

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

**FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POST-GRADO**



**EL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y
ADULTOS JOVENES: SUS CAUSAS Y MOTTIVACIONES**

T E S I S

**QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA EN
ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN
SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA'**

PRESENTA

LIC. EN ENF. VALENTINA RIVAS ACUÑA

MONTERREY, N. L.

NOVIEMBRE DE 1991

TM

RJ506

.S9

R5

c.1



1080070863



05 DIC. 1991

BIBLIOTECA DE POST-GRADO
FACULTAD DE ENFERMERIA
U. A. N. L.

000011

Ac14
R53
c.2

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO



EL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y
ADULTOS JOVENES: SUS CAUSAS Y MOTIVACIONES

T E S I S

QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA EN
ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN
SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

PRESENTA

LIC. EN ENF. VALENTINA RIVAS ACUÑA



SAN ANTONIO, N. L.

NOVIEMBRE DE 1991

TM
R1 506
.59
R5



(70863)

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POST-GRADO

EL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y
ADULTOS JOVENES: SUS CAUSAS Y MOTIVACIONES

TESIS

QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA EN ENFERMERIA CON ESPE-
CIALIDAD EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

PRESENTA

LIC. EN ENF. VALENTINA RIVAS ACUÑA

MONTERREY, N.L., NOVIEMBRE DE 1991.

**EL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JOVENES:
SUS CAUSAS Y MOTIVACIONES**

ALUMNA:

LIC. EN ENF. VALENTINA RIVAS ACUÑA

ASESORA DE TESIS:

DRA. MYRTHALA JUAREZ TREVIÑO

CO-ASESORA:

LIC. DORA ELIA SILVA LUNA, M.S.P.

MONTERREY, N.L., NOVIEMBRE DE 1991

NOTA DE APROBACION:

Aprobada

COMISION DE TESIS:

[Signature]
DRA. MYRTHALA JUAREZ TREVIÑO

[Signature]
LIC. ESTHER C. GALLEGOS CABRIALES

[Signature]
LIC. DORA ELIA SILVA LUNA, M.S.P.

DEDICATORIA

A MI HIJA:

ANA CAROLINA,

El deseo de estar a tu lado motivó a
acelerar mi regreso.

A MIS PADRES:

SR. JESUS RIVAS RUVALCABA Y AURELIA - -
ACUÑA DE RIVAS, por el amor y apoyo que he
recibido siempre y de quienes he aprendido
lo mejor.

A MIS HERMANOS:

J. JESUS, LUPITA, SERGIO, DANIEL Y
VERONICA.

LOS AMO!

AGRADECIMIENTOS

Al C. DR. FERNANDO RABELO RUIZ DE LA PEÑA, Rector de la - -
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Por el apoyo otor-
gado para la realización de esta Maestría.

A la LIC. MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO, Secretario de Post-
Grado de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L. Por todo
el apoyo recibido para finalizar felizmente la Maestría.

A la DRA. MYRTHALA JUAREZ TREVIÑO, Asesora de mi Tesis. Por
su gran calidad humana y porque con su experiencia enrique-
ció este trabajo.

A la LIC. ESTHER C. GALLEGOS, Coordinadora de Maestría de la
Secretaría de Post-Grado y miembro de la Comisión de Tesis.
Mi respeto y Admiración.

A la LIC. DORA ELIA SILVA LUNA, Sub-Secretario de Investiga-
ción y miembro de la Comisión de Tesis. Por el apoyo para
la realización de este trabajo.

Al LIC. DAVID GARCIA CONTRERAS, Asesor estadístico del tra-
bajo.

A LAS AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE PSQUIATRIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO, Maestros, Residentes Médicos y Psicólogos, Personal de Enfermería, de Seguridad e Intendencia. Por las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo y las aportaciones para mi superación personal y profesional y por las experiencias vividas.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS. Por compartir momentos agradables e inolvidables; y por acompañarme en tiempos difíciles.

AL PERSONAL DE LA SECRETARIA DE POST-GRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA U.A.N.L.: Anita, Roxana, Irma, Miriam, - - Miguel, Maribel, Vicky, Juan y Socorro. Por su valiosa ayuda.

A TODOS MIS MAESTROS DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA U.A.N.L., por sus enseñanzas y por lo que me permitieron - aprender de cada uno a través de su imagen.

A TODOS MUCHAS GRACIAS, LOS RECORDARE SIEMPRE!

SINO SANGRIENTO

De sangre en sangre vengo
como el mar de ola en ola,
de color de amapola el alma tengo,
de amapola sin suerte es mi destino,
y llego de amapola en amapola
a dar en la cornada de mi sino...

... Me persigue la sangre, ávida y fiera,
desde que fui fundado,
y aún antes de que fuera
proferido, empujado
por mi madre a esta tierra codiciosa
que de los pies me tira y del costado
y cada vez más fuerte, hacia la fosa.

Lucho contra la sangre, me debato
contra tanto zarpazo y tanta vena,
y cada cuerpo que tropiezo y trato
es otro borbotón de sangre, otra cadena...

... Son cada vez más grandes las cadenas,
son cada vez más grandes las serpientes.
Más grande y más cruel su poderío,
Más grandes sus anillos envolventes,
más grande el corazón, más grande el mío...

... Me veo de repente
envuelto en sus coléricos raudales,
y nado contra todos desesperadamente
como contra un fatal torrente de puñales.
Me arrastra encarnizada su corriente,
me despedaza, me hunde, me atropella,
quiero apartarme de ella,
y se me van los brazos detrás de ella,
y se me van las ansias en los brazos.

Me dejaré arrastrar hecho pedazos,
ya que así se lo ordenan a mi vida
la sangre y su marea,
los cuerpos y mi estrella ensangrentada.
Seré una sola y dilatada herida
Hasta que dilatadamente sea
un cadáver de espuma: viento y nada.

MIGUEL HERNANDEZ

INDICE

	PAG.	
I.	INTRODUCCION.....	1
	OBJETIVOS.....	6
	MARCO TEORICO-CONCEPTUAL.....	7
	DEFINICION DE TERMINOS.....	20
II.	METODOLOGIA.....	22
III.	RESULTADOS	27
IV.	DISCUSION DE RESULTADOS.....	36
V.	CONCLUSIONES.....	39
VI.	RECOMENDACIONES.....	43
VII.	BIBLIOGRAFIA.....	45
VIII.	RELACION DE ANEXOS:	
	ANEXO A ESCALA PARA IDEACION SUICIDA	
	ANEXO B GUIA PARA ENTREVISTA SEMI-EST	
	ANEXO C ESCALA PARA EVALUAR ESTRES	
	ANEXO D CASOS ILUSTRATIVOS	
	ANEXO E RELACION DE GRAFICAS	

I. INTRODUCCION

La sociedad humana, desde hace muchos milenios, ha tomado diversas posiciones en relación al tema del suicidio, especialmente en lo que se refiere a la responsabilidad de la sociedad hacia el comportamiento suicida. Hoy, las actitudes hacia el suicidio van desde la condenación completa hasta la aceptación e incorporación a las costumbres de la vida en común, pasando por grados más o menos acentuados. Para Fedden (Londres 1938), "el suicidio es una muestra de desprecio por la humanidad. Es descortés. Como lo dijo Kant, es un insulto que se hace de la humanidad en uno mismo. Este acto, el mas individualista de todos, perturba profundamente a la sociedad. El ver a un hombre que aparentemente desprecia las cosas que los otros aprecian, la sociedad se ve obligada a dudar de todo lo que ha pensado que es deseable. El suicida tira por la borda todo lo bueno que tiene la vida. La sociedad se siente turbada y la reacción natural y nerviosa es condenar el suicidio, así refuerza de nuevo sus propios valores". (Cedeño y Valencia, 1990).

Aunque se sabe que el intento de suicidio ocurre frecuentemente en todos los estratos sociales, no todos los casos son plenamente detectados y muchos quedan en el anonimato, debido a su carácter de acto rechazado por la sociedad.

El intento de suicidio puede considerarse como una llamada de socorro en situaciones afectivas difíciles (Katsching y Steinert, 1972). Ello podría explicar en parte, la elevada incidencia de los intentos entre los jóvenes que al carecer de experiencia en la argumentación verbal se ven obligados a recurrir a argumentos físicos, es decir, a un comportamiento autodestructivo visible. Después del intento éstas personas son mas atendidas y protegidas, pero esta situación es probable que no dure mucho, de manera que el individuo vuelve a su estado anterior sin haber resuelto el conflicto y todo puede volver a empezar.

En América Latina una de las causas principales de morbilidad está ligada a los trastornos mentales y psicosociales (incluido el suicidio). Por esta razón es imprescindible atender de manera prioritaria a este grupo de edad importante para la sociedad específicamente en lo relacionado a la salud física, mental y social. (OPS/OMS, 1989).

El suicidio en los E.U.A. se ha convertido en una de las causas de defunción mas frecuentes; es la tercer principal causa durante la adolescencia y la segunda en adultos jóvenes, la edad corresponde al grupo de 15 a 24 años, las tasas de intentos se estan aumentando rápidamente debido a lo anterior en el mismo grupo de edad. La Organización Mundial de la Salud estima que 1,000 personas se suicidan cada

día. (Heman Contreras, 1984). En los países desarrollados - las estadísticas recientes indican que el número de adolescentes suicidas se ha incrementado dramáticamente en la década pasada, resultando mas de 5,000 muertes anualmente entre jóvenes de 15 y 24 años de edad.

En México los índices de defunción por suicidio no es elevado, sin embargo, es considerable el aumento de las tasas entre 1969 y 1979, cuando los índices se duplicaron. En 1969 por cada 100,000 habitantes se cometieron 1.4 suicidios. En 1979, fué de 2.6 suicidios por 100,000 habitantes. (Saltijera y Terroba, 1987).

En la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario de Monterrey, N.L., en los meses de Marzo de 1988 a Febrero de 1989 hubo un total de 33 casos de intento de suicidio. Es importante señalar que dicha unidad tiene una capacidad de aproximadamente 40 pacientes y el tiempo de internamiento para los que intentan suicidarse es de tres meses promedio. Las estadísticas indican en relación a los ingresos - efectuados en este tiempo, que el 35.6% de la población hospitalizada corresponde a adolescentes y de estos el 48% se internan por intento o ideación suicida. (Pérez Garza, 1989).

El suicidio afecta a la gente joven de todas las razas y grupos socioeconómicos, los estudios efectuados sobre el suicidio muestran en general las causas o factores involucrados. Sin embargo, la elevada ocurrencia de los intentos de suicidio en adolescentes hace pensar que se desconocen los factores que los generan, por tal motivo el problema que en esta ocasión se plantea es:

Cuáles son los factores psicosociales que intervienen en la decisión de un adolescente o adulto joven de atentar contra su vida?

El tipo de estudio es de campo, prospectivo, con muestreo intencional, realizándose de Junio a Septiembre de 1991 la recolección de datos, de los pacientes atendidos en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José E. González". Se utilizó una escala estandarizada de intento de suicidio (Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. Beck, A.T., Kovacs, M. & Weissman, A. 1979), diseñada para obtener la intensidad de los deseos del sujeto de morir en el intento.

Este instrumento proporciona evidencia de los factores psicosociales que tienen influencia en los intentos de suicidio en adolescentes, y de esta forma, el personal de enfermería de cualquier área que tenga relación con - -

adolescentes, podrá tomar medidas de prevención para evitar un posible intento de suicidio.

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores psicosociales que intervienen en la decisión de una adolescente o adulto joven de atentar contra su vida, para establecer medidas preventivas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Valorar la intensidad de los deseos del adolescente o -
adulto joven de atentar contra su vida.
- 2.- Determinar la influencia de las relaciones y/o problemas familiares en los adolescentes o adultos jóvenes con intento de suicidio.
- 3.- Valorar el grado de estres psicosocial previo al intento de suicidio.
- 4.- Precisar las formas de apoyo social deseadas por los pacientes.

MARCO TEORICO-CONCEPTUAL

De acuerdo a informes proporcionados por la O.M.S. más de medio millón de personas se mueren por suicidio cada año, de éstas, ocho de cada diez antes de consumar el suicidio - lo han intentado sin éxito (Saltijera y Terroba, op. cit.) Estadísticas a nivel mundial muestran las siguientes cifras. En el año de 1980; Hungría fué el país mas afectado con una tasa de 44.9 suicidios por 100,000 habitantes; le siguieron Dinamarca 31.6, Austria y Suiza 25.7, Alemania Federal 20.9, Japón 17.6, Bulgaria 13.6 y Hong Kong 13.5. Datos correspondientes a 1979 y 1980 indican que también Yugoslavia, - Finlandia, Francia, Canadá y E.U.A. poseen cifras elevadas de suicidio.

En E.U.A. (Goldman 1989, p. 680) el suicidio ocupa el octavo lugar como causa principal de muerte y cada año se registran en ese país cerca de 20,000 suicidios. Estimaciones conservadoras indican que el intento de suicidio es diez veces mas frecuente que el suicido consumado. Aproximadamente es el doble el número de mujeres que intentan el suicidio en relación con los varones. Sin embargo, los suicidios que llegan a consumarse son dos a cuatro veces más frecuentes en varones.

En la República Mexicana (Saltijera, op.cit.) en el - - período de 1971 a 1980 las cifras mas sobresalientes, tanto en intentos como de suicidio consumado, se ubican entre los adolescentes de 15 - 24 años una tasa de 2.34 por 100,000 - habitantes.

En Nuevo León, (Saltijera, op.cit.) la tasa de intentos y suicidios consumados en 1971 corresponde a 4.1 por 100,000 habitantes, en 1975 a 2.0 por 100,000 habitantes y en 1980 a 2.9 por 100,000 habitantes.

Shneidman (Haber, 1983) subraya que la magnitud del problema humano del suicidio es mucho mayor de lo que indica el recuento de las muertes de el derivadas.

El suicidio es un problema sorprendente en una cultura como la nuestra, que enseña el valor de la vida y detesta la muerte. Independientemente de la propia filosofía y sistema de valores, puede ser difícil comprender y aceptar la conducta suicida tanto en su contexto histórico como sociológico y psicodinámico.

Existen diferentes conceptualizaciones acerca del suicidio. Una de las teorías grandemente aceptada es la Teoría Sociológica de Emile Durkheim (Durkheim, 1983). En su obra se percibe una indicación clara de que la acción humana en - sociedad depende de las formas de estructuración y los grados

de integración social, dicho de otro modo, el individuo -- puede rechazar o resistirse a las normas y a la presión social respectivamente, que lo esten agobiando en un momento determinado. Durkheim, centró su atención en las características de la integración del individuo en las diversas fuerzas sociales, concibiendo la sociedad como la integración dinámica de fuerzas mayores, que la suma de los individuos que la componen. Pensó que el suicidio varía inmensamente según el grado de integración religiosa, económica y política. Durkheim también relacionó el suicidio específicamente con la sociedad. En su Teoría, el suicidio adopta una de estas cuatro formas:

1.- Suicidio Egoísta: Es una excesiva afirmación del ego que corresponde a sociedades individualistas, y Durkheim lo considera característico de las dominadas por el protestantismo. Era provocado por el fracaso del individuo en integrarse a la sociedad. Ejem: Desorganización de la familia. El individualismo en materia de religión o política o una vida social inactiva son factores que contribuían a una alta letalidad.

2.- Suicidio Altruista: Representa un máximo de impersonalización corresponde a sociedades que educan para renunciar a sí mismo, es el inverso del Egoísta. Tiene lugar cuando existe un insuficiente desarrollo de la identidad

individual fuera del grupo social. El individuo se preocupa tanto por el éxito de la sociedad, es decir, por los demás que se sacrifica él mismo para "el mayor bien". Ejemplo: - Pilotos japoneses Kamikase.

3.- Suicidio Anómico: Es una falta de reglas; una desorientación moral que resulta del hecho de que la sociedad no ha llegado a influir suficientemente sobre sus miembros. El autor la considera propia de los sectores industriales modernos, donde con mayor frecuencia se dá la pérdida de - normas reguladoras sociales. Ejemplo: El suicidio después del divorcio podría ser provocado por el hecho de que la "sociedad conyugal ya no ejerce su influencia normativa".

