "X" DESVIACIONES STANDARD "S" Y PUNTAJE "T"

CUADRO 24

SUJETOS	FORMA CORTA DEL MMPI						GRUPO CONTROL						
	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	60	64	61	54	49	54	64	51	50	45	57	62	46
2	40	73	49	54	52	47	64	59	54	79	88	86	51
3	74	46	70	52	48	61	60	45	62	50	58	65	29
4	53	89	35	56	53	52	57	70	68	66	81	60	66
5	53	76	48	46	49	56	64	74	59	46	64	75	52
6	50	62	44	66	78	61	69	63	70	76	81	53	67
7	46	55	53	46	44	56	55	55	41	50	58	65	40
8	56	68	48	72	89	70	60	57	59	78	77	58	72
9	53	50	57	61	71	61	64	59	44	53	55	35	67
10	50	76	46	70	88	78	69	63	67	89	81	58	78
11	46	55	53	56	51	64	56	64	41	50	60	63	41
12	46	53	55	46	40	54	74	53	53	49	63	70	37
13	46	66	49	52	61	64	79	51	56	53	60	70	54
14	46	55	61	62	47	61	71	39	62	50	55	68	40
15	43	62	42	56	69	66	64	30	59	55	69	55	54
16	50	53	49	70	86	70	57	43	47	56	57	53	66
17	50	48	48	58	51	50	39	61	33	33	41	45	48
18	46	53	55	56	48	58	71	58	50	46	64	68	43
19	56	44	62	44	46	52	50	49	50	48	51	65	48
20	43	55	44	62	69	52	46	70	99	45	58	60	61
EN	1007	1203	1029	1139	1189	1187	1233	1114	1084	1117	1278	1234	1060
X	50.35	60.15	51.45	56.95	59.45	59.35	61.65	55.70	54.20	55.85	63.90	61.70	53
S	7.49	11.67	8.12	8.32	15.78	7.80	9.69	10.97	9.74	14.23	12	10.86	13.18
MODO	46	55	48 49	56	48 49	61	64	51 70 59 73	59	50	58 81	65	40 66 54
RANGO	34	45	35	28	48	31	40	44	37	56	47	51	49

71

MEDIAS "X" DESVIACIONES ESTANDARD "S" Y PUNTAJE "T"

CUADRO 25

SUJETOS	FORMA LARGA DEL MMPI			GRUPO EXPERIMENTAL									
	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	60	50	53	46	71	63	67	39	73	69	70	63	50
2	70	94	49	56	64	63	81	50	67	68	86	83	55
3	46	103	44	71	63	71	100	72	85	63	92	93	56
4	56	95	40	66	82	80	57	70	82	79	75	78	68
5	60	90	48	71	88	75	97	51	70	71	92	65	60
6	46	62	48	48	69	59	83	47	67	55	65	73	46
7	40	78	46	52	78	56	74	67	62	83	89	78	69
8	47	102	46	66	63	54	78	55	94	77	104	81	49
9	53	103	34	60	51	59	73	63	73	73	97	93	61
10	56	93	74	52	61	61	74	53	80	69	89	73	54
11	50	102	33	72	73	70	78	49	88	68	95	60	72
12	56	84	40	60	69	50	60	51	88	69	71	78	62
13	56	120	51	87	88	87	97	59	79	93	117	86	82
14	60	68	42	50	57	61	81	63	62	65	77	70	52
15	65	98	40	68	88	72	79	53	91	76	97	68	78
16	53	64	51	52	69	47	62	45	56	66	63	66	53
17	66	58	48	50	85	42	67	57	67	69	74	68	62
18	56	66	46	64	92	70	81	68	67	66	78	63	75
19	53	96	48	87	88	92	86	47	78	86	106	96	61
20	35	100	36	76	82	75	83	53	79	84	105	86	63
EN	1084	1726	917	1254	1481	1307	1558	1112	1508	1449	1742	1521	1228
X	54.2	86.30	45.85	62.7	74.05	65.35	77.9	55.6	75.4	72.45	87.1	76.05	61.4
S	8.59	18.95	8.73	12.26	12.11	12.90	11.85	9.05	10.65	9.03	15.04	10.91	10.02
MODO	56	102 103	48	52	88	53 59 70 61	81	53	67	69	92 97	78	61 62
RANGO	35	70	41	41	41	50	40	33	38	38	54	36	36

72

SUJETOS	FORMA LARGA DEL MMPI						GRUPO CONTROL						
	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	43	53	49	68	47	73	62	51	59	55	60	63	45
2	56	53	49	60	61	56	48	57	44	45	55	53	49
3	46	66	42	48	61	34	41	63	56	51	49	50	66
4	60	62	59	56	53	59	55	55	59	45	58	65	48
5	50	60	50	50	73	56	64	43	53	61	60	54	54
6	56	68	51	58	57	59	57	51	76	60	62	70	44
7	53	48	70	52	47	52	62	49	56	51	54	45	48
8	50	58	40	44	53	45	62	61	65	53	57	73	55
9	50	66	48	56	53	57	81	47	67	66	72	87	43
10	43	58	42	50	54	45	46	53	50	41	55	68	49
11	60	46	66	54	53	50	60	59	56	32	38	60	47
12	46	48	55	54	59	66	48	39	53	61	51	45	62
13	53	58	51	46	47	50	55	45	55	50	63	63	47
14	56	48	55	44	57	56	53	45	70	51	54	40	46
15	56	48	46	39	59	45	39	45	50	46	47	45	66
16	46	66	48	60	65	64	88	53	65	60	67	60	66
17	60	50	59	50	49	54	48	53	44	45	49	63	50
18	46	64	48	48	53	56	60	70	43	53	69	70	50
19	50	50	55	60	54	61	60	49	50	51	57	63	51
20	46	64	57	46	67	64	76	45	56	68	77	65	55
EN	1026	1134	1040	1043	1127	1102	1165	1033	1127	1045	1154	1232	1041
X	51.3	56.7	52	52.15	56.35	55.1	58.25	51.65	56.35	52.25	57.7	61.6	52.05
S	5.65	7.51	7.68	7.02	6.92	8.84	12.54	7.61	8.82	8.78	9.15	10.65	7.43
MODO	46	48	48 55	50 60	53	56	62 48	45	56	51	60 55	63	66
							60				60 54-57		
RANGO	17	22	30	21	20	39	49	31	36	36	39	42	23

que es típica o representativa de un conjunto de datos no agrupados, sin olvidar la moda o modo que es aquel valor que se presenta con mayor frecuencia en una serie de números dada.

Se utilizó la desviación estandard mediante la fórmula:

$$S = \frac{\sum |x - \bar{x}|}{N}$$

también representativa de un conjunto de datos no agrupados para ver el grado en que los datos numéricos tienden a extenderse alrededor de el valor de la media, tomando en cuenta el rango o diferencia entre el mayor y el menor de todo el conjunto de números para cada una de las 13 escalas del MMPI.

A continuación se tenía que comprobar si existía o no diferencia significativa desde el punto de vista estadístico entre las personas a quienes se les aplicó la forma corta y larga del MMPI. En caso de que no existiera diferencia, se podría formar una muestra representativa de N-40 individuos con intento de suicidio y otra muestra como control o testigo de N-40. Para precisar esa diferencia se utilizó la fórmula:

$$\chi^2 = \frac{(O - E)^2}{E}$$

pero nos tropezamos con el problema de que teníamos los datos observados "O", pero no los esperados --"E"--, por lo cual se hizo una Matriz de 2 X 2 con las medias cortas y largas obtenidas de seudosuicidas y no seudosuicidas (Ver cuadros del 27 al 40)

Para cada una de las trece escalas de la prueba. Así se generó la matriz de valores esperados --"E"-- con la fórmula:

$$\frac{t_l \times t_c}{t_t}$$

Matriz de Valores de 2X2 con Medias obtenidas de Suicidio y No Suicidio forma Corta y Larga para cada una de las 13 escalas del MMPI, generando la matriz de valores esperados "E" con la formula:

$$\frac{t_l \times t_c}{T_t}$$

Valores Observados M Valores Esperados U

CORTA	LARGA	t_l
51.80	52.2	106
50.35	51.3	101.65
102.15	105.5	207.65
T_t		

\bar{X} SUICIDAS

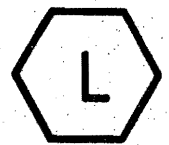
\bar{X} NO SUICIDAS

t_c

52.14	53.86
50.01	51.64

- 76 -

CUADRO 28



Valores Observados Valores Esperados

M

U

CORTA	LARGA	tl			
81.2	86.3	167.5	\bar{X} SUICIDAS	83.36	84.13
60.5	56.7	117.2		\bar{X} NO SUICIDAS	58.33
141.7	143	284.7	tc		

T_t

CUADRO 29



Valores Observados

Valores Esperados

M

U

CORTO	LARGA	tl	
48.75	45.85	94.60	X SUICIDAS
51.45	52	103.45	
100.20	97.85	198.05	X NO SUICIDA
		tc	

47.86	46.73
52.33	51.11

-78-

T_t



Valores Observados
M

Valores Esperados
U

CORTA	LARGA	t_l			
66.35	62.70	129.05	X SUICIDAS		
56.95	52.15	109.10		X NO SUICIDAS	66.81
123.3	114.85	238.15		t_c	56.48
T_t					62.23
					52.61

79

CUADRO 31



Valores Observados

M

CORTA	LARGA	tl
71.25	74.05	145.3
59.45	56.35	115.8
130.70	130.40	261.1

T_t

Valores Esperados

U

72.73	72.56
57.96	57.83

\bar{X} SUICIDAS

\bar{X} NO SUICIDAS

tc

86



Valores Observados Valores Esperados

M U

CORTA	LARGA	t!			
64.75	65.35	130.10	\bar{X} SUICIDAS	66.02	64.07
59.35	55.10	114.45		\bar{X} NO SUICIDAS	58.07
124.10	120.45	244.55	t_c		
T_t					

81

Valores Observados

Valores Esperados

M

U

CORTA	LARGA	tl
80.35	77.90	158.25
61.65	58.25	119.90
142.00	136.15	278.15

\bar{X}
 SUICIDAS
 \bar{X} NO
 SUICIDAS
 tc

80.78	77.46
61.21	58.68

T_L



VALORES:

OBSERVADOS

M

ESPERADOS

U

CORTA	LARGA	t_l		
45.15	55.60	109.75	X SUICIDAS X NO SUICIDAS tc	
55.70	51.65	107.35		
109.85	107.25	217.10		
T_t				

55.53	54.21
54.31	53.03

- 83 -



VALORES:

