

01962  
8



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**“IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE  
NIVEL SUPERIOR QUE ASISTEN A CONSULTA  
EXTERNA EN LA D.G.S.M. DE LA U.N.A.M.”.**

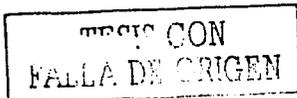
**T E S I S**

**PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA  
P R E S E N T A :  
LIC. EN PSIC. ARTURO ROSAS ESQUIVEL**

**DIRECTORA DE TESIS: DRA. MA. ELENA MEDINA - MORA ICAZA  
SINODALES: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA  
DRA. BERTHA BLUM GRIMBER  
DRA. CATALINA F. GONZÁLEZ - FORTEZA  
DR. SAMUEL JURADO CARDÉNAS**



MEXICO, D.F.



2003.

1



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

## DEDICATORIAS

A Felipe, mi padre, porque  
se sentiría orgulloso de este trabajo

A Martha, mi madre, de  
quién admiro su fortaleza  
y deseos de vivir

A Betty, mi esposa y a mi hijo  
Andrei, quienes llegarón en un  
momento crítico en mi vida

A Deyanira, mi hija, porque  
valore y cuida el cariño de  
quién ha estado a su lado en  
los momentos críticos

A Lety, mi hermana, quién se que  
encontrará lo que tanto anhela

A Samy, mi sobrina, porque  
el éxito la acompañe, como  
hasta ahora

A Paty, mi hermana, que la tranquilidad  
y la paz siempre la acompañen

A Ana Lilia, mi hermana,  
porque cuida lo que dios le  
dio, a mi sobrino Sebastián

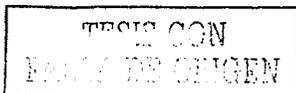
A Rocio, mi hermana, y a mis sobrinos  
Rocío y Luis Felipe, con mucho cariño

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico o impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Roberto Vargas

FECHA: 20/10/23

FIRMA: [Firma]



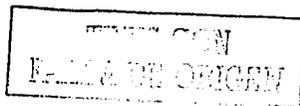
## AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Ma. Elena Medina-Mora,  
mi directora de tesis, a quién siempre  
he admirado no solo por su trayectoria,  
sino por su lado humano

A la Lic. Silvia Carreño, mi  
asesora estadística y para  
quién no encuentro las  
palabras exactas para  
agradecer su apoyo

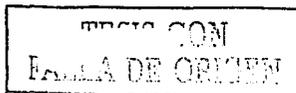
A la Dra. Catalina González-Forteza  
porque sus valiosos comentarios  
enriquecieron este trabajo

Al Soc. Aquiles Bazaine y al  
Dr. Ignacio Sotomayor, ya  
que ellos siempre le han  
dado un valor especial a algo  
que es difícil de encontrar: la  
amistad



## INDICE

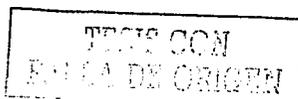
Resumen	1
Introducción	2
Capítulo I	
Consideraciones históricas e investigaciones actuales sobre ideación suicida, parasuicidio y suicidio	5
1.1 Ideación suicida, parasuicidio y suicidio	5
1.2 Investigaciones actuales	12
1.2.1 En el extranjero	12
1.2.2 Nacionales	14
Capítulo II	
Aspectos clínicos y sociales sobre ideación suicida, parasuicidio y suicidio	20
2.1 Aspectos psiquiátricos	20
2.2 Psicología de los estados depresivos	22
2.2.1 Consideraciones psicoanalíticas del suicidio	23
2.2.1.1 Duelo	23
2.2.1.2 Melancolía	24
2.2.1.3 Otras consideraciones psicoanalíticas	26
2.2.1.4 La pérdida del objeto libidinal	28
2.2.2 Consideraciones cognitivo-conductuales	29
2.3 Aspectos sociales	30
2.4 Indicios sobre el suicidio	31
2.4.1 Valoración del grado riesgo de suicidio	32
2.5 Manejo del depresivo severo y sus tendencias suicidas	33
2.6 Prevención del suicidio	34
Capítulo III	
Metodología	36
3.1 Problema	36
3.2 Objetivos	36
3.2.1 Objetivo general	36
3.2.2 Objetivos específicos	36
3.3 Hipótesis	37
3.4 Variables	39



3.5 Definición de variables	39
3.6 Método ( diseño de investigación )	40
3.7 Muestra	41
3.8 Instrumentos	41
3.9 Procedimiento	45
3.10 Análisis de la información	46

## Capítulo IV

Resultados	48
4.1 Muestra y servicio	48
4.1.1 Variables demográficas: sexo, edad, estado civil y religión	48
4.1.2 Variables demográficas: lugar de nacimiento, grado y último grado académico	50
4.1.3 Motivo de consulta	52
4.1.4 Consumo de sustancias	53
4.1.5 Uso de sustancias para sentirse bien	54
4.2 Confiabilidad y validez de las escalas	54
4.2.1 Audit	54
4.2.2 Estrés	58
4.2.3 Beck ( depresión )	62
4.2.4 Beck ( desesperanza )	64
4.2.5 Okasha	68
4.3 Muestra y escalas	70
4.3.1 Audit	70
4.3.1.1 Frecuencia de consumo de alcohol	71
a) Sexo	71
b) Edad	71
c) Servicio	72
4.3.2 Estrés	73
4.3.3 Beck ( depresión )	74
4.3.4 Beck ( desesperanza )	76
4.4 Ideación suicida e intento suicida	76
4.4.1 Test de Okasha	76
4.4.1.1 Intentos de suicidio	79
a) Sexo	79
b) Edad	79
c) Servicio	80
d) Número de intentos de suicidio	81
e) Motivos para dejar de existir	82
4.5 Ideación suicida	82
4.5.1 Servicio ( salud mental y medicina general )	82
4.5.2 Sexo, edad, estado civil y religión	83
4.5.3 Nacionalidad, años de estudio, ingreso mensual y motivo de consulta	86
4.6 Intención suicida	88
4.6.1 Servicio ( salud mental y medicina general )	88



S

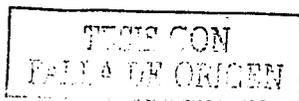
4.6.2 Sexo, edad y estado civil	89
4.6.3 Nacionalidad, años de estudio, ingreso mensual y motivo de consulta	91
4.7 Escalas e ideación suicida	93
4.7.1 Audit	93
4.7.2 Estrés	93
4.7.3 Beck ( depresión )	94
4.7.4 Beck ( desesperanza )	96
4.8 Escalas e intención suicida	96
4.8.1 Audit	96
4.8.2 Estrés	97
4.8.3 Beck ( depresión )	98
4.8.4 Beck ( desesperanza )	100
4.9 Autoreporte	100
4.10 Escala riesgo-rescate	103
4.10.1 Factores de riesgo	103
4.10.2 Factores de rescate	104
4.11 Correlación de Pearson	106

## Capítulo V

Conclusiones y comentarios	107
5.1 Ideación suicida y parasuicidio	107
5.1.1 Ideación suicida y servicio ( salud mental y medicina general )	109
5.2 Ideación suicida e intención suicida y variables demográficas	110
5.2.1 Sexo	110
5.2.2 Edad	111
5.2.3 Estado civil	111
5.2.4 Años de estudio	112
5.2.5 Ingreso mensual	113
5.2.6 Religión	113
5.2.7 Motivo de consulta	114
5.3 Ideación suicida e intención suicida y pruebas aplicadas	115
5.3.1 Audit	115
5.3.2 Estrés	115
5.3.3 Beck ( depresión )	116
5.3.4 Beck ( desesperanza )	118
5.4 Suicidio	118
5.5 Parasuicidio	120
5.6 Consideraciones generales	122

## Bibliografía

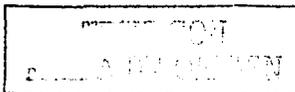
## Anexos



6

## RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo mostrar de manera general los resultados obtenidos en una encuesta efectuada en la población estudiantil universitaria que solicitó servicio médico, en relación a la presencia de ideación suicida, de intención suicida y de conductas parasuicidas. Para ello se tomó a una muestra de 100 estudiantes que acudieron a recibir atención médica a los servicios de salud mental y medicina general en la Dirección General de Servicios Médicos de la Universidad Nacional Autónoma de México. Se utilizó un diseño ex post facto, no probabilístico y de tipo intencional, para equilibrar la muestra en cuanto a sexo, servicio solicitado y edad. Los resultados muestran que la ideación suicida se presentó en el 25% de las mujeres y en el 22.8% de los hombres. En cuanto a la intención suicida, ésta apareció en el 8.7% de los hombres y en el 7.6% de las mujeres y el intento suicida se manifestó en el 9.8% de las mujeres y en el 9.6% de los hombres, existiendo conductas parasuicidas que significaron que el 33.3% presentó dos intentos, el 22.2% tres intentos y el 11.1% cuatro intentos, siendo los motivos familiares los que llevaron a esta decisión al 75% de los estudiantes, en donde el servicio de salud mental mostró que el 33.7% desarrolló ideas suicidas y 8.5% de intentos de suicidio, a diferencia del 14.1% de los que asistieron a medicina general que manifestó ideación suicida y del 10.9% que presentó intentos suicidas. En cuanto a la edad, la ideación suicida se presentó en el 37.4% cuya edad se ubicó entre los 18-23 años y en cuanto a la intención suicida, en este mismo rango de edad, representó el 13.2% y el 10.3% con intento suicida. La depresión se presentó en el 40% de la población, así como el 13.9% manifestó presencia de estrés y el 24.1% cursó con desesperanza.



## INTRODUCCIÓN

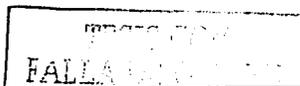
Desde su origen, el hombre se ha visto expuesto a diversos cambios, tanto en el entorno que le rodea, como en su desarrollo fisiológico y psicológico, que lo han puesto a prueba para su supervivencia, hasta el grado de adaptarse y modificar su ambiente. En la mayoría de las ocasiones ha salido adelante, sin que ello afecte nuestra memoria, ya que existen situaciones ante las que se ha visto impotente y exhibido como un ente vulnerable, ejemplo de ello son los cataclismos naturales, la aparición de una serie de enfermedades, tanto físicas como mentales, que a pesar de su desarrollo tecnológico no ha sido capaz de controlar y prevenir en su totalidad.

El ser humano es un individuo complejo, no nos referimos solamente a su funcionamiento fisiológico, sino también a su funcionamiento psíquico, ambas condiciones se fusionan para generar una amplia gama de conductas, algunas de las cuales son de difícil explicación y que han llamado particularmente la atención, como lo es, el suicidio.

Todo ser vivo, al desarrollar día a día una serie de actividades, se congratula con la existencia, por ello es complejo entender cómo algunos seres vivos, entre ellos el ser humano, se niegan a esta posibilidad y optan por la autodestrucción como una opción, dentro de la existencia misma.

El suicidio, es una condición que por su relación directa con la muerte, angustia al hombre y por lo tanto se evita hablar del tema, incluso por los profesionales vinculados con la salud física y mental. Esta conducta ha sido inherente y ha estado estrechamente relacionada al ser humano, incluso en épocas antiguas fue aceptado en algunas culturas.

Esta actitud de algunos individuos ha llamado la atención por mucho tiempo, prueba de ello son la gran cantidad de estudios que se han hecho al respecto, es decir, del suicidio como un hecho consumado, así como de las fases previas a éste, como lo es, la aparición del deseo de morir como una idea o pensamiento perfectamente estructurado, siendo nuestro interés



ocuparnos de investigar esta fase, previa a la consumación del acto, particularmente en la población estudiantil universitaria.

Este trabajo es un esbozo que intenta mostrar un panorama general del problema, partiendo desde el desarrollo del concepto y las interpretaciones que se han dado al mismo, hasta remontarnos a las investigaciones realizadas en la actualidad y desarrolladas desde hace algunos años, lo que nos permite tener una visión global sobre el problema.