4.- Suicidio Fatalista: Se produce por la imposición de excesivas demandas o estructuras sobre el individuo por fuerzas externas, propio de las sociedades esclavistas.

Otras bases teóricas del suicidio son las psicoanalíticas como la de Hendin, (Farberow, 1969) quien desde el punto de vista psicoanalítico está dentro de la psicodinamia freudiana pero excluye la postulación de un impulso destructivo como la fuerza motivadora separada. Su enfoque se apega a las modificaciones de las primeras doctrinas freudianas del instinto hacia una psicología del ego o adaptativa.

La contribución básica de Freud acerca del suicidio y la depresión fué el concepto de la ira retroproyectada. Toda la constelación de la dependencia, ya sea que exista o no la depresión, y la actitud hacia el rechazo y el abandono son tan importantes para entender el suicidio como los modos de manejar la agresión. Igualmente importante y muy descuidadas psicodinámicamente son las actitudes y fantasías de los pacientes en relación con la muerte y el acto de morir. Existe gran peligro suicida cuando el paciente, conscientemente en sueños, o en fantasía, ve la muerte como una gratificación. El peligro también es grande cuando el paciente se muestra apático y se considera a sí mismo como ya muerto. Así mismo, la muerte puede considerarse como una muestra de castigo y el suicidio como una expiación. El abandono y la muerte pueden ser equiparados, y el suicidio puede significar un abandono en represalia.

Por otro lado, para Adler (Farberow, op.cit.), también psicoanalista, el individuo debe verse como parte de un contexto social y como un todo y único unificado que lucha por un éxito que define dentro de sus propios términos subjetivos, aunque puede no ser consciente de ello. Para Adler, es preciso valorar las características de la adaptación, así como los factores del trastorno mental, salud mental y adecuación del interés social, o sea la capacidad de entender y aceptar la interrelación social de la vida humana

individual. Este autor señala que, en determinadas ocasiones los factores exógenos pueden requerir mas interés social del que posee la persona con tendencias neuróticas lo que da por resultado una amenaza a su estima propia y la - formación de síntomas protectores. Adler identificó las siguientes características ocurridas en el suicidio, aunque pueden aparecer también en muchos otros trastornos sintomáticos de diversos tipos: a) Estilo de vida mimado; en el que las ideas suicidas se desarrollan en personas cuyo método de vida ha sido siempre dependiente de las cualidades y el apoyo de otras personas. b) Sentimientos de inferioridad y metas egocéntricas; donde la estima propia es baja y el suicidio puede ofrecer una sensación de dominio sobre la vida y la muerte. c) Grado de actividad, que suele ser alto en los suicidas, y; d) Agresión velada, en la que el suicida trata de herir a otra persona, hiriéndose a sí mismo, y manipula a fin de influir sobre los demás y obtener su simpatía.

Aunque raros, se dan casos de suicidio entre personas - equilibradas, como en circunstancias de sufrimiento interminable, persecución cruel e inhumana o enfermedad incurable o extremadamente dolorosa. Pueden ocurrir epidemias de suicidio, en las que influyen las actitudes culturales hacia el suicidio.

El suicidio, como el intento de suicidio es considerado multivariable debido a que no existe una sola causa que pueda dar cuenta del fenómeno. Factores como: sexo, edad, estado civil, ocupación y desórdenes mentales han sido correlacionados íntimamente con el acto suicida, (permitiendo hacer generalizaciones en algunas comunidades). Estos factores varían constantemente a través de los años por el incremento en la población y por el tipo de acto que se comete, ya sea un intento consumado o un intento frustrado; en los consumados generalmente se ignora la causa que los llevó al acto.

Considerar al intento de suicidio como una actitud (Herman Contreras, op.cit.) lleva a abordarlo no solo en su comportamiento mismo sino a considerar razones o motivaciones intrínsecas prevalecientes en el sujeto para la consumación del acto. El conocimiento de estos factores internos que caracterizan al sujeto para suicida, tanto antes como después del acto, aportará valiosa información sobre el proceso que lleva a finalizar la vida en muchos individuos, y en esta medida se podrán establecer criterios y procedimientos preventivos que ayudarán no solo a la identificación de casos potenciales, sino a generar programas que reduzcan la aparición del acto.

Retomando el problema en adolescentes, se ha observado que pueden ser identificados grupos de alto riesgo. Las siguientes características distintivas fueron identificadas por Grollman (Hart, et.al., 1979) como características existentes en tipos mas susceptibles a suicidarse: intento previo de suicidio, historia familiar de suicidios, tener una enfermedad crónica, sufrir pérdidas, depresión severa, alcoholismo, uso crónico de bromuros, barbitúricos, agentes alucinógenos, dificultades familiares.

No se puede descartar en la causalidad del suicidio que las condiciones psicosociales son difíciles para todos los grupos de población teniendo en cuenta la escasez de empleo, poco acceso a los servicios de salud, educación y condición de vivienda deficientes y la tendencia cada vez mayor a la desintegración de la familia. Estos y otros factores pueden influir en el estado emocional de la persona que lo puede llevar a la consumación del suicidio, el que también representa inconscientemente el deseo de ganar amor del objeto amado y perdido, es una forma de reencontrarse con lo no encontrado, de hacerles daño a terceras personas por vía personal. Es también una forma de matar una parte indeseable del adolescente, y una manera de descansar de los problemas para siempre. La fantasía desarrolla el concepto de que al matar la parte despreciable, aparecerá la parte idealizada, feliz, sin problemas. Es también encontrar en la muerte el

rescate por el objeto amado y bueno. (Pérez Garza, op.cit.)

Estudios realizados en E.U.A. con adolescentes internados en hospitales psiquiátricos (Apter, et.al., 1988) señalan que, representan un grupo importante para investigación en suicidiología por un número de razones. a) La prevalencia de la conducta suicida en este grupo es alto. b) Estos pacientes usualmente tienen una historia de intentos repetidos de suicidio. (Pfeffer, 1988).

El intento de suicidio (Pfeffer, op.cit.), es una de las más comunes emergencias psiquiátricas en adolescentes psiquiátricos. Los síntomas depresivos y los desórdenes depresivos mayores, han recibido recientemente mucha atención a este respecto.

El desorden afectivo es un factor muy importante en el suicidio completo en adultos. La depresión es también la condición clínica mas comunmente diagnosticada en intentos de suicidio. Aunque algunos autores sienten que la depresión es a menudo un factor menor en formas no fatales de conducta suicida, donde los desórdenes de la personalidad estan mas implicados. (Apter, op. cit.)

Todo esto nos habla de una variedad de causas asociadas

a la conducta suicida y que se relacionan específicamente a factores psicosociales, en otras palabras, estos acontecimientos no son exclusivos de la "psique" ni de la sociedad sino que es una mezcla de ambos, por lo cual merece atención.

Al considerar no solamente una teoría en la descripción de la causalidad del intento de suicidio, permite ver al adolescente desde un contexto mas amplio, como parte integral e importante de una sociedad a la cual pertenece y donde desempeña funciones específicas. Enfermería está consciente de ello, actualmente atraviesa por nuevos desarrollos y cambios en la profesión, que estan impactando principalmente en el campo de la enfermería psiquiátrica. Y esto se debe a la utilización de modelos teóricos en la práctica asistencial profesional que guían la intervención adecuada. Las teorías utilizadas por las enfermeras psiquiátricas son: a) La teoría intrapsíquica, b) La teoría interpersonal, c) La teoría conductista, d) La teoría fenomenológica, e) La teoría de la comunicación y f) La teoría de sistemas, además de la implementación de diagnóstico de enfermería específicamente en el área psiquiátrica hacen mas eficientes el uso de los planes de atención. La identificación de problemas específicos y la determinación de intervenciones individuales necesarias para alcanzar oportunamente las metas han

ampliado el proceso de planeación de la atención. Los roles independientes de la enfermera, tales como la práctica privada y los puestos de enlace-asesor en instituciones o lugares comunitarios tienen un impacto en la forma en que se brinda la atención a la salud psiquiátrica. Las enfermeras participan en las relaciones terapéuticas con los pacientes, lo que se convierte en la base para la atención de calidad. Realizan valoraciones, identifican diagnósticos de enfermería, e implementa y evalúa la atención de enfermería con el involucramiento activo del paciente.

La enfermería psiquiátrica es un área especializada de la enfermería que emplea teorías de la conducta humana como su ciencia y el uso a propósito de si mismo como su arte. La relación terapéutica con el paciente proporciona un entorno en el que se puede practicar el arte de la Enfermería. La enfermera, como coordinador principal de la atención general del paciente procura asegurarse que reciba atención de calidad. Aunque, la diversidad de patrones de conducta - manifestados por los pacientes durante la adolescencia dificulta el progreso del tratamiento de los mismos, sin embargo, el tener presente que la adolescencia es una etapa de desarrollo y el conocimiento de modelos teóricos que permitan entender la situación problemática de los pacientes, son herramientas que facilitan la relación terapéutica

entre enfermera y paciente.

La enfermera psiquiátrica que trabaja con adolescentes está preparada en el área de salud mental y psiquiatría y se caracteriza por satisfacer necesidades e intereses específicos en este grupo de edad. Son expertas en identificar desviaciones o detenciones en el proceso de desarrollo y trabaja estrechamente con sistemas de apoyo para adolescentes - - además de mejorar el proceso de desarrollo de los mismos.

La extensión de la práctica de enfermería psiquiátrica con adolescentes abarca cuidados directos e indirectos en las áreas de prevención, intervención y rehabilitación.

Las funciones de enfermería directas se enfocan a - - acciones dirigidas hacia el adolescente en particular e incluye: psicoterapia (individual, familiar y terapia de grupo), admisión, selección y valoración de pacientes, visitas domiciliarias, provisión de medio ambiente terapéutico, consejería, educación para la salud (educación didáctica sobre sexo y salud), apoyo y vigilancia de medicación, acción comunitaria (en la formación de recursos humanos y programas de ayuda necesarios) e intervención en crisis.

Las funciones indirectas se enfocan a acciones que llevan a asistir a aquellas personas que están otorgando el cuidado a los adolescentes. Estas funciones son usualmente proporcionadas por la enfermera especialista en psiquiatría del adolescente y son las siguientes: Educadora, Administradora, Supervisora Clínica, Interconsultante y Enfermera Investigadora. (Stuart y Sundeen, 1987).

DEFINICION DE TERMINOS

Adolescente: Para este estudio será toda persona que se encuentre entre la edad de 15 y 19 años de edad.

Adulto Joven: Se considerará así a toda persona que se encuentre entre la edad de 20 y 24 años de edad.

Suicidio: Es el acto consciente y consumado de terminar con la vida.

Intento de suicidio: Es el acto voluntario encaminado a terminar con la vida del propio individuo.

Idea suicida: El pensamiento recurrente de terminar con la existencia.

Estres: Indica el estado del individuo durante los acontecimientos de la vida productores de tensión y después de los mismos.

Relación Familiar: Es el trato que comparten los miembros de la familia en los aspectos de comunicación, afecto y estimulación del aprendizaje.

Problema Familiar: Situación presentada y que altera el trato en los miembros de la familia, en relación a la comunicación, al afecto y la estimulación del aprendizaje.

Apoyo Social: Sistema de sostén con el que cuenta el paciente, ya sea de tipo laboral, escolar, religioso y círculo de amistades.

III. METODOLOGIA

Tipo de Estudio: Descriptivo, de campo, prospectivo.
No probabilístico.

Universo de Estudio: Población adolescente y adultos - jóvenes que acuden a la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario.

Muestra: Obtenida a través de un muestreo intencional o de criterio. Las características propias del estudio encaminaron a esta elección. Algunos autores (Polit y Hungler, 1978) recomiendan que la medida de la muestra debe ser al menos de diez sujetos y preferentemente de veinte a treinta para realizar un mejor análisis de datos.

Criterios de inclusión: Adolescentes y adultos jóvenes en edades de 15 a 24 años que hayan sido internados en la Unidad de Psiquiatría, por intento de suicidio e ideación suicida.

Criterios de Exclusión:

1) Adolescentes menores de 15 años y adultos jóvenes mayores de 24 años.

2) Adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 24 años con patología psiquiátrica crónica. Ejemplo: Paciente con esquizofrenia.

Consideración Etica: Para obtener la información, se solicitó la colaboración del sujeto de estudio, para dar - respuesta a los cuestionamientos, por lo que se le dió una explicación al respecto, asegurándole que los datos solo serían utilizados para lo fines del estudio, sin afectar su integridad física, intelectual y moral ya que los datos fueron manejados en forma confidencial. Se agradeció cordialmente su colaboración.

Tiempo: De enero a diciembre de 1991.

Instrumentos:

1.- Se utilizó la escala para ideación suicida. Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. Beck, A. T., Kovacs, M. & Weisman, A. 1979), (SSI) diseñada para obtener los datos de la intensidad de los deseos del sujeto de morir y para identificar a los individuos suicidas. La confiabilidad y validez de la escala ha sido reportada en los estudios de Beck, Kovacs, & Weissman, (1979), Wetzel, (1977), Beck, Steer y Ranieri, (1988).

Se aplicó el instrumento a los pacientes que se internaron en el Departamento de Psiquiatría por Intento o Ideación Suicida, auxiliándose de la guía de entrevistas semi-estructurada. Esta modalidad de técnica permitió la expresión libre de sentimientos e ideas de los pacientes con respecto a su motivo de ingreso. El tiempo consumido en cada entrevista fué de 45 a 60 minutos. Sin duda, que el tener conocimientos en el área psiquiátrica permitió establecer una relación de tipo terapéutico con los pacientes utilizando principalmente; la comprensión empática, el respeto, la espontaneidad, la concreción y en algunos casos la confrontación, estas dimensiones tienen un potencial que muestran la interconexión entre las transacciones existentes en la interacción asistente-paciente y que favorece la relación de ayuda.

2.- También se tomó en cuenta el Eje IV del diagnóstico multi-axil del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Tercera Edición Revisada. (DSM-III-R). Para valorar la intensidad del estrés psicosocial. Esta valoración fué realizada por el médico encargado de ingresar al paciente.

Descripción de los Instrumentos

1.- La SSI es una escala de 19 items. Cada item consiste de 3 alternativas graduadas en intensidad de 0 a 2. El número total es calculado sumando los totales individuales. Además el rango posible de anotación es de 0 a 38. (Ver Anexo A). Los Items evalúan la extensión de las ideas suicidas y sus características así como también la actitud del paciente hacia ellos; la extensión del deseo de morir, el querer realizar un intento de suicidio, y detalle de planes, cualquier desanimación interna para un intento activo; y un sentimiento subjetivo de "control" y/o "valor" con respecto a un intento propuesto.

La SSI es completada a través de una entrevista semiestructurada dependiendo del estado psiquiátrico del paciente así como el grado por el cual él o ella están articulados. Se tiene la opción de elegir las diferentes líneas de las preguntas. Para emplear el formato, se puede obtener información específica necesaria para completar cada número de la escala. (Ver anexo B).

2.- Esta valoración implica considerar el grado en el que el agente productor de estrés ha modificado la vida de la persona, el grado de aceptación del acontecimiento, el control que la persona tiene sobre el y el número de situaciones de estrés a que se ve sometido. (Ver anexo C).

Criterios para la calificación del Instrumento:

Para poder obtener una valoración de las respuestas de los pacientes, se procedió a contabilizar los puntos encontrados en cada entrevista, los rangos de calificación esperados serían de 0 el mínimo y 38 el máximo puntaje, por lo que se consideró pertinente establecer cortes en ese rango quedando de la siguiente manera:

- 0 - 12; deseo de morir mínimo
- 13 - 25; deseo de morir moderado
- 26 - 38; deseo de morir intenso

IV. RESULTADOS

Se procedió a revisar las frecuencias de cada variable para obtener así los porcentajes de los entrevistados. Comparándolos posteriormente con la variable demográfica: sexo. Esta comparación se hace porque existe una gran diferencia entre sexos sobre el intento de suicidio, algunos autores hablan de una proporción de dos a uno. (Goldman, 1989). Sin embargo, en este estudio la proporción fué mayor. Resultó de cuatro a uno, la relación entre sexos.