OBSERVADOS

ESPERADOS

M

U

CORTA	LARGA	tl
77.75	75.40	153.15
54.10	56.35	110.45
131.85	131.75	263.60

76.70	76.54
55.24	55.20

\bar{x}
 SUICIDAS
 \bar{x}
 NO
 SUICIDAS

tc

Tt

84

CUADRO 36



VALORES:
OBSERVADOS
M

ESPERADOS
U

CORTA	LARGA	tl			
72.20	72.45	144.65	\bar{X} SUICIDAS \bar{X} NO SUICIDAS tc		
55.85	52.25	108.10		73.28	71.36
128.05	124.70	252.75		54.76	53.33

T_t

85

CUADRO 37



VALORES:

OBSERVADOS

ESPERADOS

M

U

CORTA	LARGA	tl						
86.55	87.1	173.65	\bar{X} SUICIDAS \bar{X} NO SUICIDAS tc	<table border="1"> <tr> <td>88.48</td> <td>85.16</td> </tr> <tr> <td>61.96</td> <td>59.63</td> </tr> </table>	88.48	85.16	61.96	59.63
88.48	85.16							
61.96	59.63							
63.90	57.7	121.60						
150.45	144.8	295.25						

86-

T_t

CUADRO 38



VALORES:

OBSERVADOS

ESPERADOS

M			U	
CORTA	LARGA	tl		
71.65	76.05	147.7	\bar{X} SUICIDAS \bar{X} NO SUICIDAS tc	72.67
61.70	61.60	123.3		75.02
133.35	137.65	271.0		60.67
T_t				62.62

CUADRO 39



VALORES:

OBSERVADOS

M

ESPERADOS

U

CORTA	LARGA	tl			
61.3	61.40	122.70	\bar{X} SUICIDAS \bar{X} NO SUICIDAS tc		
53.0	52.05	105.05		61.57	61.12
114.3	113.45	227.75		52.72	52.32

Tt

- 88 -



para cada casilla

Donde t_l total larga

t_c total corta

t_t total de totales

Con lo anterior se pudo proceder a obtener la χ^2 para cada una de las trece escalas. Se cotejaron a continuación los valores que resultaron de χ^2 en las tablas al .05 (Schaum 1970) (Ver cuadro 41). El resultado fue que se pudo considerar a un grupo de 40 individuos y como control o testigo a otro grupo también de 40 individuos. El corolario fue la consistencia de ambas pruebas: corta y larga.

Se aplicó la prueba t de Student a los dos grupos ahora formados por 40 sujetos cada uno (Ver cuadro 44) mediante la fórmula:

$$t = \frac{\bar{x} - \mu}{S \sqrt{N}}$$

para lograr generalizar los resultados obtenidos del MMPI en los dos grupos a efecto de obtener las conclusiones que se anotan posteriormente

Se despejó de la fórmula:

$$N = \left(\frac{Z_c \sigma}{k} \right)^2$$

la k se despejó de la siguiente manera:

$$N = \left(\frac{Z_c \sigma}{k} \right)^2$$
$$\sqrt{N} = \frac{Z_c \sigma}{k}$$
$$k \sqrt{N} = Z_c \sigma$$
$$\therefore k = \frac{Z_c \sigma}{\sqrt{N}}$$

TABLA DE RESULTADOS DE χ^2

20 SUJETOS FORMA CORTA Y 20 FORMA LARGA.

$$\chi^2 = \frac{(O-E)^2}{E}$$

L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	ESCALA
.0088	.2719	.0634	.3449	.1368	.1068	.0111	.1414	.0817	.0761	.2095	.0141	.0053	χ^2

NIVEL DE SIGNIFICANCIA = 0.05 GRADOS DE LIBERTAD = 10.01

$P < 0.05$

NO HAY DIFERENCIA

SIGNIFICATIVA ENTRE

**EL RESULTADO DE LA PRUEBA CORTA
Y LA LARGA, POR LO TANTO TENEMOS
UNA MUESTRA DE N-40.**

La fórmula de k se utiliza para estimar la fidelidad de la muestra de 20 individuos con intento de suicidio --forma corta y larga-- con respecto a la población definida. Esto permitirá concluir si efectivamente la muestra es o no representativa de la población (Ver cuadro 42)

La misma fórmula se utilizó con la muestra unificada de 40 individuos, (Ver cuadro 43 de donde también pudo estimarse la fiabilidad de la muestra con respecto a la población. En términos de porcentaje de 100% de error, indica que la muestra no representa a la población. Uno por ciento de error indica que la muestra es fidelísima.

Gracias a la teoría estadística --como se sabe-- la representatividad de la muestra es asunto que depende por completo del azar, de tal modo que al aumentar considerablemente N , o sea el tamaño de la muestra, se reduce la probabilidad de que la muestra represente con gran error a la población; pero esto sale muy caro.

TABLA DE $k = \frac{Zc\sigma}{\sqrt{N}}$ PARA ESTIMAR FIDELIDAD DE LA MUESTRA DE 40 SUJETOS CON INTENTO DE SUICIDIO FORMA CORTA Y LARGA.

ESCALA	PORCENTAJE k
L	79.65
F	76.19
K	78.45
1	78.04
2	80.59
3	77.79
4	81.78
5	80.81
6	82.79
7	84.41
8	79.95
9	82.30
0	80.78

TABLA DE $k = \frac{Z c \sigma}{\sqrt{N}}$ PARA ESTIMAR
FIDELIDAD DE LA MUESTRA DE 40
SUJETOS CON INTENTO DE SUICIDIO.

ESCALA	PORCENTAJE DE $k = \frac{Z c \sigma}{\sqrt{N}}$
L	80.98 %
F	72.62 %
K	79.28 %
1	74.22 %
2	78.36 %
3	75.69 %
4	79.83 %
5	80.56 %
6	73.68 %
7	77.86 %
8	76.10 %
9	79.59 %
0	80.26 %

V. HIPOTESIS

a) Hipótesis Generales

El MMPI es un instrumento útil para diagnosticar a quienes posiblemente intentarán suicidio o para analizar las características de la personalidad de individuos que ya lo han intentado, sin éxito.

Hipótesis nula Ho. No hay diferencia en los perfiles del MMPI entre mujeres con intento de suicidio y las mujeres que no intentaron este tipo de conducta contemplada en todas sus escalas.

Hipótesis alterna HI. Hay diferencia significativa en los perfiles del MMPI entre mujeres con intento de suicidio y las mujeres que no presentaron este tipo de conducta principalmente dentro de las escalas F, 8, 4, 6, 9 y 5

b) Hipótesis de Trabajo

Hipótesis nula 1 Ho. No hay en la escala F diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres con intento de suicidio y las mujeres sin este tipo de conducta.

Hipótesis alterna HI. Se encontró en la escala F diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres con intento de suicidio y las mujeres sin este tipo de conducta.

Hipótesis nula 2 Ho2. No hay en la escala 4 diferencias estadísticamente significativa entre las mujeres con intento de suicidio y las mujeres sin este tipo de conducta.

Hipótesis alterna H1. Se encontró en la escala 4 diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres con intento de suicidio y las mujeres sin este tipo de conducta.

Hipótesis nula 3 Ho3 No se encontró en la escala 5 diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres con intento de suicidio y las mujeres sin este tipo de conducta.

Hipótesis alterna H1. Se encontró en la escala 5 diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres con intento de suicidio y las mujeres sin este tipo de conducta.

Hipótesis nula 4 Ho4. No se encontró en la escala 6 diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres con intento de suicidio y las mujeres sin este tipo de conducta.

Hipótesis alterna H1 Se encontró en la escala 5 diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres con intento de suicidio y las mujeres que no presentan este tipo de conducta.

Hipótesis nula 5 Ho5. No hay en la escala 8 diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres con intento de suicidio y las mujeres que no presentan este tipo de conducta.

Hipótesis alterna H1 Se encontró en la escala 8 diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres con intento de suicidio y las mujeres que no presentan este tipo de conducta.

Hipótesis nula 6 Ho6 No hay en la escala 9 diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres con intento de suicidio y las mujeres que no presentaron este tipo de conducta.

Hipótesis alterna H1 Se encontró en la escala 9 diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres con intento de suicidio y las mujeres que no presentan este tipo de conducta.

RESULTADOS:

EN BASE A LA t STUDENT OBSERVAMOS QUE:

ESCALA	t STUDENT		GRADOS DE LIBERTAD
L	1.36	$2.02 > 1.36$	$40-1=39$
F	7.16	$2.02 < 7.16$	"
K	-2.56	$2.02 < 2.56$	"
1	3.65	$2.02 < 3.65$	"
2	5.13	$2.02 < 5.13$	"
3	3.16	$2.02 < 3.16$	"
4	7.02	$2.02 < 7.02$	"
5	0.74	$2.02 > 0.74$	"
6	6.95	$2.02 < 6.95$	"
7	6.63	$2.02 < 6.63$	"
8	8.10	$2.02 < 8.10$	"
9	4.87	$2.02 < 4.87$	"
0	3.86	$2.02 < 3.86$	"

GRADOS DE LIBERTAD 2.02

NIVEL DE SIGNIFICAN
CIA 0.975

MUESTRA DE 40 SUJETOS (MUJERES)

VI RESULTADOS

a) Hipótesis general.

En base a los datos obtenidos en el presente estudio interpretaremos su significado. Pero ha de advertirse, con la mayor claridad y énfasis, que todas las hipótesis expuestas a continuación serán aceptadas o desechadas con base a un nivel de significación de 0.975, dado por la fórmula "t" de Student. (Ver Cuadro 44)

En la primera hipótesis planteada se acepta la hipótesis alterna, con lo cual deducimos que sí existe diferencia estadística significativa en mujeres con intento de suicidio y las que no lo intentaron.

b) Hipótesis de trabajo.

En la primera hipótesis se acepta la hipótesis alterna; así observamos la diferencia estadística significativa existente en la escala F entre las mujeres con intento de suicidio y sin ese intento. Ello nos indica que las primeras son personas que no saben reconocer sus propios problemas y las que tienen gran necesidad de ayuda. Por la altura de la escala, puede decirse que no fue buena la comprensión de las mujeres a los reactivos de la prueba.

En la segunda hipótesis de trabajo se acepta la hipótesis alterna, en la que se afirma haber en la escala 4 una diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres que intentaron suicidarse y las que no lo intentaron. La elevación de la escala 4 a este nivel indica que se trata de sujetos sin buena capacidad de logros, pero con incapacidades muy grandes para el compromiso afectivo profundo, no inclinadas a comprometerse con nadie ni a posponer la satisfacción de una necesidad, lo cual las conduce a cometer actos antisociales que van incluso en contra de su propia vida, ya que existe en ellas cargas muy fuertes de impulsividad y de agresión, junto con la energía suficiente para descargar esa agresión.

En la tercera hipótesis se acepta la hipótesis nula, según la cual no existe diferencia estadísticamente significativa entre los sujetos con intento de suicidio y

los que no intentaron. La disminución de la escala 5 indica que los sujetos de ambos grupos son frágiles, sumisos, tolerantes y abnegados.

