



IXTAB. DIOSA DE LOS  
SUICIDAS.

“EL SUICIDIO EN EL MEDICO GUATEMALTECO”

OCTAVIO ADOLFO MORAN SOBERANIS 1975

## PLAN DE TESIS

- I- PROLOGO
- II- INTRODUCCION
- III- OBJETIVOS
- IV- REVISION DE LITERATURA
- V- MATERIAL Y METODO
- VI- RESULTADOS OBTENIDOS
- VII- CONCLUSIONES
- VIII- BIBLIOGRAFIA

## P R O L O G O

Cuando de los aspectos buenos y positivos de la vocación se trata, fácil es encontrar comportamientos previos que en el individuo anuncian el futuro surgir de este llamado a dedicarse a determinada profesión. Mas cuando la profesión involucra la aparición no como mera contingencia de conductas moralmente reprobables, siempre se atribuye la aparición de estas conductas a situaciones adversas que hay que vivir en el desempeño de la profesión.

No se piensa que la elevada frecuencia de suicidio en el médico sea consubstancial a la psicopatología que predispone al estudio de la medicina; sino que se asevera que las penas y tensiones que el estudio y el ejercicio de la medicina presuponen son las que favorecen la existencia de este índice elevado.

Durante más de dos décadas de trabajar con médicos y estudiantes de medicina he podido darme cuenta que es la hipocondría que presentan en mayor o menor grado, el factor que motiva a estudiar medicina a la mayor parte de las personas que "padecen de esta vocación". Al principio me parecía curioso ver como maestros y estudiantes aceptaban como una chispa del oficio, el hecho de que los estudiantes se obsesionaran con los diferentes cuadros clínicos para ellos nuevos y que creyeran o temieran padecerlos. Era frecuente la consulta y los exámenes más o menos complicados que nunca lograron acallar el temor.

Es irrecuente en el médico el alcoholismo, sobre todo el que aparece por episodios más o menos prolongados de embriaguez (dipsomanía). Y en el "buen médico" se nota desde lejos la



meticulosidad y el apego respetuoso a ciertos rituales. Cuando se trabaja en hospitales es muy fácil persibir la oscilación diurna en el estado de ánimo de la mayor parte de los médicos. Mal humorados, sarcásticos, aurridos, opacados, agresivos en la mañana y de mejor talante sociables, parlanchines, chacoteros, en las horas vespertinas. El nombre adulto y serio en la mañana puede andar en algún desliz, no raras veces en la tarde o en la noche.

Cuando me doy cuenta de la conducta ritual y estereotipada que exhiben la mayor parte de los médicos que se presian de ejercer bien su profesión. Cuando veo que hay quienes se enorgullecen de haber repetido identicos procedimientos millares de veces, no me cabe ni la menor duda de que en el médico abunda la conducta característica del ciclotímico.

Aunque no se observe depresión ni elación en un momento determinado, la nipocondría más o menos acentuada siempre está presente en el que padece de enfermedad ciclotímica.

También estudian medicina y ejercen la profesión locos de otras categorías ( esquizofrénicos, epilépticos, etc., etc. ) y es innegable que el epiléptico utiliza métodos tremebundos de suicidio; pero la fenomenología del suicidio en el médico sigue en su gran mayoría los lineamientos de la conducta ciclotímica. Estoy seguro de que aquellos bienaventurados estudiantes de medicina y médicos cuya capacidad intelectual se encuentra por debajo o muy cerca de los límites inferiores de la que hoy se concibe como promedio normal ( 80 de I.Q. para consuelo de algunos ), estoy seguro, repito, que estos bienaventurados no corrren ni el más ligero riesgo de cometer suicidio.

En San Francisco California, instruyen al estudiante de medicina sobre este problema. No sería raro que el procedimiento se propagara a otros estados y a otros países. En función de los conocimientos modernos que tenemos sobre la enfermedad ciclotímica sería más honesto el tratamiento farmacológico o si se pudiera, la manipulación del código genético de los progenitores del futuro estudiante de medicina. Si esto último llegara a ser factible, también se evitaría la dipsomanía, la obesidad, la tendencia prematura a la arterioesclerosis, la diabetes mellitus. Pero, al desaparecer la ciclotimia, desaparecería el factor causal fundamental de la motivación y nos quedaríamos sin médicos.

Octavio Aguilar



## INTRODUCCION

Es el médico un profesional propenso a suicidarse? O adquiere dentro de su entrenamiento académico, la capacidad de afrontar sus propios problemas, con toda la calma y serenidad, que como galeno recomienda? Puesto que "hay fenómenos de la naturaleza cuya contemplación no sólo embarga nuestro ánimo, si no que gigantescos e imponentes, parecen afectar cuando no achicar cuanto a su alrededor les queda o en lontananza se distingue". (+)

La paradójica respuesta que se ha obtenido a estas interrogantes, debe constituir motivo de alta preocupación, para todos aquellos que, en una u otra forma, integran el equipo de salud de una población. Es por consiguiente, significativo el hecho, de que por cualquier causa, grande o pequeña y aunque no se ha reparado en ello en nuestro medio, sea el médico, primer heraldo en el campo de la salud, el que presente mayor número de suicidios.