Consideramos importante retomar el punto de discusión sobre los aspectos clínicos del suicidio, con el propósito de conocer la dinámica psíquica que lleva a un individuo a autoagredirse. Para ello, tomamos en cuenta a la teoría psicoanalítica y a algunos aspectos señalados por las teorías cognitivo-conductuales para explicar las motivaciones conscientes e inconscientes que sufre el individuo, el proceso interno que experimenta y que provoca que tenga una visión en "túnel", en donde la muerte es la única solución a sus problemas, considerando también, algunos indicadores que nos permitan identificar conductas suicidas y consideraciones para su prevención.

Después de establecer el marco teórico, nos avocamos al desarrollo del marco metodológico, estableciendo los parámetros a seguir en esta investigación, para llegar al objetivo final, conocer la existencia de ideación suicida y conductas parasuicidas en la población estudiantil universitaria.

La parte final de esta investigación, muestra los resultados obtenidos, dándonos una idea de la magnitud del problema, sobre la presencia de ideación suicida, intención suicida y de conductas parasuicidas y de los factores de riesgo que influyen en la aparición y desarrollo de las mismas, en la población estudiantil.

Los estudiantes pasan, como cualquier ser humano, por diversas etapas de transición a las que son susceptibles y que los afectan emocionalmente. Es por ello, que este trabajo

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

3

pretende describir el problema de las fases que anteceden al suicidio, en una población estudiantil universitaria.

Esta investigación, no pretende una generalización de los resultados obtenidos, ya que éstos son sólo representativos para la población que acudió a solicitar consulta a los servicios de salud mental y medicina general, en la Dirección General de Servicios Médicos de la Universidad Nacional Autónoma de México.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

4

## CAPITULO I

### CONSIDERACIONES HISTORICAS E INVESTIGACIONES ACTUALES SOBRE IDEACION SUICIDA, PARASUICIDIO Y SUICIDIO.

Los aspectos referentes a la salud mental del individuo, el desarrollo de la psiquiatría y psicología , como disciplinas encargadas de prevenir, cuidar y fomentar las condiciones necesarias para alcanzar un equilibrio emocional, son de un desarrollo reciente y además sufren de una constante mutación en relación a sus marcos nosográficos. los cuales pierden validez, son puestos en tela de juicio e inciden en lo referente al abordaje terapéutico que debe llevarse a cabo con individuos que lo requieren.

La ideación suicida, las conductas parasuicidas y el suicidio son fenómenos que no tienen una explicación única, su etiología es multicausal y en función de una cultura en particular.

Es importante por lo tanto, conocer el pasado, primordialmente de la concepción que se tenía del suicidio y la explicación que se daba ante su aparición; así como el tratamiento sugerido por las distintas ideologías de la época hasta la actualidad.

#### 1.1 IDEACION SUICIDA, PARASUICIDIO Y SUICIDIO

Las primeras referencias acerca del deseo de morir, son expuestas por Celio Aureliano ( citado por Postel y Quétel , 1987 ), quien menciona, " quienes están afectados por una melancolía en verdad declarada, están llenos de ansiedad y malestar, además de mostrar tristeza acompañada de mutismo y de odio a lo que los rodea. Luego unas veces el enfermo desea morir, otras vivir, y sospecha que se trama contra él maquinaciones ".

TRIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A todos los antiguos les llama la atención la variedad de temas que toca la tristeza del melancólico. Y de esta manera se va formando todo un inventario de historias, todo el mundo sabe: " el enfermo padece de una tristeza inmotivada, que se siente abatido y presa de terrores, que desea la muerte, que siente hostilidad contra quienes parecen ser sus mejores amigos " ( citado por Postel y Quetel, 1987 ).

En la antigua Hebreo, es interesante señalar la indulgencia mostrada para con los suicidas, tal como se expresa en la actitud respecto de los cuatro suicidios célebres de la Biblia: Sansón, Saúl, Ajitofel y Zimri, quienes fueron enterrados honorablemente en la tumba familiar. Fue mucho más tarde, al parecer durante la Edad Media, en el periodo postalmúdico, cuando el suicidio fue considerado como trasgresión grave, como " sangre derramada " ( citado por Postel y Quetel, 1987 ).

Los suicidios se han registrado en Europa y América del Norte desde el comienzo del siglo XIX y aún durante un tiempo más largo en algunos países ( citado por Postel y Quetel, 1987 ).

Las tasas de suicidio tienden a distorsionar la verdad, incluso en países con una larga tradición científica en estadísticas vitales. En los Estados Unidos y en Gran Bretaña, los guarismos de suicidios se derivan en gran medida de los veredictos médico-forenses, que son a veces inconcluyentes, aún en los casos en los que la evidencia médica del suicidio es adecuada. Pero existen otros factores que tienden a falsificar las tasas de suicidio. En los países católicos y musulmanes un veredicto de suicidio es una desgracia tal para el muerto y su familia que se lo evita donde sea posible. Esta es la razón por la que resultan sospechosas las tasas tan bajas de la República de Irlanda y de Egipto ( citado por Postel y Quetel, 1987 ).

En muchos países dejan mucho que desear los métodos de registro. Otra fuente que provoca una deficiente apreciación es la dificultad de distinguir, en algunos casos, entre suicidio y accidente como causa de muerte ( Stengel, 1963 ).

ESTADO CON  
FALLA DE ORIGEN

Conceptos como suicidio, parasuicidio e ideación suicida, es importante que sean definidos para establecer de esta manera criterios que nos permitan no divagar, ni malinterpretar su significado, particularmente cuando se pretende establecer un diagnóstico, tratamiento y desarrollar programas preventivos, por ello se hace necesario señalar la definición que de ellos hacen algunos autores;

Karl Menninger (1938), señala que el suicidio es el resultado de la lucha entre los instintos de vida y de muerte ( citado por Hemann, 1989 ).

Durkheim (1965), define al suicidio como "todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado" ( citado por Hemann, 1989 ).

Farberow (1975), nos habla del suicidio como un acto individual, de protesta o declaración en contra de cualquier amenaza interpersonal o trasgresión en contra de la sociedad ( citado por Hemann, 1989 ).

Etimológicamente, el término suicidio, implica un tipo de homicidio, en el que el criminal y la víctima son la misma persona ( Hemann, 1989 ).

Lo anterior son definiciones relativas al suicidio, aunque debemos considerar que nunca se llega éste en forma directa y que existen pasos previos a éste como lo es el parasuicidio, el cual es definido de la siguiente manera: una conducta autodestructiva que esta relacionada con el suicidio pero que no llega a ser fatal en su totalidad, es el "Intento de suicidio", al cual, Wexler, Weissman y Kasl (1978), definieron "Como cualquier daño autoinfringido intencionalmente".

Farbero y Sheidman ( 1969, citado por Hemann, 1989 ), consideran que se cometen seis intentos de suicidio aproximadamente por cada suicidio consumado, lo cual ya nos permite inferir la alta tasa de intentos.

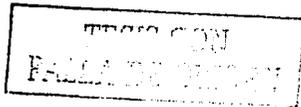
TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud calcula que cada día se cometen por lo menos 1000 suicidios. El intento de suicidio tiene importancia por su relación de evento antecesor, que se encuentra presente en la mayoría de los suicidios consumados. Se reconoce que hay una superposición entre el grupo de sujetos que intenta suicidarse y el que lo consuma. Entre el 25 y 40% de los suicidas, ya había intentado suicidarse en ocasiones anteriores; entre el 1 y el 2% de ellos logra su propósito al año siguiente de haberlo intentado, lo que representa un riesgo cien veces mayor que el de la población general. En los años posteriores, alcanza eventualmente el 10% la repetición del intento aunque no logre consumarlo, es también frecuente, que una cifra cercana al 50% lo ha intentado con anterioridad y entre el 18 y el 25% lo intentará nuevamente antes de que pasen dos años de la primera vez ( Terroba, Hemann, Saltijeral y Martínez, 1986 ).

La conducta suicida en sus distintas formas representa un problema de salud pública internacional. En la mayoría de los países, el suicidio se encuentra dentro de las diez principales causas de mortalidad general, y en muchos de ellos se ubica entre las tres primeras causas de muerte en el grupo de 15 a 34 años de edad de sexo masculino. Sin embargo, los datos sólo se aproximan a la realidad, pues sólo se registra y se atiende uno de cada cuatro intentos de suicidio. Además, debe tenerse en cuenta que por cada suicidio consumado hay diez tentativas fallidas ( Diekstra, 1993, citado por González, Díaz, León, González-Forteza y González 2000 ).

En la mayoría de los países, el suicidio ocupa el siguiente lugar después de los accidentes, como la causa principal de defunción entre los jóvenes, O. M. S. 1995 ( González, Díaz, León, González-Forteza y González 2000 ).

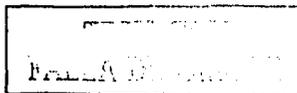
A menudo se carece de datos reales sobre los casos de suicidio o éstos están incompletos a causa del estigma que llevan consigo, y que a veces incluye sanciones penales o religiosas, por lo que se prefiere atribuir la muerte a una causa accidental más que a una intencionada.



Según estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud, la tasa de suicidios en 1980, para nuestro país fue de 1.6 por 100 000 habitantes, que al compararlo con otros países ( Hungría 44.9, Dinamarca 31.6, Austria y Suiza 25.7 y Alemania Federal 20.9 ) aún no representa un grave problema a la salud; sin embargo, estadísticas cifradas por Saltijeral y Terroba ( 1987 ) referente a la tendencia suicidógena en los estados de la República Mexicana, se determinó que durante la década de 1971 a 1980, el estado de Tabasco registró el índice más alto de casos, alcanzando una tasa de 10.4 por 100 000 habitantes. Es decir, aproximadamente, un 85% más elevada que la media nacional ( García y Tapia, 1990 ).

Por otra parte, Borges, Rosovsky, Gil, Pelcastre y López ( 1993 ) ( en Gómez y Borges, 1996 ) publicaron datos actualizados sobre el suicidio desde 1970 hasta 1991 para saber cuál es la tendencia temporal del suicidio en el país. La información que utilizaron fue proporcionada por el INEGI y por la Dirección General de Estadística de la Secretaría de Salud. De 1970 a 1991, el número de suicidios en ambos sexos aumentó 282%. Durante el mismo período la tasa de suicidios en ambos sexos paso de 1.13 por cien mil habitantes a 2.55 en 1991, lo cual indica un aumento del 125%. El suicidio pasó del 0.11% al 0.52% en términos de mortalidad proporcional. En la población masculina es más notable este aumento ya que la tasa se incrementó en 170% durante ese período, mientras que en la población femenina aumentó sólo 70%. Las tasas más elevadas se encontraron entre la población mayor de 65 años de edad, aunque también aumentaron las tasas en la población joven. El sureste del país fue el más afectado por este problema, y la zona noroeste fue la de menor incidencia.

Datos más recientes mencionan que el suicidio es un problema de salud pública que ha aumentado en las últimas décadas. En 1999, la tasa de mortalidad en México, por suicidio, fue de 3.4 por 100 000 habitantes: 5.8 hombres y 1.0 mujeres. Los datos de la Secretaría de Salud indican que de 1970 a 1998, el suicidio se incrementó en 215%, lo que representa 229% en los hombres y 165% en las mujeres ( Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001 ).



Todavía resulta cierto que la mayoría de los suicidas son varones, pero durante las últimas décadas en muchos países se ha ido estrechando la distancia que media entre hombres y las mujeres que se han quitado la vida ( Stengel, 1963 ).

Aproximadamente es doble el número de mujeres que intentan el suicidio con relación a los varones. Sin embargo, los suicidios que logran consumarse son dos a cuatro veces más frecuentes en los varones. Es más común la conducta suicida con el paso de la edad, en las personas viudas, divorciadas, separadas de sus cónyuges o aisladas, desarraigadas o solitarias por otros motivos, en las personas que tienen muy bajo nivel socioeconómico. Los medios empleados más a menudo son las armas de fuego ( 50% de los varones y 25% de las mujeres que lo intentan ). Es más probable que sean los varones que cometan suicidios por medios violentos ( Goldman, 1989 ).

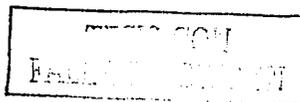
Ninguna única causa o grupo de causas pueden dar cuenta del nivel de las tasas de suicidio, ya que muchos factores actúan al mismo tiempo.