En la cuarta hipótesis se acepta la hipótesis alterna. Por lo tanto, podemos decir que sí se halló en la escala 6 diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres con intento de suicidio y las mujeres sin este tipo de conducta. Aquí podemos advertir que un punto alto en esta escala indica que las pacientes poseían gran agresividad al sentirse limitadas o confinadas y al percibir el ambiente como amenazante, exageran su conducta y agrandan el haz de problemas que lo rodean.

En la quinta hipótesis se acepta también la hipótesis alterna. En base a ello podemos ver que sí existe en la escala 8 diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres con intento de suicidio y las que no incurrieron en él. Así advertimos que la elevación de la escala 8 nos habla de personas provistas de una marcada tendencia a la fantasía e inclinadas a confundir los límites existentes entre lo real y lo irreal al demostrar incapacidad para relacionarse con profundidad.

En la sexta hipótesis se aceptó de nueva cuenta la hipótesis alterna, debido a que hubo en la escala 9 diferencia entre un grupo y otro. Con tal enfoque pudimos observar que la elevación de esta escala nos indica que se trata de personas maníacas, poseedoras de gran energía para llevar a cabo sus actos.

c) Resultado en Puntaje T.

Con los resultados en el puntaje T del grupo con intento de suicidio se obtuvo el siguiente perfil: 8'' 46972'310 (55); 0; 5; 18;11;

1. La escala 8 resulta la más elevada del perfil suicida: alcanza una puntuación de 87 puntos de T, en tanto que el perfil comparativo llega a 61 de T.

2. La escala 4 es la que le sigue en puntaje de T: hubo 79 en comparación con los 60 obtenidos en la T de la muestra respectiva.

3. La escala 6 ocupa el tercer lugar: se obtuvo una puntuación de T igual a 77, en comparación con los 55 existentes en la muestra respectiva.

4. La escala 9 suma 74 puntos de T en las seudosuicidas en comparación con las

no seudosuicidas que sumaron 63 puntos de T.

5.- La escala 7 obtuvo 72 puntos de T entre quienes intentaron suicidarse, en comparación con los 62 puntos de T de quienes no lo intentaron.

6. La escala más baja obtenida fue la 5 con un puntaje correspondiente a T 55 relativo a las pacientes que no intentaron suicidarse. Sin embargo, esta escala no puede pasar inadvertida, ya que es la más baja de todo el perfil y, por lo tanto, posee significación importante, la ya descrita antes.

7. Las escalas L, K y 5, vinculadas a sujetos con intento de suicidio y a la muestra comparativa, apenas varían. Las tres escalas caen entre 47 y 55 puntos de T.

A la vista de lo anterior, diseñaremos el perfil procedente de los resultados enumerados en relación con las mujeres que intentaron suicidarse (Ver cuadros 45 y 46)

El criterio de validez sustentado para este perfil, permite observar que la escala F es menor al puntaje 20 en bruto; el de el índice de Gough F-K correspondió a+ 9, y tres escalas cayeron dentro de T45 y T55, las escalas fueron la L, K y 5, por lo tanto nuestro perfil es válido.

Como se dijo antes, se utilizó una forma corta y una larga del MMPI y se tenía que comprobar si existía o no diferencia estadísticamente significativa entre ambas, con base a la X^2 , el resultado fue que no existe diferencia entre ambas formas de aplicación cuando tenemos un puntaje menor de 0.05 para X^2 (Ver cuadro 41). Así se pudo formar la muestra de N 40. Además de que a continuación se corroboró, la generalización de los datos con la ayuda de la fórmula de k para estimar la fidelidad de nuestros 20 sujetos para ver si se les podía unificar. Esto fué posible y nos permitió concluir que en efecto, la muestra sí es representativa de la población (Ver cuadro 47 y 48), y que forma corta y larga podían constituir una sola muestra de N 40 para ambos grupos, tanto de los que intentan suicidio como de la muestra control.

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMF - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO



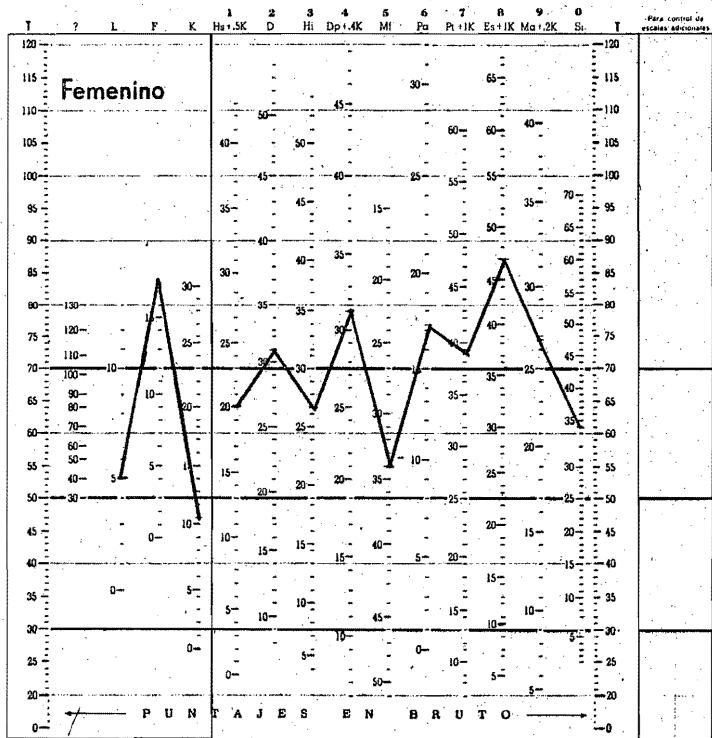
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones K			
1	5	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
PERFIL DE 40 SUJETOS CON INTENTO DE SUICIDIO

8- 4 6 9 7 2 3 1 0 (55) 0; 5; 18; 11;

100-

CUADRO 45

Puntaje en bruto **0 5 18 11 20 31 27 31 34 17 38 47 27 34**

Agregar factor K _____

Puntaje corregido _____



Firma _____ Fecha _____

PERFIL Y SUMARIO

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

F
Femenino

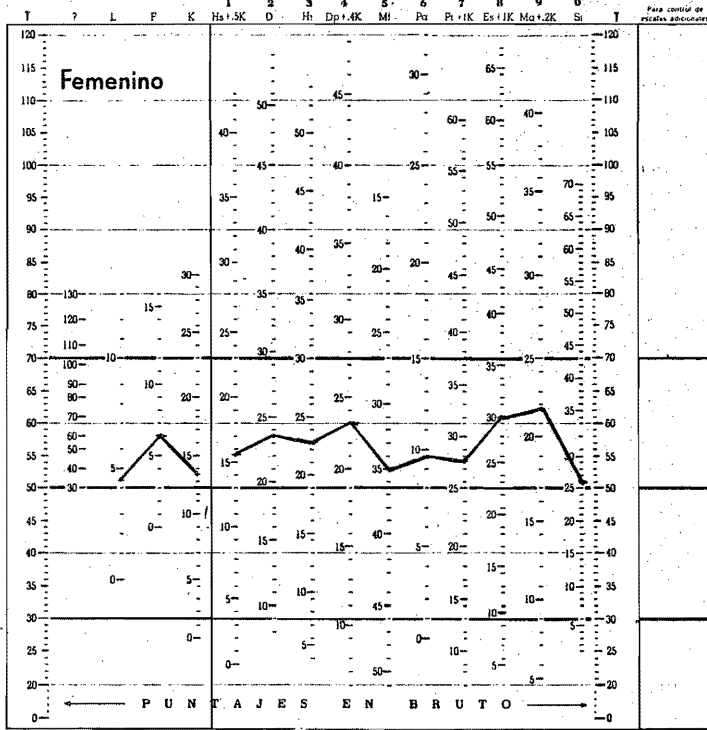
Nombre _____
(letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Para control de
puntuaciones

Fraciones K

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

NOTAS

PERFIL DE 40 SUJETOS DEL
GRUPO CONTROL

9 8 4 2 3 1 6 7 (35) 0; 0; 4; 6; 14;

- 101 -

CUADRO 46

Puntaje en bruto 0 4 6 14 16 24 23 23 35 10 28 30 22 26

Agregar factor K _____
Puntaje corregido _____



Firma _____ Fecha _____

TABLA DE MEDIAS " \bar{X} " Y DESVIACIONES
STANDARD "S" PARA 40 SUJETOS CON
INTENTO DE SUICIDIO.

ESCALA	\bar{X}	S
L	53	7.69
F	84	20.07
K	47	7.68
1	64	14.01
2	73	12.51
3	65	13.13
4	79	12.40
5	55	8.19
6	77	17.22
7	72	12.83
8	87	17.11
9	74	11.75
0	61	9.34

TABLA DE MEDIAS " \bar{X} " Y DESVIACIONES ESTANDARD "S" PARA 40 SUJETOS SIN INTENTO DE SUICIDIO.

ESCALA	" \bar{X} "	"S"
L	51	6.57
F	58	9.84
K	52	7.81
1	55	7.98
2	58	12.13
3	57	8.50
4	60	11.43
5	53	9.40
6	55	9.17
7	54	11.81
8	61	10.99
9	62	10.62
0	51	13.42
ESCALA	" \bar{X} "	"S"

El perfil grupal de intento de suicidio corresponde en sus características al reportado por Marks Y Seeman en 1971 por lo que, si intentamos interpretar el perfil, podemos concluir que al hablar de los sujetos que intentan suicidarse, hablamos de personas que al contestar el inventario manifiestan una gran necesidad de ayuda. Son personas tensas, críticas consigo mismas y con la sensación de no poder resolver sus problemas por su propia cuenta.

Se observa que estos sujetos tienen una elevada tendencia a la fantasía al confundir los límites entre lo real e irreal, demostrando así su incapacidad para relacionarse. No existe buena capacidad de logros, ya que su energía no se canaliza hacia una sola meta sino que éstas son en general fantaseosas y vagas; tienen incapacidades muy grandes para el compromiso afectivo profundo; no se comprometen básicamente con nadie, y carecen de capacidad para posponer la satisfacción inmediata de una necesidad, todo lo cual eleva el riesgo de cometer actos antisociales que inclusive van contra su propia vida, ya que existen descargas impulsivas justificadas por una lógica absurda.

Sus respuestas agresivas son poco controladas y en función de la sobreinterpretación de los estímulos, la sujeto siente que el ambiente la limita y hostiliza sin motivo, por lo cual siente amenazante al grupo que la rodea, exagerando así los conflictos en sus relaciones interpersonales. Además posee la energía suficiente para intentar en forma impulsiva romper las relaciones que ha establecido.