Existen circunstancias dentro de la formación del médico, que lo precipiten al suicidio? Tal es otra de las interrogantes que al plantearla, motivó aún más la idea de este trabajo.

Son innumerables las situaciones que los propios médicos califican de frustrantes dentro de su formación y encontramos en el médico sentimientos de descontento hacia su desempeño profesional; a esto, debemos sumar los cuadros obvios de depresión, sufridos en el

(+) Osler William.

curso de su vida, cuadros de depresión que, a veces, han llegado a tener asistencia psiquiátrica, o han terminado con la vida de más de un médico.

Gran número de estudiantes en las escuelas de medicina, se someten a tratamiento psiquiátrico, aunque muchos de ellos, por factores culturales, no lo confiesen.

Nuestro estudio muestra que no es un hecho que ocurre únicamente en países superdesarrollados sino que también se presenta en otros y que es también el médico el que más atenta contra su propia vida.

Estudiamos la frecuencia de suicidio que presenta la profesión médica en la República de Guatemala y comparamos ésta con la que pudiera existir en otras dos profesiones: Odontología y Farmacia. Para la recolección de datos se utilizaron diferentes fuentes de información: 1- Colegios Profesionales; 2- Dependencias estatales; a- Cementerio General, b - Municipalidad de Guatemala.

Si bien es cierto que hay en estas disciplinas biológicas, mucho en común, existe la gran diferencia en cuanto a que es en el grupo médico en el único en el que se encontraron suicidas.

## OBJETIVOS

- 1.- Conocer el índice de suicidio en el médico guatemalteco.
- 2.- Comparar nuestros resultados, con estudios realizados en otros países.
- 3.- Comparar el índice de suicidio de nuestros médicos y estudiantes de medicina, con el que pudiera existir en otras carreras universitarias.
- 4.- Hacer notar la importancia del fenómeno en el cual, aunque no se ha reparado en nuestro medio, afecta cotidianamente a más de un médico o colega potencial.



## REVISION DE LITERATURA

Los griegos aprobaban el suicidio. Actualmente en algunas islas del mar del Sur y del Japón se considera un honor. ( 6 )

Es del pensar popular que el suicidio es producto de la civilización y es raro en culturas subdesarrolladas; en Guinea el porcentaje de suicidios es bajo, pero hay un área en la cual es alto; el distrito de Kandrian, en la parte Sureste de Nueva Inglaterra que tiene una población con el doble de incidencia de suicidio que los países como Estados Unidos de Norte América, Australia y Gran Bretaña.

Se piensa que este fenómeno se debe a fragmentación social parcial asociada con prolongación de conflictos con grupos guerreros dispersos, unido todo esto a valores sociales extremadamente altos sobre la preservación de lazos interpersonales. ( 5 )

Al principio del Siglo XX, los suicidios en U.S.A. eran de 11.3 por cada 100,000; en 1915 subieron a 17.9 pero en 1920 bajaron a 11.5; en 1925 comienzan a subir nuevamente; en 1932 alcanzó una elevación de 18.6 y durante la segunda guerra mundial bajó a 9.6 ( los suicidios bajan con las guerras). El suicidio ocurre en todas las clases sociales, no se puede prevenir con buenas circunstancias financieras y contrario a la creencia de Durkheim no puede ser completamente explicado por los factores sociológicos. Si ocurren diferencias del suicidio entre los diferentes grupos religiosos, pero estos cambian con las áreas geográficas diferentes. Está comprobada

do que  $3/4$  de personas que se suicidan, ha blan de suicidarse antes de nacerlo; Murphy y Robins dicen que los pacientes generalmente no mencionan sus preocupaciones sobre el sui cidio al médico, pero que éste tiene la opor tunidad de investigarlo. La mitad de sui cios en un estudio y  $3/4$  partes en otro estu dio, tuvieron atención médica o psiquiátrica, dentro del año comprendido o los tres meses que antecedieron al mismo.

La mayor parte de los médicos no le pre guntan a sus pacientes sobre sus tendencias de suicidio; sin embargo, Anderson y Ripley inrorman que el 70% de suicidas que ellos han estudiado, tenían serios problemas físicos an tes de tomar la decisión final y que el 34% de los que intentaron suicidarse también te nían enfermedad física concomitante.

La frecuencia de suicidio es más baja en mujeres menores de 45 años que no pertenecen a la raza blanca, incrementándose progresiva mente en la mujer de raza blanca por debajo de 45 años, luego mujeres que no pertenecen a raza blanca de 45 años o más; luego hombre de raza no blanca por debajo de 45 años y es más alto para hombre de raza blanca de 45 años pa ra arriba.