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION ESTUDIADA

(TABLA 1)

Los resultados obtenidos nos muestran una población en hombres de 3 y mujeres de 11, con $n = 14$, la media de edad para los hombres es de 18.3 y para las mujeres de 20.5, la media general es de 20.7 y la desviación estándar de 3.17.

En relación al Último Grado de Estudios, se encontró que los varones; estudiaron secundaria el 33.3%, la preparatoria el 33.3% y un igual porcentaje para quienes cursaron nivel técnico. En las mujeres hubo una mayor diversidad - respecto al último grado de estudios ya que el 27.3% solo - estudió la primaria, el 18.2% la secundaria, un 27.3% preparatoria, 18.2% alguna carrera técnica y un 9.1% en nivel profesional.

El Estado Civil; en los varones predominaron los solteros en un 100%. En las mujeres el 63.6% solteras, el 27.3% casadas (como dato importante se informa que todas las mujeres casadas se encuentran actualmente separadas de sus esposos) y el 9.1% vive en unión libre.

Ocupación Actual; en los varones se encontró que el 33.3% es desempleado, el 33.3% empleado y el 33.3% estudiante. En las mujeres predominó el ama de casa con un 45.5% empleadas el 27.3%, desempleadas 18.2% y 9.1% estudiante.

Religión; el 100% de la población fué para la religión católica en ambos sexos, aunque no existe una práctica activa de ella.

Lugar de Nacimiento; se encontró que en los varones el 66.7% nació en el área metropolitana de Monterrey y el 33.3% provenía de otros estados. En las mujeres también predominó como lugar de nacimiento el área metropolitana con un 81.8% y quienes nacieron en otros estados el 18.2%. Cabe mencionar que los otros estados correspondieron a los del norte y centro del País principalmente.

En el momento de la admisión, los diagnósticos psiquiátricos para los hombres fué el 33.3% diagnóstico de trastorno en el control de los impulsos, el 33.3% trastorno

de la personalidad obsesivo-compulsiva, y el 33.3% trastorno de identidad. En las mujeres el 27.3% recibieron diagnóstico de depresión mayor, el 27.3% distimia algunos autores la llaman depresión neurótica, (Goldman, op.cit.) el 27.3% también presentó trastorno en el control de los impulsos y el 18.1% presentó trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido.

TABLA 1
INFORMACION DE 14 PACIENTES CON INTENTO E IDEAS SUICIDAS

VARIABLE	HOMBRES n=3	MUJERES n=11
1. EDAD AN AÑOS (M) MEDIA GENERAL 20.07 D.E.=3.17	18.3	20.5
2. ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS (%)		
PRIMARIA		27.3
SECUNDARIA	33.3	18.2
PREPARATORIA	33.3	27.3
TECNICO	33.3	18.2
PROFESIONISTA		9.1
3. ESTADO CIVIL (%)		
SOLTEROS	100.0	63.6
CASADOS		27.3
UNION LIBRE		9.1
4. OCUPACION ACTUAL (%)		
DESEMPLEADOS	33.3	18.2
EMPLEADO	33.3	27.3
ESTUDIANTES	33.3	9.1
LABORES DEL HOGAR		45.5
5. RELIGION (%)		
CATOLICA	100.0	100.0
6. LUGAR DE NACIMIENTO (%)		
AREA METROPOLITANA	66.7	81.8
OTROS ESTADOS	33.3	18.2

7. DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO (%)		
DEPRESION MAYOR		27.3
DISTIMIA		27.3
T.EN EL C. DE LOS IMPULSOS	33.3	27.3
T. DE LA PERS.OBS.COMP.	33.3	
T. DE LA IDENTIDAD	33.3	
T. DE ADAP.CON EDO.ANIMO DEPRIMIDO		18.1
8. EJE IV (%)		
LEVE	100	36.4
MODERADO		54.5
GRAVE		9.1
9. INTENSIDAD DE LOS DESEOS DE MORIR DEL SUJETO (%)		
MINIMO	33.3	36.4
MODERADO	66.7	45.4
INTENSO		18.2
10 MOTIVO DE INGRESO (%)		
INTENTO DE SUICIDIO	33.3	90.9
IDEACION SUICIDA	66.7	9.1
11 METODO USADO (%)		
MEDICAMENTOS	33.3	54.5
ARMA BLANCA		27.3
SUSTANCIAS TOXICAS		9.1
NINGUNO	66.7	9.1

CARACTERISTICAS DEL INTENTO. (TABLA 2)

El Motivo de Ingreso en las mujeres el 90.9% ingresaron por intento de suicidio y solo el 9.1% por ideas suicidas. En los hombres el 33.3% su ingreso se debió a intento de - - suicidio y el 66.7% a ideas suicidas.

Al valorar la Intensidad de los Deseos de Morir del Sujeto; en los hombres el deseo de querer morir fué mínimo el 33.3% y moderado el 66.7%. En las mujeres el deseo de querer morir fué de 36.4% mínimo, 45.4% moderado y 18.2% intenso.

En relación al Método Usado; en los varones el 33.3% utilizó medicamentos y el 66.7% no usó ningún método. Los que no usaron ningún método fueron quienes su motivo de ingreso se debió a ideas suicidas. En las mujeres predominó el método por ingestión de medicamentos con un 54.5%, el 27.3% usaron armas blancas (punzo cortantes), el 9.1% sustancias tóxicas y el 9.1% ningún método.

Como Suceso Importante antes del Intento; se identificó que el 7.1% estaba desempleado, el 50.0% tenía problemas en la relación de pareja y problemas de separación, el 21.4% manifestó sentimientos de soledad y vacío y en el 21.4% - existían problemas familiares.

En las Razones para Finalizar con la Vida; el 35.7% su razón la adjudicó a resolver problemas (principalmente familiares), el 14.3% como escape o salida de los mismos problemas, el 14.3% para manejar el medio ambiente, el 14.3% como venganza y el 21.4% no dió una respuesta definida.

Tiempo que tenía de pensar en morirse; el 35.7% no lo habían pensado. Y el 35.7% no consideró el tiempo empleado para planear el intento. Solo el 14.3% se sintió defraudado de no haber consumado el suicidio.

A quien quería afectar con el intento; el 14.3% no quería afectar a nadie, el 21.4% a sí mismo, y llama la atención que el 64.3% quería afectar principalmente a familiares.

Por otro lado, al cuestionar sobre si habían solicitado ayuda; el 85.7% no pidió ayuda, solo el 7.1% acudió con algún familiar y otro 7.1% acudió a solicitar ayuda con otras personas. Todo esto nos dá un claro indicio de las condiciones familiares en las que estos pacientes se desarrollaban.

Respecto a la Historia Familiar de Suicidio; el 43% tuvo antecedentes familiares de suicidio y el 57% no la tuvo.

Al valorar el Grado de Estres previo al intento; se observó que en los hombres el estresor fué leve en un 100%. Mientras que en las mujeres el estresor fué; 36.4% leve, 54.5% moderado, y solo el 9.1% su grado de estres fue valorado como grave.

TABLA 2
CARACTERISTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO

DESCRIPCION	%
1. SUCESO IMPORTANTE ANTES DEL INTENTO:	
DESEMPLEO	7.1
PROBLEMAS EN LA RELACION DE PAREJA	50.0
SENTIMIENTOS DE SOLEDAD/VACIO	21.4
PROBLEMAS FAMILIARES	21.4
2. RAZONES PARA FINALIZAR CON LA VIDA	
PARA RESOLVER PROBLEMAS	35.7
SALIDA, ESCAPAR	14.3
PARA MANEJAR EL MEDIO AMBIENTE	14.3
VENGANZA	14.3
AMBIVALENTE	21.4
3. TIEMPO QUE TENIA DE PENSAR EN MORIRSE	
DE 1 - 3 MESES	28.6
12 - 24 MESES	21.4
+ DE 24 MESES	14.3
NO LO HABIA PENSADO	35.7
4. TIEMPO QUE EMPLEO EN PLANEAR EL INTENTO	
MINUTOS	28.6
HORAS Y DIAS	14.3
SEMANAS Y MESES	21.4
TIEMPO NO CONSIDERADO	35.7
5. ACTITUD AL NO HABER CONSUMADO EL ACTO	
ACEPTACION	21.4
DEFRAUDADO/FRUSTRADO	14.3
RECHAZO	21.4
CORAJE	21.4
INDIFERENCIA	21.4

6. A QUIEN QUERIA AFECTAR CON EL INTENTO?	
A NADIE	14.3
A SI MISMO	21.4
A FAMILIARES (PADRES, PAREJA)	64.3
7. AVISO A ALGUIEN?	
NO	71.4
SI	28.6
8. HA INTENTADO ANTES SUICIDARSE?	
SI	50.0
NO	50.0
9. CUANTAS VECES HA INTENTADO SUICIDARSE?	
NINGUNA	50.0
DOS	14.2
TRES	14.3
CUATRO O +	21.4
10 A QUIEN PIDIO AYUDA?	
A NADIE	85.7
A FAMILIARES	7.1
OTROS	7.1
11 TIENE FAMILIARES QUE HAYAN INTENTADO SUICIDARSE?	
SI	43.0
NO	57.0

ASPECTO SOCIAL. (TABLA 3)

Al cuestionar sobre su Participación en la Sociedad el 35.7% la considera nula, el 21.4% poca participación y solo el 42.9% tiene una participación activa dentro de la sociedad.

En lo que respecta a su Integración en la Sociedad el 57.1 no se siente integrado y el 35.7% considera que sí, sin embargo, el 7.1% dió respuestas ambivalentes.

Se tuvo especial interés en precisar las Formas de Apoyo Social deseadas por los pacientes, no obstante, la respuesta fué que el 100% demanda el apoyo familiar.

TABLA 3
ASPECTO SOCIAL

DESCRIPCION	%
1. CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE?	
PADRES	85.7
OTROS FAMILIARES	14.3
2. CUAL ES SU PARTICIPACION EN LA SOCIEDAD?	
NINGUNA	35.7
POCA	21.4
ACTIVA	42.9
3. SE SIENTE INTEGRADO SOCIALMENTE?	
SI	35.7
NO	57.1
RESPUESTA AMBIVALENTE	7.1
4. COMO TE GUSTARIA PARTICIPAR EN LA SOCIEDAD?	
ACTIVA (EMPLEO, AMIGOS, ESCUELA)	78.6
NO QUIERE PARTICIPAR	21.4
5. QUE TIPO DE APOYO SOCIAL DESEARIAS TENER?	
APOYO FAMILIAR	100.0

IV. DISCUSION DE RESULTADOS

Los resultados relacionados a la edad muestran una media de 20.5 y según el rango estipulado en la metodología se encuentran en la frontera de la adolescencia y la adultez. Se observó que el nivel cultural de los pacientes corresponde generalmente a un grado de estudios aceptable, ya que el 36.3% de la población cursó la preparatoria. El 100% de la población en ambos sexos fueron solteros. También el 100% de la población pertenece a la religión católica.

La información obtenida respecto a los diagnósticos psiquiátricos orientan más hacia los desórdenes de la personalidad como factor de la conducta suicida, anteriormente señalado por Apter, et.al., (1988). Los datos igualmente indican que las mujeres (90.9%) atentan mas contra su vida que los hombres (33.3%). Esta proporción en donde las mujeres intentan en mas ocasiones suicidarse que los hombres, también fué observada en otros trabajos como el de Arieti y Bemporad, (1978), Mercy, (1984), Saltijeras y Terroba, (1980), Heman, (1984), Pérez (1989), Treviño (1990) y por la Academia Americana de Pediatría, (1988).

La intensidad de los deseos de morir del sujeto se encuentra íntimamente relacionado con el diagnóstico psiquiátrico ya que en los varones predominaron los desórdenes de la personalidad, es decir, que no existían verdaderos deseos de querer morir y que sus intentos son atribuidos a su problema de carácter. Sin embargo, en las mujeres existe un porcentaje en donde su deseo de querer morir es intenso y observamos anteriormente que en los diagnósticos psiquiátricos de las mujeres se incluye la depresión, considerada como una condición importante en el suicidio completo, según estudios de Apter, et.al., (1988) y Treviño, (1990). En el estudio de Heman Contreras, (1984), los casos con intenso deseo de morir predominaron también en las mujeres en 14.2% y solo el 9.9% en hombres.

El método usado también está relacionado con la intensidad de los deseos de morir del sujeto, se presume que a mayor deseo de morir se eligirá un método más letal y éstos fueron utilizados por las mujeres. Por otro lado, el 50% de la población ha tenido historia de intentos previos de suicidio con repeticiones de dos a más intentos. Este dato también es observado en estudios como en el de Treviño, (1990), realizado en el Hospital Metropolitano de esta ciudad y el de Pérez, (1989), realizado en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario.

También se encontró que el suceso previo al intento estuvo relacionado a problemas de pareja (50%) y a problemas familiares (21.4%), existiendo relaciones frías y distantes y de abierta hostilidad entre los padres, conducta fría y distante entre padres e hijos y estimulación del aprendizaje y de la vida social insuficiente en algunos casos. Estas características de la vida familiar de los adolescentes fueron descubiertas por Williams y Lyons (Arieti y Bemporat, 1981).

En las razones para finalizar con la vida solo el 35.7% pretendía resolver los problemas de familia y el 64.3% mas bien como una respuesta manipulatoria. Mattson y cols. (1969) encontraron que los adolescentes no buscaban realmente matarse y utilizaron el intento de suicidio como una maniobra represiva. La historia familiar de suicidio es un factor de alto riesgo ya que los adolescentes tienden a imitar o copiar la conducta de sus parientes (Rosenberg, 1987, Grollman, 1971, Zemishlany, 1987).

V. CONCLUSIONES

1.- Los factores psicosociales identificados en la decisión de un adolescente de atentar contra su vida son: problemas familiares, ruptura o pérdida de la pareja, historia familiar de suicidios, depresión, intentos previos de suicidio, que al parecer son los mismos que se han encontrado en otros estudios por lo que se considera que existe un patrón de conducta similar entre los adolescentes que atentan contra su vida.

2.- Al valorar la intensidad de los deseos de morir de los entrevistados los datos no indican un deseo real de querer morir, el suicidio para que llegue a consumarse necesita ser detalladamente planeado y que no ofrezca oportunidad de sobrevivir y esto no sucedió con los entrevistados. Se considera que la conducta que los pacientes presentaron fué mas bien de tipo manipulatorio.

3.- Los resultados obtenidos en este trabajo se encaminan al suicidio de tipo Egoísta, ya que fueron observados - principalmente; dificultades familiares, poca actividad religiosa y social (ver tabla 2 y 3).

4.- El estrés está asociado con la conducta suicida y previo al intento cometido por los entrevistados estos manifestaron vivir situaciones como: separación conyugal, - desempleo, ruptura con el novio(a), discusiones familiares, desavenencia crónica de los padres y alteraciones físicas, los cuales corresponden a estresores psicosociales leve, moderado y grave (ver anexo C). La condición crónica de estas situaciones predispone más al adolescente de intentar suicidarse, como una forma de escapar de todo ello.

5.- Ninguna forma de apoyo social fue expresada por los pacientes el 100% demanda el apoyo familiar. Son desconocidas agrupaciones juveniles o instituciones que puedan brindar algún tipo de ayuda. Por otro lado, desconocían también la ayuda proporcionada por el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario, donde las fantasías de los pacientes estaban a la orden del día, con la firme creencia de que este tipo de institución es exclusivamente para "locos". Lo que generó una nueva inquietud respecto del quehacer de enfermería en relación al trabajo de promoción de la salud en el primer nivel. Tal parece que no se quiere ver a la psiquiatría como parte de la salud en general y no se les informa a los pacientes los beneficios que pueden adquirir en una consulta psiquiátrica.

6.- Es innegable que la confusión emocional de quienes intentan quitarse la vida es percibida, esta percepción crea obstáculos que contribuyen a no brindar el apoyo emocional que el paciente necesita, por lo que es importante darse cuenta de las respuestas que nos despiertan estos pacientes; para poder aceptar su dolor emocional y permitir su alivio, en ocasiones esto se logra tan solo con escucharlos y si con eso se salva una vida, no vale la pena intentarlo?