En esta dinámica es frecuente observar que las sujetos asumen actitudes de fragilidad, sumisión, tolerancia y dependencia como un intento de manipulación al ambiente.

A) COMENTARIOS A LOS CUADROS RELATIVOS A LA EDAD DE LAS SEUDOSUICIDAS

Con la mayor claridad puede observarse en el Cuadro 9 a y b relacionado a la edad de las 40 seudosuicidas investigadas por nosotras, que el 52.5% de éstas intentaron privarse de la vida teniendo menos de 24 años. O dicho en forma más precisa: De ese total de mujeres investigadas, el 22.5% tenía menos de 19 años, en tanto que el 30% se hallaba entre los 20 y 24 años. Si sumamos tales porcentajes al de 27.5% que corresponde a las seudosuicidas y cuya edad fluctuaba entre los 25 y 29 años, reparamos que el porcentaje de todas las seudosuicidas investigadas por nosotras llegó hasta el 80%

Ello indica que el Mal de Werther es eso, un mal que salta en la etapa juvenil de la existencia y que Goethe --sin ser propiamente un demógrafo o un experto en estadística judicial--, por la vía de la intuición estética, creó la figura literaria arquetípica del suicida: el joven Werther.

Lo propio ocurre si fijamos la mirada en el (Cuadro 9c) relativo a la edad de las seudosuicidas, extraído de los Censos de Población de 1970. Desde luego advertimos que el 62.09% de ellas tenían 24 años o menos, o sea que casi dos terceras partes del total de las mujeres que incurrieron en intento de suicidio, eran adolescentes o jovencitas. Los mismos datos censales referidos muestran que la juventud sigue estando ligada a la inclinación suicida --que independientemente de que lo logren o no--, pues incurrió en tal intento, además, un 9.48% del total de seudosuicidas registrado en 1970 y cuya edad fluctuaba entre los 25 y 29 años.

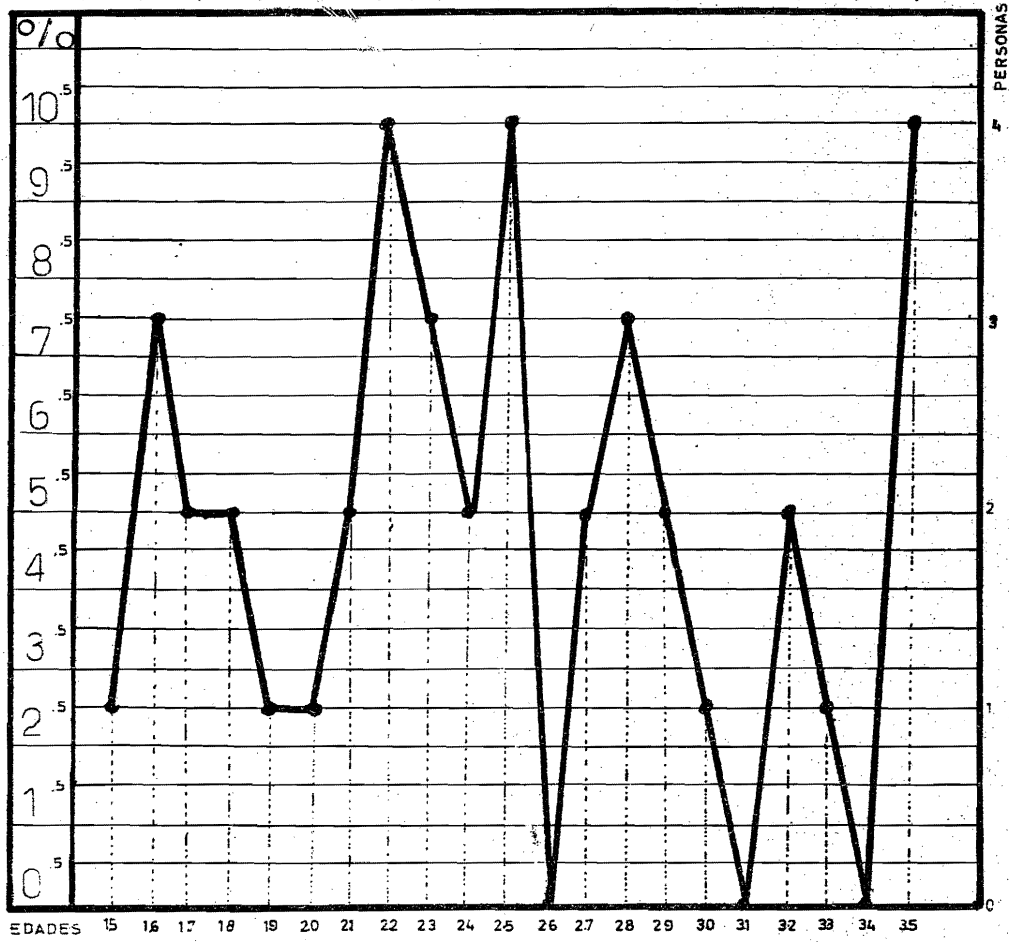
La suma de estas tres etapas de edad de las seudosuicidas alcanza el 71.57% es decir, se asemeja bastante a la que obtuvimos en nuestra investigación directa.

Cabe recalcar que se trata aquí de seudosuicidas, no de suicidas, porque como ya lo vimos antes, el suicidio se produce más entre los ancianos que entre los jóvenes.

EDAD DE LAS SEUDOSUICIDAS SEGUN NUESTRO ESTUDIO

EDAD	PACIENTES 40	%
15 A 19 AÑOS	9	22.5
20 A 24 AÑOS	12	30.0
25 A 29 AÑOS	11	27.5
30 A 34 AÑOS	4	10.0
35 A 39 AÑOS	4	10.0

- 107 -
CUADRO 9b



EDADES
GRUPOS "A" Y "B"

EDAD DE LAS SEUDOSUICIDAS SEGUN EL CENSO DE POBLACION DE 1970

EDADES	95	%
HASTA DE 14 AÑOS	7	7.36
15 A 19 AÑOS	32	33.68
20 A 24 AÑOS	20	21.05
25 A 29 AÑOS	9	9.48
30 A 34 AÑOS	9	9.48
35 A 39 AÑOS	3	3.15
40 A 49 AÑOS	5	5.27
50 A 59 AÑOS	1	1.05
60 O MAS	1	1.05
SE IGNORA	8	8.43

B) COMENTARIOS A LOS CUADROS RELATIVOS AL ESTADO CIVIL

Al examinar el cuadro 10a relativo al estado civil, se advierte desde luego que el índice mayor de intentos de suicidios corresponde a las casadas y a las solteras. Con respecto a las primeras, es el 52.5% del total y el 37.5% con respecto a las segundas. La suma de uno y otro porcentajes llega al 90%. Esta cifra no difiere mucho de la que arrojaron los Censos de Población de 1970. De los 95 casos de seudosuicidas, el 91.56% eran casadas o solteras, o sea respectivamente el 40% y el 51.56%.






¿Qué quiere decir eso?. La tesis del simulacro del suicidio parece ser confirmada por esa elevada cifra. Diríase que las casadas ejercen la coacción moral con mayor persistencia para obtener conmiseración de un marido acaso desobligado o inclinado a una actividad extraconyugal activa. Por lo que hace a las solteras, diríase que éstas ejercen ese chantage moral contra un novio escurridizo o poco cumplidor de alguna obligación que haya podido contraer por adelantar vísperas.

No es una casualidad que las viudas --muerto ya el cónyuge-- no ejerzan con tanta frecuencia la compulsión moral, pues sólo un 2.5% intentó suicidarse.

Un argumento paralelo parece justificar también la baja cifra de divorciadas que intentaron suicidarse --2.5%--, aún cuando en el caso de éstas quizá podría justificarse más el chantage moral contra el exmarido sobreviviente.

Lo que sí sorprende, es que tal tipo de presiones emotivas y que desembocan en el intento de suicidio, sea sólo el del 5% en el caso de las mujeres unidas a una vida marital libre, pues ellas podrían ejercer tal coacción contra el amante con la mira de que éste legitime la unión. Tan bajo porcentaje sorprende todavía más si se tiene en cuenta el hecho bien conocido de que entre las clases populares la unión matrimonial sancionada por la ley tiene el mismo valor para ellas que la unión libre.

ESTADO CIVIL DE LAS SEUDOSUICIDAS SEGUN NUESTRO ESTUDIO

ESTADO CIVIL		NO.	%
SOLTERAS		15	37.5
CASADAS		21	52.5
VIUDAS		1	2.5
DIVORCIADAS		1	2.5
UNION LIBRE		2	5
TOTAL		40	100

ESTADO CIVIL REGISTRADO EN MEXICO SEGUN CENSO DE POBLACION DE 1970

ESTADO CIVIL	95	100%
MENORES DE 14 AÑOS	-	-
SOLTERAS	49	51.56
CASADAS	38	40
VIUDAS	2	2.11
DIVORCIADAS	1	1.05
UNION LIBRE	2	2.11
SE IGNORA	3	3.16

C) COMENTARIOS A LOS CUADROS RELATIVOS A LA OCUPACION

Al ver el Cuadro 11a referente a la ocupación de las seudosuicidas, se confirma en un aspecto relevante la interpretación que hemos dado al Cuadro 10a, pues poco menos de la mitad --el 40%-- de las mujeres seudosuicidas estaban dedicadas al hogar, o sea más que todas las seudosuicidas juntas y cuya ocupación era la de secretarias, o cultoras de belleza, o estudiantes, o enfermeras, o maestras u obreras. En efecto, la suma de todas éstas apenas alcanzó el 35%, o sea un 5% menos que el de las seudosuicidas dedicadas al hogar.

Es presumible que las mujeres que no tenían ocupación alguna, debían engrosar la cifra porcentual de las mujeres incluídas en el subrubro de dedicadas al hogar; si ello fuere así --como es lógico que lo sea-- nos conduciría a afirmar que por cada seudosuicida que trabaja hay casi dos seudosuicidas que se dedicaban al hogar.

Esta relación de casi dos mujeres por una, se confirma con los datos consignados por los Censos de Población de 1970: trabajaban en diversos empleos el 22.13% de las mujeres seudosuicidas y estaban dedicadas al hogar el 71.57%.

Es decir, poco más de dos mujeres improductivas por dos mujeres incorporadas a la producción intentaron suicidarse en 1970.