Otros factores que se correlacionan con frecuencia alta de suicidio son: separación, divorcio o muerte del cónyuge, el desempleo o jubilación, vivir solo, mala salud en los seis meses precedentes, enfermedad mental y alconolismo. Los atentados de suicidio más letales son: el colgarse, uso de arma de fue go, lanzarse al vacío y ahogarse. Los cen tros para la prevención del suicidio están in crementándose en los Estados Unidos de Norte América y el más famoso es el centro preveni



vo del suicidio en Los Angeles California,  
que funciona desde 1958. ( 11 )

Gran proporción de víctimas de suicidio comunican antes sus intenciones. Un estudio en San Francisco California, informa que uno de cada seis suicidas han visto un médico en la semana previa y dos de cinco en los últimos seis meses.

Muchos suicidios no se clasifican como tales pues parecen accidentes por Ej: beber alcohol continuamente o un diabético al "olvidar" administrarse la dosis de insulina.

El suicidio ocupa el décimo lugar entre las causas de muerte en los Estados Unidos de Norte América en la población total y el cuarto lugar entre adolescentes, el segundo entre los universitarios, aumenta con la edad y es más común en la raza blanca.

Por cada mujer se mueren tres hombres por suicidio, aunque el intento de suicidio es más frecuente en la mujer.

Las personas divorciadas tienen el índice más alto de suicidio, luego solteros, viudos y por último casados.

"El suicidio es usualmente consecuencia de enfermedad mental, por extravío social o por ambos y no debe verse como un crimen o un pecado". Los médicos se matan más que el resto de la población.

La mayor parte de suicidas están deprimidos, unos son psicóticos: esquizofrénicos y también maníaco depresivos en fase depresiva.

Ocasionalmente un neurótico deprimido se



1  
puede matar, al igual que a veces un histérico puede suicidarse por error de cálculo.

El paciente suicida tiene historia familiar de suicidio o pérdida de uno de los padres antes de los cinco años.

"Son acompañantes frecuentes de la depresión, el alcoholismo crónico o agudo, hay para quienes el embriagarse constituye un síntoma y el alcoholismo crónico, un diagnóstico, 1/4 de la gente que se suicida tiene antecedentes de haber bebido alcohol alguna vez".

Se na informado de un hospital, en el que 31 suicidios consecutivos en alcohólicos deprimidos tenían el antecedente de una muerte familiar un año atrás y la mayor parte de suicidios ocurrieron en las primeras seis semanas de la pérdida de ese familiar. ( 6 )

El hecho sombrío de que médicos jóvenes, presumiblemente bajo programa de entrenamiento cuidadosamente diseñado, terminaron sus vidas, nos señala la necesidad de prestarle tanta atención a los aspectos emocionales del médico en su formación. Es innegable que el internado y la residencia son períodos de gran tensión para el joven médico.

Recién egresados de la escuela de medicina y hospital universitario, se espera que asuman, gradualmente, las responsabilidades de su profesión o especialidad. Gran importancía y cuidado le es dada a la calidad del entrenamiento educacional dado a estos jóvenes doctores. Su actuación médica constantemente supervisada, en puestos de salud, lugares donde el profesional paramédico que atiende el consultorio diariamente, está capacitado para usar todos los elementos y cuando no, ver que el enfermo sea trasladado

al centro asistencial más próximo, en otras palabras se están desperdiciando en cuanto a su "saber" y "habilidades", aún así la inevitable realidad es que a pesar de todo esto, el suicidio terminó su período de entrenamiento.

Si bien es cierto que la mayoría de los suicidios no son racionalmente planeados y cuidadosamente ejecutados es generalmente aceptado que en el 60% a 75% de todos los casos, se percibe un aviso o clamor en busca de ayuda. Este puede tomar la forma de varias clases de comunicación: verbal, no verbal, escrita; tiene como propósito el alertar a personas que pudieran suministrar auxilio, ellos cierta o inciertamente sintieron que para ellos no había ayuda posible. Toda vida humana tiene valor incalculable, pero cuando una gran proporción de esa vida ha sido de devoción a la educación y entrenamiento de la medicina para el servicio del hombre, la pérdida de esa vida a la sociedad es ciertamente grande.

( 3 )

"Talvez si el estudiante tuviera más tiempo disponible para el estudio de este problema en su historial profesional, el número de suicidios entre médicos, podría ser menos. En la Universidad de San Francisco California se ofrece un curso sobre este tema".

( 1 )

Cuadro clínico de un deprimido: angustia, sensación de desastre que se viene, sensación de que la persona ya no sirve, dificultad en concentrarse, dudas e indecisiones, pérdida de interés, un escurrirse del ambiente de uno mismo, anorexia y constipación, sensación de desamparo y fatigabilidad fácil. Los signos cruciales de peligro de suicidio son: depresión agitada, insomnio especialmente por la



madrugada, preocupación por el suicidio, desvalorización personal, autoacusación y culpa, miedo de perder el control e ilusiones hipocóndricas. Si dos o más de los mencionados anteriormente aparecen en una persona es síntoma de intención de suicidarse. ( 6 )

Estudios en alumnos de las Universidades de Harvard y de Pensilvania de 1910 a 1950 sobre el suicidio y muerte accidental. Se trata de 50,000 hombres, 37,000 de la Universidad de Harvard y 13,000 de la Universidad de Pensilvania, todos oscilaron, entre las edades de 18 años ( ± 2 ).