El trabajo a realizar en el primer nivel incluiría la promoción, para que la población este bien informada de la atención que pueden recibir en unidades psiquiátricas y quitar el estigma que socialmente se tiene de que son "Manicomios" o son "solo para locos".

Estar alerta a los factores de riesgo que constituyen el perfil de un suicida potencial: sentimientos de soledad y vacío, sufrir pérdidas, dificultades familiares, intentos - previos de suicidio, historia familiar de suicido, depresión, trastornos de personalidad, enfermedades físicas o crónicas, abuso de drogas y alcohol y psicosis. Esto va a permitir detectar los casos que sugieran un intento de suicidio y - poder así, referirlo a las unidades psiquiátricas existentes. Al atender la parte emocional de los pacientes en la

atención comunitaria se estará brindando una atención integral no solo al individuo, sino también a la familia y a la comunidad por las repercusiones que el suicidio tiene en todos los niveles.

VI. RECOMENDACIONES

1.- La S.S.I. resultó ser un instrumento que puede servir como un esquema para la valoración inicial de suicidas potenciales en una entrevista. Se pueden detectar signos de desesperación, extensión y duración de la idea suicida, la presencia o ausencia de impedimentos psicológicos, los motivos para el intento contemplado, el grado de preparación y comunicación de la idea suicida, las actitudes de los pacientes hacia el intento contemplado, y la relativa intensidad de los deseos de vivir y los deseos de morir.

2.- Como enfermeras en salud mental y psiquiatría tenemos un gran compromiso ético con los adolescentes y adultos jóvenes que constituyen la mas grande población de nuestro País, y que día a día intentan cada vez mas quitarse la vida. Nuestra labor debe estar encaminada hacia la atención comunitaria, pues se ha visto que los factores de riesgo de un suicida potencial son fácilmente identificables por lo tanto el trabajo es: promover los servicios de salud psiquiátrica, detectar oportunamente casos potenciales y canalizarlos adecuadamente de esta forma se previenen los intentos de suicidio y se evitan muertes innecesarias.

3.- Es importante dar a conocer el papel de la especialista en enfermería psiquiátrica y salud mental y cumplir con las funciones propias de la especialidad en la atención directa e indirecta de los pacientes. Creo que hay mucho por hacer y que es el momento de empezar a que se reconozca la labor que realiza la enfermera en salud mental y psiquiatría en los niveles de prevención, intervención y rehabilitación.

VII. BIBLIOGRAFIA

- American Academy of Pediatrics. (1988). "Suicide and Suicide Attempts in adolescents and young adults". *Pediatrics* 80 (2); 322.
- American Psychiatric Association. (1988). "DSM-III-R Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales". Barcelona: Masson, 21-23.
- Apter, A., et.al. (1988). "Suicidal Behavior, Depression and conduct disorder in hospitalized adolescent". *Journal American Academy Children and Adolescent Psychiatry*, 27 (6); 696-699.
- Arieti, S. y Bemporad, J. (1981). "Psicoterapia de la Depresión". (1a. edición) Argentina: Paidós, 219-221.
- Beck, A.T., Kovacs, M., and Weissman, A. (1979). "Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (2); 343-352.
- Beck, A.T. , Steer, R.A. and Ranieri W.F. (1988). "Scale for Suicide Ideation". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44 (4); 499-505.
- Bedrosian, R.C. and Beck, A.T. (1979). "Cognitive Aspects of Suicidal Behavior". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 9 (2); 87-96.
- Blank, M. (1989). "Suicide: The Other Victims". *Nursing Times*, 85 (26); 28-30.
- Canales, H.F., et.al. (1990). "Metodología de la Investigación". México: Limusa, pp. 327.
- Carmack, B.J. (1983). "Suspect a Suicide? Don't be afraid to act". *Research Nursing*, April: 43-45, 90.
- Cedeño, M., Valencia, C. (1990). "Perspectiva Proceso-Salud-Enfermedad". Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja-Boyaca. 5(2), 6(1).
- De la Fuente, R. (1988). "Semblanza de la Salud Mental en México". *Salud Pública de México*, 30; 861-871.

- Dugan, D. O. (1987). "Death and Dying". *Journal of Psychosocial Nursing*, 25 (7); 21-29.
- Durkheim, E. (1983). "El suicidio". México: Universidad Autónoma de México. p.p. 546.
- Farberow, N.L., et.al. (1969). "Necesito ayuda. Estudio sobre el suicidio y su prevención". (1a. edición) México: La Prensa Médica Mexicana. p. 324.
- Fromm, E. (1980). "Tener o Ser?" México: Fondo de Cultura Económica, 132-133.
- Goldman, H.H., et.al. (1989). "Psiquiatría General". (2a. edición). México: Manual Moderno, p. 680.
- Haber, J., et.al., (1983). "Psiquiatría texto básico - (1a. edición) España: Salvat, p. 323.
- Haim, A. (1976). "Adolescent Suicide" (2a. edición) New York: International Universities Press, Inc. 161-165, 174..
- Hart, N.A., et.al. (1979). "The suicidal Adolescent". *American Journal of Nursing*. January, p. 82.
- Heman Contreras, A. (1984). "Deseo de morir y realidad - del acto en sujetos con intento de suicidio". *Salud Pública de México*, 26:39.
- Ibañez, Brambila, B. (1990). "Manual para la elaboración - de Tesis". México: Trillas, p. 186.
- Jarvis, G.K., and Northcott, H.C. (1987). "Religión and - Differences in Morbidity and Mortality". *Soc.Sci.Med.*, 25 (7): 813-824.
- Lamb, J.M. (1991). "Como ayudar al adolescente suicida". *Nursing* 91, Marzo: 43-46.
- Lima, B.R. (1986). "La Atención Primaria en Salud Mental". *Salud Pública de México*, 28: 354-360.
- Maltsberg, R.D. (1988). "Suicide Danger: Clinical Estima- - tion and Decision". *Suicide and Life Threatening - - Behavior*, 18: 47-54.

- Marja, E.F. (1987). "Teen Suicide". Mc' Call's, October; 71-74.
- Organización Mundial de la Salud. (1989). "Jóvenes de Hoy". Salud Mundial, Marzo; p.3.
- Organización Mundial de la Salud. (1985). "La Prevención en la Salud Mental". Salud Mundial, Agosto-Septiembre; p.4.
- Organización Mundial de la Salud. (1985). "Salud Mental para Todos", Salud Mundial, Agosto-Septiembre; p. 2.
- Organización Mundial de la Salud. (1985). "Suicidio". Salud Mundial, Agosto-Septiembre; p. 13-15.
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. (1989). "Factores de riesgo del intento de suicidio en los adolescentes". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 108 (3); 250.
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la salud. (1976). "El suicidio y los intentos de - suicidio". Cuadernos de Salud Pública, 58;83-120.
- OPS/OMS Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. (1989). "Salud del Adolescentes Prioridades y Estrategias Nacionales". 107 (1), 78.
- Organización Mundial de la Salud. (1985). "Juventud Sana: nuestro bien maspreciado". Salud Mundial, Enero-Febrero, p. 3.
- Pérez Garza, S.P. (1989). Tesis "El intento de suicidio en la adolescencia: Un estudio de la Comunidad Terapéutica. Marzo-Febrero 1989". Universidad Autónoma de Nuevo León, Hospital Universitario "Dr. - José E. González". Departamento de Psiquiatría. Monterrey, N.L.; 12.
- Pfeffer, C.R., et.al. (1988). "Suicidal Behavior in - Adolescent Psychiatric inpatients". Journal American Academy Children and Adolescente. Psychiatry, 27 (3); 357-361.
- Poldinger, W., et.al. (1969). "La tendencia al suicidio". Madrid: Morata, p. 81-94.
- Polit, D.F., et.al. (1985). "Investigación Científica" (2a. edición). México: Interamericana, pp. 595.

- Polit, D., Hungler, B. (1978). "Nursing Research: Principles & Methods". USA: Lippincott, 467-468.
- Rojas, S.R. (1987). "Guía para realizar Investigaciones Sociales" (1a. edición). México: Plaza y Janés. pp.286
- Rubenstein, J.L., Heeren, T., Housman D., Rubin, C., and --
Stechler, G. (1989). "Suicidal Behavior in "normal" -
Adolescents: Risk and Protective Factors". American -
Journal of Orthopsychiatry, 59 (1); 59-71.
- Saltijera, Méndez, M.T., Terroba Garza, G. (1987).
"Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en -
la década de 1971 a 1980 en México". Salud Pública
de México; 29:346.
- Stuart, G.W., Sundeen, S.J., (1987), "Principles and Prac-
tice of Psychiatric Nursing". USA: MOSBY, 897-924.
- Treviño Gutierrez, E. (1990). Tesis: "Suicidio: Un enfoque
Psicosocial". Universidad Regiomontana. Facultad de -
Psicología. Monterrey, N.L.
- Valente, S. (1985). "The Suicidal Teenager". Nursing'85,
December; 47-49.
- Wetzel, R.D. (1977). "Factor Structure of Beck's Suicide -
Intent Scales". Psychological Reports, 40;295-302.
- Zemishlany, Z., et.al. (1987). "An Epidemic of Suicide - -
Attempts by Burning in a Psychiatric Hospital". Brit-
tish Journal of Psychiatry, 150; 704-706.

ANEXO A

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POST-GRADO**

FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE: _____ **SEXO:** _____
EDAD: _____ **RELIGION:** _____
EDAD: _____ **ESTADO CIVIL:** _____
OCUPACION ACTUAL: _____
ULTIMO GRADO ESCOLAR: _____
LUGAR DE NACIMIENTO: _____
VIVE CON: _____ **DIAGNOSTICO:** _____
EJE IV: _____ **MOTIVO DE INGRESO:** _____

**CONSISTENCIA INTERNA DE LA ESCALA PARA LA IDEACION SUICIDA.
DEBERA APLICARSE A TRAVES DE UNA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

1.- DESEO DE VIVIR

- 0. Fuerte o moderado
- 1. Poco
- 2. Ninguno

2.- DESEO DE MORIR

- 0. Ninguno
- 1. Poco
- 2. Fuerte o moderado

3.- RAZONES PARA VIVIR/MORIR

- 0. Para vivir mas que para morir
- 1. Casi igual
- 2. Para morir mas que para vivir

4.- DESEO ACTIVO DE INTENTO DE SUICIDIO

- 0. Ninguno
- 1. Poco
- 2. Fuerte o moderado

5.- DESEO PASIVO DE SUICIDIO

- 0. Tomaría precauciones para salvar su vida
- 1. Dejaría de arriesgar la vida
- 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar su vida

6.- MEDIDA DE TIEMPO: DURACION DE LA IDEA/DESEO SUICIDA

- 0. Períodos fugaces, breves
- 1. Períodos largos
- 2. Continuo (crónico) o casi continuo

- 7.- MEDIDA DE TIEMPO: FRECUENCIA DEL SUICIDIO
 0. Rara
 1. Ocasional
 2. Persistente o continuo

- 8.- ACTITUD CON RESPECTO A LA IDEA/DESEO
 0. Rechazo
 1. Ambivalente, indiferente
 2. Aceptación

- 9.- CONTROL SOBRE LA ACCION SUICIDA
 0. Tiene sensación de control
 1. Poco seguro de control
 2. No tiene sensación de control

10. DESANIMACION PARA EL INTENTO ACTIVO (POR EJEM: FAMILIAR, RELIGIOSO, LABORAL, ESCOLAR, IRREVERSIBLE).
 0. No lo intentaría por causa de una desanimación
 1. Algo concerniente con una desanimación
 2. Mínima o casi ninguna

11. RAZON PARA EL INTENTO CONTEMPLADO
 0. Para manejar el medio ambiente; llamar la atención, -venganza.
 1. Combinación de 0 y 2
 2. Salida, cesar, resolver los problemas

12. METODO: ESPECIFICIDAD/PLANEACION PARA CONSIDERAR EL INTENTO.
 0. No considerado
 1. Considerado
 2. Elaboración bien formulada y detallada

13. METODO: DISPONIBILIDAD/OPORTUNIDAD PARA EL INTENTO CONTEMPLADO
 0. Método no disponible; sin oportunidad
 1. Método que tomaría tiempo y esfuerzo; sin oportunidad fácilmente disponible.
 - 2a. Método y oportunidad fácilmente disponible
 - 2b. Oportunidad futura o disponibilidad de método anticipado.

14. SENSACION DE "CAPACIDAD" DE LLEVAR A CABO EL INTENTO
 0. Sin valor, muy poco miedo, incompetencia
 1. Poco valor, competencia
 2. Segura de competencia

0000

15. POSIBILIDAD/ANTICIPACION DEL INTENTO ACTUAL
 0. No
 1. Incierta no está seguro
 2. Si

16. PREPARACION ACTUAL DEL INTENTO CONTEMPLADO
 0. Ninguna
 1. Parcial (por ej: empezar a coleccionar píldoras)
 2. Completa (por ej: tiene píldoras, armas cargadas)

17. NOTA SUICIDA
 0. Ninguna
 1. Iniciada pero no terminada, solamente lo pensó
 2. Completa

18. ACTOS FINALES EN LA ANTICIPACION DE LA MUERTE (Por ej: seguro de vida, testamento).
 0. Ninguno
 1. Pensó acerca o hizo arreglos
 2. Hizo los planes definitivos o completó los arreglos

19. DECEPCION/ENCUBRIMIENTO DEL SUICIDIO CONTEMPLADO
 0. Ideas reveladas abiertamente
 1. Represión sobre la revelación
 2. Intento de engañar, defraudar, mentir

ANEXO B

GUIA AUXILIAR PARA LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

I. CARACTERISTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO:

- 1.- Suceso importante antes del intento
- 2.- Razones para finalizar con su vida
- 3.- Tiempo que tenía de pensar en morirse
- 4.- Tiempo que empleó en planear el intento
- 5.- Actitud que tuvo al no haber consumado el acto
- 6.- A quien quería afectar con su acto?
- 7.- Método usado
- 8.- Avisó a alguien del intento

II. ANTECEDENTES:

- 1.- Ha intentado antes suicidarse?
- 2.- Ha sido hospitalizado en sus intentos anteriores?
- 3.- Cuántas veces ha intentado suicidarse?
- 4.- A quién pidió ayuda?
- 5.- Tiene familiares que hayan intentado suicidarse?

III. ASPECTO SOCIAL:

- 1.- Con quién vive actualmente?
- 2.-Cuál es su participación en la sociedad?
- 3.- Se siente socialmente integrado?
- 4.- Cómo te gustaría participar en la sociedad?
- 5.- Qué tipo de apoyo social desearías tener?

ANEXO C

ESCALA PARA EVALUAR LA INTENSIDAD DEL ESTRES PSICOSOCIAL NIÑOS Y ADOLESCENTES

CODIGO	TERMINO	EJEMPLOS DE ESTRES	
		AGUDO	CRONICO
1	Ausente	No hay estres aparente	No hay estres - aparente
2	Leve	Ruptura con el novio/a, cambio de colegio.	Exceso de personas viviendo en el hogar, discusiones familiares.
3	Moderado	Expulsión de la escuela, nacimiento de un hermano.	Enfermedad crónica incapacitante en alguno de los padres, desaveniencia - crónica de los padres.
4	Grave	Divorcio de los padres, embarazo no deseado, detención.	Trato duro o rechazo de los padres, enfermedad crónica que amenaza la vida de alguno de los progenitores, múltiples estancias fuera del hogar.
5	Extremo	Abuso sexual ó físico, muerte de alguno de los progenitores.	Abuso sexual ó físico recurrente.
6	Catastrófico	Muerte de ambos progenitores.	Enfermedad crónica que amenaza la vida.
0	Información inadecuada o ausencia de acontecimientos estresantes.		

