

Riesgo suicida y funcionamiento familiar en adultos mayores.

Suicide attempt and family functioning in elderly people.

Rita González Sábado¹; Alberto Martínez Cárdenas².

¹ Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma.

² Licenciado en Psicología. Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma.

RESUMEN

La investigación responde a un diseño metodológico epidemiológico de tipo descriptivo, corte transversal, con el propósito de determinar el nivel de riesgo suicida en los adultos mayores y el tipo de funcionamiento familiar en que convivían, se trabajó en una población de 1263 ancianos de ambos sexos residentes en el Consejo Popular 5 y 14 del Policlínico Docente Francisca Rivero Arocha de Manzanillo, en el año 2010. Se seleccionó una muestra de 74 ancianos que representa el (68.51%) mediante un diseño muestral estratificado con selección aleatoria y método del sorteo, teniendo como factor de estratificación el Consultorio Médico de la Familia y como afijo proporcional el 10% de la población. Los instrumentos utilizados fueron: escala de riesgo suicida en el adulto mayor (confeccionada por los tutores) y el test de percepción del funcionamiento familiar FF-SIL. Concluimos que predominan los gerontes mayores de 70 años, masculinos y clasificados como frágiles, quedando evaluados en el nivel de riesgo alto 11 ancianos, nivel medio 34 y nivel bajo 29 los cuales forman parte de familias con funcionamiento moderado y disfuncional.

Descriptor DeCS: SUICIDIO /psicología; RELACIONES FAMILIARES; ANCIANO

ABSTRACT

This research responds to a methodologic, epidemiologic, descriptive, and transversal design with the purpose to determine the level of suicide attempt in elder people and the type of family functioning that they had. The work was based on a population of 1263 elder people from both sexes who lived in the popular councils 5 and 14 belonging to the Teaching Polyclinic Francisca Rivero Arocha in Manzanillo, during the year 2010. There was selected a sample of 74 elder patients what represents the 68.51% through a sample design with random selection and the random method, the stratification factor was the Family Medical Doctor's Office, the proportional affix was the 10% of the population. The instruments used were: risk attempt scale in elderly people (made by the tutors), and the perception test for family functioning FF-SIL. As conclusion we can say that there is a prevalence of males older than 70 years, classified as fragile persons, being evaluated in the high risk level 11 elder people, the mid level was 34 and the low level was 29, what was a part of the families with moderated and disfunctional performance.

KEY WORDS: SUICIDE /psychology; FAMILY RELATIONS; AGED

INTRODUCCIÓN

Existen varios enigmas grandiosos en la vida humana, el suicidio es uno de ellos, se impone investigar realmente por qué el ser humano se quita la vida a menudo, y en

algunas ocasiones de forma especial; la persona que comete el suicidio conoce poco sus propios y complicados motivos para la autodestrucción y le compete al personal de salud profundizar en las causales de este evento.

Como se conoce, en toda sociedad hay individuos, familias y hasta grupos, conocidos como vulnerables estos grupos pueden y deben ser identificados en la medicina preventiva, para determinar los riesgos y poder ejercer acciones de salud que tiendan a disminuir la probabilidad de enfermar o morir.

Las costumbres, creencias, representaciones sociales, actitudes, sistemas de relaciones, el funcionamiento familiar y apoyo social, al igual que los modos y estilos de vida, influyen en el pensar, sentir y actuar de los sujetos, expresándose en el contexto de su ambiente físico, social y cultural. Esto influye no sólo en la concepción del mundo de los individuos, sino en la percepción y vivencia que pueden llegar a tener en un momento determinado sobre la relación salud – enfermedad. ¹

A partir de La Asamblea Mundial acerca del Envejecimiento (Viena, 1998), se denomina Anciano: a toda persona mayor de 60 años de edad. Esta definición, que generaliza el concepto y desde la cual se parte para estudiar el objeto "Anciano", permite distribuir los grupos de edades de diversas maneras siendo visto en el tratado de Gerontología desde el punto de vista cronológico las cuatro edades fundamentales. ²

60—74 años, tercera edad

75—89 años, cuarta edad.