Los antecedentes característicos de los suicidas incluyeron: 1- educación universitaria y padre profesional, 2- Pérdida de alguno de los padres antes de entrar a la universidad, 3- colegios de internado para educación secundaria, 4- fumar cigarrillo de tabaco en la Universidad, 5- miedo al fracaso de no graduarse, 6- preocupación con insomnio, 7- cambios de carácter, 8- cargo de conciencia.

Antecedentes característicos de muerte accidental incluyen: 1- educación universitaria del padre, 2- ocupación de segunda clase, 3- escuela secundaria con internado, 4- fumar de tabaco en la Universidad, 6- abandono de estudios universitarios, 7- sensaciones de agotamiento, 8- penas y culpabilidad. (10)

En Canadá, el porcentaje de suicidio para la población general oscila entre 10 y 11% por cada 100,000 habitantes anual. ( 11 )

Mientras los estudios de los médicos suicidas, muestran que la mayoría estaban deprimidos y la mitad eran alcohólicos o drogadictos, sorprendentemente pocos habían recibido



tratamiento psicológico o psiquiátrico. Esta falta de prevención puede ser otro factor contribuyente a la alta incidencia de suicidio en la profesión. Los médicos, generalmente son empleados para ellos mismos y se mantienen; sus estilos de vida y la relación con sus pacientes tienden a mantener aspiraciones preexistentes de no tener necesidad de ayuda. Sobre todo por tener una relación íntima con el nacimiento y la muerte y frecuentemente al intervenir en estos procesos, los médicos de primidos, pueden estar menos conscientes de la muerte y la ven como una manera aceptable de solucionar problemas.

Cuando el paciente es un médico, las dificultades surgen del lado del terapista, respecto de la relación entre dos médicos. Aquí pueden intervenir problemas de identificación, creando sentimientos de compasión y dar lugar a una acción sobreprotectora o duda de hospitalizar a un colega o amigo potencial. Por esta razón, parece ser que ayuda más efectiva y aceptable puede darse, a través de profesionales no médicos, que han tenido experiencia en el trabajo, con personas que nan presentado comportamiento suicida. Estos individuos pueden seleccionarse de diferentes áreas, incluyendo, "sociólogos, filósofos, sacerdotes y otros ministros religiosos". (+) A los estudiantes, se les debería de motivar a confrontarse ellos mismos a través de la introspección de su propio comportamiento. Tal combinación pudiera ser que promoviera la habilidad del médico, a ayudar a pacientes con tendencias suicidas, incluyendo colegas y a tratar con efectividad los sentimientos de autodestrucción, si alguna vez aparecen, durante crisis personales.

( / )

( + ) Octavio Aguilar.

## MATERIAL Y METODO

Para la realización de esta investigación se utilizaron varias fuentes de información, de diferentes instituciones estatales como: Municipalidad de la Ciudad de Guatemala, Cementerio General de la Ciudad de Guatemala y otros como: Facultad de Ciencias Médicas y Colegios Profesionales de las disciplinas estudiadas.

## MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE GUATEMALA:

De esta institución se procedió a utilizar el Archivo General de Defunciones, ubicado en el Edificio Central de la Municipalidad.

Es de notar aquí, que si bien es cierto, los archivos municipales cuentan con libros generales de defunción, desde tiempos inmemoriales y en los cuales aparecen datos substanciales como: nombre, estado civil, edad, lugar de nacimiento y muerte, diagnóstico de defunción, los mismos únicamente computan nombres de los fallecidos, con base en la fecha de su defunción y no por orden alfabético, como se encuentra ya en los libros llamados "Índice de Defunción" a partir de 1970, facilitando la búsqueda de los nombres de las personas fallecidas, cuando se desconoce la fecha de defunción; como fue el caso nuestro, que en los Colegios Profesionales, si bien es cierto que se archivan por orden alfabético los nombres de los profesionales fallecidos, se desconoce parcial o completamente algunas fechas de defunción u otras no coinciden en ningún momento con los archivos municipales.

Como dato curioso de los casos comprobados



dos de suicidio por fuentes fidedignas, ( en trevistas personales ) los mismos no constan como dato oficial, no sólo en los archivos municipales, sino tampoco en boletas del Cementerio General, en donde se ha omitido el dato, aunque la misma boleta tiene un espacio para la clasificación del tipo de muerte (accidente, suicidio, enfermedad) tabulación que no se utiliza en la mayoría de los casos, aunque se haga mención del diagnóstico clínico de defunción (causa de muerte Ej: intoxicación por barbitúricos, herida por proyectil de arma de fuego).

Debemos de notar que en nuestro estudio no se clasificó como caso de suicidio algunos que con historia vaga, nunca pudieron probarse de manera satisfactoria, (fuentes de información descritas, entrevistas personales).