OCUPACION DE LAS SEUDOSUICIDAS SEGUN NUESTRO ESTUDIO

OCUPACION	NO.	%
SECRETARIAS	4	10
HOGAR	16	40
CULTORA DE BELLEZA	1	2.5
ENFERMERAS	3	7.5
OBRERAS	2	5
MAESTRAS	1	2.5
ESTUDIANTES	3	7.5
NINGUNA	10	25
TOTAL	40	100

OCUPACION DE LAS SEUDOSUICIDAS SEGUN EL CENSO DE POBLACION DE 1970

OCUPACION	95	100%
PROFESIONALES Y TECNICAS	2	2.11
FUNCIONARIOS, DIRECTIVAS Y PROPIETARIAS	-	
PERSONAL ADMINISTRATIVO	4	4.22
COMERCIANTES	4	4.22
SERVICIOS Y TRANSPORTES	7	7.36
AGRICULTURA, GANADERIA, CAZA Y PESCA	-	
OBRERAS Y OPERADORAS	4	4.22
IMPRODUCTIVA	68	71.57
NO ESPECIFICADA	6	6.30

D) COMENTARIO A LOS CUADROS RELATIVOS A LA ESCOLARIDAD.

Al intentar explicar el contenido del Cuadro 12 se advierte, en general, que mientras más bajo es el nivel educativo mayor es el índice de seudosuicidas, ya que incurrieron en él el 30% de las investigadas, quienes sólo tenían escolaridad primaria, en tanto que el 10% incurrió en seudosuicidio y su escolaridad se hallaba en el grado de facultad.

Se explica que el nivel educativo, mientras más bajo sea, influya más en esa macabra decisión, pero ayuda a explicarla mejor el hecho de que en México la mitad de su población adulta no termina la enseñanza primaria, lo cual nos da una gran cantidad poblacional de ese bajo índice educativo.

Aquí parece existir una contradicción con lo que en otra parte de nuestra tesis asentamos: que el suicidio se da más en las clases altas que en las clases populares.

En la medida en que los niveles educativos están estrechamente ligados a la clase social, en esa medida es presumible que los miembros de las clases altas ostenten escolaridad universitaria. Los Censos de Población de 1970 no incluyen el rubro de escolaridad del seudosuicida. Pero esa liga es cierta también para la clase media mediana e incluso para la clase media pobre.

También parece haber una contradicción cuando se sustenta la tesis de que el suicidio es un homicidio a la inversa y que éste, al practicarlo con mayor frecuencia las clases altas, desfogan freudianamente, su instinto homicida movido por el binomio amor-odio.

En contraste con ello, las clases populares, sometidas a menor presión de la censura social que las clases altas, aquellas desfogan el binomio aludido más hacia los delitos de sangre que hacia el suicidio o el intento de suicidio. La razón de tan aparente contradicción quizás se halla oculta en la cuantificación de las clases

sociales contempladas en forma piramidal: en la cúspide de la pirámide se hallan muy pocos y son, sin embargo, los que aportan mayor índice de suicidios; la base de la pirámide, que porcentualmente constituye la mayoría de la población, aporta correlativamente --por la naturaleza misma de su excedente cuantitativo-- el mayor índice de intentos de suicidio en números absolutos.

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS SEUDOSUICIDAS SEGUN NUESTRO ESTUDIO

ESCOLARIDAD	NO.	% _o
PRIMARIA	12	30
SECUNDARIA	5	12.5
CULTORA DE BELLEZA	1	2.5
COMERCIO	6	15
NORMALISTA	1	2.5
ENFERMERIA	4	10
PREPARATORIA	4	17.5
FACULTAD	7	10
TOTAL	40	100

**E) COMENTARIOS A LOS CUADROS SOBRE LAS CAUSAS QUE LLEVARON
AL SEUDOSUICIDA A SU INTENTO**

Al examinar el cuadro 13(a y b) relativo a las causas que movieron a las mujeres estudiadas a apelar al intento de suicidio, se ve que tres cuartas partes de ellas fueron movidas por conflictos entre sus familiares, hayan sido cónyuges o no. O más exactamente dicho: los problemas suscitados con el cónyuge fue el de 37.5% y los suscitados con otro tipo de familiar, fue también el de 37.5%. Al sumar una y otra causas, se ve que el hogar es el vivero propiciador de los intentos de suicidios. El hogar aporta en mayor proporción que cualquier otra causa el germen seudosuicida, pues la decepción amorosa apenas aporta el 15% de los intentos, al paso que el 5% corresponde a la pérdida de un ser querido, y otro 5% a problemas laborales.

Así pues, diríase que el hogar es el almacigo donde se va fraguando el intento de suicidio.

Al comparar los datos consignados en el cuadro 13 (a y b) con las cifras de los Censos de Población de 1970 cuadro 13(c -- para solo usar un rubro-- podemos advertir que las decepciones amorosas o los problemas amorosos, tienen casi el mismo porcentaje hallado por nosotras.

Y son tan heterogeneas las otras causas listadas en la publicación oficial a las que nosotros clasificamos, que no nos fue posible hacer una comparación mayor.

CAUSAS DEL SEUDOSUICIDIO SEGUN NUESTRO ESTUDIO

CAUSAS	PACIENTES 40	100%
CONFLICTOS CONYUGALES	15	37.5
PROBLEMAS FAMILIARES DE OTRO TIPO	15	37.5
DECEPCION AMOROSA	6	15.0
PERDIDA DE UN SER QUERIDO	2	5.0
PROBLEMAS LABORALES	2	5.0

CAUSAS DE INTENTOS DE SUICIDIO

	2	5	10	15
PROBLEMA CON ALGUN FAMILIAR				37.5 %
CONFLICTO MATRIMONIAL				37.5 %
DECEPCIONES AMOROSAS			15 %	
PERDIDA DE UN SER QUERIDO	5 %			
PROBLEMAS FAMILIARES	5 %			
NUMERO DE SUJETOS	2	5	10	15

CAUSAS DEL SEUDOSUICIDIO SEGUN EL CENSO DE POBLACION DE 1970

CAUSAS	Nº	%
CAUSAS	95	100%
AMOROSAS	15	15.77
DIFICULTADES ECONOMICAS	2	2.11
DISGUSTOS FAMILIARES	41	43.15
ENFERMEDADES GRAVES E INCURABLES	5	5.27
ENAJENACION MENTAL	2	2.11
INTOXICACION POR ALCOHOL	4	4.22
INTOXICACION POR DROGAS	-	
REMORDIMIENTO	2	2.11
OTRAS	23	24.21
SE IGNORA	1	1.05

F) COMENTARIOS A LOS CUADROS RELATIVOS A LOS MESES DEL AÑO

Al examinar el cuadro 14a) y b) relativo a la vinculación entre los intentos de suicidio y los meses del año, notamos que con respecto a nuestras 40 pacientes consignadas en los cuadros 14a) y b), hay cierta coincidencia con la cifra total de seudosuicidios que registran los Censos de Población de 1970. Esta cifra fue de 95 casos en mujeres de suicidios frustrados dentro de 148 que hubo en total; esto es, el 64.19% correspondió a mujeres y el 35.81 correspondió a hombres Ver cuadro 14c)

En efecto, así es. Mientras los censos de población citados indican que los meses de junio, julio, agosto y septiembre son los que registran mayor número de seudosuicidas --el 38.94%--, de las 95 mujeres que intentaron suicidarse, en el caso de nuestras pacientes se observa --por igual-- que dentro de los meses veraniegos de junio, julio, agosto y septiembre, se alcanza el 62.5% del total examinado. Con esto queda contradicha la conseja o lugar común muy extendido acerca de que los intentos de suicidio constituyen una enfermedad de primavera; más bien diríase que se trata de una enfermedad veraniega.

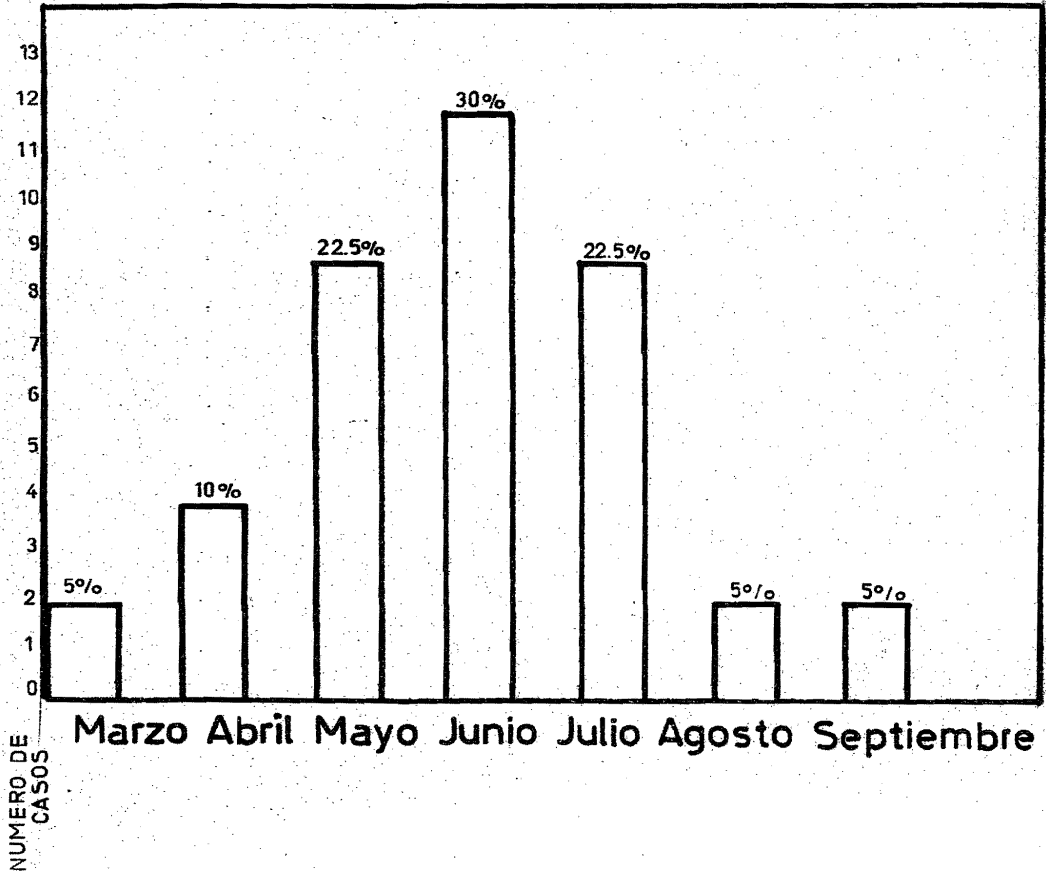
Quizá influye en las leves diferencias existentes entre los dos cuadros aquí consignados, el hecho de que hayamos iniciado nuestra investigación hacia fines de abril y no desde marzo como lo habíamos deseado, cosa que no pudimos hacer por haber tenido impedimentos concretos de carácter administrativo o burocrático en los hospitales siquiátricos a los que acudimos.