**ESCALA PARA EVALUAR LA INTENSIDAD DEL ESTRES PSICOSOCIAL:
ADULTOS**

CODIGO	TERMINO	EJEMPLOS DE ESTRES	
		AGUDO	CRONICO
1	Ausente	No hay estres - aparente	No hay estres - aparente.
2	Leve	Ruptura afectiva con la pareja, - inicio o gradua-- ción en la escue- la.	Discusiones fa-- miliares, insa- tisfacción labo- ral, vida en un barrio donde hay mucho delincuen- cia.
3	Moderado	Matrimonio, sepa- ración conyugal, pérdida de empleo jubilación, abor- to.	Incompatibilidad conyugal, pro-- blemas economi- cos serios, di- ferencias con - los superiores, estar a cargo de los hijos como - progenitor único
4	Grave	Divorcio, naci- - miento del primer hijo.	Paro, pobreza
5	Extremo	Muerte de la espo- sa, diagnóstico de una enfermedad somática grave, ser víctima de - una violación.	Enfermedad cró-- nica grave de - uno mismo o de los hijos, alte- ración física o abuso sexual.
6	Catastrófico	Muerte de algún - hijo, suicidio del cónyuge, catástro- fe natural devas- tadora.	Cautividad como rehén, experien- cia en campo de concentración
0	Información inadecuada ó ausencia de - acontecimientos estresantes		

ANEXO D

CASO No. 1

Laura, 24 años de edad, soltera, de estatura baja, trigueña, cabello negro, ojos con evidentes ojeras, vistiendo ropa de buena calidad, en buen estado de higiene. Es su cuarto internamiento por Intento de suicidio, a Laura ya la conocía desde que inicié mis prácticas de Enfermería Psiquiátrica, me sorprendí mucho volver a verla, le solicité la entrevista, ella accedió dibujando una leve sonrisa en el rostro. Iniciemos, preguntando primero sus datos de identificación, después el motivo de ingreso, durante la entrevista lloró en varias ocasiones, se observa con estado de ánimo deprimido, refiere: "he pensado en hacerme daño, cortarme las venas con alguna navaja, así como me he hecho quemaduras en los brazos", "siento que ya no les intereso, sería mejor morirme, porque no encuentro a nadie que me entienda".

Laura pertenece a una familia totalmente desintegrada - donde no figura el padre por su falta de autoridad y apego con la familia. Las relaciones entre hermanos son caóticas sin comunicación al parecer la familia ya está cansada de Laura dando la impresión de que solo la vienen a "depositar" para liberarse de ella. En un internamiento anterior se les sugirió terapia de familia, no pudieron coincidir ningún miembro de la familia en horarios. En esta ocasión se planeó ganchar a la familia resultando difícil por la apatía

que demuestran para cooperar en el tratamiento de Laura.
Pero no la visitan. .

En su tercer semana de internamiento Laura participa poco en las actividades de la sala, intentó suicidarse en dos - ocasiones, no tolera los límites, dice: "solo déjenme morir en paz". Se citó a la familia, se muestran dispuestos a - ayudar aunque dan la impresión de solo seguir la corriente, se ve que están cansados de ella, se sorprenden cuando se les anunció la próxima alta de Laura, insistiendo que no está bien y debe quedarse por más tiempo.

Fueron 5 semanas de internamiento, sin lograr ningún cambio en Laura, persistiendo sus ideas suicidas. Laura fué de todos los entrevistados quien obtuvo la mayor puntuación en la escala, lo que valora la intensidad de los deseos de morir, su deseo de morir es intenso. Sentí temor de que la próxima vez no falle, lo comuniqué al Staff, respondieron: "no te preocupes, es manipulatorio". Y Laura fué dada de alta con riesgo de hacerse daño. Me enteré después que una vez más intentó suicidarse ahora con una sobredosis de medicamentos, requiriendo internamiento en una unidad de cuidados intensivos con una intoxicación grave.

Me pongo a pensar en Laura, ella fué una de las pacientes que conocí en mi primer contacto con el Departamento de Psiquiatría y que indirectamente me motivó a realizar este

trabajo. Conociendo la Historia de Laura me pregunto:
Hasta cuando va a seguir Laura tratando de hacerse escuchar
por su familia? o Será mejor dejarla morir en paz como es
su deseo?

CASO No. 2

Gaby, es una paciente de 18 años, soltera, ingresa a la Unidad de Psiquiatría, después de tres semanas de internamiento en Cirugía del Hospital Universitario donde se le realizó un colgajo por haber perdido los dedos de la mano derecha en un accidente de trabajo. Se observa con estado de ánimo deprimido, llanto fácil, desesperanzada, sentimientos de minusvalía e inutilidad.

Solicito entrevista a Gaby para hablar sobre sus ideas de querer morirse, ella accede y refiere: "Necesito que me ayude, siento que no sirvo para nada, prefiero morirme". Es la tercera hija de una familia de cuatro, cursó únicamente la primaria, ya que el padre no le permitió seguir estudiando, es seria, callada, refiere tener pocas amigas. Su infancia transcurre en medio de pleitos entre sus padres, ya que el padre es sumamente agresivo llegando a golpearla, incluso a la madre y hablarles con malas palabras y amenazarlas con navajas y apedrearlas. Su padre no le permitió seguir estudiando y por el contrario le ordenó que trabajara quedándose con el sueldo que percibía. Su vida transcurre entre pleitos familiares, golpes y palabras altisonantes. No obstante, tiene una relación de noviazgo que ella define como; "muy bonita, él me entiende y me apoya".

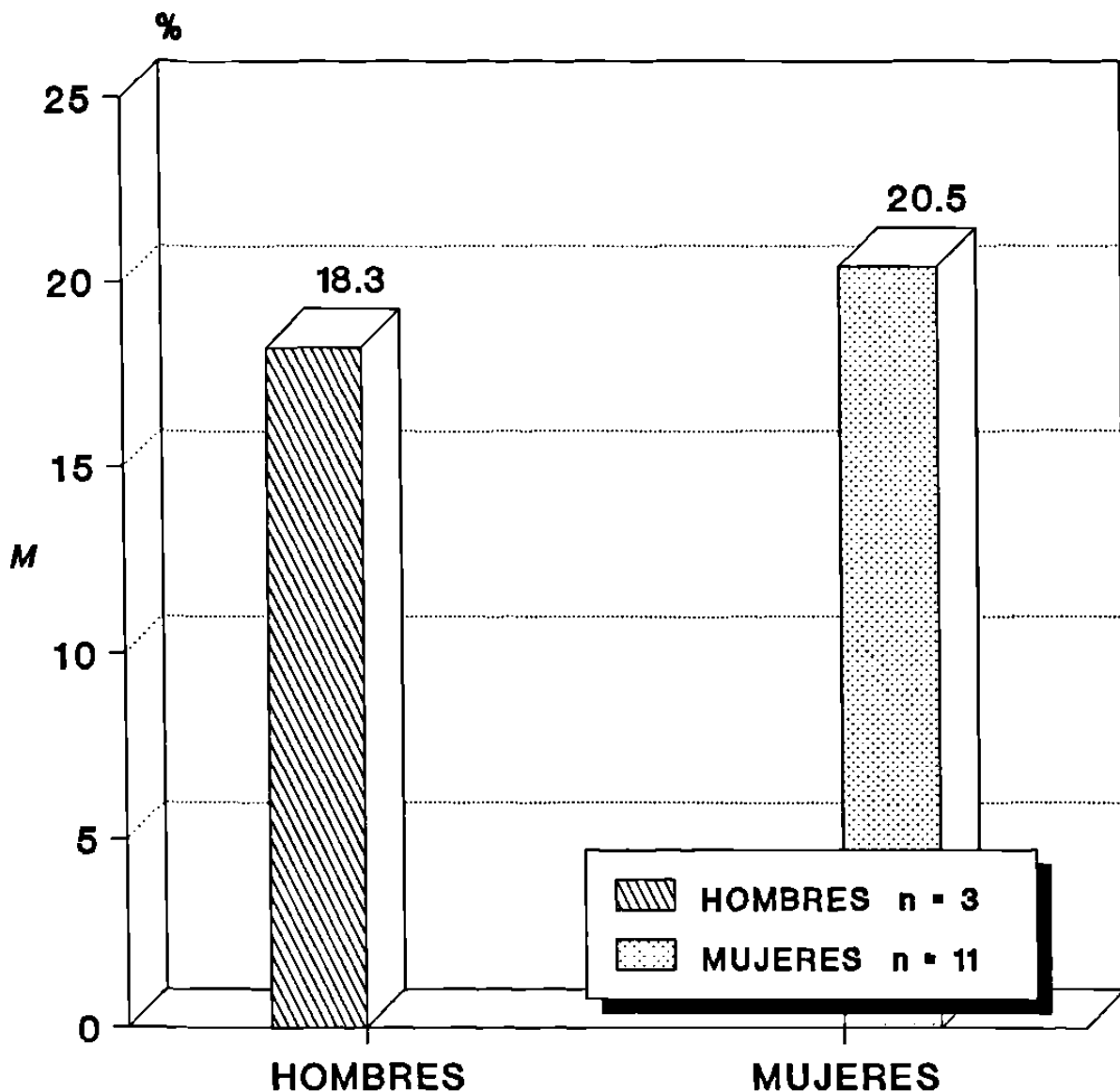
su internamiento fué corto, apenas diez días, durante los cuales no recibió visita del padre, ya que andaba realizando los arreglos para que le pagaran el seguro de vida de Gaby por el accidente, por supuesto pretendía quedarse con el dinero. Fué necesario que interviniera Trabajo Social para evitar un mal mayor. Gaby se notaba angustiada, - necesitaba más que nunca a su familia; quienes respondieron fueron su madre y hermanas, y sus compañeros también internados le ayudaron bastante. Gaby logró salir de su depresión y se olvidó de sus ideas suicidas: "Esto que me pasó - fué un accidente, por que me distraje, siento que voy a batallar para aceptarlo pero lo voy a lograr".

Gaby fué dada de alta voluntaria llevándose nuevas expectativas, en compañía de su madre con la firme decisión de divorciarse del esposo, y su novio quien afortunadamente no la abandonó, siempre estuvo ahí, ayudándola y animándola. Creo que le fué bien, al recibir el apoyo que necesitaba de su familia.

ANEXO E

RELACION DE GRAFICAS

GRAFICA No. 1 EDAD DE PACIENTES CON INTENTO E IDEAS SUICIDAS

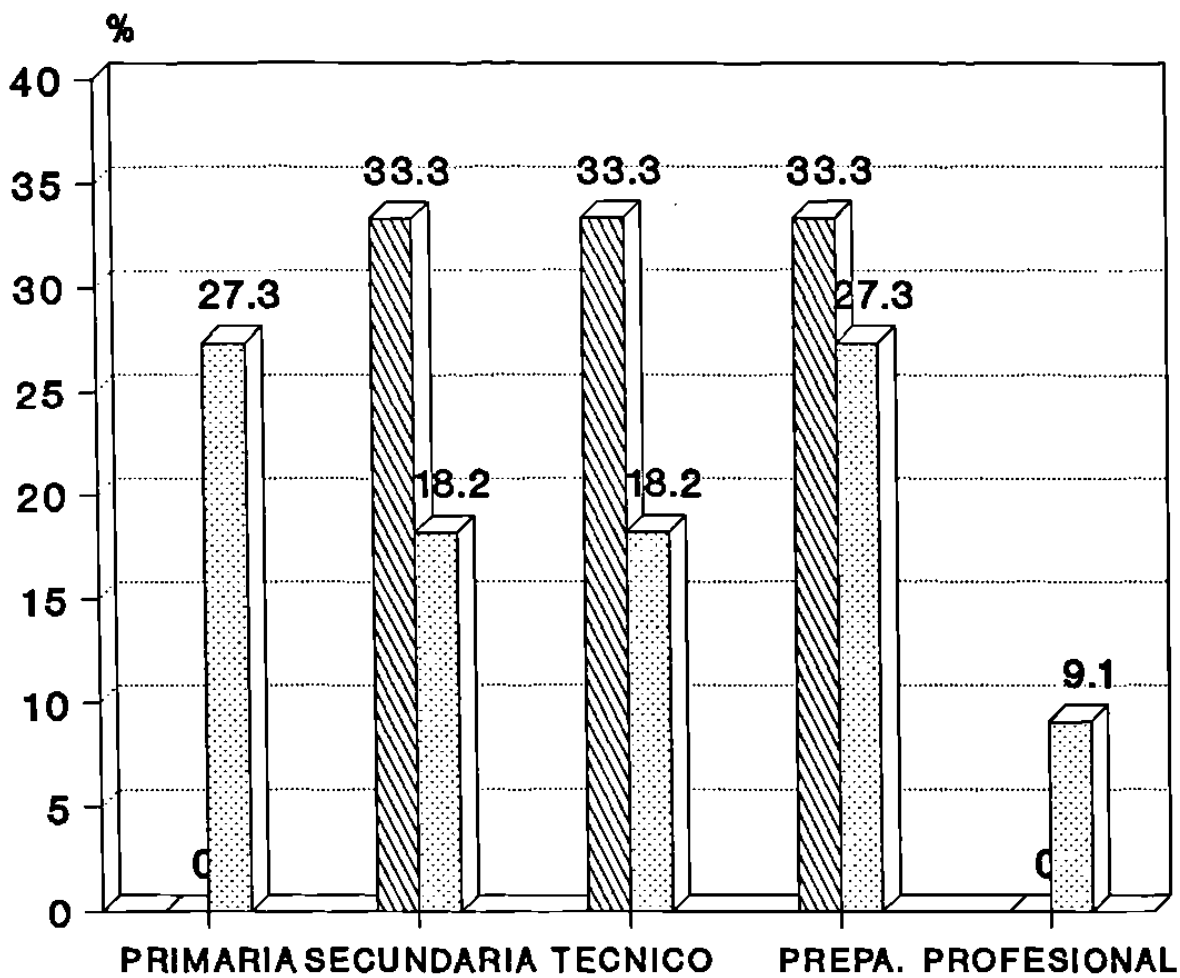


n = 14 M = 20.07 DESV.EST. = 3.17

F:Entrevista, U.P., Hosp.Univ.,1991.