#### CEMENTERIO GENERAL DE LA CIUDAD DE GUATEMALA:

En esta institución se procedió a la revisión de las hojas de defunción, documento legal que es extendido por el médico. También fueron revisados los libros de defunción, con el fin de verificar datos obtenidos de otras fuentes, así como obtener nuevos datos ignorados.

#### FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS:

De esta institución se procedió a investigar una promoción al azar, investigando luego el número de suicidios e intentos de suicidios en la misma. Con esto se logró comprobar que las tendencias a suicidarse, pueden ser observadas en cualquier etapa de la formación médica, hecho que se comprueba por la alta frecuencia de intento de suicidio y suicidio observado aún en estudiantes de primeros



años de medicina. ( ver gráfica )

#### COLEGIOS PROFESIONALES:

Fue de estas instituciones donde, con la colaboración de autoridades respectivas, que se obtuvo los primeros datos requeridos, aun que es de notar que por una u otra razón no se lleve un más estricto control de defunciones, ya que, en algunos casos, se desconoce no sólo la fecha exacta, sino que no se tiene conocimiento de tal hecho como sucede con los profesionales que radicaron en los departamentos y aún más, fuera de nuestras fronteras.

#### METODO:

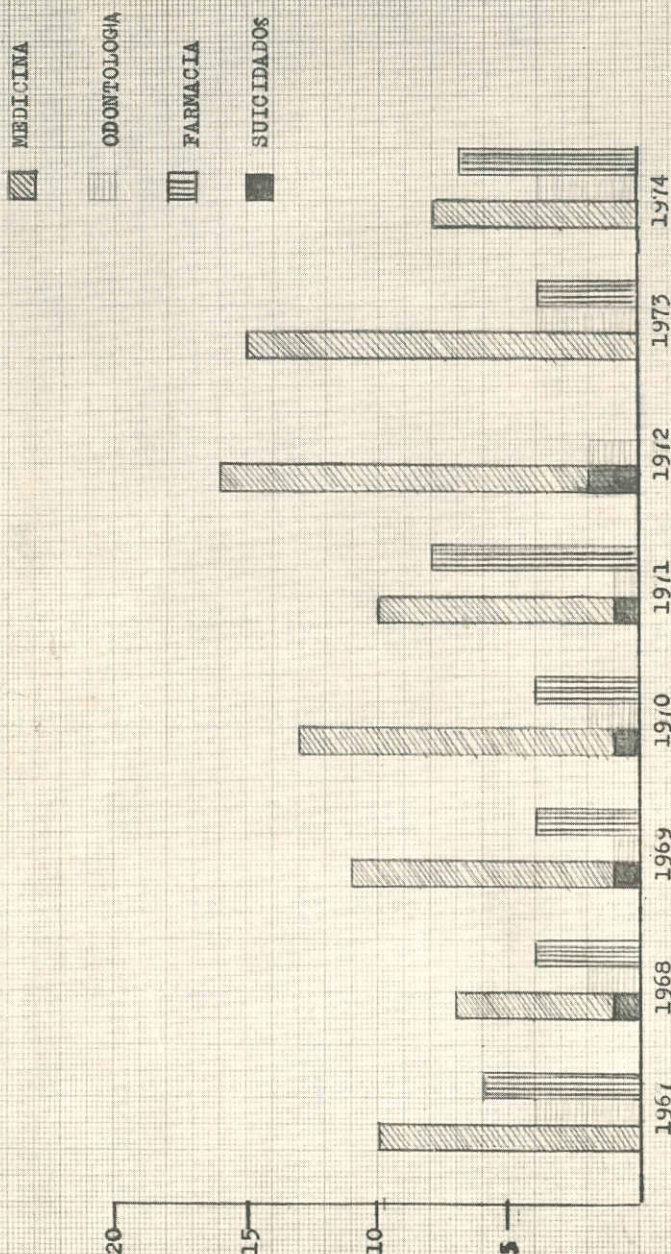
Para nuestro estudio se procedió a investigar la frecuencia de suicidio que presenta la profesión médica en Guatemala, comparando ésta con la frecuencia que pudiera existir en otras profesiones universitarias que consideramos afines, como lo son Odontología y Farmacia.

ESTADISTICA QUE MUESTRA LA RELACION ENTRE NU  
MERO DE SUICIDIOS, CON RESPECTO AL NUMERO DE  
PROFESIONALES INSCRITOS Y MUERTOS POR AÑO.

AÑO	NUMERO DE COLEGIADOS	NUMERO DE MUERTOS	NUMERO DE SUICIDAS
67	61	10	0
68	41	7	1
69	49	11	1
70	101	13	1
71	78	10	1
72	74	15	2
73	97	13	-
74	138	8	-
TOTAL:	645	87	6

INDICE DE SUICIDIOS EN EL UNIVERSO TOTAL DE  
MEDICOS COLEGIADOS EN EL PERIODO ESTUDIADO:  
1.01%.