MESES DEL AÑO EN QUE SE EFECTUARON LOS SUICIDIOS, SEGUN NUESTRO ESTUDIO

MESES	PACIENTES 40	
MARZO	2	5.0
ABRIL	4	10.0
MAYO	9	22.5
JUNIO	12	30.0
JULIO	9	22.5
AGOSTO	2	5.0
SEPTIEMBRE	2	5.0

CUDRO 14 b

MESES DURANTE LOS CUALES TUVO LUGAR EL INTENTO DE SUICIDIO.



MESES DEL AÑO EN QUE SE EFECTUARON LOS SEUDOSUICIDIOS SEGUN EL CENSO DE POBLACION DE 1970

MES	NO.	%
ENERO	6	6.30
FEBRERO	5	5.27
MARZO	7	7.36
ABRIL	9	9.48
MAYO	5	5.27
JUNIO	7	7.36
JULIO	13	13.69
AGOSTO	6	6.30
SEPTIEMBRE	11	11.59
OCTUBRE	8	8.43
NOVIEMBRE	6	6.30
DICIEMBRE	12	12.65

G) COMENTARIOS AL CUADRO RELATIVO AL NUMRO DE INTENTOS DE SUICIDIO INCLUYENDO REINCIDENCIAS

Una ojeada rápida frente al cuadro 15 a y b relativo al número de intentos de suicidio, nos permite advertir que de todas las seudosuicidas examinadas, más de la mitad reincidieron en su propósito, fingido o real, pues representó el alto porcentaje de 57.5%.

El carácter histriónico de las mujeres que integraron el 57.5% de seudosuicidas reincidente, era presumible, pues el 27.5% lo intentó dos veces; el 12.5% lo intentó tres veces; el 10.0% lo intentó cuatro veces y el 7.5% lo intentó seis veces. Resulta ya no solo presumible sino mucho más evidente el carácter histriónico de las seudosuicidas, conforme se va subiendo en la escala de intentos de suicidio, del de la segunda vez a la sexta vez. Así lo prueban los estudios que obran en el cuadro respectivo.

La reincidencia se explica también por pertenecer las pacientes a hogares desintegrados o integrados, pero todos inarmónicos. Es decir, la familia no disuelta no garantiza la armonía del hogar y, tampoco por supuesto la familia disuelta. Por esta razón, la reincidencia seudosuicida ocurre, ya que el chantaje emocional no opera como lo esperaba la paciente. En algunos casos sirve temporalmente mientras se diluye la impresión causada a los familiares y, cuando éstos lo olvidan, el núcleo familiar vuelve al mismo comportamiento anterior y la paciente se convierte de nueva cuenta en proclive al seudosuicidio.

Lamentablemente no podemos comparar nuestro resultado en el análisis de este cuadro con los datos de los censos de 1970, ya que en éstos no figura el rubro de número de intentos y reincidencias.

NUMERO DE REINCIDENTES O NO EN EL SEUDOSUICIDIO SEGUN NUESTRO ESTUDIO

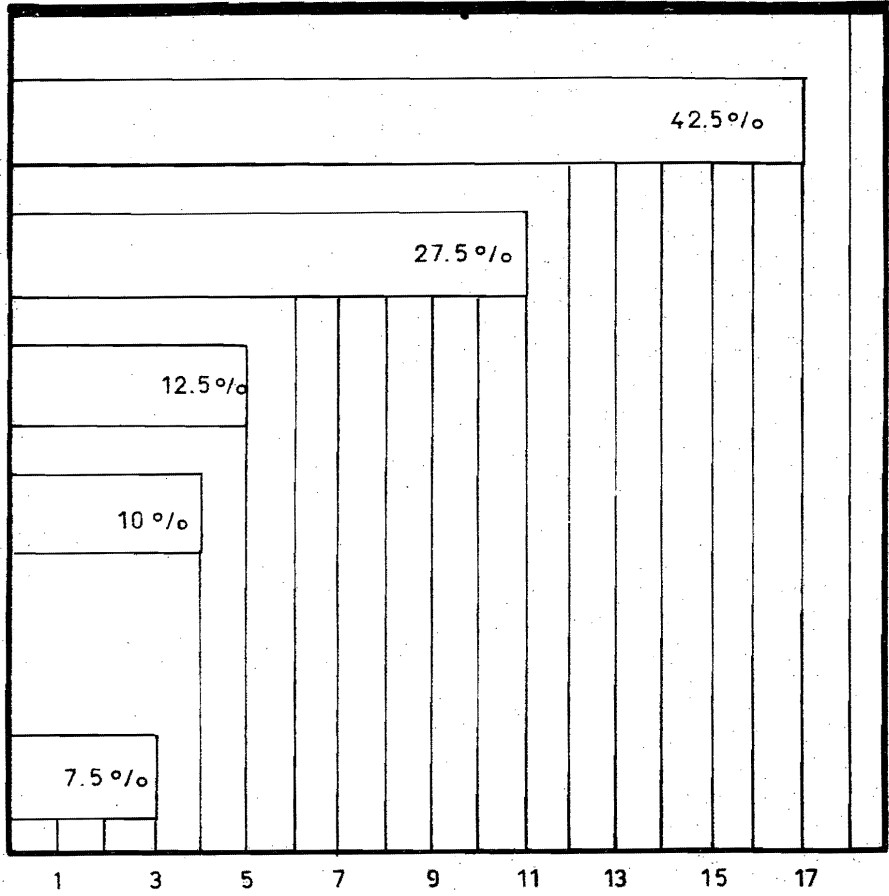
NO. DE INTENTOS	PACIENTES 40	100%
1	17	42.5
2	11	27.5
3	5	12.5
4	4	10.0
5	-	
6	3	7.5

REINCIDENCIA O NO DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO

Nº DE INTENTOS

Nº DE SUJETOS

1
2
3
4
5
6



H) COMENTARIOS A LOS CUADROS RELATIVOS A LOS MEDIOS EMPLEADOS POR LOS SEUDOSUICIDAS

Si examinamos el cuadro 16a) percibimos desde luego, que el seudosuicidio simulado se confirma en la mayoría de las mujeres sometidas a nuestro estudio, tanto más cuanto que los medios empleados para intentar privarse de la vida no fueron en su gran mayoría los más eficaces sino los más neutralizables.

Así es, a la vista de que acudieron a tales medios el 95% del total: por intoxicación, intentó suicidarse el 77.5%; y por seccionamiento de las venas de las muñecas el 17.5%. Es decir, un 95% de todas las seudosuicidas estudiadas acudieron a medios que brindaban la posibilidad de un auxilio oportuno y salvador. No es ese el caso del 2.5% de las estudiadas que optó por la ahorcadura y del otro 2.5% que optó por lanzarse al vacío desde un cuarto piso. La salvación de quienes acudieron a éstos dos últimos medios, fue en verdad fortuita y casual. En cambio, el auxilio ofrecido al 95% de las seudosuicidas, fue explicablemente oportuno.

Por lo que hace a la comparación entre los datos del cuadro 16a) de los medios empleados por las seudosuicidas y los datos provenientes del Censo de Población de 1970 consignados en el cuadro 16b), cabe reparar en que hay pocas coincidencias entre nuestra investigación y los datos oficiales.

Por lo pronto, se nota en los Censos de Población de 1970 que del total de las mujeres seudosuicidas acudieron a la intoxicación el 35.81%, o sea menos de la mitad de las que consignamos nosotros en nuestro estudio, ya que en éste aparece que el 77.5% apeló a la intoxicación para quitarse la vida.

Hay otros subrubros que indican los medios empleados por el seudosuicida, ninguno de los cuales nos permite hacer comparaciones homogéneas, tal como puede advertirse con la mera lectura del apéndice respectivo.

MEDIOS EMPLEADOS EN EL SEUDOSUICIDIO SEGUN NUESTRO ESTUDIO

MEDIOS EMPLEADOS PARA EL INTENTO	NO. SUJETOS	%
INTOXICACION	31	77.5
AHORCADURA	1	2.5
LANZARSE AL VACIO	1	2.5
SECCIONAMIENTO DE LAS VENAS DE LAS MUÑECAS.	7	17.5
TOTAL	40	100

MEDIOS EMPLEADOS EN EL SEUDOSUICIDIO, SEGUN EL CENSO DE POBLACION DE 1970

MEDIO EMPLEADO	95	100%
ARMA DE FUEGO	7	7.36
ARMA BLANCA	6	6.30
ESTRANGULACION	3	3.15
MACHACAMIENTO	-	
PRECIPITACION	2	2.11
VENENO TOMADO	34	35.81
GAS VENENOSO	1	1.05
QUEMADURAS	2	2.11
SUMERSION	-	
OTRO MEDIO	6	6.30
SE IGNORA	34	35.81

I) COMENTARIOS A LOS CUADROS DEL LUGAR O SITIO EN DONDE SE COMETIO EL SEUDOSUICIDIO

Si se correlacionan los comentarios formulados en torno a otros cuadros con el comentario que vamos a elaborar sobre los cuadros 17a) y b) podemos afirmar una cosa: que la cifra más significativa confirmatoria del carácter coactivo moral que mueve a las seudosuicidas, consiste en que la inmensa mayoría de ellas --el 92.5%-- llevaron a cabo su supuesto afán de quitarse la vida en sus respectivos domicilios, o sea allí a donde había presumiblemente el mayor número de probabilidades de que acudieran en su auxilio. En efecto esa cifra porcentual del 92.5% es ciertamente relevante. Ello sin considerar también que tal afán de rodearse de auxilio oportuno, ha podido brindarse en el hospital o en los centros de trabajo donde se efectuaron respectivamente el otro 2.5% y el otro 5% de los intentos de suicidio. No es una casualidad el hecho de que ninguna de las seudosuicidas haya dejado nota escrita. Esta funge en verdad como una especie de testamento inculpador.