Un fenómeno que influye y que abarca todas las facetas de la existencia humana y constituye básicamente un problema multicausal, es el intento de suicidio.

Morris y Beck (1971, citado por Hemann, 1989 ) definen el intento, como la seriedad o la intensidad del deseo de un individuo para terminar con su vida.

Las estadísticas sobre este comportamiento son muy poco exactas, ya que contrario a lo que sucede en los casos de muerte, en los que es forzoso dar parte a las autoridades, los intentos de suicidio no figuran en ningún registro oficial, y de los existentes, su confiabilidad es dudosa ( Hemann, 1989 ).

De acuerdo a informes proporcionados por la Organización Mundial de la Salud, más de medio millón de personas mueren por esta causa cada año; de estas, ocho de cada diez,



antes de consumar el suicidio lo han intentado sin éxito ( Terroba, Hemann, Saltijeral y Martínez, 1986 ).

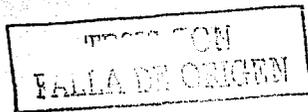
Farbero y Sheidman ( 1969, citado por Hemann, 1989 ), consideran que se cometen seis intentos de suicidio aproximadamente por cada suicidio consumado, lo cual ya nos permite inferir la alta tasa de intentos.

En cuanto a los intentos de suicidio no hay estadísticas generales en ningún país, pero se estima, que de cada cien mil habitantes, lo intentan cien al año, lo que es diez veces mayor que la tasa de suicidio ( Gómez, Lolas y Barrera, 1991 ).

El área de estudio del suicidio y del intento de suicidio nos permite poner un amplio interés sobre sus aspectos etiológicos y de proceso, ya que es realmente poco lo que se ha podido investigar sobre estos aspectos en México ( Hemann, 1989 ).

Hablar del suicidio nos lleva necesariamente a reflexionar acerca del hecho de que existen fases previas a éste, ya sea del parasuicidio que se caracteriza por el intento de suicidio pero no la consumación de éste, o de la ideación suicida, sea ésta un pensamiento perfectamente estructurado o una idea que aparece fugazmente y que todavía no llega al acto. La relación causal de una fase a otra no es directa, es decir, puede aparecer una y no las demás, en un sujeto puede surgir el deseo de morir, pero nunca se llega al acto o por el contrario, el suicidio consumado puede aparecer como un acto impulsivo, sin la existencia de una rumiación de la idea, por ello, si hablamos de ideación suicida, tenemos necesariamente que hablar del parasuicidio y del suicidio.

Actualmente, la sociedad moderna priva frecuentemente al hombre del hecho inescapable de su muerte. Kubler Ross (1975, citado por Lichtszajn, 1979 ), a su vez, señala que lo que más asusta a la mayor parte de la gente acerca del morir, es el hecho de estar solos, de tener que enfrentarse a lo desconocido, sin ninguna de las ayudas familiares, que generalmente nos sostienen en tiempos de grandes cambios.



Morir es difícil bajo cualquier circunstancia, pero morir en los ambientes familiares, el hogar de uno, con aquéllos a quien uno quiere, y que lo quieren a uno, puede quitar mucho del miedo a la muerte ( Lichtszajn, 1979 ).

La forma en que la sociedad, una subcultura, mira a la muerte tendrá un impacto significativo en la forma en que sus miembros ven la experiencia de vida. Para buscar nuestras respuestas personales a la pregunta de la muerte, es importante buscar más allá de los límites de nuestra propia cultura ( Lichtszajn, 1979 ).

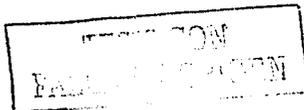
## 1.2 INVESTIGACIONES ACTUALES

### 1.2.1 EN EL EXTRANJERO

En los estudios realizados con jóvenes, la Organización Mundial de la Salud ( 1975 ) reporta que el índice de suicidios en los sujetos entre los 15 y 24 años de edad alcanzan cifras importantes en algunos países de Europa, reportándose en Hungría una tasa de 28.9 suicidios por 100 000 habitantes.

En los Estados Unidos, el suicidio es la tercera causa de mortalidad entre la población adolescente, siendo aproximadamente 5 000 muertes por año las que se atribuyen por esta causa ( Terroba, Hemann, Saltijeral y Martínez, 1986 ). La tasa de intentos es mucho más alta en este grupo que en la población general, muchos adolescentes presentan varios grados de patología suicida, de ideación pasiva e intento activo y su subsecuente intento.

Entre los jóvenes, la incidencia del suicidio varía considerablemente en función de la edad, en Estados Unidos , se observa un incremento a través de los años; en un seguimiento de cinco años se encontró que para 1973 había un índice de 10.6 suicidios por 100, 000 habitantes, mientras que para 1978 en índice aumentó a 12.4, por 100, 000 habitantes,

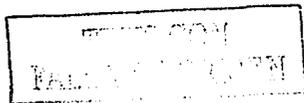


obviamente sin considerar una gran parte de suicidios en jóvenes que no son reportados o se reportan como muertes accidentales ( Terroba, Hemann, Saltijeral y Martínez, 1986 ).

Un estudio realizado por Goldberg ( 1981 ) cuyo propósito era identificar factores relacionados con altos niveles de ideación suicida entre adultos jóvenes, encontró que las características de éstos últimos con relación a la ideación suicida, como similares a personas mayores con pensamientos suicidas, con intentos de suicidio y con suicidio. Además, la ideación fue la más común entre los estudiantes, un grupo en el cual los intentos de suicidio son altos. La prevalencia de la ideación suicida fue de 10.4% durante el periodo de un mes en sujetos cuya edad fue de 18 a 24 años. Sintomatología depresiva, enfermedad física, síntomas psiquiátricos menores, agresión y separación de la madre a temprana edad, demostraron estar relacionados con pensamientos suicidas en los adultos jóvenes de los condados de Alameda en California y en Washington Md..

Rudd ( 1989 ) para conocer la prevalencia de la ideación suicida entre estudiantes universitarios, realizó un estudio con 287 hombres y 450 mujeres, cuya edad se ubicó entre los 16 y 30 años, encontró que el problema del suicidio en los jóvenes involucra un alto porcentaje ( 43% ) y proporciona un sostén indirecto a la hipótesis de que la diferencia entre hombres y mujeres en relación a la tasa de suicidios, fue en función de la letalidad del intento. La ideación suicida se relacionó también a características demográficas como edad, años en el colegio, raza, asistencia previa a los servicios de salud mental, como factores de riesgo relacionados a identificar a jóvenes potencialmente suicidas.

Ovuga y Mugisha ( 1990 ), en una investigación para conocer las actitudes y características psicológicas de 60 pacientes psiquiátricos suicidas y 283 estudiantes universitarios normales en Transkei. Los resultados muestran que tres factores están asociados con la propensión al suicidio en estos sujetos; Ideación suicida, Sentimientos de abandono y Disminución de la Auto-estima. Los deseos suicidas son probablemente más prevalentes en la población general más de lo que indica la evidencia clínica. La incapacidad para manejar

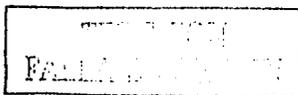


situaciones de estrés y las actitudes negativas hacia la vida son los más importantes factores asociados con un alto riesgo suicida.

Finalmente debemos mencionar que Beck y otros investigadores han estudiado el papel y la relación existente entre la depresión, la ideación suicida, la desesperanza y la intención de suicidarse. Weissman ( 1978 ) afirma que la depresión es el diagnóstico más frecuente, abarcando entre el 35 y el 79% de los casos. Beck y Lester ( 1973 ) formularon el concepto de "desesperanza" como un sistema de esquemas cognoscitivos que comparten el elemento común de expectativas negativas. Se reconoció que la asociación entre la desesperanza y la ideación suicida era mayor entre esta y la depresión. La desesperanza se asocia significativamente con la intención suicida , en los pacientes que han intentado suicidarse, por los que esta podría tener un valor predictorio en el suicidio a largo plazo. Con respecto a la ideación suicida, Halstron informó en Suecia, que casi el 15% de las mujeres entrevistadas presentaban ideas suicidas. Un 12% de los estudiantes egipcios. reconoció haber tenido algún grado de ideación suicida durante el año anterior al estudio: los jóvenes alemanes, entre los 12 y 24 años, reconocieron haberla tenido alguna vez. El que haya rasgos comunes entre los que idean y los que intentan suicidarse, sugiere que hay continuidad entre ambos grupos; la proporción entre éstos y aquellos, varía entre 1;5 y 1;10 en los diferentes estudios. Por ello, la ideación suicida puede ser considerada como una expresión temprana vulnerabilidad al suicidio ( Gómez, Lolas y Barrera, 1991 ).

### 1.2.2 NACIONALES

En nuestro país, en un estudio realizado por García y Tapia ( 1990 ) para conocer la tendencia suicidógena en el estado de Tabasco durante el período de 1979 a 1988 se observó que la tasa más elevada se registró en 1980 alcanzando 11.7% y la más baja en 1984 con 5.8%, las tasas de suicidio por sexo, registraron que en los hombres es de 16.2% en 1981 a 17% en 1988 lo que significa una tendencia bastante estable; algo similar ocurrió con las mujeres, ya que de una tasa de 4.6% en 1981 paso a una de 3.3% en 1988; con

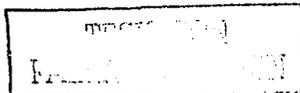


respecto a la edad, la tasa de mortalidad más elevada fue de 65 años y más, sin embargo, el grupo de edad que registró el mayor número de casos fue el de 25 a 44 años, con el 39%, siguiéndole en orden de frecuencia el de 15 a 24 años; además, se observó que el suicidio resultó más frecuente en el sexo masculino y la importancia del número de muertos por suicidio que ocurrieron en el grupo de edad de entre 5 y 14 años, lo cual sugiere la existencia de problemas de conducta desde muy temprana edad, en donde la frecuencia de la idea suicida en esta edad fue de 12% en niños normales, de 24.8% en niños vistos en una clínica infantil psiquiátrica y de un 78.5% en aquellos admitidos como pacientes psiquiátricos.

En el estado de Jalisco se sabe que de los 490 suicidios consumados en 1974 el 28.8% tenía entre los 15 y 24 años. Para 1975 en la ciudad de Guadalajara se encontró que de 100 intentos de suicidio, el 33.5% tenía entre los 15 y 24 años de edad ( Terroba, Hemann, Saltijeral y Martínez, 1986 ).

Así mismo, Terroba, Hemann, Saltijeral y Martínez ( 1986 ) en un estudio realizado con adolescentes mexicanos, encontró que la muestra de mujeres de 15 a 24 años ( 69.13% ) fueron las más afectadas por los intentos de suicidio en relación con los hombres ( 30.36% ). El 67.90% de los intentos fueron solteros, contra 17.28% de intentos en personas que tenían algún vínculo conyugal. Un 28.39% de los parasuicidas había cometido un intento previo utilizando veneno, gas y la intoxicación medicamentosa en un 70.60% de la población estudiada. Finalmente las razones más frecuentes para cometer el intento fueron las afectivas en un 41.97% de los casos y los familiares en el 37.70%.

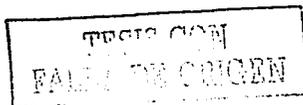
Las investigaciones señalan que los intentos de suicidio se presentan aproximadamente 70 veces más que los suicidios consumados, este factor es importante para determinar el riesgo suicida, ya que el mismo va en aumento en la medida que la persona ha intentado el suicidio, la probabilidad de consumir el suicidio es mayor en la población que ha tenido algún intento previo, que en la que nunca lo ha intentado ( Terroba, Hemann, Saltijeral y Martínez, 1986 ).