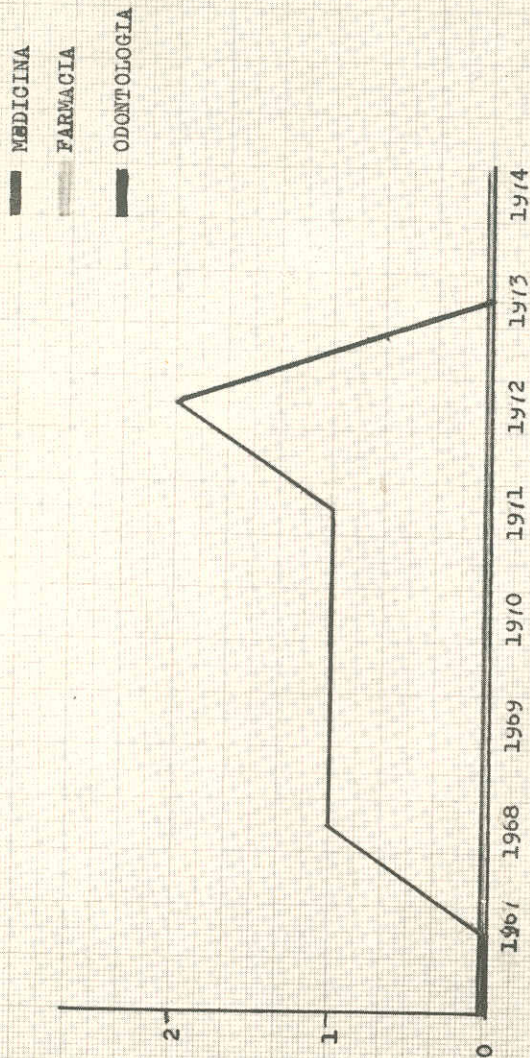
Muertes por suicidio y otras causas, por año,  
en las diferentes carreras estudiadas.



Grafica Nº 1 : Claramente puede verse que es sólo en la disciplina médica donde se encuentran casos de suicidio.



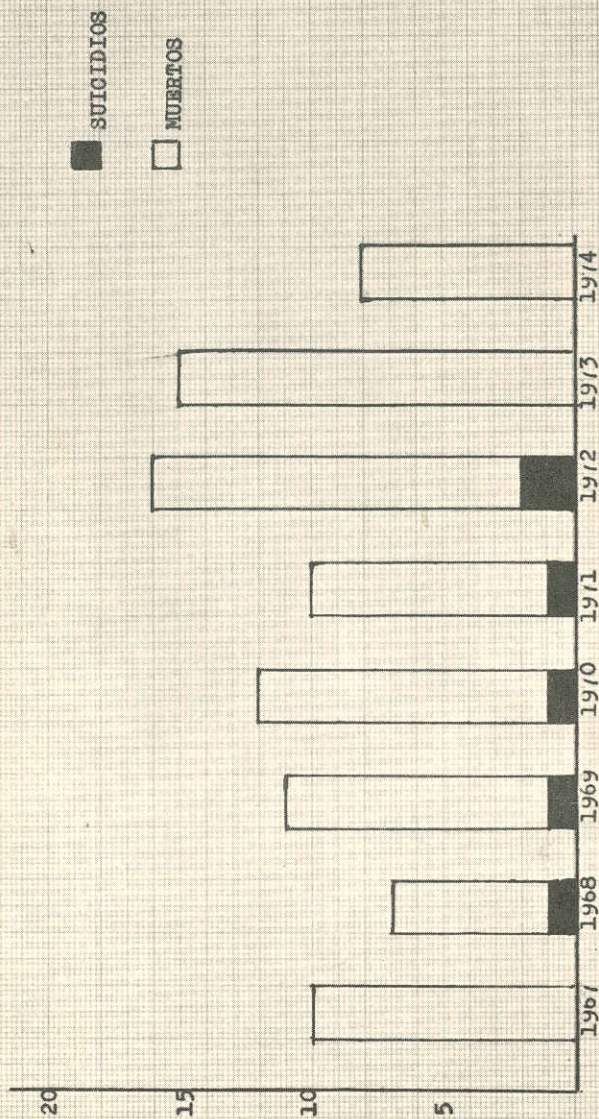
Frecuencia de suicidio en el médico por año,  
en relación a las carreras estudiadas.



Grafica Nº 2: Se observa aquí; como las líneas que representan las carreras de Odontología y Farmacia son horizontales, paralelas es decir, cero, no así la carrera médica, que si presenta variación significativa en el período de tiempo estudiado.