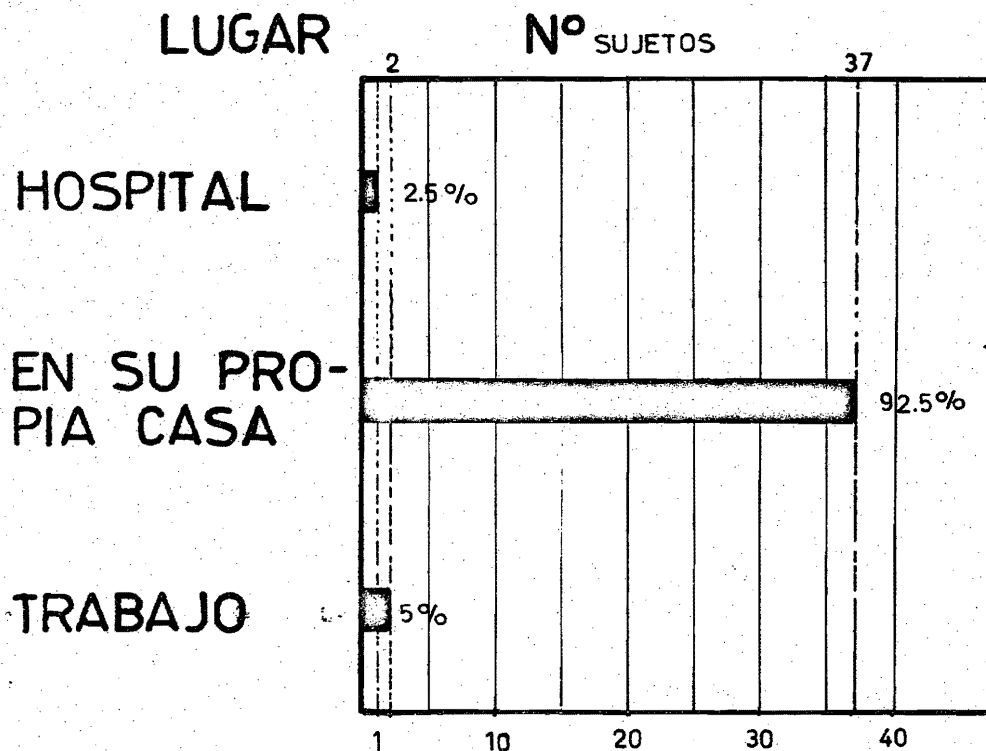
Que nuestra investigación no ha carecido de método científico acaso lo pruebe el hecho de que coincida nuestro dato fundamental sobre el sitio donde tuvo lugar el intento de suicidio con el dato que proporcionan los Censos de Población de 1970, (Veáse cuadro 17c) el relativo a que el 86.3% de todos los intentos de suicidio fueron cometidos en el hogar. Los otros datos por la diversidad de subrubros y su notoria heterogeneidad, no son fácilmente comparables. Sin embargo, es muy indicativo que ninguna mujer haya escogido la soledad del campo para intentar suicidarse, precisamente donde no había probabilidad alguna de auxilio.

LUGAR O SITIO DONDE SE EFECTUO EL SEUDOSUICIDIO, SEGUN NUESTRO ESTUDIO

LUGAR O SITIO	PACIENTES 40	%
EN EL HOSPITAL	1	2.5
EN EL TRABAJO	2	5
EN EL DOMICILIO	37	92.5

CUADRO 17b

LUGAR EN DONDE SE LLEVARON A CABO LOS INTENTOS DE SUICIDIO



LUGAR O SITIO DONDE SE EFECTUO EL SEUDOSUICIDIO, SEGUN EL CENSO DE POBLACION DE 1970

LUGAR O SITIO	95	100%
CASA HABITACION	82	86.30
CALLE Y SITIOS PUBLICOS	3	3.16
HOTELES Y CASAS DE HUESPEDES	3	3.16
EN EL CAMPO	-	
CARCELES	1	1.05
EDIFICIOS PUBLICOS	-	
CANTINAS, CAFES, RESTAURANTES Y CABARETES	-	
HOSPITALES, SANATORIOS, CONSULTORIOS ETC.	-	
FABRICAS Y TALLERES	-	
OTROS LUGARES	4	4.22
SE IGNORA	2	2.11

VIII

PROPUESTA DE ALGUNOS MEDIOS PREVENTIVOS

Quedaría incompleto el esfuerzo que hemos desplegado para formular la presente tesis, si sólo la hubiésemos confinado a señalar la etiología, sintomatología y diagnóstico de las pacientes examinadas. Creemos que semejante esfuerzo debe tener una culminación constructiva. Ella consiste en proponer no sólo el diseño de un tratamiento a las pacientes sino en formular un marco de prevención a fin de que no se incurra tanto en el primer intento de suicidio como en la reincidencia de éstos.

Ojalá la aportación nuestra consignada en el estudio de los perfiles (véase Capítulo VI), pueda servir dentro de nuestras instituciones de seguridad social y hospitalaria para detectar con la mayor oportunidad al seudosuicida potencial. Nada nos complacería más que haber contribuido a salir al paso a ese doloroso drama humano, que es el intento de suicidio, a fin de evitarlo.

Es importante para el sicólogo clínico espiar en torno a la fantasía de rescate que asalte al presunto suicida y advertir en tal síntoma quién es el destinatario de ese auxilio o aviso o mensaje, a fin de neutralizar o nulificar y superar el intento de suicidio con el establecimiento de quién sea a quien se le pida auxilio o a quién se le desee coaccionar moralmente. Esto es de una importancia capital, porque así se podría desactivar la bomba de tiempo que significa el intento de suicidio. Es importante saber a quién desea el suicida en potencia hacer explotar. Dónde está el campo minado, y así el terapeuta ya estará en la pista certera. El uso de los perfiles, tal como hemos interpretado en los apéndices respectivos, no agota por supuesto la terapia que proceda. Es indispensable también extender ésta al estudio de la constelación familiar del paciente.

Pero sabedores de que una diagnosis acertada o atendible es estar ya en el camino de una terapia adecuada, hemos remitido a nuestros sinodales a la

reelectura del capítulo VI en donde se analizan, con el mayor rigor que pudimos, los perfiles de la prueba MMPI. Nuestro propósito no ha consistido, por cierto, en formular aquí una amplia terapéutica, pues ello se saldría del campo que nos es propio para obtener el grado al que aspiramos, y es evidente que ese grado no es el de sicoterapeuta, sino el de sicólogo clínico.

No obstante ello, sentimos la obligación de resaltar la importancia de la peligrosidad que encierra para su propia destrucción el seudosuicida, peligrosidad que puede desembocar en suicidio consumado, tanto más cuanto que uno de cada cuatro suicidas tenían uno o más intentos de suicidio anteriores según los estudios realizados por Dorpat y Ripley.

Y aún cuando la proporción fuere menor, la de uno por cada diez, tal como lo afirman Sainsbury, Stengel y Cook, seguirá revistiendo ese antecedente seudosuicida un carácter de peligrosidad, que ha de tener muy en cuenta tanto en el sicólogo clínico como el sicoterapeuta.

Es inútil recalcar que el siquiatra, al cumplir con su obligación --como lo hace--, sabe cuidar que la medicamentación se vigile puntualmente a fin de evitar que el paciente evada las dosis prescritas y en forma subrepticia guarde la medicina recetada, creando así existencias ocultas que pueden ser usadas por él para consumir, al fin, el suicidio que antes había intentado.

En esa coyuntura, el papel del sicólogo clínico puede ser relevante como auxiliar del siquiatra. Este, por supuesto, que un tratamiento exitoso puede variar con el tipo de paciente, la naturaleza del instinto suicida, los factores sicodinámicos y sicosociales involucrados, la naturaleza y grado de alteración psicológica y el cuerpo teórico con el cual trabaja el terapeuta.



CONCLUSIONES

Primera.- Al utilizar el MMPI en nuestro estudio advertimos diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que intentan suicidarse y las que no lo intentan. Las personas que apelan al intento de suicidio no saben reconocer sus propios problemas y por ello tienen gran necesidad de ayuda. Son personas tensas, críticas consigo mismas, exageran sus problemas con un pobre concepto de sí mismas e incapaces de resolver sus propios problemas.

Segunda.- Los perfiles del MMPI encontrados en nuestra muestra indicaron que el 97.5% de los mismos perfiles no eran sicóticos.

Tercera.- En nuestra investigación de 40 sujetos con intento de suicidio y 40 sujetos del grupo control encontramos que la forma corta del MMPI fue tan válida como la forma larga a un nivel de significación de 0.05.

Cuarta.- En nuestra investigación obtuvimos que el perfil del grupo con intento de suicidio es semejante al reportado por Marks y Seeman en 1969. De aquí se concluye que existe depresión en un 85%; suspicacia en un 75%; tensión nerviosa en un 70%; paranoia en el 60%; hostilidad en 55%; ansiedad en un 50%; ideas de referencia en un 35%; insomnio en un 35%; obsesiones suicidas en un 35% impulsividad en un 35%; dificultad de concentración en un 30%; disturbios en el pensamiento en un 30%; inmadurez en un 30%; pérdida de interés en un 30%; rasgos esquizoides en un 30%; sensibilidad en un 30%; mal humor en un 25%; fatiga en un 25%; autismo en un 20%; alucinaciones en un 20%; cefalalgia en un 20%; irritabilidad en un 20%; manipulación en un 20%; ideas obsesivas en un 20%; aprehensión en un 20%; anorexia en un 15%; impulsividad en un 15%; perfeccionismo en un 15%; fobias en un 15%; inquietud en un 15%; intento de suicidio en un 15%; indecisión en un 10%; negativismo en un 10%; rigidez en un 10%; somatizaciones en un 10%.

Quinta.- Con apoyo en lo anterior podemos concluir que el MMPI es de utilidad

en la detección temprana de sujetos femeninos con rasgos suicidas.

Sexta.- En nuestro estudio se ve que la edad en que hay un mayor índice de intento de suicidio oscila entre los 16 y 24 años, con un porcentaje de 52.5% del total de las estudiadas. Esto casi coincide con el 62.09% obtenido del Censo de Población de México de 1970.

Séptima.- En cuanto al estado civil, observamos que el mayor número de seudosuicidas eran casadas o solteras. Su porcentaje fue el de 90% coincidente con el 91.5% de los Censos de 1970.

Octava.- Los mayores índices registrados en nuestro estudio de causas que llevaron al intento de suicidio se debió a conflictos matrimoniales en un 37.5% y a problemas con algún familiar en otro 37.5%, que en conjunto suman el 75% de los 40 casos. Esto casi concuerda también con los Censos de 1970 en donde se observó un 58.92%

Novena.- En cuanto a la reincidencia del intento de suicidio un 57.5% de las estudiadas, incurrieron en él dos o tres o cuatro o seis veces; en tanto que el 42.5% lo intentaron solo una vez. Un dato como éste no lo hallamos en el material investigado.

Décima. En nuestro estudio observamos que el medio utilizado en mayor grado en el intento suicida fue el de la intoxicación en un 77.5% de las cuarenta sujetos. Este dato coincide con los datos oficiales del Censo de Población de 1970.

Decimoprimera.- Según nuestro estudio, el lugar donde se llevó a cabo con mayor frecuencia el intento de privarse de la vida fue en la propia casa: el 92.5%. El obtenido en el Censo de Población de 1970 fue el de 86.3%

Ya no como conclusiones, sino como meras consideraciones laterales extraídas del presente texto, podrían señalarse las siguientes: el hombre se suicida más que la mujer; la mujer intenta suicidarse más que el hombre; la seudosuicida en su mayoría es más joven que vieja; el suicidio se produce más en los ancianos que en los adolescentes; el seudosuicidio en su gran mayoría es más simulado que real; el

seudosuicidio es una enfermedad veraniega, no primaveral; el suicida y el seudosuicida serio no anuncian previamente su propósito, el seudosuicida simulador sí; vivir preligrosamente es una conducta seudosuicida consciente; el suicida tácito desprecia inconscientemente su vida.