Por otra parte, Romero y Medina-Mora ( 1987 ) en un estudio que se llevó a cabo para revisar los principales resultados que se obtuvieron al aplicar el Cuestionario General de Salud de Goldberg ( 1972 ) a una muestra de 296 estudiantes universitarios de la UNAM, ambos sexos, en la Facultad de Psicología, se encontró que el 39.32% de la población presentaba algún tipo de padecimiento que requería atención especializada de salud mental. En el grupo de mujeres, el 53.07% mostró síntomas de irritabilidad, el 51.84% de ansiedad, el 49.3% de ánimo depresivo, el 40.73% de disminución de la concentración y el 32.09% de alteraciones del sueño. En el grupo de los hombres, los porcentajes fueron menores y distribuidos en diferente orden jerárquico; disminución de la concentración 44.82%, ansiedad e irritabilidad 41.36% y síntomas somáticos 31.02%. Al realizar la rotación varimax pudieron conceptualizarse cuatro factores: ideación suicida, depresión leve, síntomas somáticos y perturbaciones en el sueño y ansiedad, cada uno con siete reactivos que explican el 38.95% de la varianza total.

Así mismo, Medina-Mora, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo y Gómez, ( 1991 ) en una encuesta de hogares realizado a nivel nacional en una población urbana mayor de 18 años para detectar trastornos emocionales en la misma, reveló que en cuanto a la ideación suicida, esta fue reportada entre el 10 y 14% de la población total, sin embargo, solamente el 1.9% indicó haber estado a punto de quitarse la vida y el 1.6% intentó suicidarse, ocurriendo esto en mayor número entre los jóvenes, en tanto que la depresión fue más frecuente en la población de más edad. La conclusión a la que se llegó en esta investigación reveló que la población femenina resultó la más afectada; además de que en cuanto a la población general, respecto al tipo de ayuda, se observó que los familiares y amigos, constituyen el primer recurso al que se solicita ayuda, en segunda instancia se utiliza la automedicación, principalmente los deprimidos y el desconocimiento, las razones más importantes para no solicitar ayuda especializada.

En una investigación efectuada por González-Forteza y Andrade ( 1995 ) con adolescentes acerca de la manera en que ellos enfrentan sus conflictos cotidianos, la calidad de la relación madre/padre-hijo como un elemento fundamental que puede influir en su

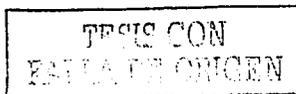


preferencia por el apoyo familiar o el de sus amigos. Uno de los objetivos de este estudio era el identificar su relación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida de los estudiantes adolescentes del nivel de Educación Media Básica ( 7-9 años de escolaridad ), en la Cd. de México. El estudio fue transversal y ex-post-facto. El muestreo fue no probabilístico e intencional para equilibrar el sexo y la edad. La muestra quedó integrada por 423 adolescentes ( 55.6% varones y 44.4% mujeres ), entre 13 y 15 años de edad. Para evaluar el estado emocional se aplicó la Escala de Depresión CES-D, y tres reactivos de ideación suicida. Los resultados mostraron en este sentido que el patrón de correlaciones por sexo, que los hombres y las mujeres adolescentes, con un predominante estado de ánimo depresivo, tendieron a presentar síntomas psicósomáticos y a sentir que eran poco amigables y que no les caían bien a los demás. Las mujeres tendieron a sentirse pesimistas respecto a su futuro y a sus expectativas.

Una investigación efectuada con 3,459 estudiantes de bachillerato del Distrito Federal, se encontró que 47% había tenido por lo menos un síntoma de ideación suicida la semana anterior a la encuesta; 17% indicó haber pensado quitarse la vida y 10% respondió afirmativamente a los cuatro reactivos de ideación suicida. En las mujeres se encontró en una proporción ligeramente mayor que en los hombres, con pocas variaciones en los grupos de edad de 13 y 19 años ( Medina-Mora y cols. 1994, citado por González, Díaz, León, González-Forteza y González, 2000 ).

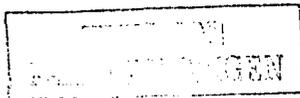
Finalmente, González, Díaz, León, González-Forteza y González ( 2000 ), realizaron un estudio con 122 estudiantes universitarios que acudieron al Servicio de Psiquiatría del Departamento de Psicología Médica y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, cuyas edades se ubicaron entre los 17 y 25 años, los resultados encontraron que el 18% de los participantes tenían ideación suicida, esto es, 23 de ellos; de estos, 22 fueron correctamente identificados por la escala de Ideación Suicida de Beck.

Las investigaciones referidas hasta ahora, tienen un común denominador y está asociado al hecho de que o son dirigidas a poblaciones estudiantiles o a grupos de jóvenes cuya edad



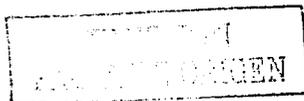
coincide con la muestra que fue estudiada en esta investigación, aunque los datos señalados no corresponden a instituciones de salud, salvo la efectuada por González González, Díaz, León, González-Forzeza y González ( 2000 ). Por ello, nos parece pertinente hacer mención a lo realizado por Hemann ( 1989 ), quién en un estudio efectuado en el Hospital de Urgencias del DDF, en el Instituto de Rehabilitación y en el IMSS, con 120 sujetos, divididos en cuatro grupos: Intentos, Rumiantes, Potenciales y Control, los resultados arrojaron que la mayoría de los sujetos eran solteros, que las mujeres fueron las más representativas en el grupo de intentos con un 56.7% y la menor en el grupo de potenciales 43.3% de una muestra de 60 mujeres estudiadas, mientras que en el grupo de los hombres la relación fue inversa, el mayor porcentaje de los hombres estuvo en los potenciales y el menor en intentos, así mismo, reporto que en el grupo de intentos, un 73.3% de los 30 sujetos habían cometido dos previos intentos de suicidio y un 23.3% solo un intento previo, en el grupo de intento la depresión fue la conducta más alta que presentaron en comparación con las ansiedades y finalmente menciona que el 53.2% de la población de parasuicidas tuvo un verdadero deseo de morir y un 89.9% de los 30 casos cometieron un acto con alta probabilidad de consumarlo.

Asimismo, Mondragón, Borges y Gutiérrez ( 2001 ) realizaron un análisis de los resultados de varios estudios en diferentes poblaciones de México sobre intento y la ideación suicida, en su mayoría, estos fueron encuestas representativas de hogares y escuelas, así como estudios en escenarios clínicos y reportaron que la prevalencia de intento de suicidio en la población adolescente y en la adulta, comenzando por la primera, se observa un rango en la prevalencia nacional de 1.4% hasta 10.1%. Los intentos de suicidio fueron más comunes entre las mujeres adolescentes. En cuanto a la prevalencia de ideación suicida en los estudiantes y en población adulta, en la población estudiantil, osciló entre el 1.0% y el 40,7%. El rango de prevalencia en la población adulta fue de 5.7% en los pacientes de salas de urgencia de Pachuca, a 10.1% en los pacientes de un Hospital General del D. F. y finalmente reportaron que la prevalencia de los intentos de suicidio es menor que la de la ideación suicida.



Una investigación efectuada por Rosas ( 1985 ) en la Dirección General de Servicios Médicos de la Universidad Nacional Autónoma de México para identificar depresión en la población estudiantil universitaria de nivel superior con una muestra de 100 sujetos que asistieron a solicitar consulta al servicio de salud mental, en donde se aplicó el MMPI y la Escala de automedición de la depresión de Zung, encontró que el 76% presentó depresión, en donde las mujeres tendieron a deprimirse más que los hombres, en una proporción del 2.56 y que la edad en donde hubo una mayor frecuencia, fue en aquéllos cuya edad se ubicó entre los 19 y 20 años. Ciertamente este estudio no esta dirigido a investigar tendencias suicidas, pero su importancia radica en el hecho de que efectuó en el mismo centro de salud, en donde se llevo a cabo la investigación que nos ocupa.

Las investigaciones ya señaladas y realizadas en nuestro país, como pudimos observar se refieren más a estudios generales sobre suicidio y parasuicidio y de un tiempo a la fecha sobre ideación suicida con estudiantes universitarios y con población de jóvenes. Sobre este tipo de estudios se tienen pocas referencias, ya que es un tema que paulatinamente ha ido llamando la atención, lo cual no debería ser; ya que es algo que dada la importancia que tiene un problema de este tipo y las consecuencias que esto conlleva para el sujeto mismo y para los que le rodean, debe ser abordado con mayor frecuencia, inclusive en niños, ya que se tiene la creencia de que éstos no tienen motivos para pensar en la muerte, lo cual es de dudarse y si a ello agregamos las dificultades existentes para tener cifras claras del problema, el asunto se complica mucho más, en una población, con estas características.



ASPECTOS CLINICOS Y SOCIALES SOBRE IDEACION SUICIDA,  
PARASUICIDIO Y SUICIDIO

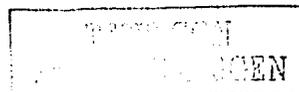
El suicidio es un fenómeno que ha sido abordado por la psiquiatría, la psicología y la sociología, pretendiendo encontrar explicaciones que den cuenta del fenómeno, el cual a su vez es provocado por una serie de factores, entre los que se destacan los del ambiente. El número de suicidios varía respondiendo a acontecimientos sucedidos en el ambiente familiar o social del individuo. Por ello es necesario conocer algunos de los conceptos vertidos por estas disciplinas acerca del suicidio, parasuicidio y de la ideación suicida.

2.1 ASPECTOS PSIQUIATRICOS.

Algunos autores como Ey, Bernard y Brisset ( 1978 ), refieren que el suicidio constituye la más frecuente reacción antisocial de la patología mental. Se habla con frecuencia de " ideas de suicidio ", pero estas " ideas " son la expresión de un trastorno instinto-afectivo muy profundo, en dónde se relacionan la angustia y el delirio. Existen diversas causas, razones y motivaciones que pueden llevar a un sujeto a pensar en el desecho de morir y a intentar cometer un acto suicida, algunos de ellos pueden ser:

a) algunos suicidios se cumplen en forma de una impulsión irresistible inconsciente, como en el caso de ciertos estados de confusión epiléptica, de borrachera patológica o en el curso de la melancolía estuporosa.

b) el suicidio más frecuente y característico es el de la crisis de melancolía. El sujeto vive la experiencia de la muerte, a la vez deseada y temida. Pasa al acto en brusco movimiento de autodestrucción o después de una lúgubre meditación que le permite prepararlo. Es frecuente en el transcurso de las crisis de melancolía, en los " coletazos de melancolía ",



cuando las impulsiones al suicidio son más de temer. Ocurre también en ocasiones que estos enfermos arrastran consigo hacia la muerte a sus hijos o su familia ( suicidio colectivo, también ampliado o altruista ) pudiendo conducir a verdaderas matanzas, si bien el caso es excepcional.

c) el suicidio puede ser también el resultado de un delirio ( delirio de persecución, delirio hipocondríaco ).

d) más raramente aún, la pulsión autodestructiva puede ser tan sólo virtual ; obsesión-impulsión al suicidio, como ocurre en ciertas neurosis fóbicas u obsesivas. Generalmente en este caso, el suicidio no se ejecuta y, si la obsesión pasa al acto no es sino el término de una larga lucha del sujeto consigo mismo.

Las veleidades, las ideas, y las tentativas de suicidio son evidentemente más frecuentes que los suicidios consumados, sobre todo en las mujeres y en los estados de depresión neurótica, en dónde las tendencias suicidas tienen a menudo un aspecto reivindicativo o de chantaje afectivo.

Generalmente y como es natural, los medios de " autólisis " son los más empleados: envenenamiento, asfixia, ahogo, ahorcamiento, disparo con arma de fuego. Algunas veces, se debe destacar que la ingeniosidad de los enfermos en este aspecto es inagotable y que algunos llegan a suicidarse tragando guijarros, sumergiendo la cara en una cubeta, por estrangulación con la ayuda de un pañuelo o seccionándose las venas de la muñecas con el auxilio de un trozo minúsculo de vidrio o de una pluma. Otras veces el suicidio reviste un carácter parcial: automutilación, castración en ciertos esquizofrénicos o en ciertos delirantes homosexuales que desean cambiar de sexo ( Ey, Bernard y Brisset 1978 ).

Estimaciones conservadoras indican que el intento de suicidio es diez veces más frecuente que el suicidio consumado, estas cifras no incluyen los " accidentes " mortales motivados

TEJES CON  
FALLA DE ORIGEN

de manera inconsciente, ni las numerosas conductas autodestructivas de otras clases ( por ejem. alcoholismo )( Goldman, 1989 ).