90 – 99 años, longevidad.

100 y más senescencia.

En Cuba el envejecimiento se encontraba en el 14.7 % de su población según las cifras del Censo Nacional de Población y Viviendas (CPV), sólo en 40 años se duplicó la cantidad que tenía al triunfo de la Revolución, los estimados actuales plantean que de los 11 241 291 cubanas y cubanos, el 15.3 % rebasa la barrera cronológica de los 60 años. ³ En la problemática relacionada con el adulto mayor un aspecto a considerar son los riesgos a cometer conducta suicida.

En la última década se observa un incremento del número de casos reportados por intento suicida en la población de 60 años y más de 532 en 1991 a 619 en el 2003. La magnitud de la incidencia del intento suicida fue mayor para el sexo femenino. ⁴

En las Proyecciones de la Salud Pública en Cuba ⁵ en el capítulo 3 enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud se hace referencia a las lesiones auto infringidas que constituyeron en el 2004 la décima causa de muerte. En el último decenio se reportan alrededor de 1500 fallecidos por esta causa anualmente. En el 2004 aportaron el 1,8% del total de fallecidos del país, reportándose 1499 defunciones. En los últimos años se perdieron como promedio de 3 a 4 años de vida por cada 1000 habitantes entre 1-74 años por esta causa.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de actitud de riesgo suicida en los gerontes y el funcionamiento familiar en que conviven. Policlínico I. Francisca Rivero Arocha. Manzanillo 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Distribuir los pacientes por edad, sexo y estado físico general, clasificar el nivel de actitud de riesgo hacia el intento suicida en: alto, medio, bajo y no-riesgos según sexo y describir el comportamiento del funcionamiento familiar y el nivel de riesgo suicida en los ancianos.

Diseño Metodológico.

Metódica

La investigación responde al diseño epidemiológico de tipo descriptivo y de corte transversal perteneciente al Policlínico Docente Francisca Rivero Arocha de Manzanillo, en el año 2009.

Definición del universo de estudio.

Población de 60 años y más 1263 ancianos de ambos sexos residentes permanentes en los Consultorios Médicos de la Familia Tipo I y Tipo II en el Consejo Popular 5 y 14, de Manzanillo.

Muestra

Como factor de estratificación se toma el Consultorio Médico de la Familia al cual pertenecen los ancianos y como afijo proporcional el 10% de la población de cada estrato. El cálculo de la muestra a tomar en cada CMF se realizó a través de la siguiente fórmula:

$n_i = p \cdot N_i$ Donde: n_i = tamaño de la muestra a seleccionar en cada CMF.

P = proporción fija en cada estrato

N_i = Población de Adultos Mayores en cada CMF.

La selección de los elementos para la muestra en cada estrato se realizó con el empleo del método del sorteo una vez que se ha hecho una lista de 108 ancianos clasificados como vulnerables y frágiles que representan el 10% de cada estrato o sea cada consultorio con un número consecutivo de todos los que pertenecen a esa población.

Esta muestra de 74 ancianos representa el (68.51 %). A este grupo le aplicamos el consentimiento informado (ver anexo #1), cumpliendo los principios éticos en la investigación.

La muestra de estudio se integró por 74 ancianos que cumplieron los siguientes criterios de inclusión, exclusión y salida.

Criterios de Inclusión: adulto mayor con riesgo suicida: bajo, medio y alto, sujetos que tengan 60 y más años de edad, de ambos sexos, ancianos con validez mental, adultos mayores que estén dispuesto a participar en el estudio.

Criterios de exclusión: ancianos con trastornos psíquicos, retraso mental o cualquier alteración psíquica u orgánica que afecte el juicio o contacto con la realidad., ancianos institucionalizados, hospitalizados y en estado grave, no convivir con una familia (anciano solo), ancianos sin riesgo suicida, ancianos clasificados en estado de necesidad.