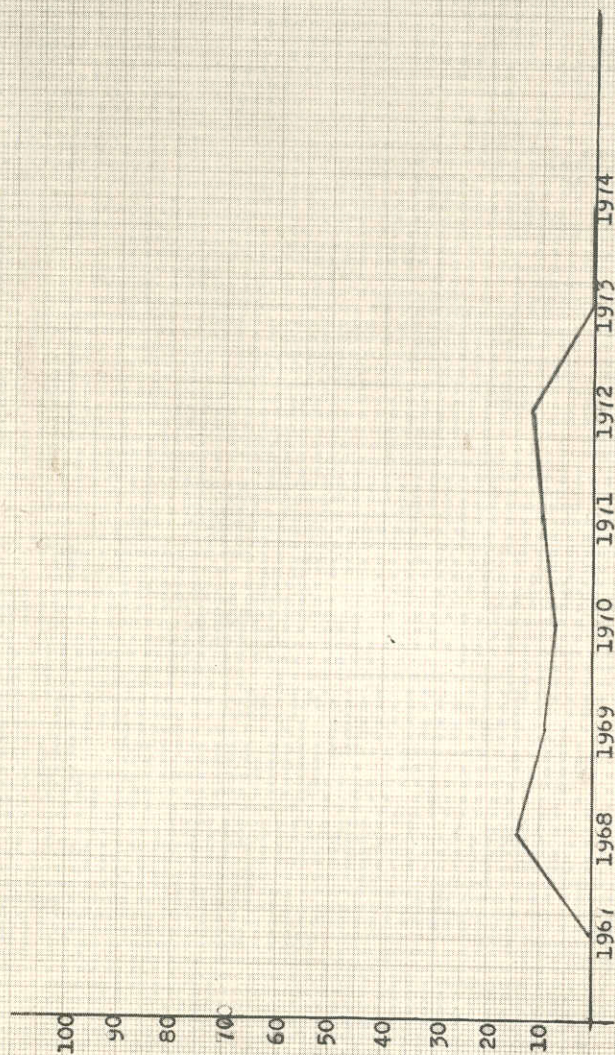
Número de suicidios con relación al número de muertes  
por año en la carrera de Medicina



Gráfica N° 3: Como puede verse en 5 de los ocho años estudiados, se presente por lo menos un caso de suicidio.



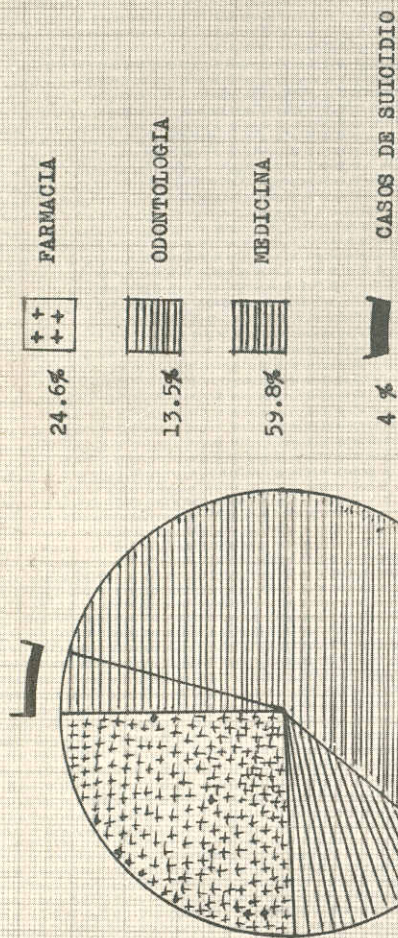
Porcentaje de Suicidio en el Médico por año.



Grafica N° 4: Como se observa el % de suicidio en el médico, varía desde 0, en algunos años ( 1968, 1973, 1974 ) hasta alcanzar cifras que comprendidas entre / y 15% para ciertos períodos de tiempo ( 1969, 1970, 1971, 1972 ).



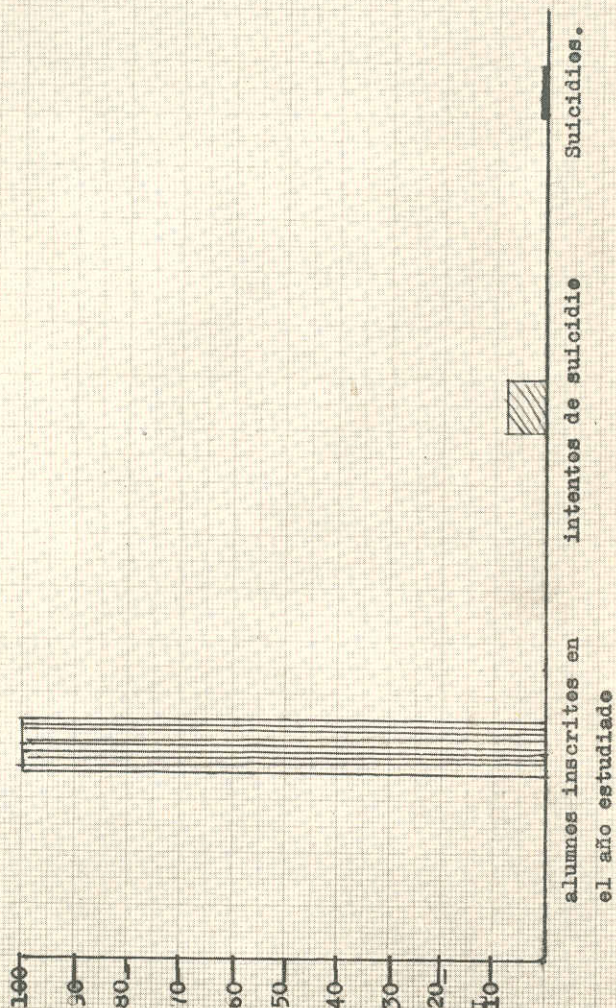
Gráfica que muestra el porcentaje de suicidio en Medicina en relación al total de muertes en las disciplinas estudiadas.