## 2.2 PSICOLOGÍA DE LOS ESTADOS DEPRESIVOS

El suicidio es un acto de autosadismo intenso. El YO realiza una acción agresiva contra sí, de una fuerza tal que consigue destruirse.

La enfermedad psíquica en que seguramente es más intenso el peligro de suicidio es la melancolía. Con su muerte quieren rehuir una vida desagradable o que buscan la muerte para castigarse de sus múltiples culpas. Las tendencias autoagresivas del melancólico no se manifiestan solamente en sus ideas de suicidio sino también en los reproches que por diferentes motivos se hacen a sí mismos.

“ Las ideas delirantes no faltan en ningún caso palpable de melancolía y toman la forma de ruina económica, corporal y psíquica”. Así, los enfermos piensan “ que se han conducido de un modo indigno, que no hay nada que pueda salvarlos”; “revisan involuntariamente toda su vida en busca de culpas; convierten pequeñas faltas o acciones inocentes en grandes pecados”. También se creen causantes de las desgracias que ocurren a su alrededor, “ Piensan que son culpables de que los otros pacientes estén enfermos, de que alguno se haya muerto.....Creer que serán castigados en este mundo y en el otro, casi siempre de un modo horrible”.

Freud ha demostrado que la quejas del melancólico son reproches que el enfermo hace a un objeto que ha introyectado en su YO. La fórmula de “los autoreproches son acusaciones”, resume las conclusiones de Freud. Es decir, el melancólico, cuando dirige su agresividad contra sí mismo, en realidad quiere atacar a un objeto exterior ( citado por Guarnier, 1978 ).

Karl Meninger ( 1938 ), es uno de los pocos autores que ha mantenido la idea de que el suicidio es el resultado de la lucha entre los instintos de vida y de muerte. Todos los actos autodestructivos serán provocados por un conflicto entre el impulso agresivo dirigido contra el YO y una tendencia para la autoconservación. Además, este psicoanalista norteamericano formula una de las mejores clasificaciones de los individuos suicidas de acuerdo con sus motivaciones esenciales: a) El deseo de morir, b) El deseo de matar, y c) El deseo de ser muerto. La persona que anhela morir, quiere básicamente escapar de algo insatisfactorio en su propia vida y puede encontrarse en un estado de sufrimiento, tanto desde el punto de vista psicológico como físico. El individuo que ansía matar, puede ver en el suicidio un acto de desquite que inflige sufrimiento y culpa a otras personas. Finalmente, el ser humano que quiere ser destruido, aspira a un castigo por un acto o pensamiento que considera malo ( citado por Guarner, 1978 ).

## 2.2.1 CONSIDERACIONES PSICOANALITICAS DEL SUICIDIO

Conforme a lo descrito con anterioridad, podemos pensar que la ideación suicida, parasuicidio y el suicidio, son conductas que pueden aparecer en cualquier individuo que no necesariamente curse con algún trastorno psicológico o psiquiátrico; al mismo tiempo, es de considerar, que es en los estados melancólicos en los que habitualmente y con mayor frecuencia aparecen estas manifestaciones, ello implica que debemos conocer más a este respecto, de ahí la importancia de distinguir entre el duelo y la melancolía.

### 2.2.1.1 DUELO

El duelo es, por lo general la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente; la patria, la libertad, el ideal, etc.. Jamás debemos considerar el duelo como un estado patológico y someter al sujeto a un tratamiento médico, aunque se trata de un estado que le impone considerables desviaciones de su conducta normal. Confiamos

efectivamente, en que al cabo de algún tiempo desaparecerá por sí solo y juzgaremos inadecuado e incluso perjudicial perturbarlo ( Freud, 1915, en Ballesteros, 3ª ed. ).

El duelo intenso integra un doloroso estado de ánimo, la cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de elegir un nuevo objeto amoroso y el apartamiento de toda actividad. Comprendemos que esta inhibición y restricción del YO, es la expresión de su entrega total al duelo que no deja nada para otros propósitos e intereses.

Para Freud ( 1917, en Ballesteros 3ª ed. ), este estado no es patológico porque el examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado no existe ya, y demanda que la libido abandone todas sus ligaduras con él mismo. Contra esta demanda surge una oposición que puede ser tan intensa, que surjan el apartamiento de la realidad y la conservación del objeto por medio de una psicosis alucinatoria. Lo normal es que el respeto a la realidad obtenga la victoria. Pero su mandato no puede ser llevado a cabo inmediatamente, sino de modo paulatino, con gasto de tiempo y energía, continuando mientras tanto la existencia psíquica del objeto perdido. No es fácil indicar en términos de la economía, porque la transacción que supone, esta lenta y paulatina realización del mandato de la realidad, ha de ser tan dolorosa, al final de la labor del duelo, vuelve a quedar el YO libre y exento de toda inhibición.

### 2.2.1.2 MELANCOLIA

Se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución de amor propio. Esta última se traduce en reproches y acusaciones que el paciente se hace así mismo, y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo. La melancolía constituye también indirectamente una reacción a la pérdida de un objeto amado, otras veces, observamos que la pérdida es de naturaleza más ideal. El sujeto no ha muerto, pero ha quedado perdido como objeto erótico. Por último, en otras ocasiones creemos deber mantener la hipótesis de tal pérdida: pero no conseguimos

TECNO CON  
FALLA DE ORIGEN

distinguir claramente qué es lo que inconscientemente el sujeto ha perdido y hemos de admitir que tampoco a éste le es posible percibirlo conscientemente. En este caso la pérdida, causa de la melancolía, es conocida al enfermo, el cual sabe a quien ha perdido, pero no lo que con él ha perdido.

El melancólico muestra, además, otro carácter que no hallamos en el duelo, una disminución de su amor propio, o sea un considerable empobrecimiento de su YO. El paciente describe su YO como indigno de toda estimación, incapaz de rendimiento valioso alguno y moralmente condenable, se dirige amargos reproches, se insulta y espera la repulsa y el castigo.

Si oímos pacientemente las múltiples autoacusaciones del melancólico, acabamos por experimentar la impresión de que las más violentas resultan con frecuencia muy poco adecuadas a la personalidad del sujeto, y en cambio, pueden adaptarse con pequeñas modificaciones, a otra persona a la que el enfermo ama, ha amado o debía amar, haciéndonos reconocer que los reproches con los que el enfermo se abruma, corresponden en realidad a otra persona, a un objeto erótico, y han sido vueltas contra el propio YO.

En el melancólico observamos el deseo de comunicar a todo el mundo sus propios defectos, como si en este rebajamiento hallará una satisfacción. Así pues, carece de importancia que el paciente tenga o no razón en su autocrítica, lo esencial, es que describe exactamente su situación psicológica, ha perdido la propia estimación y debe tener razones para ello. Conforme a la analogía de esta enfermedad con el duelo, habríamos de deducir que el paciente ha sufrido la pérdida de un objeto, pero de sus manifestaciones, inferimos que la pérdida ha tenido efecto en su propio YO. Vemos en efecto, como una parte del YO se sitúa frente a la otra y la valora críticamente como si la tomará por objeto.

El sadismo que existe en el enfermo para sí mismo, nos aclara el enigma de la tendencia al suicidio. Hemos reconocido como estado primitivo y punto de partida de la vida instintiva, un extraordinario amor hacia sí mismo del YO y comprobamos en el miedo provocado por

una amenaza de muerte la liberación de tan enorme montante de libido narcisista, que no comprendemos como el YO puede consentir su propia destrucción. Sabíamos ciertamente que ningún neurótico experimenta impulsos al suicidio que no sean impulsos homicidas, orientados primero hacia otras personas y vueltos luego contra el YO, pero continuábamos sin comprender por medio de que juego de fuerzas podían convertirse tales impulsos en actos. El análisis de la melancolía muestra ahora que el YO no puede darse muerte, sino cuando el retorno de la carga de objeto le hace posible tratarse a sí mismo como objeto; esto es, cuando puede dirigir contra sí mismo la hostilidad que tiene hacia un objeto, hostilidad que representa la reacción primitiva del YO contra los objetos del mundo exterior. Así pues, en la regresión de la elección narcisista de objeto, queda el objeto abandonado, más a pesar de ello, ha demostrado ser más poderoso que el YO. En el suicidio y en el enamoramiento extremo, situaciones opuestas, queda el YO igualmente dominado por el objeto, si bien en forma muy distinta. ( Freud, 1917, en Ballesteros, 3ª ed. ).

### 2.2.1.3 OTRAS CONSIDERACIONES PSICOANALITICAS

La primera mención que Freud hace sobre el suicidio aparece en Psicopatología de la Vida Cotidiana ( 1901 ), en la que apunta al referirse a los actos accidentales, que en todos ellos siempre existe una búsqueda del autocastigo. Freud asegura que aún en el hecho consistente de cometer un suicidio, se escoge: el tiempo y los medios para llevarlo a cabo.

Asimismo, en Totem y Tabú ( 1913 ), Freud afirma que los impulsos hacia la autodestrucción de un neurótico, pueden ser deseos de castigo dirigidos hacia otra persona. En Más Allá del Principio del Placer ( 1920 ), atribuye el problema de la destructividad del ser humano a sus instintos. A partir de aquí, Freud elabora, que existe una tendencia propia de lo orgánico para encontrar su estado anterior. Sin expresión alguna, tenemos que aceptar que todo lo inanimado existía antes que lo animado, los instintos de conservación y de búsqueda del poder son parciales, y están destinados a asegurar al organismo su peculiar camino hacia la muerte.

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

Fenichel ( 1932, 3ª reimpresión 1988 ) refiere que en la fuerte tendencia del deprimido al suicidio, al tratar de aplacar al SUPER YO mediante la sumisión, el YO ha errado el cálculo. El perdón que busca no puede ser logrado, porque aquella parte de la personalidad a la que está cortejando, se ha tornado, por la regresión, desordenadamente cruel y ha perdido la capacidad de perdonar.

El suicidio del depresivo es, una vuelta del sadismo contra la propia persona, y la tesis de que nadie se quita la vida sin haber intentado antes matar a otro, es comprobada por el suicidio de los depresivos. Desde el punto de vista del YO, el suicidio es, ante todo, una expresión del hecho de que la terrible tensión producida por el SUPER YO se ha hecho insoportable.

La pérdida de la autoestima es tan completa que se abandona toda esperanza de recuperarla. " El YO se ve desamparado por su SUPER YO, y se deja morir ".

Hay otros actos suicidas que tienen un carácter mucho más activo, afirmándose como intentos desesperados de imponer a toda costa la cesación de la presión del SUPER YO. Representan los actos más extremos de sumisión congraciatoria al castigo y a la crueldad del SUPER YO. Al mismo tiempo, representan los actos más extremos de rebelión, vale decir, el asesinato; el asesinato de los objetos originales con cuya incorporación fue creada el SUPER YO. Esta mezcla de sumisión y rebelión constituye el punto culminante en la acusadora ostentación de desdicha, destinada a forzar el perdón: " Míra lo que me has hecho; ahora tienes que ser nuevamente bueno ".

El análisis de tentativas de suicidio a menudo demuestran que se ha establecido una vinculación entre la idea de estar muerto o de morir y ciertas fantasías placenteras y henchidas de esperanza.

En la melancolía, las ilusiones, llenas de esperanza, vinculadas a la idea de suicidio, se relacionan con el perdón y la reconciliación, forzados mediante la máxima sumisión y

rebelión simultáneas, la muerte del SUPER YO castigador, y el restablecimiento de la unión con el SUPER YO protector.

Algunas veces, las esperanzas del YO parecen no ser vanas. Un simple cambio de catexis libra al YO de las terribles fuerzas que operan dentro de él. Las esperanzas que son ilusorias en el caso del suicidio, tienen efectiva realización, hasta cierto punto, en la manía. El SUPER YO malo es destruido, el YO parece unido, en amor narcisista, a un SUPER YO protector y purificado. Hay otros casos, en que la depresión cesa sin manía, del mismo modo en que un duelo normal llega a su término después de cierto tiempo. Los factores que determinan si el resultado ha de ser, y cuando ha de ser, un suicidio, un ataque maniaco o la recuperación de la salud, factores que indudablemente son de naturaleza cuantitativa, son todavía desconocidos.