Criterios de salida: salida voluntaria del estudio, cambio de residencia a otro municipio o provincia, fallecidos.

Las variables a estudiar fueron agrupadas en dos dimensiones y se operacionalizan como se refleja a continuación:

Dimensión sociodemográficas:

Sexo: Según el sexo biológico de pertenencia (femenino y masculino)

Tipo: Cualitativa Nominal dicotómica

Edad: Según los años de vida

Tipo: Cuantitativa Continua

Escala: 60 – 64, 65 – 69, 70 – 74, 75 – 79, 80 – 84, 85–89, 90 – 94, 95 – 99,
100 y más

Dimensión personal y familiar:

Estado físico: Según la escala geriátrica, dato seleccionado de las historias clínicas individuales y familiares de los ancianos, el cual estaba clasificado por los médicos de familia en la historia de salud familiar.

Criterios: frágil, vulnerable y en estado de necesidad (estos últimos son excluidos del estudio)

Tipo: cualitativa nominal.

Nivel de actitud hacia el intento suicida: personas que han intentado, tienen serias ideas suicidas y riesgo de futuro inmediato y otros que no tienen ideas suicidas pero cuentan con factores de riesgo que los ubica en una zona de riesgo para dicha conducta.

Tipo: Cualitativa ordinal

Escala: No actitud de riesgo, nivel de actitud bajo, nivel de actitud medio, nivel de actitud alto

*Esta escala es autoría de los tutores del trabajo (6).

Familiar: Estado de funcionalidad alcanzado por la familia de acuerdo a la dinámica de las relaciones familiares vinculadas al ajuste familiar en el medio social y el bienestar psicológico de sus miembros. El dato fue obtenido de la historia de salud familiar como fuente primaria, donde los médicos apoyados en el test FF-SIL lo evaluaron:

Tipo: Cualitativa Ordinal

Escala: funcional, moderadamente funcional, disfuncional, severamente disfuncional.

Técnicas y Procedimientos

Escala para evaluar el nivel de actitud de riesgo hacia el Intento suicida (Anexo #2)

Consta de 25 preguntas semi - abiertas relacionadas con los diferentes grupos de riesgo, distribuidas numéricamente para evaluar los tres componentes de la actitud:

Afectivo: 1, 3, 5, 11,13, 20, 21, 22,23

Cognoscitivo: 6, 7, 12, 18, 19, 24,25

Conductual: 4, 8, 9, 10, 14, 15, 16,17

Las alternativas de respuestas son:

A- Nunca (0 puntos)

B- Algunas veces (1 punto)

C- Frecuentemente (2 puntos)

D- Siempre (3 puntos)

La calificación integral de la misma fue apoyada en las medidas de posición los cuartiles y para determinar los límites superiores e inferiores de cada clase se conformaron las siguientes categorías cualitativas y cuantitativas:

No-actitud de riesgo: (0 puntos)

Nivel de actitud de riesgo bajo: (1-25 puntos)

Nivel de actitud de riesgo medio (26-50 puntos)

Nivel de actitud de riesgo alto: (51-75puntos)

Intervención que debe asumir el profesional:

Nivel de actitud de riesgo bajo: Dispensarización por el Equipo Básico de Salud (médico y enfermera)

Nivel de actitud de riesgo medio: Atención por el Equipo de Salud Mental y el EMAG del área.

Nivel de actitud de riesgo alto: Ingreso en cuerpo de guardia para observación o en la UCI del Hospital Psiquiátrico.

Los ítems que evalúan la actitud de riesgo hacia el intento suicida se distribuyeron de acuerdo a la magnitud que implica la mayor o menor probabilidad de ocurrencia de la conducta autodestructiva.