GRAFICA No. 2

ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS DE PACIENTES CON INTENTO E IDEAS SUICIDAS

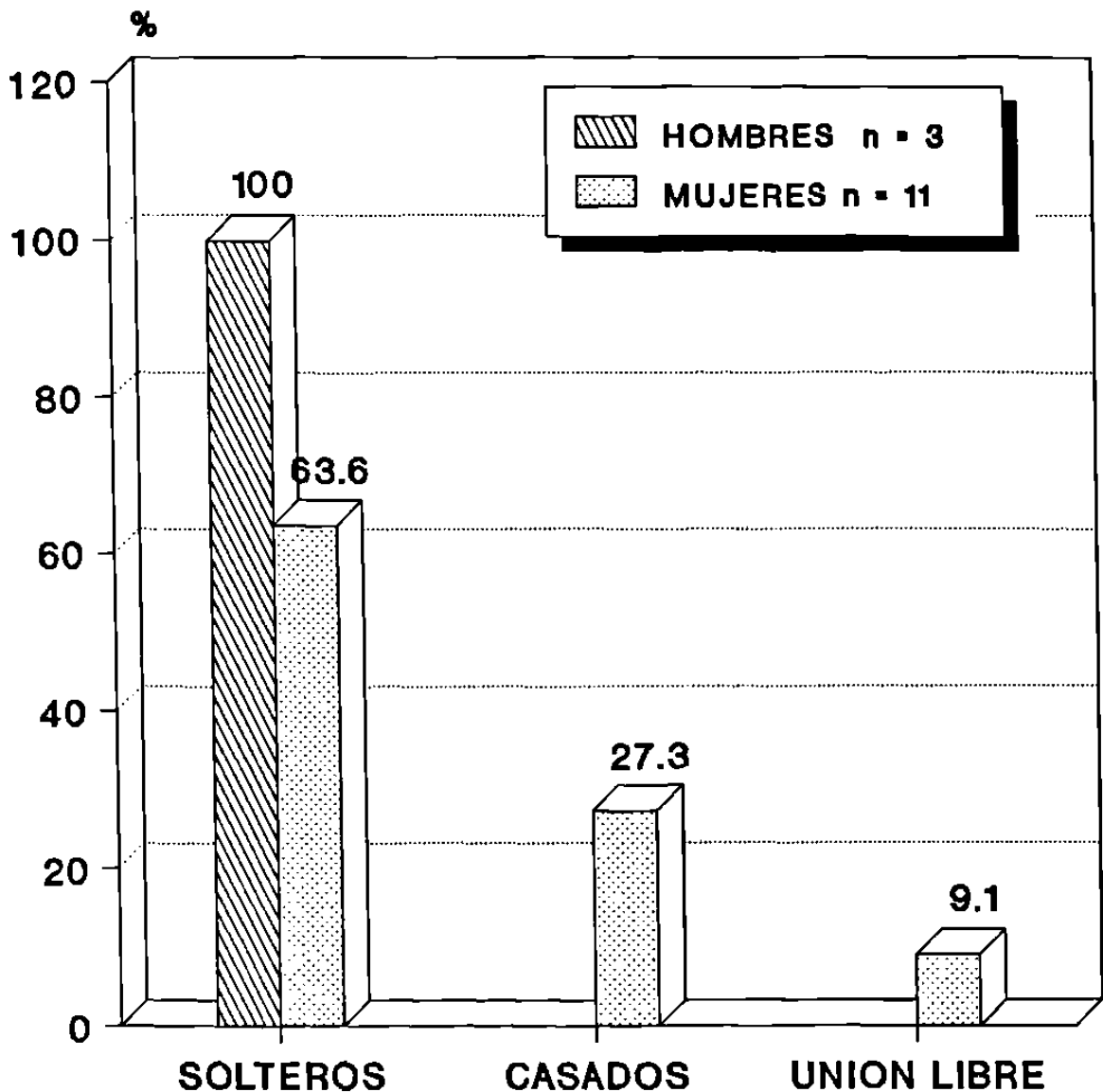


HOMBRES n = 3

MUJERES n = 11

GRAFICA No. 3

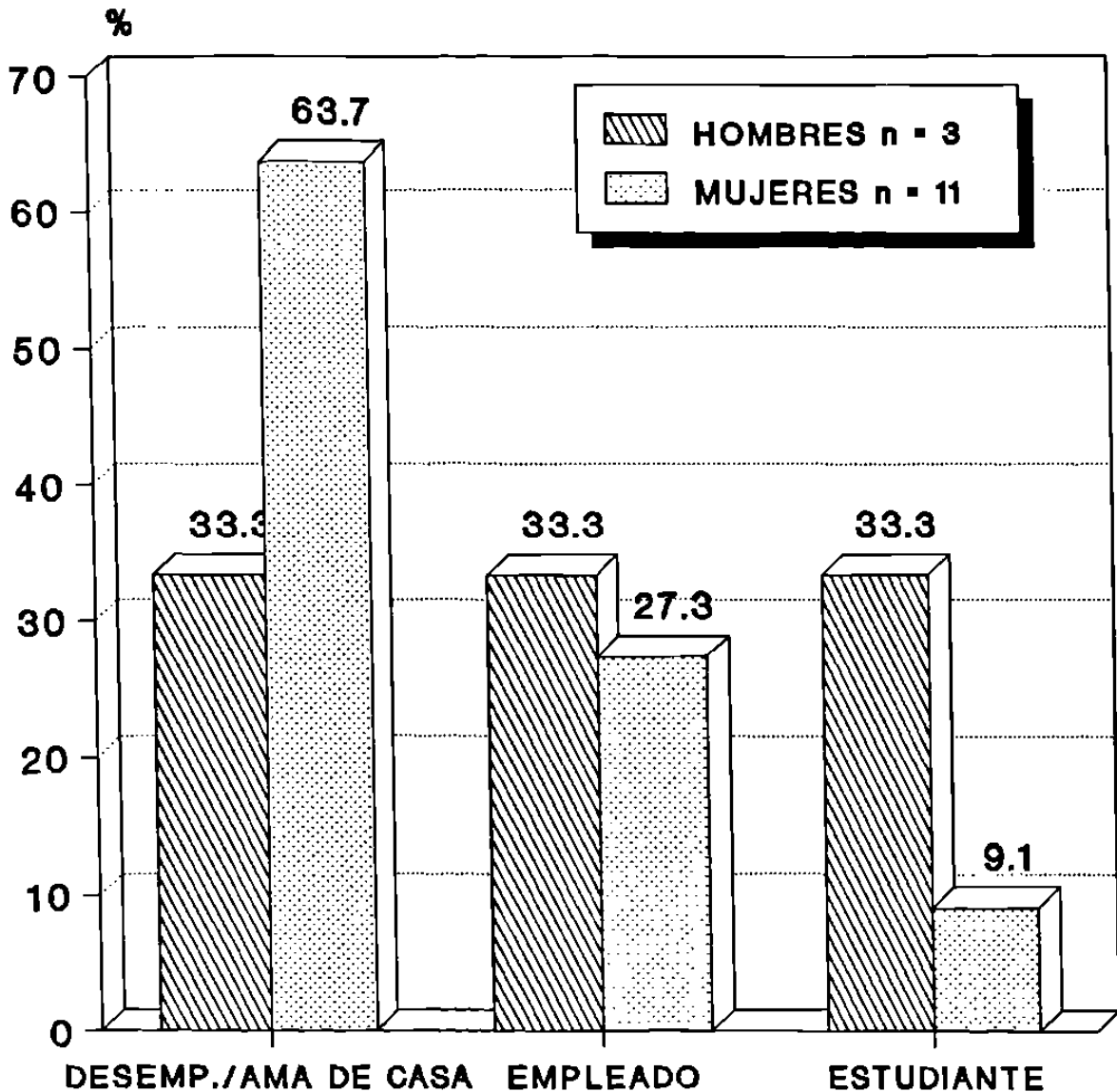
ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON INTENTO E IDEAS SUICIDAS



F: Entrevista, U.P., Hosp.Univ., 1991

GRAFICA No. 4

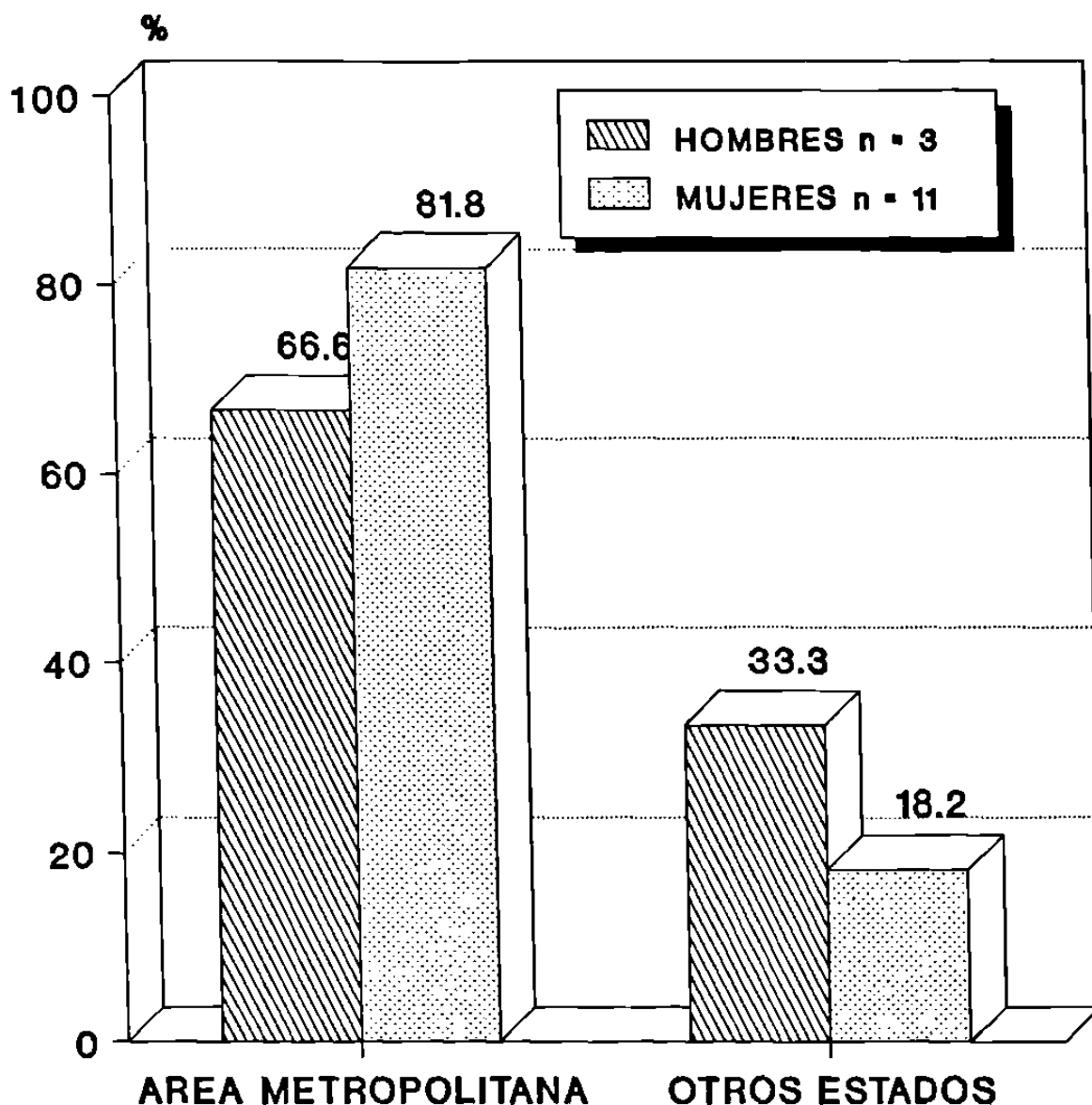
OCUPACION ACTUAL DE LOS PACIENTES CON INTENTO E IDEAS SUICIDAS



F: Entrevista, U.P., Hosp. Univ., 1991

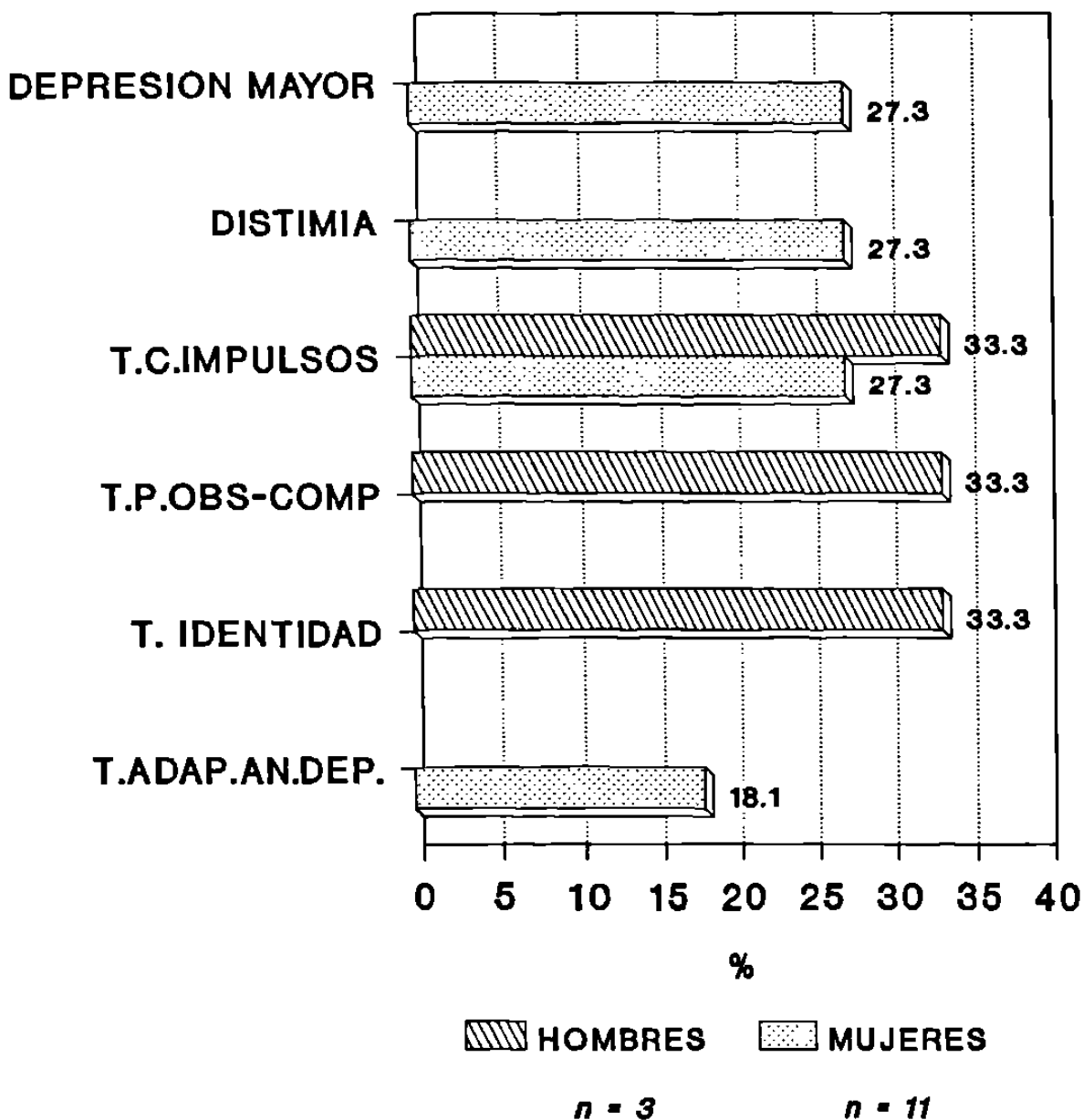
GRAFICA No. 5

LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS PACIENTES CON INTENTO E IDEAS SUICIDAS



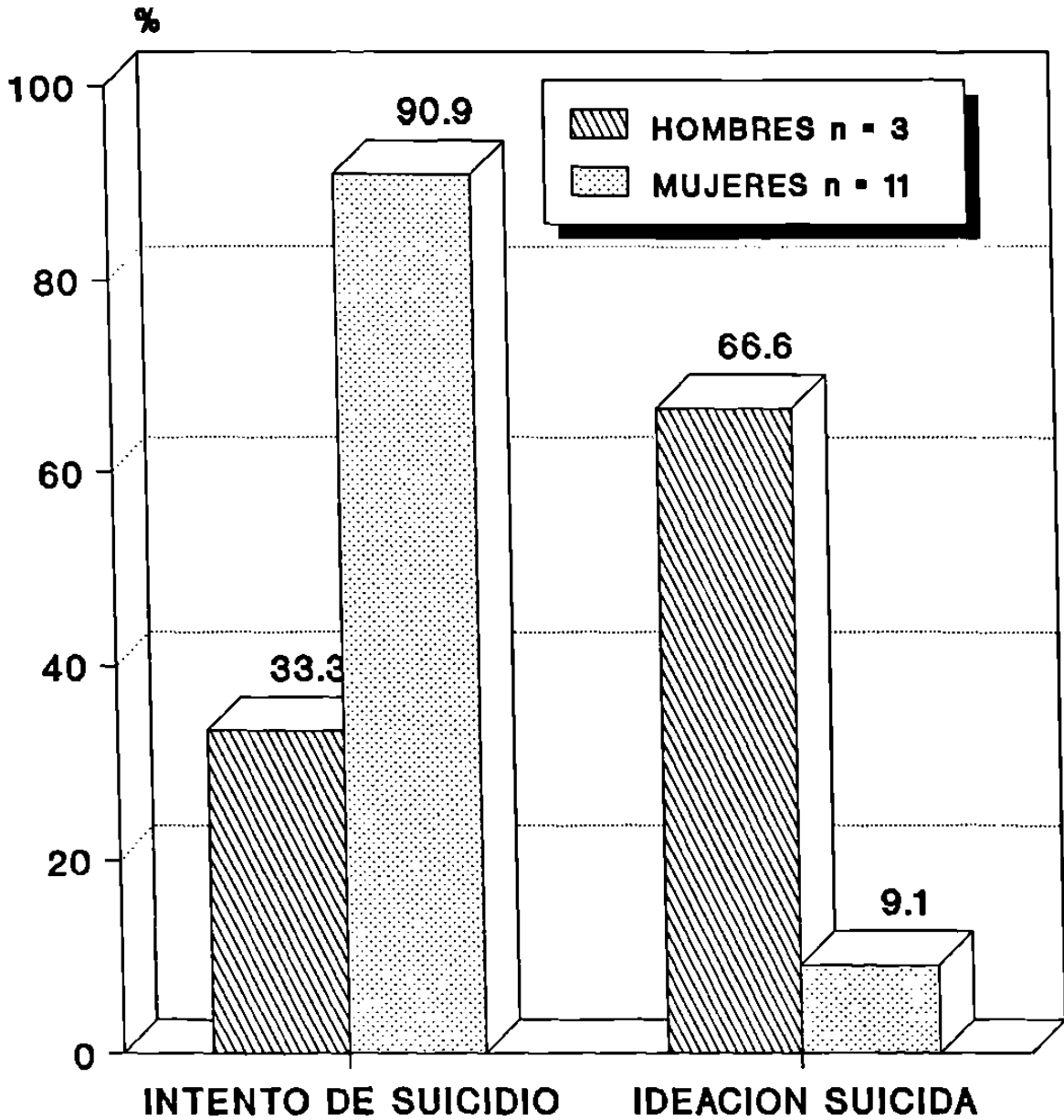
F: Entrevista U.P., Hosp.Univ. 1991.