#### 2.2.1.4 LA PÉRDIDA DEL OBJETO LIBIDINAL

La muerte de la persona amada o el quebranto económico los siente el individuo como pérdidas irreparables. Para dicho individuo la vida carece de interés, ya que se considera incapaz de satisfacer gran parte de sus deseos. Al perder su vida el carácter interesante o agradable, no nos extraña que el individuo piense poner fin a su existencia, suicidándose.

Psicoanalíticamente se podría expresar este hecho diciendo que la pérdida de un objeto libidinal muy valioso es una de las motivaciones del suicidio.

El suicida desea desaparecer de la vida, del mismo modo que para él ha desaparecido su objeto libidinal. Existe, en cierto modo, una identificación con el objeto perdido y también con la suerte acaecida a este objeto. La identificación con una persona querida que ha muerto es a veces tan intensa que puede conducir a desear la misma muerte aquella.

TRUNC CON  
FALLA DE ORIGEN

## 2.2.2 CONSIDERACIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES

Aaron T. Beck, ( 1979, citado por Hemann, 1989 ) desarrollo un modelo, cuyo interés estaba centrado en la forma como se adquieren los desordenes emocionales, específicamente la depresión, trastorno emocional asociado a la conducta suicida.

El modelo propone que las experiencias primarias del sujeto proveen las bases para formar conceptos negativos acerca de sí mismo, del futuro y del mundo exterior. Estos son conceptos negativos ( esquemas ) que están latentes, pero que pueden ser activados por circunstancias específicas que sean análogas a experiencias inicialmente responsables en establecer actitudes negativas. Así, casos en los que se presentan divorcios o desintegración familiar, pueden ser situaciones que activen el concepto de una " Pérdida Irreversible ", asociada con la muerte del padre o madre de un individuo. Alternativamente la depresión también puede dispararse por una anomalía física o una enfermedad que active las creencias latentes de una persona y que pueden estar destinadas a una vida de sufrimiento ( Beck, Rush y Emery, 1979 ) ( citado por Hemann, 1989 ).

La depresión parece ser desencadenada por el contenido propio de las creencias establecidas en un esquema cognoscitivo que se centra sobre una " pérdida significativa ". El sujeto percibe que ha " perdido " algo que consideraba esencial para su felicidad o tranquilidad. Al considerar el concepto de pérdida, el sujeto se identifica así mismo con está, se siente un ser inferior, incapaz de hacerse responsable y lograr sus metas, es un fracaso o se siente como un ser fracasado. Al hablar de pérdida, hay que considerar los significados connotativos, lo que representa una pérdida dolorosa para una persona, puede ser muy trivial para otra, área donde se puede detectar tanto las diferencias individuales de los significados que se dan a la pérdida, como la idiosincrasia de las reglas en las que se basa la interpretación de un evento. Estas pérdidas en los depresivos generalmente resultan ser pseudo-pérdidas o pérdidas hipotéticas.

CON  
FUELLA DE ORIGEN

Se cree que a partir de la percepción irreal o percibida inapropiadamente o negativamente por el sujeto de un evento externo, éste adquiere información que procesa estableciendo creencias negativas o modificando esquemas cognoscitivos más complejos. La alta carga negativa con la que se permite una interpretación, se sustenta en ausencia irreversible de un evento, por ejemplo, la pérdida de una persona altamente significativa para el sujeto y que viene a producir un tipo de depresión, que se cree está íntimamente relacionada con una conducta auto-destructiva, llevándolo al suicidio ( Beck, Rush y Emery, 1979, citado por Hemann, 1989 ).

### 2.3 ASPECTOS SOCIALES

La primera contribución importante del problema del suicidio fue realizada a finales del último siglo por el sociólogo francés Emile Durkheim ( 1976 ), en un intento de explicar los patrones estadísticos, dividió los suicidios en tres categorías sociales; Egoísta, Altruista y Anómico.

El suicidio Egoísta, comprendía a aquellas personas que se suponía no habían estado sólidamente integrados en ningún grupo social y que resulta de la alienación del individuo respecto de su medio social.

El suicidio Altruista, representaba al grupo cuya tendencia al suicidio procedía de su excesiva integración en un grupo, ejemplo de ello serían algunas clases de la sociedad japonesa. Que se encuentra en sociedades rígidamente estructuradas que ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal, y hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral. Según Durkheim, el " suicidio altruista " es el que se comete por vergüenza, cuando alguien ha quebrantado las normas de su grupo.

El suicidio Anómico, se produce, cuando un trastorno en el equilibrio de la integración de la persona con la sociedad le deja sin sus normas de conducta habituales, ejemplo de ello,

los que han sufrido cambios drásticos en su situación económica o los divorciados. Que se da cuando un fallo o dislocación de los valores sociales lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida. La expresión de " suicidio anómico ", fue inventada por Durkheim, como estado social, es una falta de dirección que suele aparecer en las épocas de revolución social. En el individuo se corresponde con un desconcierto o lo que hoy se suele definir como alienación o pérdida de identidad. La anomía es un estado de sociedad en el que los valores tradicionales han dejado de tener autoridad, mientras que los nuevos ideales, objetivos y normas todavía carecen de fuerza. La anomía es un estado social en que cada individuo o cada grupo busca por sí solo su camino, sin un orden que le conecte con los demás; un estado no sólo peligroso en extremo para la integridad de la sociedad, sino también para aquellos individuos que viven dentro de esa sociedad y que, por motivos individuales tienen especial tendencia a la desesperación.

En las tres categorías, la probabilidad de que un individuo dado sea expuesto a situaciones que conduzcan al suicidio está determinada por la estructura social. Para Durkheim el que una persona determinada sucumba o no en realidad a esas situaciones es un caso particular, es una cuestión que corresponde a otra disciplina: la psicología ( Durkheim, 1976 ).

Con el desarrollo científico e industrial, la familia, el estado, la iglesia, ya no representan las fuerzas para la integración social que habían y no se ha encontrado nada para sustituir. El suicidio, lo mismo que el crimen, la neurosis y el alcoholismo, es un factor que mide la presión y la tensión sociales ( Freedman y Kaplan, 1984 ).

## 2.4 INDICIOS SOBRE EL SUICIDIO

Las personas que están pensando en suicidarse suelen brindar indicios que deben valorarse con mucho cuidado:

FALLA DE ORIGEN

a) Indicios verbales; el individuo hace afirmaciones directas sobre sus deseos de morir o de " terminar con todo ".

b) Indicios de conducta; un indicio de la conducta directo, es la ingestión de una cantidad pequeña de algún fármaco potencialmente mortal. Indicios directos, serían poner los asuntos en orden, comprar un ataúd y obsequiar posesiones muy preciadas.

c) Indicios situacionales; son inherentes en las experiencias de la vida relacionadas con tensiones importantes, por ejemplo, un procedimiento quirúrgico inminente, un diagnóstico de enfermedad crónica mortal o una pérdida reciente.

d) Indicios sindrómicos; son ciertas consideraciones de emociones que se acompañan a menudo de suicidio, la más común, es la depresión, pero hay otras, por ejemplo, en un caso de delirio agudo la conducta suicida puede ser un intento de huir de alguna amenaza imaginaria ( Goldman, 1989 ).

#### 2.4.1 VALORACIÓN DEL GRADO DE RIESGO DE SUICIDIO.

Si el médico ha establecido que el paciente manifieste un grado de suicidio, deberá valorarse la gravedad del mismo: a) Pensamientos transitorios sobre la muerte, las personas que tienen ideas transitorias de muerte pueden albergar también fantasías como " Me extrañarán cuando me haya marchado ", b) Pensamientos sostenidos sobre la muerte y deseos recurrentes de morir, en ocasiones se producen gustos suicidas, como cortarse superficialmente las muñecas o ingerir fármacos no letales, c) Sentimientos frustrados y conducta impulsiva, el paciente puede tener pocas esperanzas de encontrar apoyo en el ambiente, por lo tanto, se encuentra frustrado y muy irritado gran parte del tiempo, la ira puede volverse hacia el interior y culminar en la posibilidad de un acto suicida u homicida, d) Último recurso, puede sentir que ha agotado todos sus recursos emocionales, ya no siente ira, frustración o desesperación, y considera a la muerte como una manera de evitar la

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

angustia ulterior, e) Decisión lógica de morir, la persona puede afrontar el suicidio desde un punto de vista lógico y filosófico, ésta considera que la muerte es inevitable y rara vez llega a la asistencia del médico ( Goldman, 1989 ).

## 2.5 EL MANEJO DEL DEPRESIVO SEVERO Y SUS TENDENCIAS SUICIDAS.

El individuo severamente deprimido ha perdido un objeto o la meta que representa a éste, pero al mismo tiempo se siente profundamente culpable de su agresión, con la cual amenaza a través del suicidio. Esto sucede probablemente en la misma forma en que lo hacían sus padres intimidándolo por medio del abandono.

La pérdida de objeto es la esencia de la depresión, el movimiento terapéutico inicial será suplir una nueva relación objetal en la transferencia. Por lo tanto, ésta sustitución estará caracterizada por los mismos elementos que compusieron la relación anterior. Es decir, la base de ella será la ambivalencia y la solución estará encaminada a buscar la descarga de la agresión contenida. Podemos asegurar que la hostilidad del suicida es más intensa porque no puede ser dirigida en contra de un objeto del mundo externo.

La expresión del odio internalizado constituye la base para sacar adelante al enfermo melancólico. Si éste manifiesta su rabia en la situación terapéutica el riesgo de que atenté en oposición hacia su vida disminuye. Es por ello que la agresión y críticas que el paciente hace deben ser aceptadas y resulta esencial que la hostilidad se ponga en evidencia en una forma abierta, que no permanezca latente.

El problema estructural del paciente está constituido por un YO masoquista que actúa coartado ante un SUPER YO sádico. Para salvarle la vida debe buscarse que el odio internalizado sea volcado hacia los objetos externos, así mismo, otro problema importante en el manejo del deprimido severo lo constituyen las enormes demandas orales que constantemente realizan los pacientes. La eliminación de la melancolía, no quiere decir que

TRABAJO  
FALLA DE ORIGEN

los rasgos profundos del carácter hayan sido suprimidos. Los aspectos demandantes de súplica y hasta de pegajosidad deben ser confrontados intensamente pues es frecuente que provoquen reacciones contratransferenciales negativas, son estas conductas características con las imploraciones del deprimido las que provocan numerosos fracasos terapéuticos. Resulta difícil aceptar con paciencia a estos enfermos increíblemente aburridos en comparación a los neuróticos verbales. Los melancólicos producen con frecuencia derrotas a los esfuerzos terapéuticos, a menos, que todos estos aspectos les sean interpretados ( Guarner, 1978 ).

## 2.6 PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

El concepto subyacente y que justifica los esfuerzos de prevención del suicidio consiste en que las personas que piensan cometerlo, pueden de todas maneras, desear que se les impida hacerlo. Incluso los que no desean que los " rescaten ". La observación astuta, puede descubrir casi siempre indicios de las situaciones suicidas. Casi toda la conducta suicida se origina en una sensación de aislamiento y angustia. La función del suicidio es terminar la existencia insoportable ( Goldman, 1989 ).

Muchas personas que se consideran casos de riesgo de suicidio no requieren hospitalización. Los que se encuentran en las categorías de alto riesgo, deben hospitalizarse. Las personas con ideas suicidas no deben recibir medios que faciliten sus intenciones, no deben tener acceso a ventanas fáciles de abrir, cubos de escaleras, se evitará que tengan en su poder instrumentos potenciales de suicidio, como agujetas de calzado, cinturones, instrumentos cortantes, estos pacientes necesitan observación estrecha constantemente ( Goldman, 1989 ).