No-actitud de riesgo: No hay presencia de indicadores relacionados con los grupos de riesgo del suicidio (individuos deprimidos, intentos anteriores, amenazas de autoagresión, vulnerables a situaciones de crisis, negativo a la ayuda o apoyo)

Ítems de alto riesgo: 1,2,3,5,6,7,8, 9,18,16,17,18,19,24 (52% del total)

Ítems de mediano riesgo: 4, 12, 13, 14, 20, 22,25 (28% del total)

Ítems de bajo riesgo: 10, 11, 15, 21,23 (20% del total)

Los resultados fueron expresados en tablas y procesados mediante la estadística descriptiva porcentual.

Resultados

Tabla 1. Distribución porcentual de los adultos mayores por edad y sexo. Policlínico No I Francisca Rivero Arocha. Manzanillo 2010.

Grupos de Edad	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
60-64	6	13.95	1	3.22	7	9.45
65-69	10	23.25	6	19.35	16	21.62
70-74	7	16.27	3	9.67	10	13.51
75-79	8	18.60	4	12.90	12	16.21
80-84	5	11.62	11	35.48	16	21.62
85-89	5	11.62	2	6.45	7	9.45
90-94	2	4.65	3	9.67	5	6.75
95-99	-	-	1	3.22	1	1.35
100 y más	-	-	-	-	-	-
Total	43	58.10	31	41.89	74	100

Fuente: Historia de salud familiar.

De los 74(100%) la edad promedio de 75.5 años. Los grupos de edades que prevalecieron en estos pacientes ancianos con riesgo suicida fue 16 ancianos de 65 - 69 años y 80 - 84 años respectivamente, lo que representó el (21.62 %) del total de pacientes, en el caso del sexo, fue mayor la cantidad de hombres 43 (58.10%) que el de mujeres 31 (41.89)

Tabla 2. Distribución de ancianos con riesgo suicida según sexo y estado físico general. Policlínico No I Francisca Rivero Arocha. Manzanillo 2010 (Clasificación geriátrica recogida en la Historia Clínica individual y familiar).

Clasificación	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Vulnerables	31	72.09	26	83.87	57	77.02
Frágiles	12	27.90	5	16.12	17	22.97
Total	43	100	31	100	74	100

Fuente: Historia de salud familiar.

Según la clasificación geriátrica, 57(77.02%) se clasificaron como anciano vulnerables, 31(72.09%) hombres y 26 (83.87%) mujeres, ancianos frágiles fueron 17 (22.97%).

Tabla 3. Niveles de actitud de riesgo hacia el intento suicida en los adultos mayores. Policlínica No I Francisca Rivero Arocha. Manzanillo 2010.

Nivel de actitud riesgo	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Alto	4	19.90	7	16.27	11	14.86
Medio	13	41.93	21	48.83	34	45.94
Bajo	14	45.16	15	34.88	29	39.18
Sin riesgo	-	-	-	-	-	-
Total	31	41.89	43	58.10	74	100

Al aplicar la escala para evaluar niveles de actitud de riesgo hacia el intento suicida quedaron evaluados en el nivel de riesgo alto 11 (14.86%), nivel medio 34 (45.94%) y nivel bajo 29 (39.18%). Con predominio del sexo masculino 43 ancianos que representan (58.10%).

Tabla No 4. Funcionamiento familiar y nivel de actitud de riesgo suicida en los adultos mayores. Policlínica I Francisca Rivero Arocha. Manzanillo 2010.

Nivel de actitud	Funcionamiento Familiar.							
	Funcional		Mod. Funcional		Disfuncional		Sev. Disfuncional.	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Alto	2	16.66	2	6.45	9	47.36	7	58.33
Medio	7	58.33	23	74.19	5	16.12	3	25
Bajo	3	25	6	19.35	5	16.12	2	16.66
Total	12	16.21	31	41.89	19	25.67	12	16.21

*** Por cientos calculados de 74(100%)**

La tabla refleja el grado de funcionalidad presente en las familias de los ancianos estudiados con riesgo suicida, siendo moderadamente funcionales la mayoría con 31(41.89) % y a su vez en ese tipo de familia se concentran los gerontes con nivel de actitud de riesgo medio y bajo.