GRAFICA No. 6 DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO



F: Entrevista U.P., Hosp.Unlv. 1991.

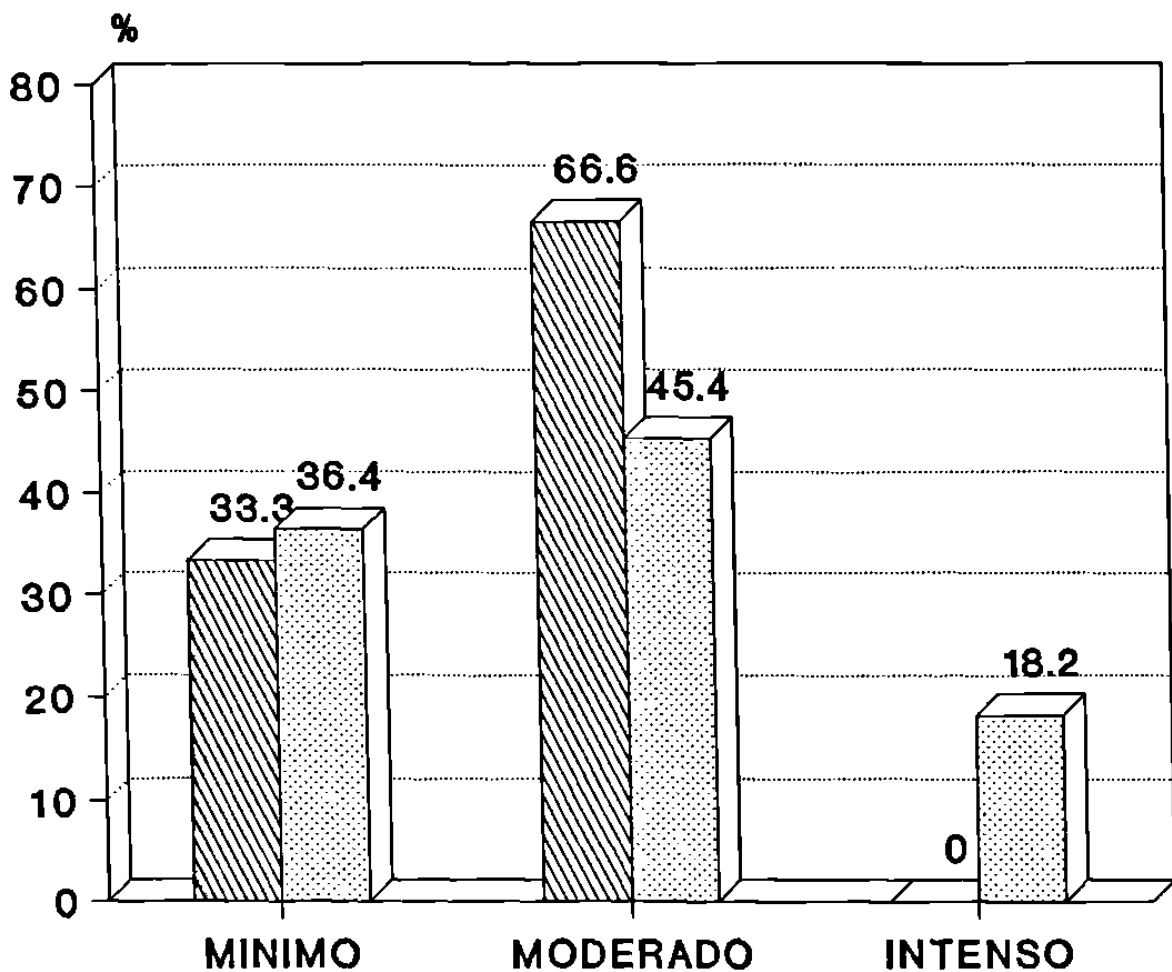
GRAFICA No. 7 MOTIVO DE INGRESO



F: Entrevista U.P. Hosp.Univ. 1991.