El tratamiento apropiado suele consistir en psicoterapia, farmacoterapia y en algunos casos terapéutica electroconvulsiva ( Goldman, 1989 ).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por otra parte, algunos autores como Kaplan ( 1966 ) mencionan la importancia que tiene la prevención secundaria que es la que se lleva a cabo mientras los trastornos mentales tienen una sintomatología activa. Otros autores como Shneidman ( 1968 ) prefieren utilizar el término de " intervención " cuya base es la de actuar en el enfermo que ya ha intentado suicidarse o que está a punto de autoagredirse, es decir, actuar durante la crisis suicida. Se trata de detectar a las personas con intenciones autolíticas, conseguir que dichas personas asistan a algún centro donde se les preste ayuda y administrarles un tratamiento adecuado, tanto si aún no han intentado suicidarse como si lo han hecho sin lograr sus propósitos. La detección de los avisos suicidas, es otra de las tareas que le concierne a la prevención secundaria y que todos los médicos deben tomar en cuenta frente a un paciente, especialmente si son médicos generales internistas, psiquiatras, psicólogos de empresa o familiares. La mayoría de los futuros suicidas acuden a un médico poco antes de autoagredirse. La mayoría de las veces no lo avisan en forma directa, menos de un 15% de los sujetos lo avisa directamente, pero más de un 60% lo comunica en forma directa o indirecta ( De las Heras, Abril, Gaona y Civerra, 1989 ).

A partir de esta revisión, se ha pretendido comprender los mecanismos que están asociados a la aparición de ideas suicidas y lo que favorece su desarrollo, hasta el grado de llevar a un sujeto a autodestruirse, así como de lo que debe ser tomado en cuenta por los especialistas para prevenir estas conductas. Hemos intentado abordarlo desde diferentes enfoques, tanto psicológicos como sociales y consideramos que esto nos permite aproximarnos a intentar discernir las complejidades existentes en el ser humano y sus motivaciones tanto conscientes como inconscientes, que facilitan la expresión de impulsos agresivos y que pueden llevarlo a la muerte.

METODOLOGIA

3.1 PROBLEMA.

¿ Habrá diferencias en relación a la presencia de ideación suicida y conductas parasuicidas en los alumnos que asisten al servicio de consulta externa ( medicina general y salud mental ) en la Dirección General de Servicios Médicos de la Universidad Nacional Autónoma de México ?.

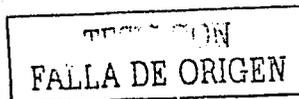
3.2 OBJETIVOS

3.2.1 Objetivo General.

Conocer las diferencias en relación a la presencia de ideación suicida y conductas parasuicidas en pacientes que asisten al servicio de consulta externa ( medicina general y salud mental ), de acuerdo al sexo, factores sociales, factores psicológicos, depresión, desesperanza

3.2.2 Objetivos específicos.

a) Conocer la presencia de ideación suicida y conductas parasuicidas en los pacientes que acuden al servicio de consulta externa ( medicina general y salud mental ), por sexo.



b) Conocer la presencia de ideación suicida y conductas parasuicidas en los pacientes que acuden al servicio de consulta externa ( medicina general y salud mental ) y los factores sociales relacionados.

c) Conocer la presencia de ideación suicida y conductas parasuicidas en los pacientes que acuden al servicio de consulta externa ( medicina general y salud mental ) y los factores psicológicos relacionados.

d) Conocer la presencia de ideación suicida y conductas parasuicidas en los pacientes que acuden al servicio de consulta externa ( medicina general y salud mental ) y la aparición de depresión.

e) Conocer la presencia de ideación suicida y conductas parasuicidas en los pacientes que acuden al servicio de consulta externa ( medicina general y salud mental ) y la aparición de desesperanza.

f) Conocer si existen hábitos en cuanto a consumo de alcohol en los pacientes que acuden al servicio de consulta externa ( medicina general y salud mental ).

g) Establecer la confiabilidad y validez de los instrumentos a utilizar: Audit, Estrés, Beck ( depresión ), Beck ( desesperanza ) y Okasha.

### 3.3 HIPOTESIS.

H1- Existen diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de ocurrencia de ideación suicida y conductas parasuicidas entre los alumnos que asisten al servicio especializado de salud mental y los que asisten al servicio de medicina general en la Dirección General de Servicios Médicos de la U.N.A.M..

FECHA DE ORIGEN

H2- Existen diferencias significativas en cuanto a la aparición de ideación suicida y conductas parasuicidas por sexo en el servicio de consulta externa ( salud mental y medicina general ) de la Dirección General de Servicios Médicos de la U.N.A.M.

H3- Existe relación entre los factores sociales ( desempleo, pérdida del poder adquisitivo, nivel socioeconómico, etc. ) y la presencia de ideación suicida y conductas parasuicidas entre los pacientes que asisten al servicio de consulta externa ( salud mental y medicina general ) de la Dirección General de Servicios Médicos de la U.N.A.M.

H4- Existe relación entre los factores psicológicos ( problemas familiares, afectivos, enfermedades físicas y mentales, etc. ) y la aparición de ideación suicida y conductas parasuicidas entre los estudiantes que asisten al servicio de consulta externa ( salud mental y medicina general ) de la Dirección General de Servicios Médicos de la U.N.A.M.

H5- Hay relación entre la aparición de la depresión y la presencia de ideación suicida y conductas parasuicidas entre los estudiantes que asisten al servicio de consulta externa ( salud mental y medicina general ) de la Dirección General de Servicios Médicos de la U.N.A.M.

H6- Hay relación entre la aparición de la desesperanza y la presencia de ideación suicida y conductas parasuicidas entre los estudiantes que asisten al servicio de consulta externa ( salud mental y medicina general ) de la Dirección General de Servicios Médicos de la U.N.A.M.

TRABAJA CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3.4 VARIABLES.

a) Variables criterio; la presencia de ideación suicida y conductas parasuicidas.

b) Variables atributivas;

a) clínicas: depresión, desesperanza, enfermedades físicas y mentales.

b) sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico.

### 3.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES.

Depresión; trastorno emocional que se caracteriza por un descenso del humor que termina siendo triste y que se considerará su presencia en aquellos alumnos que al responder el test de depresión de Beck, estén por arriba del punto de corte utilizado que será de 14 y considerando la media ( +,- ) una D. S. y por los criterios establecidos por este autor.

Desesperanza; estado emocional que se caracteriza por una pérdida del interés y desilusión hacia los acontecimientos presentes y futuros y que se considerará su presencia en aquellos alumnos que al responder el test de desesperanza de Beck, estén por arriba del punto de corte que será de 9 y considerando la media ( +, - ) una D. S..

Enfermedad física; la presencia de algún trastorno físico que por su cronicidad altere las actividades diarias de estudiante.

Enfermedad mental; la presencia de algún trastorno mental no crónico que llegue a alterar las actividades diarias del estudiante.

TRABAJA CON  
FALLA DE ORIGEN

Ideación Suicida; la aparición de una idea o pensamiento en la cual el sujeto desea atentar contra sí mismo y en donde se considerarán para su presencia a los tres primeros ítems del test de Okasha.

Intención suicida: el desarrollo y maduración de una idea o pensamiento con tendencias claramente suicidas y en donde se considerará para su presencia los dos últimos ítems del test de Okasha.

Parasuicidio; realización de un acto, cuyo propósito es terminar con la propia existencia y no conseguir este cometido y que se considerará su existencia en aquellos sujetos que hayan intentado suicidarse en una o más ocasiones.

Problemas afectivos; conflictos y disminución en las demandas o necesidades afectivas que tiene el estudiante.

Problemas familiares; conflictos en la relación con uno o más miembros de la familia.

### 3.6 MÉTODO ( Diseño de investigación )

El diseño de investigación adecuado a las características del presente estudio, es el Ex Post Facto, ya que no se puede manipular la variable independiente ( clínicas y demográficas ), puesto que ésta ya ha acontecido. Este diseño se define como "una búsqueda sistemática empírica, en el cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes, porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables, se hacen inferencias sobre las relaciones de ellas, sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables independientes y dependientes" ( Kerlinger, 1979 ).

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

Criterios de selección; se realizó a través de un muestreo no probabilístico e intencional, para equilibrar el sexo, la edad y el servicio solicitado, de tal manera, que se seleccionó a cada sujeto que solicitó consulta por primera vez, en cualquiera de los servicios referidos.

### 3.7 MUESTRA.

La Dirección General de Servicios Médicos de la U.N.A.M. es una institución cuyo objetivo es preservar la salud del estudiante universitario, para ello cuenta con servicios de diversa índole, además de medicina general y salud mental, se cuenta con los de estomatología, ginecología, optometría, oftalmología, antropometría, dermatología, otorrinolaringología, rayos X, laboratorio y urgencias médicas, lo que implica una demanda de 4 000 consultas al mes aproximadamente, solicitadas por hombres y mujeres, tanto de primera vez como subsecuentes, en turnos matutino y vespertino. La muestra fue de 100 estudiantes que asistieron a solicitar consulta por primera vez, se descartaron aquellos sujetos que presentaron algún trastorno psicótico agudo que por su condición le impidiera responder los cuestionarios. Este discernimiento se hizo a través de la entrevista, así como a aquellos que ya hubieran solicitado uno u otro servicio con anterioridad a la aplicación de los instrumentos. Formaron parte de la muestra estudiantes de ambos sexos y cuya edad se ubicó entre los 18 y 30 años. En cuanto al estado civil, grupos étnicos, nivel socioeconómico o facultad en particular, no existieron restricciones.

### 3.8 INSTRUMENTOS.

La aparición de ideas suicidas, conductas parasuicidas y el suicidio mismo, son fenómenos que generalmente van acompañados de depresión y desesperanza, lo cual no quiere decir que así suceda en todos los casos, pero se considero importante aplicar los test de depresión y desesperanza de Beck y el test de expectativas de vivir y morir de Okasha ( Anexos ), así como el Audit ( para conocer hábitos sobre alcohol ), un cuestionario sobre adicciones.

sobre estrés y el Auto Reporte en el caso de quienes hayan intentado suicidarse y con ello tener un panorama más amplio de lo que sucede en la muestra.

Los instrumentos que se utilizaron, fueron los siguientes;

a) Cuestionario de datos personales; del que se obtendrán características demográficas y antecedentes personales como edad, sexo, estado civil, religión, lugar de nacimiento, nivel de estudios, ocupación e ingreso familiar.

b) La escala de depresión de Beck: diseñada para evaluar síntomas depresivos en el sujeto, evalúa la cognición (pensamiento) y las preocupaciones somáticas (físicas) que pudieran existir. Instrumento diseñado por Beck (1961) para tener una medida de las manifestaciones conductuales de la depresión. la prueba está integrada por 21 preguntas, cada una de las cuales se subdivide en 4 posibles respuestas, que van, desde la ausencia del síntoma hasta la presencia de éste y su severidad. Beck encontró, que el análisis de varianza de la prueba en relación a la comparación del grupo control y del grupo experimental fue de  $p < 0.001$ . En nuestro país esta prueba ha sido poco utilizada, dentro de estas investigaciones encontramos que, Torres-Castillo, Hernández-Malpica y Ortega-Soto (1991) aplicaron el instrumento en un hospital de cardiología a 96 pacientes mayores de 18 años de edad que sabían leer y escribir y con una enfermedad cardiovascular, los coeficientes calculados fueron  $r = 0.89$  CCI = 0.77 y Spearman Brown 0.87 lo cual indica que es un instrumento confiable y útil para evaluar sintomatología depresiva.

La evaluación de esta prueba implicó la utilización del criterio aplicado por Torres-Castillo, Hernández-Malpica y Ortega-Soto, (1991), en el IMP, en donde el punto de corte utilizado fue de 14; el cual también fue aplicado por Rocha H. (1993). Además serán considerados los criterios establecidos por Beck en relación al puntaje obtenido en la prueba por los estudiantes y que son los siguientes: 0-9 ausencia de depresión, 10-16 depresión media, 17-29 depresión moderada y 30-63 depresión severa.

FALLA DE ORIGEN

c) La escala de desesperanza de Beck: que explora la situación del sujeto durante la última semana y sus expectativas en torno al futuro y su deseo por superar situaciones adversas del presente, el instrumento consta de 20 reactivos, con dos opciones de respuesta, cierto o falso y en el que encontró una confiabilidad de .74 ( p menor a .001 ). En nuestro país, Facio y Tello ( 1996 ) aplicaron esta prueba a un grupo de 30 adolescentes mujeres, cuya edad se encontraba entre los 12 y 18 años, que habían tenido un intento o más de suicidio durante un periodo de un año y que se encontraban internadas en el Hospital Psiquiátrico Infantil " Juan N. Navarro ", durante el lapso de septiembre a agosto de 1994, al realizar el análisis estadístico tomaron como criterio de calificación, la media más una desviación estándar y cuyos resultados sugieren que este grupo presentaba desesperanza.