Discusión.

En el grupo estudiado como se aprecia en la tabla No 1 se destacan los ancianos que sobrepasan los 70 años. Como se hace referencia en otros estudios en la tercera edad se acentúan los procesos de involución, aparecen los sentimientos de minusvalía, incapacidad, las preocupaciones por el futuro, el temor a las enfermedades, así como la pérdida de roles y del estatus social, la adaptación a la jubilación y la disminución del ingreso económico, etc. ⁷

Según *Selman Housein* el hombre puede vivir 120 años por ser el ser más perfecto que existe en la naturaleza, ⁸ pero para lograrlo se necesita de un bienestar biopsicosocial y una capacidad de afrontamiento a los estímulos estresores positivos o negativos, que suceden en la vida cotidiana.

En la tabla No 2 se observa que la mayoría de los gerontes corresponden a la categoría de frágiles que implica mayores riesgos según los diferentes parámetros que evalúan la salud integral del anciano.

Cuba presenta un envejecimiento poblacional progresivo con un incremento marcado en los últimos años. Se prevé que para el año 2020 alrededor de 400 000 cubanos habrán cumplido los 80 años. Se estima que el porcentaje de adulto mayor alcance el 25 % para el 2025, momento en el que Cuba será el país más envejecido de América Latina y para el año 2050, uno de los más envejecidos del mundo. ⁹ Atendiendo a estos datos urge desarrollar estudios tendentes a resolver los problemas que afectan a la ancianidad y este trabajo es un intento en el abordaje a la salud mental de este grupo poblacional.

Según los resultados de la tabla No 3 resulta lógico aclarar que independientemente de la disposición que muestran los 11(14.86%) ancianos clasificados con riesgo alto para intentar de manera inminente o no contra su vida, aún siguen siendo de riesgo y se impone una vigilancia estricta: Atención por el Equipo de Salud Mental y el EMAG del área, Ingreso en cuerpo de guardia para observación o en la UIC del Hospital Psiquiátrico como sugieren las acciones descritas en la escala, logrando reducir los riesgos modificables que se traducen en una reducción de las tasas de mortalidad por esta conducta, elevando el estado de salud mental del grupo poblacional tratado.

En la escala los Ítems que evalúa el nivel de actitud hacia el intento suicida en estos ancianos sobresalen al calificarlas, los deseos de atentar contra su vida, ideación y plan suicida, soledad, no tener personas en quien confiar sus problemas, fracasos reiterados y pérdidas de control ante situaciones de la vida, pérdida del sentido de la vida, conflictos en la comunicación familiar, humillaciones, falta de privacidad, confianza en los convivientes, maltrato familiar, sentimientos de culpabilidad unido a la depresión. Todo lo cual refleja un desequilibrio en los tres componentes de la actitud (sentir, pensar y actuar), elevando el riesgo de asumir una conducta suicida en estos ancianos.

Somos de la opinión que los recursos familiares, individuales y de la pareja juegan un papel primordial en el caso específico del evento intento suicida, la solidez y estabilidad de las relaciones de la pareja, el nivel de comprensión, seguridad y apoyo social, funcionamiento familiar, el bienestar psicológico, la inteligencia emocional, las características de personalidad, influyen en el afrontamiento a las crisis.

La tabla No 4 indica que más de la mitad de la muestra se desarrolla en ambientes familiares de tensión, desequilibrio, mala comunicación, pobre desempeño de roles y pobres estados afectivos. Se conoce que las familias funcionales se caracterizan por tener una tendencia a ser armoniosas, cohesionadas, facilitan la expresión de los afectos y la comunicación de sus miembros, los roles se cumplen adecuadamente y el nivel de flexibilidad y adaptabilidad es alto, lo que disminuye el riesgo de la conducta suicida, siendo, lo contrario en los grupos familiares moderados y disfuncionales.