Gráfica Nº 5 : Se muestra claramente que de todo el universo estudiado, el 4% que corresponde a casos de suicidio, están comprendidos únicamente en Medicina.



Estudios de suicidio e intento de suicidio en  
una promoción X de la Facultad de Medicina de  
la ciudad de Guatemala.



## CONCLUSIONES

- 1.- Nuestro estudio muestra que en Guatemala, al igual que en otros países, la frecuencia de suicidio es más alta en el médico que entre otros profesionales.
- 2.- El índice de suicidio observado en el período estudiado de 8 años fue de 1.0%, y es significativo el hecho de que en ese mismo período el índice de suicidio en profesionales de las otras disciplinas fue 0%.
- 3.- El porcentaje de suicidio en el médico Guatemalteco osciló entre 5 y 20% en el período comprendido de 1968 a 1972, notándose un descenso en los últimos dos años, del período estudiado en los que no hubieron suicidios.
- 4.- La tendencia a suicidarse puede observarse en cualquier etapa de la formación médica, hecho que se comprueba por el alto índice de suicidio, observado aún en estudiantes de primeros años de la carrera de medicina.
- 5.- Estudios de personalidad y buenos mecanismos de selección al inicio de las carreras universitarias, podría jugar un papel importante en la prevención del suicidio en el médico, ya que muchos individuos con enfermedad ciclotímica pueden motivarse hacia el estudio de la disciplina médica, aunque en forma no conciente por la hipocondría, faceta importante de la personalidad en la enfermedad ciclotímica.



## BIBLIOGRAFIA

- 1- Cohen, E. Suicide in Physicians. Jama, vol 222 ( 4 ): 489, Oct 1972.
- 2- Diespecker, D.D. et al, Some characteristics of attempted suicide. Med. J. Aust, vol 2 ( 3 ): 121-125, Jul 1973.
- 3- Duffy, J.C. Suicide by physicians in training. J.Med Educ, vol 43 ( 11 ): 1196, Nov 1968.
- 4- Fawcett, J. et al, Suicide clues from interpersonal communication. Arch Gen Psychiat, ( Chicago ), vol 21 ( 2 ): 129-131, August 1969.
- 5- Hoskin, J.O. et al, A high incidence of suicide in a preliterate Primitive Society. Psychiatry, vol 32 ( 2 ): 200-10, May 1969.
- 6- Margolis, P.M. Suicide. Univ Mich Med Cent J. vol 35 ( 1 ): 10-12, Jan-Mar 1969.
- 7- Mendlewitz, J. et al, Suicide by Physicians Amer. J. Psychiat, vol 128 ( 3 ): 364-365, - Sept 1971.
- 8- Murphy, G.E. Clinical identification of - suicidal risk. Arch Gen Psychiat, vol 27 ( 3 ): 356-359, Sept 1972.
- 9- Murthy, V.N. Personality and the nature of suicidal attempts. Brit. J. Psychiat, vol 115 ( 524 ): 191-195, July 1969.
- 10- Pafferbarger, R.S. Jr. et al, Chronic disease in former college students. IX. Characteristics in your that predispose to suicide an accidental death in later life. Amer. J. Public Heath, vol 59 ( 6 ): 900-908, Jun 1969.

- 11- Prediction and prevention of suicide. Ca  
nad Med Ass J, vol 100 ( 18 ): 861-868,  
May 10.
- 12- Ross, M. Suicide and the Psychiatry, vol  
130 ( 8 ): 937, August 1973.
- 13- Watkins, C. et al, The persistent suici-  
dal patient. Amer J. Psychiat, vol 125 -  
( 11): 1590-1593, May 1969.
- 14- Weisman, M. et al, Hostility and depres-  
sion associated with suicide attempts, Am.  
J. Psychiatry, vol 130 ( 4 ): 450-455, April  
1973.



Dr. Octavio Aguilar, Asesor y Revisor;  
Dr. Julio de León, Director de la Fase;  
Dr. Mariano Guerrero Rojas, Secretario  
General; Vo. Bo.: Dr. Carlos Armando  
Soto, Decano.



IXCHEL.  
LA LUNA EN SU  
CARACTER DE  
DIOSA VIEJA.  
PATRONA DE  
LA MEDICINA  
DEL PARTO  
Y DE LAS  
LLUVIAS.



Impresos Industriales

3a. Calle 3-17 Zona 9 Telefonos 62-6-24 y 67-3-18