GRAFICA No. 8

INTENSIDAD DE LOS DESEOS DE MORIR DE LOS PACIENTES

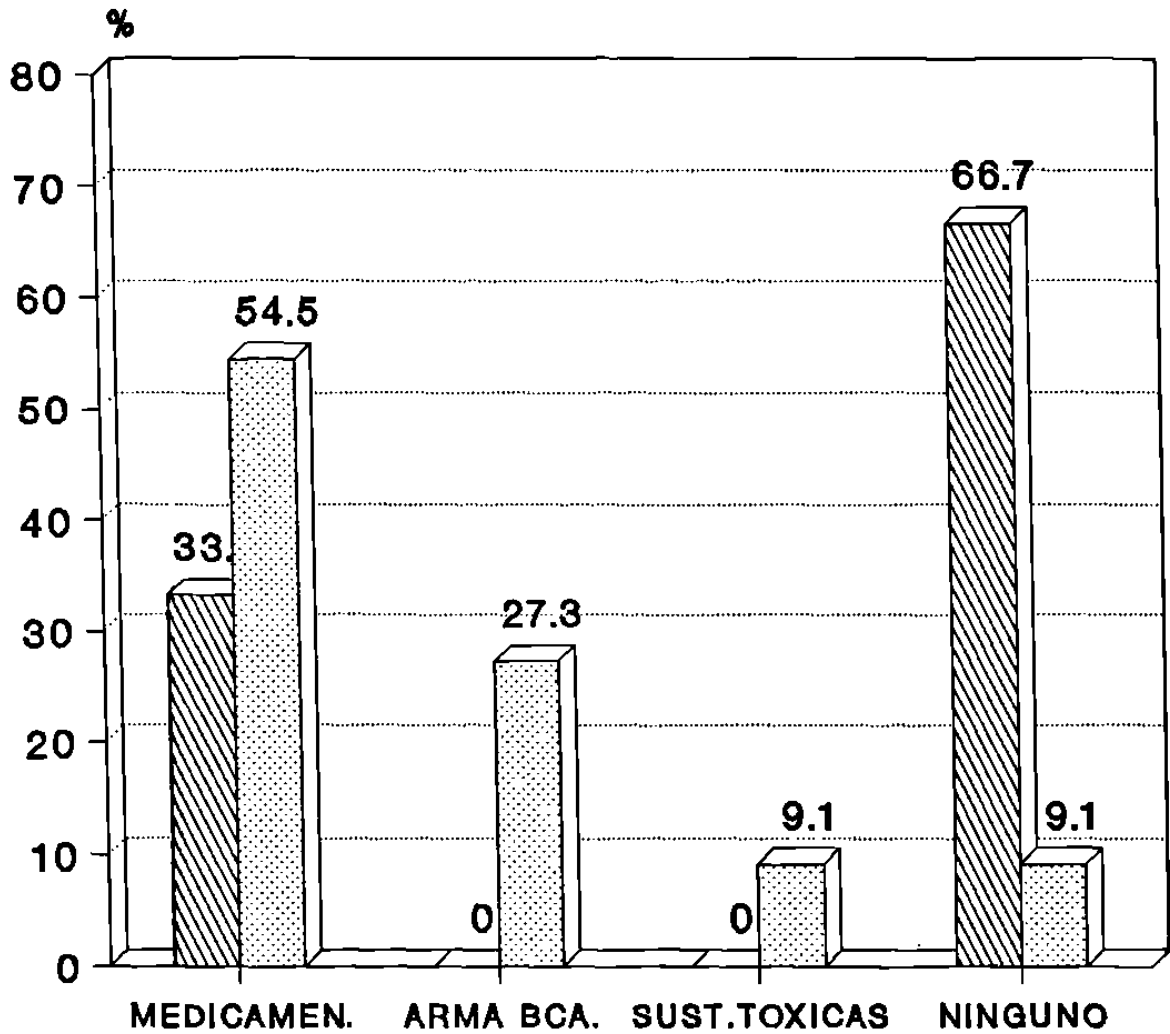


HOMBRES n = 3



MUJERES n = 11

GRAFICA No. 9 METODO USADO



HOMBRES n = 3

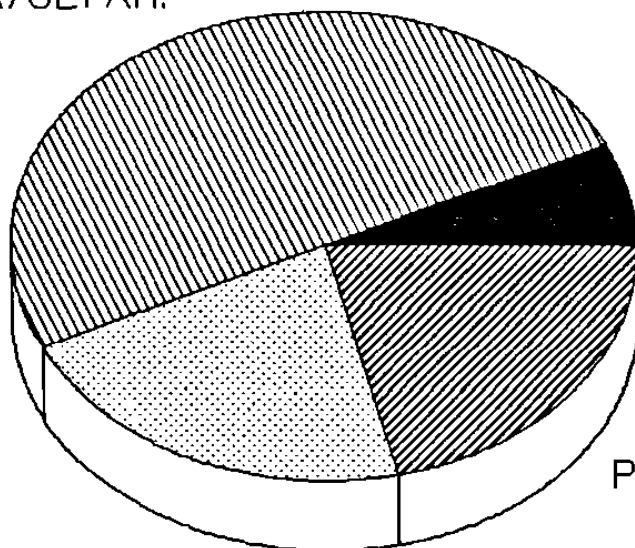


MUJERES n = 11

GRAFICA No. 10 SUCESO IMPORTANTE ANTES DEL INTENTO

n = 14

PROB.PAREJA/SEPAR.
50%



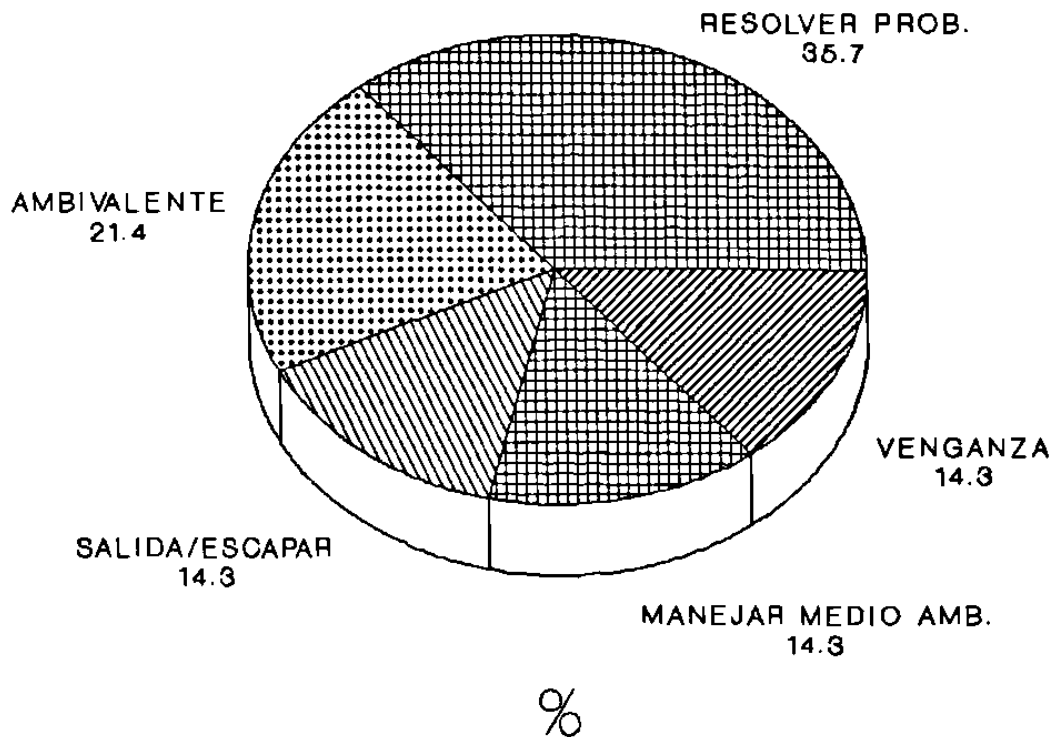
DESEMPLEO
7%

PROB.FAMILIARE
21%

SOLEDAD/VACIO
21%

GRAFICA No. 11 RAZONES PARA FINALIZAR CON LA VIDA

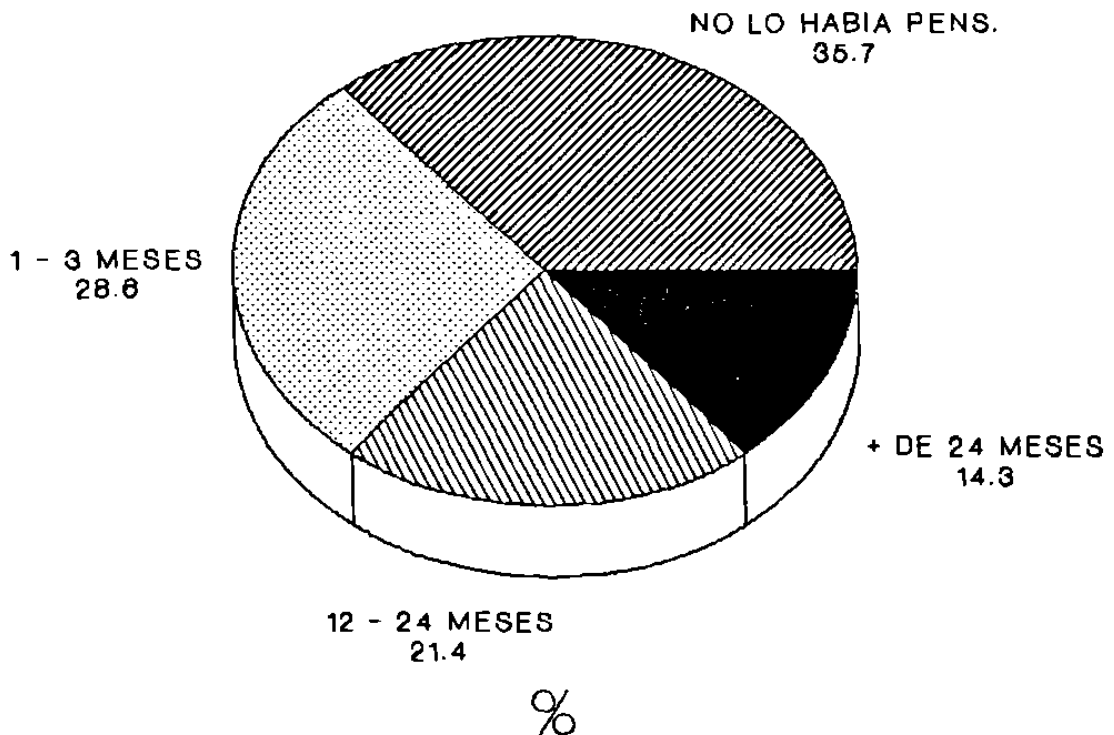
n = 14



F: Entrevista U.P., Hosp.Univ. 1991

GRAFICA No. 12 TIEMPO QUE TENIA DE PENSAR EN MORIRSE

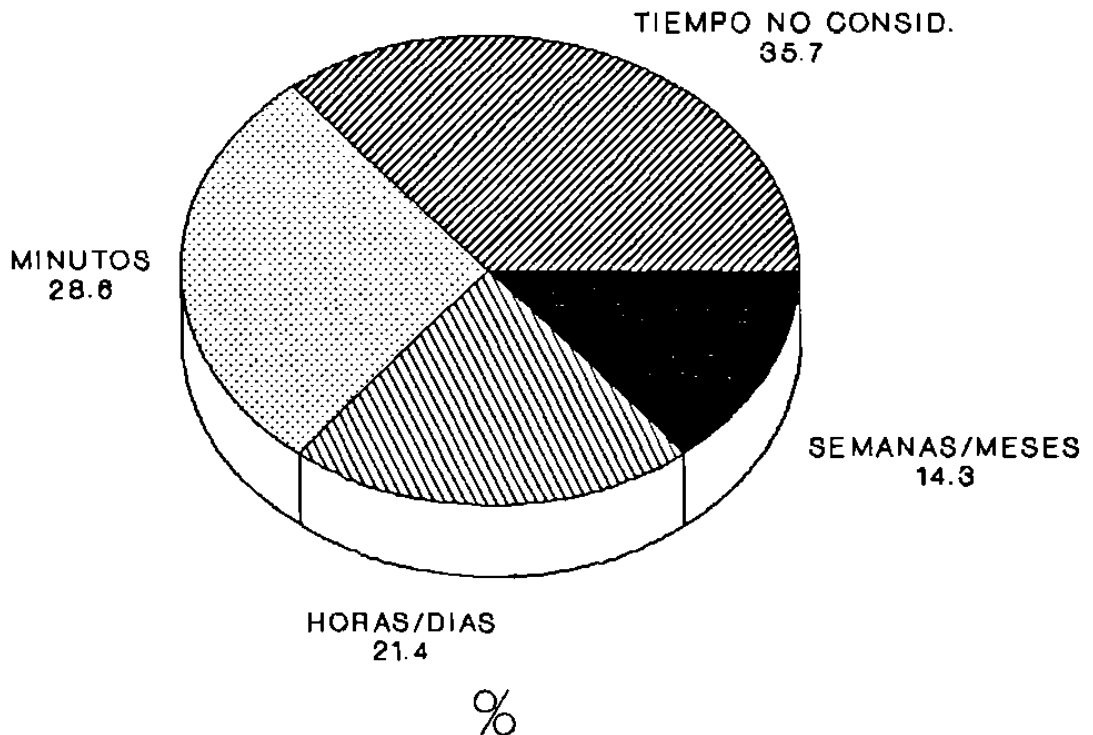
n = 14



F: Entrevista, U.P., Hosp.Univ. 1991

GRAFICA No. 13 TIEMPO QUE EMPLEO EN PLANEAR EL INTENTO

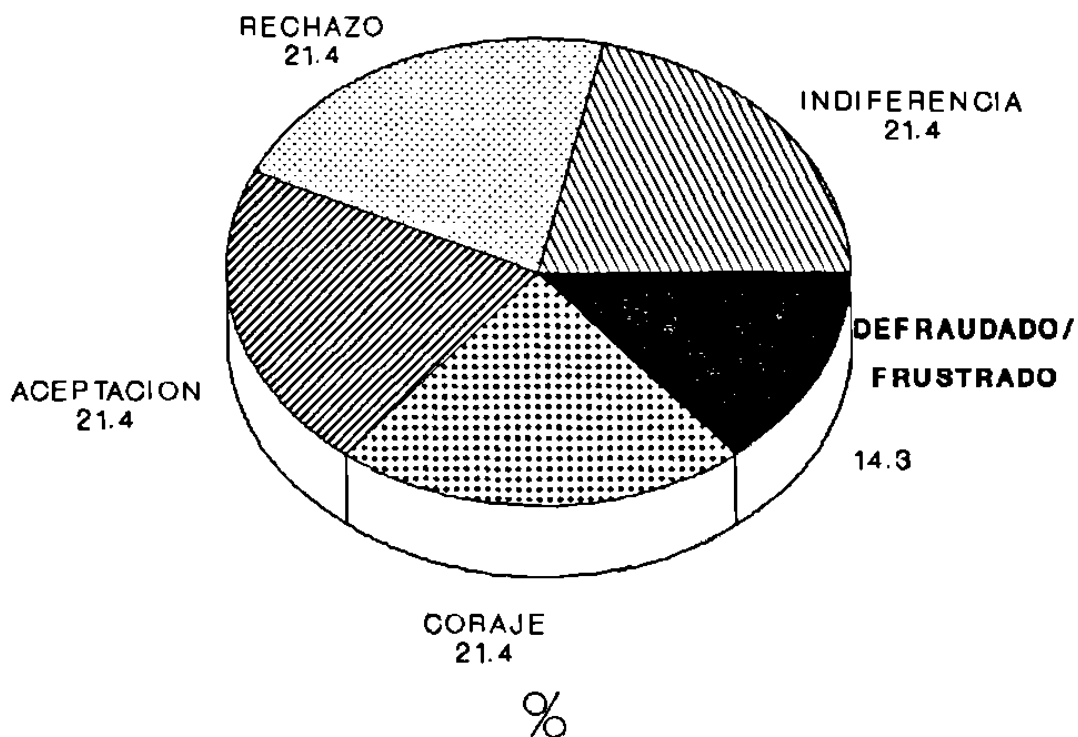
n = 14



F: Entrevista, U.P., Hosp.Univ. 1991

GRAFICA No. 14 ACTITUD AL NO HABER CONSUMADO EL ACTO

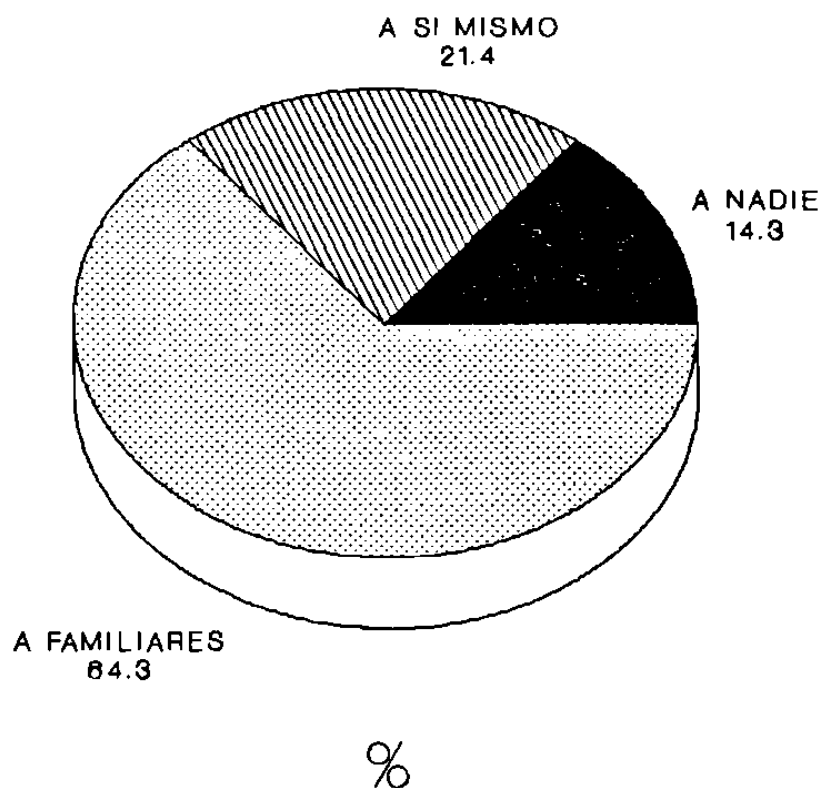
n = 14



F: Entrevista, U.P., Hosp.Univ. 1991

GRAFICA No. 15 A QUIEN QUERIA AFECTAR CON EL ACTO?

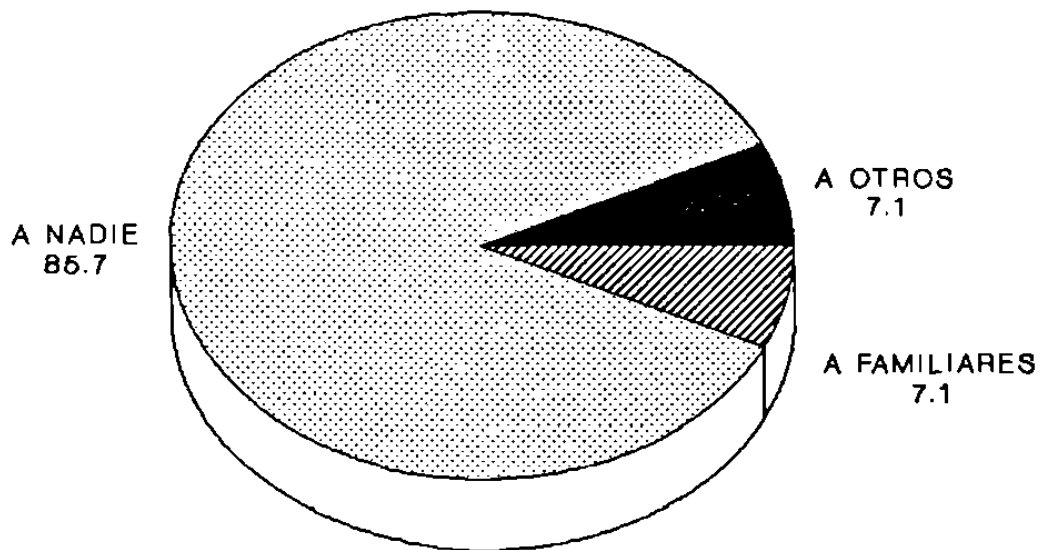
n = 14



F: Entrevista, U.P., Hosp.Univ. 1991

GRAFICA No. 16 A QUIEN PIDIO AYUDA?

n = 14

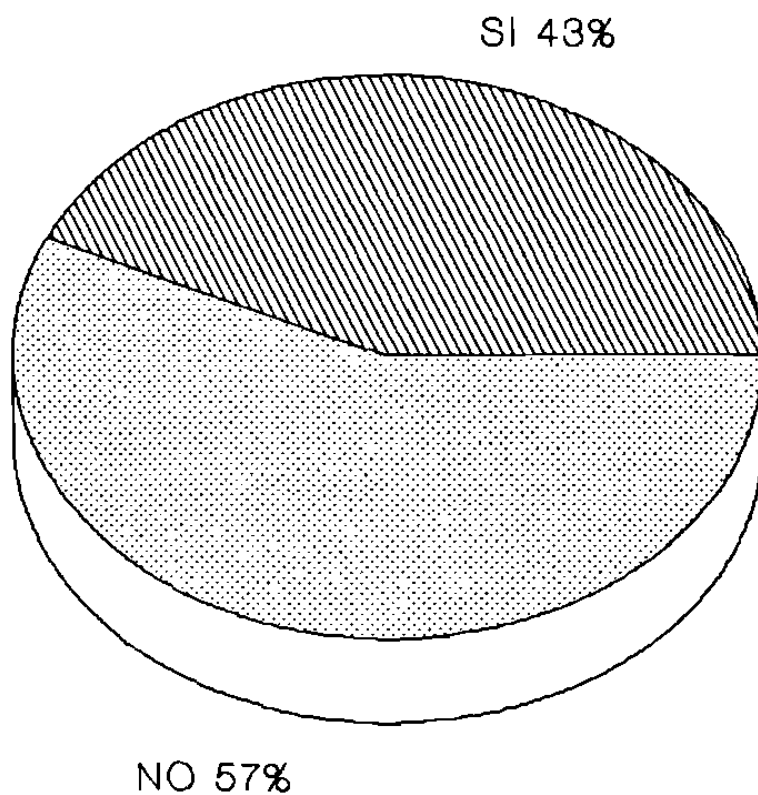


%

F: Entrevista, U.P., Hosp.Univ. 1991

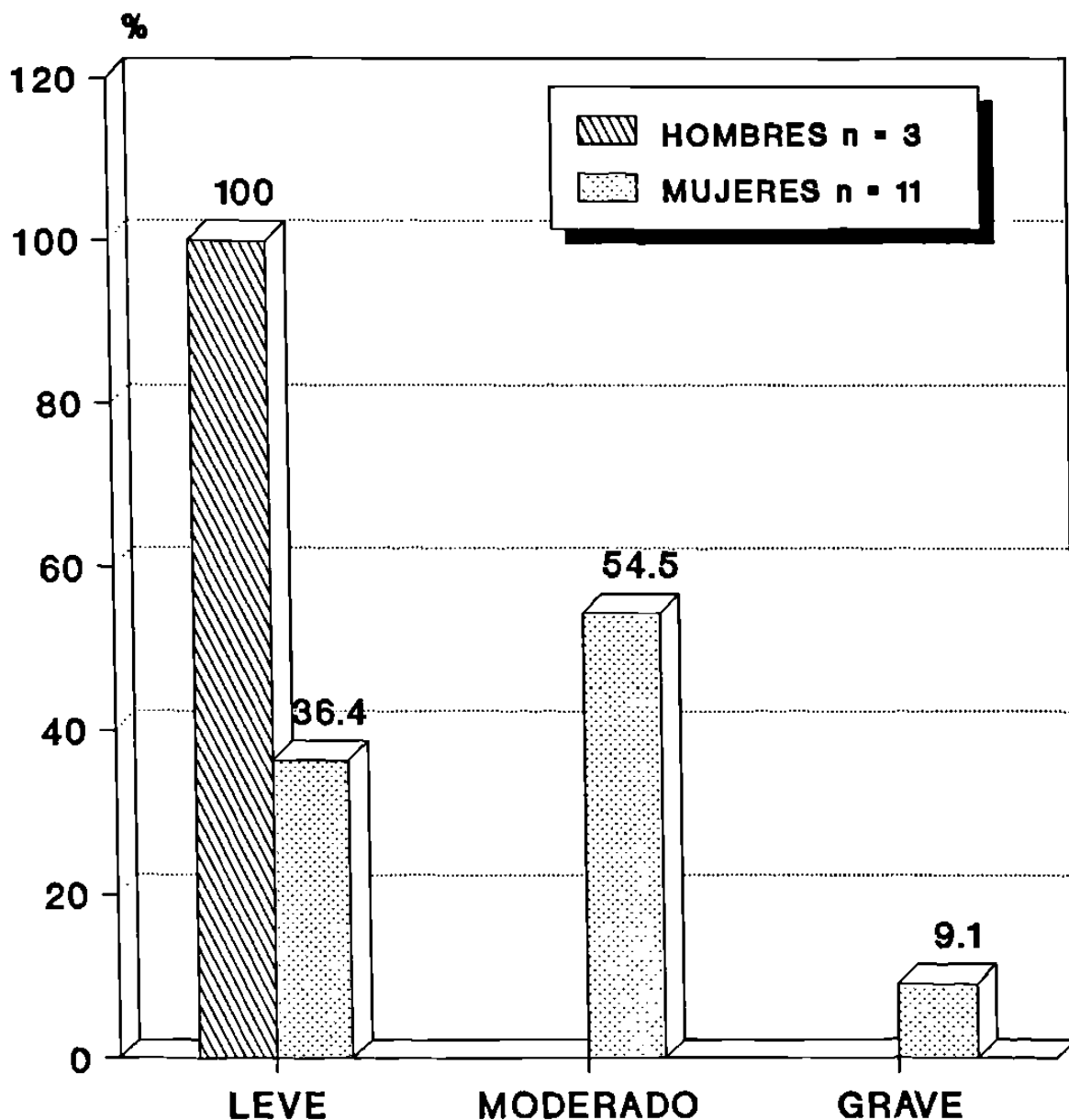
GRAFICA No. 17 HISTORIA FAMILIAR DE SUICIDIO

n = 14



F: Entrevista, U.P., Hosp.Univ. 1991

GRAFICA No. 18 GRADO DE ESTRES



F: Entrevista, U.P., Hosp.Univ. 1991.

BIBLIOTECA DE POST-GRADO
FACULTAD DE ENFERMERIA
U. A. N. L.

05 DIC. 1991

ENCUADERNACIONES MODERNAS
DIEGO DE MONTEMAJOR No. 688 NTE.
CRUZ CON TREVIÑO
TEL. 74-02-59