Un comportamiento suicida afirmativo, un medio familiar que no constituye un adecuado soporte, la presencia de síntomas depresivos, desesperanza, agresividad o sentimientos de soledad o cualquier motivo por poco insignificante que parezca, debe presuponer la posibilidad real de un acto suicida y se debe actuar con eficacia para evitarlo. ^{10,11}

La funcionalidad de la familia estará siempre en dependencia de la capacidad de adaptación de sus integrantes a los requerimientos de cada nueva transformación, tanto desde el plano de las necesidades de la familia como unidad social como la de cada uno de sus miembros. Para la familia multigeneracional esta determinación requiere, además, reconocer y aceptar las peculiaridades de cada generación, entre ellos los ancianos que forman parte de terceras o segundas generaciones según sea el caso en las diversas familias, justo porque en Cuba la mayoría de las familias son extendidas. ¹²

La familia es para el individuo, un valor de alto significado y compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud. La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su inicio, como es el caso de la conducta suicida. ¹³

CONCLUSIONES

Se destacan los ancianos del sexo masculino, mayor de 70 años y clasificados como frágiles, la mayoría de los gerontes quedaron evaluados en los niveles de actitud de riesgo medio y bajo con predominio del sexo masculino, al evaluar el funcionamiento familiar se destacan las familias con funcionamiento moderado y los ancianos con niveles de riesgo medio y alto hacia el intento suicida.

RECOMENDACIONES

Hacer uso de la escala que evalúa el riesgo suicida por los profesionales de la atención primaria de salud, lo cual facilita la identificación del riesgo hacia la conducta suicida y las acciones oportunas en cada caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. T1. La Habana: Ciencias Médicas; 2001.
2. Roca Bruno Medero JC. Tratado de Gerontología y Geriatria clínica. La Habana: Científico Técnico; 1999.
3. Callahan D. Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece. Acta Bioethica. [Internet] 2005 [consultado 22 may 2010]; (1): (aprx. 10 p.). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v11n1/art10.pdf>
4. Oficina Nacional de Estadísticas. Informe Nacional del Censo de Población y Viviendas. Cuba; 2002.
5. Proyecciones de Salud Pública en Cuba. La Habana; 2006.

6. Martínez Cárdenas A, González Sábado R, Martínez González A, Martínez González O, Martínez Hernández R, Martínez Rosabal S. Adulto mayor con riesgo suicida y funcionamiento familiar. Enciclopedia de las ciencias Sociales y Humanísticas II; 2011.
7. Pérez Barrero SA. Lo que usted debiera saber sobre suicidio México DF: Editorial Imagen; 1999.
8. Calzadilla Rodríguez I. Los posibles 120 años de vida. 2004; 40(63): 8.
9. Bayarre Veá HD. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos. [Tesis] Ciudad de La Habana; 2003.
10. Arés Muzio P. Psicología de la Familia. Ecuador: Facultad de Psicología; 2002.
11. Louro I. Atención Familiar. En: Álvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral. Vol. I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000. p. 209- 238.
12. Pérez Barrero SA. Psicoterapia para aprender a vivir. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2004.
13. Díaz MC. Estrategias familiares de enfrentamiento a la crisis y el reajuste. [Tesis] Ciudad Habana: Facultad de Psicología; 2002.

Anexos

Anexo # 1

Consentimiento informado.

Previo al inicio de la investigación, se les explicó a todos los pacientes la esencia de la misma, sus objetivos, las pruebas o procedimientos a emplear durante esta y posteriormente se le solicitara su consentimiento en participar el estudio, recavando su colaboración.

Fecha: -----

Consentimiento Informado.