Margain - Eisenberg

México, D.F. Mayo de 1978

X BIBLIOGRAFIA

1.

**ANUARIO ESTADISTICO DE 1938
Y CENSOS DE POBLACION CO-
RRESPONDIENTES A 1940, 1950,
1960, Y 1970.**

Ediciones de la Dirección Nacional
de Estadística, antigua Secretaría
de Industria y Comercio.
México, D.F.

2. Barbero Marino

EL SUICIDIO

Taurus ediciones
Madrid, 1966

3. Beck, Aaron, Kovacs

María, Weissman Arlene

**HOPELESSNESS AND SUICIDAL
BEHAVIOR.**

Jama Vol. 234 No. 11

Centro de Información Científica y
Humanística
UNAM. 1975

4. Belsasso Guido, Lara

Tapia Héctor

**LA CONDUCTA SUICIDA EN PA-
CIENTES DEL INSTITUTO NA-
CIONAL DE NEUROLOGIA**

Revista del Instituto Nacional de
Neurología

5. Belsasso Guido, Lara
Tapia Héctor

Vol. V. No. 2,38-43

México, abril 1971

EL SUICIDIO

**Revista del Instituto Nacional de
Neurología**

Vol. VIII

México, julio 1974

6. Brown G.W.; Harris T.
and Copeland J.R.

DEPRESSION AND LOSS

Brit. J. Psychiat

Vol. 130, 1-18

1977

7. César Arzani Juana Ma.

**SIGNOS RORSCHARCH EN PER-
SONAS QUE HAN INTENTADO
SUICIDIO**

Tesis de Licenciatura

Escuela de Psicología

UIA

México, 1976

8. Dalstrom and Welsh

AN MMPI HANDBOOK

Minnesota Press, 1965

9. Devries Alcon and Blau Kim

**DISCRIMINANT MMPI PROFILE
VERSUS DISCRIMINANT MMPI
ITEM ANALYSIS**

10. Dorpat Theodore J. y
Ripley Herbert.

Int. Rev. App. Psychol
Vol. 21 No. 1
Centro de Información Científica y
Humanística
UNAM 1972

A STUDY OF SUICIDE IN THE
SEATTLE AREA

Coprehensive Psychiatry

1: 349-359

1960

AN EVALUATION OF SUICIDAL
INTENT IN SUICIDE ATTEMPTS.

Compr. Psychiatry

4: 117-125

Centro de Información Científica y
Humanística

UNAM. 1963

12. Drake and Oetting

MMPI CODEBOOK FOR
COUNSELORS.

University of Minesota

Press, Minneapolis 1967

13. Durkheim Emile

EL SUICIDIO

UNAM

México, 1974

14. Farberow y Sheidman

¡NECESITO AYUDA!

La Prensa Mexicana

Editorial Fournier, S.A.

1969

15. Freud Sigmund

LA AFLICCION Y MELANCOLIA

Editorial Biblioteca Nueva

Tomo 1

Madrid, 1967

16. Fromm Erich

ANATOMIA DE LA

DESTRUCTIVIDAD HUMANA

Editorial Siglo Veintiuno

México, 1975

17. Fromm Erich

PSICOANALISIS DE LA

SOCIEDAD CONTEMPORANEA

Fondo de Cultura Económica

México, 1970

18. Fromm Erich

ETICA Y PSICOANALISIS

Fondo de Cultura Económica

México, 1971

19. Goethe Von Wolfgang

WERTHER

Johan

Espasa Calpe

Argentina, 1956

20. Gomez Mont Francisco,

Navarro Arias Roberto y
Carranza Acevedo José

**EL MMPI-336: UNA VERSION
ABREVIADA DEL INVENTARIO
MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD DE
MINNESOTA.**

Organo Oficial de la Asociación
Psiquiatrica Mexicana

Vol. 4 No. 3, 9-16

México, septiembre-diciembre
1974

21. Hathaway S.R. y Mackinley

**THE MINNESOTA MULTIPHASIC
PERSONALITY**

Inventory Manual (revisado)

Psychological Corporation

New York, 1951

22. Hathaway S. Meehl P.

ATLAS CLINICO DEL MMPI

El Manual Moderno

México, 1975

✓ 23. Hendin Herbert M.

**SUICIDE AND SCANDINAVIA: A
PSYCHOANALYTIC STUDY OF
CULTURE AND CHARACTER.**

Grune

New York. 1964

24. Hobbs Tom and Raymond

Fowler

RELIABILITY AND SCALE
EQUIVALENCE OF THE
MINIMULT AND MMPI
Journal of Consulting and Clinical
Psychology
Vol. 42 No. 1, 89-92

25.

INTERNATIONAL ASSOCIATION
FOR SUICIDE PREVENTION
FIFTH INTERNATIONAL
CONFERENCE
LONDON 1969
6TH INTERNATIONAL
CONFERENCE
México, D.F. 1972
7TH INTERNATIONAL
CONFERENCE
Amsterdam. 1973

✓ 26. Kessel N

ESAYS IN SELF DESTRUCTION
Science House
New York 1967

✓ 27. Lara Tapia Héctor

UNAM - CU

EL INTENTO DE SUICIDIO EN LA
HOSPITALIZACION
PSIQUIATRICA.
México, 1976

28. Lewin Kurt

**PRINCIPLES OR TOPOLOGICAL
PSYCHOLOGY**
Mc Graw Hill

New York, 136

29. Marks P. and Seeman W..

**THE ACTUARIAL DESCRIPTION
OF ABNORMAL PERSONALITY.**

An Atlas for use with the MMPI

Tehe Williams and Wilkins

Company

Baltimore 1969

30. Menninger Karl

EL HOMBRE CONTRA SI MISMO

Ediciones Península

Barcelona, 1972

31. Neuringer Charles PH D

**COGNITION, ATTITUDE, AND
AFFECT SUICIDAL**

INDIVIDUALS

Life-threatening Behavior

Vol. 1 No. 2

Centro de Información Científica y

Humanística

UNAM 1971

32. Nietzsche Federico

ASI HABLABA ZARATUSTRA

Editorial Mexicanos Unidos, S.A.

México, 1976

33. Nietzsche Federico.

LA GENESIS DE LA MORAL

Editorial Tor

Buenos Aires, 1954

34. Noyes, Kolb I.

PSIQUIATRIA CLINICA

MODERNA

La Prensa Mexicana

México, 1973

35. Nuñez Rafael

APLICACION DEL INVENTARIO

MULTIFASICO DE LA

PERSONALIDAD (MMPI) A LA

PSICOPATOLOGIA

El Manual Moderno

México, 1968

36. Ortega y Gasset José

MEDITACION DE LA TECNICA

Revista de Occidente

Madrid

37. Overall J.and Gomez Mont F.

THE MMPI-168 FOR

PSYCHIATRIC SCREENING

Educational and Psychological

Measurement

Vol. 34 No. 2, 315-319

1974

38. Paz Octavio

EL LABERINTO DE LA SOLEDAD

Cuadernos Americanos No. 16

México, 1950

39. Pearson Nils Stevens

**IDENTIFICACION OF
PSYCHOLOGICAL VARIABLES.
DISTINGUISING SUICIDE -
attempters within a sample of
depressive individuals
University of Jersey
Centro de Información Científica y
Humanística
UNAM, 1972**

40. Pucheu, Rivera, Ampudia y Col.

**EMPLEO DEL MMPI EN UN
PROGRAMA DE PREVENCION
DE LAS ENFERMEDADES
MENTALES
IX Congreso Interamericano de
Psiquiatría
Panamá, 1971
V Congreso Mundial de Psiquiatría
México, 1971**

41. Ramírez Santiago

**EL MEXICANO SICOLOGIA DE
SUS MOTIVACIONES
Grijalbo, S.A.
México, 1977**

42. Ramos Samuel

**EL PERFIL DEL HOMBRE Y LA
CULTURA EN MEXICO**
UNAM
México, 1963

43. Rivera, Ampudia y col.

**EL MMPI EN LA DETECCION
PRECOZ DE LAS
ALTERNACIONES MENTALES
EN POBLACIONES
UNIVERSITARIAS**
Revista de Psiquiatría
Vol. 6 No. 2 Mayo - agosto
México, 1963

✓ 44. Rodriguez Sala de Gomezgil
Ma. Luisa

**SUICIDIOS Y SUICIDAS EN LA
SOCIEDAD MEXICANA**
UNAM
México, 1974

45. Rueda G. Teresa

**EL CONCEPTO DE LA MUERTE
EN LOS SUICIDANTES
FRANCESES Y MEXICANOS**
Centro de Prevención del Suicidio
México

✓ 46. Ruda G. Teresa

**PRINCIPALES RASGOS
CLINICOS EN EL ADOLESCENTE
SUICIDANTE**

**Primer Congreso Mexicano de
Psicología
México, 1975**

✓ 47. Sainsbury Peter

**SUICIDE IN LONDON: AN
ECOLOGICAL STUDY.**

**London: Chapman
1955**

48. Séneca Lucio

**EPISTOLAS MORALES
UNAM**

México, 1951

49. Siegel Sidney

**ESTADISTICA NO
PARAMETRICA APLICADA A
LAS CIENCIAS DE LA
CONDUCTA**

**Editorial Trillas
México, 1972**

50. Spiegel R. Murray

**SERIE DE COMPENDIOS
SCHAUM. TEORIA Y
PROBLEMAS DE ESTADISTICA**

Ma Graw-Hill 1973

✓ 51. Stengel Erwin y Cook Nancy

**ATTEMPTED SUICIDE: IS SOCIAL
SIGNIFICANCE AND EFFECTS.**

Chapman

London, 1958

✓ 52. Stengel Erwin

**PSICOLOGIA DEL SUICIDIO Y
LOS INTENTOS DE SUICIDIO**

Editorial Paidós

Buenos Aires, 1965

53. Stephens F. and Valentine M.

**MMPI AND CLINICAL SCALE
COMPARED**

The British Journal of Psychiatry

Vol. 125. 42-43

London. 1974

54. Unamuno Miguel de

**DEL SENTIMIENTO TRAGICO DE
LA VIDA**

Espasa Calpe Mexicana, S.A.

México, 1952

55. Voltaire

DICCIONARIO FILOSOFICO

Tomo Sexto

Manueei Hermanos

México

✓ 56. Weiss James M.A.

**THE GAMBLE WITH DEATH AND
ATTEMPTED SUICIDE.**

Psychiatry 20: 17-25

1957

✓ 57. Zilboorg Gregory

**CONSIDERATIONS IN SUICIDE,
WITH PARTICULAR REFERENCE
TO THAT OF THE YOUNG.**

American Journal of

Orthopsychiatry

7: 15-31

1937