YO, deseo expresar a través de este documento que he sido informado por el equipo de investigación de los siguientes aspectos.

Se me ha informado que en el municipio se desarrolla actualmente una línea investigativa que responde a los objetivos priorizados de un Programa Ramal científico-técnico. Adulto Mayor, Longevidad y Esperanza de Vida. Que esta investigación tiene el propósito de caracterizar los principales atributos del apoyo familiar y el funcionamiento familiar del adulto mayor

Conozco también que mi participación contribuirá al mejor estudio y comprensión de los factores que pueden originar estas conductas de riesgo y que los resultados de la investigación serán utilizados para el bien de los pacientes y familiares.

Se me ha informado que los datos sólo serán conocidos por los investigadores, no serán revelados a ninguna persona sin mi autorización, ni serán usados en otras investigaciones no relacionadas con estas.

De igual manera se me ha explicado que en este estudio no se obtendrán beneficios económicos ni para mí, ni para los investigadores.

Tengo el derecho de retirarme de la investigación cuando estime conveniente.

En pleno uso de mis facultades y sobre la base de lo antes planteado en este documento y habiendo aclarado todas mis dudas, expreso mi disposición a participar en esta investigación y ofrecer los datos que se me soliciten.

Y para que así conste, firmo el presente documento

Nombre y Apellidos -----

Firma.-----.

Anexo #2

Escala para evaluar el nivel de actitud hacia el intento suicidio.

Nombres y Apellidos. -----

Las proposiciones que debes responder se refieren a su modo de sentir, pensar y actuar. No importa las razones o causas que la provoquen. El fin que persigue la técnica es ayudar al conocimiento de las personas.

La tarea consiste en leer las proposiciones y elegir una de las alternativas de respuestas con un círculo.

Las letras se refieren a lo siguiente.

A—significa nunca.

B—significa algunas veces.

C---significa frecuentemente.

D-- significa siempre.

Preguntas	Alternativas			
	A	B	C	D
1-Ha tenido deseos de atentar contra su vida	A	B	C	D
2- Ha planeado formas de acabar con su vida	A	B	C	D
3- Le ha comunicado a alguien sus deseos de matarse	A	B	C	D
4- En su familia otras personas han atentado contra su vida	A	B	C	D
5- Se siente sin deseos de vivir, su vida no tiene sentido	A	B	C	D
6- Usted ha sentido voces que le ordenan matarse	A	B	C	D
7- Después de una discusión	A	B	C	D

violenta, humillación ha pensado en atentar contra su vida				
8- Ha realizado intentos suicidas	A	B	C	D
9- Rechaza todo tipo de ayuda	A	B	C	D
10- Usa psicofármacos para dormir	A	B	C	D
11- Se siente solo entre su familia	A	B	C	D
12- Ante situación difícil pienso que no voy a resolverlo.	A	B	C	D
13- Ha tenido al menos una persona en quien confiar sus problemas	A	B	C	D
14- Tenia conciencia de lo que iba hacer al realizar el intento suicida	A	B	C	D
15- Su privacidad ha sido afectada en el hogar	A	B	C	D
16- Ha realizado acciones contra su vida pero se lo han impedido	A	B	C	D
17- Ha sido maltratado por su familia	A	B	C	D
18- Me han pasado tantas cosas, pienso no vale la pena vivir	A	B	C	D
19- Me asaltan ideas suicidas que vuelven una y otra vez	A	B	C	D
20- Soy una persona que se siente culpable de todo lo que sucede a mi alrededor	A	B	C	D
21- Siente que sus familiares no escuchan y toman en cuenta sus criterios	A	B	C	D
22- Veo mi vida llena de fracasos.	A	B	C	D
23- Estoy descontento conmigo mismo	A	B	C	D
24- Tengo pensamientos de hacerme daño pero creo no llegaría hacerlo	A	B	C	D
25- Pienso que mi familia estaría mejor si yo muriera	A	B	C	D