Para la evaluación de esta prueba se utilizó el mismo criterio de Facio y Tello ( 1996 ), que es el de la media más una desviación estándar y en donde además se estableció un punto de corte en 9.

d) Escala de expectativas de vivir y morir de Okasha ( 1981 ): en donde se explora la intensidad por el vivir o dejar de existir, además si el sujeto ha intentado quitarse la vida y lo que habría dado lugar o motivado este deseo. Examina la presencia y severidad de los sentimientos y de las conductas suicidas, está integrada por cinco preguntas las primeras cuatro indagan sobre sentimientos suicidas de diferente severidad y la última interroga sobre los intentos de suicidio. Cuando la respuesta es afirmativa, se pregunta que tan recientemente ha experimentado este tipo de sentimientos. Si la persona reporta que alguna vez ha experimentado la sensación de que "no vale la pena vivir" de que "ha deseado dejar de existir" se prosigue a la siguiente sección que indaga si el entrevistado ha estado a punto de quitarse la vida o si de hecho lo ha intentado. Esta escala se ha utilizado en México con resultados satisfactorios en las encuestas de hogares en población rural ( Medina Mora, García, Rascón y Otero, 1986 ). La escala fue sometida al análisis factorial y se obtuvieron los puntajes alfa de cada reactivo y de la escala global y los resultados mostraron que el coeficiente alpha global fue de .93 y los coeficientes por reactivo oscilaron entre .9283 y .9313 ( Medina-Mora, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo y Gómez, 1992 ).

Para la evaluación de esta prueba, se tomaron en cuenta los siguientes criterios; para determinar la aparición de ideación suicida, se consideraron a los tres primeros ítems de la prueba, para la presencia de intención suicida fueron los dos últimos ítems de la escala y el intento suicida fue evaluado a través de la última pregunta del test. Para las conductas parasuicidas, se consideró su presencia a partir de la respuesta que los estudiantes dieron en la prueba en cuanto al número de veces que han intentado suicidarse.

e) Audit; este instrumento permite identificar a las personas que tienen un consumo de alcohol problemático. La confiabilidad y validez de la escala ya fueron probadas en México por la OMS. ( WHO, 1987, De la Fuente, 1992, citado por Carreño, 1998 ). Se divide básicamente en tres partes: 1) las preguntas 1 a 3 son de frecuencia, cantidad del consumo de bebidas alcohólicas y consumo excesivo de 6 ó más copas por ocasión de consumo ( consumo peligroso ), b) las preguntas 4 a 6 sobre síntomas de dependencia y c) las preguntas 7 a 10 detectan otros problemas físicos y sociales ( consumo nocivo ). La calificación del AUDIT se obtiene a través de la suma de los valores asignados a cada una de las opciones de respuesta, de tal manera que si en la sumatoria se obtiene un puntaje mayor de 8 se califica como caso de consumo de alcohol problemático. En general, si en las tres primeras preguntas hay puntajes altos y en ausencia de puntajes elevados en el resto de las preguntas sugiere un consumo peligroso, de la misma manera si hay puntajes elevados en los reactivos 4, 5 y 6 sugieren la presencia de síntomas de dependencia y por último la presencia de puntajes elevados en el resto de los reactivos ( 7-10 ) indican un consumo nocivo para la salud por el consumo de alcohol. El Alpha de cronbach reportado por Carreño, fue de .82 y un alpha estandarizada de .86, al aplicar este instrumento a un grupo de trabajadores de una empresa textil.

f) Estrés: este instrumento fue aplicado por Carreño ( 1998 ) a un grupo de trabajadores de una empresa textil, para detectar estrés laboral. En él se le pregunta a los trabajadores sobre la preocupación que ellos experimentan en relación a diferentes situaciones cotidianas dentro de su ámbito laboral por un lado ( el riesgo de accidentes, exposición a explosivos, condiciones ambientales, etc. ), también su preocupación por salarios bajos, la asignación

MEC  
FALLA DE ORIGEN

de turnos extras para cubrir faltas, etc. y otras situaciones fuera del área del trabajo como son tiempo, dinero invertidos en el traslado al trabajo y no poder cuidar de sus tierras. A lo que puede contestar un grado diferente de preocupación " nada ", " poco " y " mucho ", por lo que la escala se califica sumando las respuestas y a mayor calificación mayor preocupación o nivel de estrés. En su estudio ella reporta un Alpha de cronbach de .82 y un Alpha estandarizada de .82.

Sobre éste formato, se desarrolló la escala de estrés en los estudiantes, de tal manera que fueron elaboradas una serie de preguntas acordes al ámbito académico y que consistieron en un total de 31, la cuales exploran desde: Estar en un plantel que no deseaba: Estudiar una carrera que no es de su interés: No contar con dinero suficiente para la adquisición de material académico o para inscribirse: Tener conflictos familiares, etc.. El test fue sometido a análisis estadístico para conocer el Alpha de cronbach, la cual fue de .93 y en donde el punto de corte se estableció en 49, considerando la media ( +,- ) una D. S..

### 3.9 PROCEDIMIENTO.

- a) A los estudiantes que solicitaron consulta externa en los servicios de medicina general y el especializado en salud mental se les hizo en mesa de recepción una cita para su atención continua.
- b) En la primera cita, en ambos servicios, se realizó la aplicación del cuestionario autoaplicable de datos personales, de la escala de depresión y desesperanza de Beck, del test de expectativas sobre vivir y morir de Okasha y del autoreporte, en caso de ser necesario.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3.10 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

a) Reunida la muestra de 100 estudiantes ( 50 en medicina general y 50 en salud mental ), se realizó el desglose por edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, religión, nacionalidad, motivo de consulta y en casos especiales, los factores que se relacionaron con la aparición de ideación suicida y conductas parasuicidas.

b) Una vez efectuado esto, se obtuvo el porcentaje de los estudiantes que presentaron ideación suicida y conductas parasuicidas, y se hizo un análisis estadístico más profundo con los resultados obtenidos por el cruce de variables realizado.

c) El procedimiento estadístico que se llevó a cabo fue el siguiente:

1- Las hipótesis, que señalan que existen diferencias significativas por sexo, edad, estado civil, nivel socioeconómico, religión, nacionalidad, motivo de consulta en los servicios de salud mental y medicina general respectivamente, por lo cual se planteo la necesidad de utilizar la  $\chi^2$  para corroborar éstas;

2- De las hipótesis en las que se plantea la relación existente entre los factores sociales y psicológicos, la aparición de la depresión y la desesperanza, como factores de riesgo que incrementan la probabilidad de aparición de la ideación suicida y de conductas parasuicidas en los estudiantes, se aplicó entonces la  $\chi^2$ , como la indicada para encontrar si verdaderamente existe este vínculo;

3- Finalmente para la hipótesis, en la cuales se señala que la depresión y la desesperanza como dos fenómenos emocionales que aparecen simultáneamente, incrementan la posibilidad de que aparezca la ideación suicida y conductas parasuicidas, se considera que la aplicación de una Correlación de Pearson es la indicada para demostrar este hecho.

TRABAJOS CON  
FALLA DE ORIGEN

El planteamiento metodológico descrito, tiene la intención de conocer si existen ideas suicidas, intención suicida y conductas parasuicidas en la población estudiantil universitaria que acude a recibir atención médica y psicológica a la Dirección General de servicios Médicos de la UNAM, estableciendo a partir de los resultados obtenidos, un diagnóstico, que permita, si es necesario, tomar medidas preventivas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

Es importante, antes de hacer una descripción más detallada sobre el análisis estadístico efectuado, identificar las características de la muestra en general, con el propósito de conocer las particularidades de su conformación y las posibilidades que ofrece para establecer el cruce de las variables deseado.

#### 4.1 MUESTRA Y SERVICIO

La muestra en su totalidad estuvo conformada por 100 sujetos, de los cuales 50 de ellos asistieron al servicio de salud mental y 50 al servicio de medicina general.

##### 4.1.1 VARIABLES DEMOGRÁFICAS, SEXO, EDAD, ESTADO CIVIL Y RELIGIÓN

En relación a la edad, encontramos que aquellos que tienen 19-20 años con un total de 39% de los sujetos son los que aparecen con mayor frecuencia en la muestra y observamos a aquellos cuya edad se ubica entre los 21 y 23 años de edad, comprendieron al 26% de los sujetos y finalmente entre los 24 y 26 años, se ubicaron el 23% de los estudiantes. En la distribución por sexo, encontramos que la muestra se conformo por un total de 56 sujetos que corresponden al sexo masculino ( 56% ) y 44 al femenino ( 44% ) En estado civil, podemos observar que la muestra la mayoría de ellos son solteros con un total de la muestra del 86% de los sujetos, siguiendo en orden de frecuencia los casados correspondiendo a ellos el 12% de los estudiantes y finalmente en relación a unión libre y divorciados un sujeto para cada uno de ellos, para un total acumulado del 2% . Con respecto a la religión se puede observar que el 78% de los sujetos de la muestra son católicos, que

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

otro 20% de ellos no manifestaron ninguna preferencia al respecto y sólo el 2% de ellos reconocieron otro tipo de religión la cual no fue especificada ( Cuadro núm. 1 ).

### CUADRO NUM.1

Distribución de la muestra por variables demográficas  
edad, sexo, estado civil y religión

Edad	F	%
19-20	39	39
21-23	26	26
24-26	23	23
27-30	11	11
Sin reportar	1	1
Total	100	100
<b>Sexo</b>		
Masculino	56	56
Femenino	44	44
Total	100	100
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	86	86
Casado	12	12
Unión Libre	1	1
Divorciado	1	1
Total	100	100
<b>Religión</b>		
Católica	78	78
Ninguna	20	20
Otra ( no referida )	2	2
Total	100	100

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

#### 4.1.2 VARIABLES DEMOGRÁFICAS, LUGAR DE NACIMIENTO, GRADO Y ÚLTIMO GRADO ACADEMICO.

En relación a este rubro, encontramos que en la muestra un total de 81% de los sujetos refieren como lugar de origen el área metropolitana, el 17% manifestaron haber nacido en provincia, el 1% haberlo hecho en área rural y un 1% nació en el extranjero. En relación a los estudios realizados, podemos observar que en la muestra el 89% de los sujetos que conforman la misma tienen un nivel académico de licenciatura, por otra parte el 6% tienen un nivel medio superior y finalmente el 5% tienen estudios a nivel de posgrado. Con respecto al último grado de estudios, se encontró que el 77% corresponden al nivel de licenciatura, un 15% al de nivel medio superior, 3% a maestría y el 1% a doctorado ( Cuadro núm. 2 ).

REGISTRO CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO NUM. 2

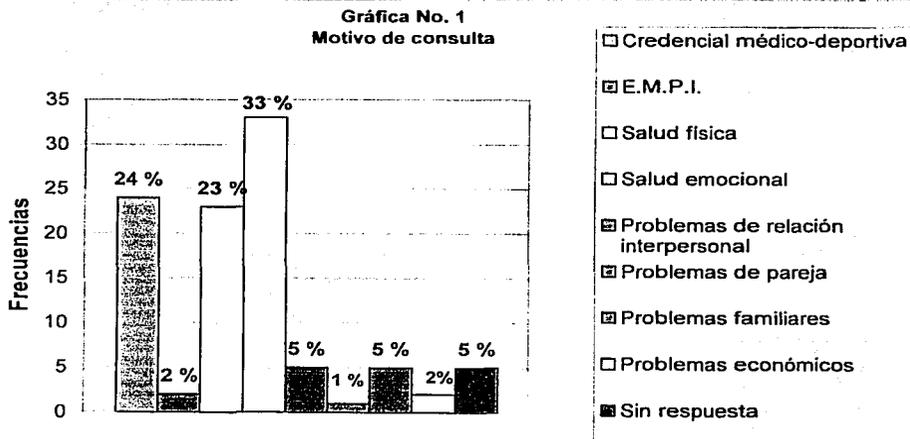
Distribución de la muestra por variables demográficas  
lugar de nacimiento, grado y último grado académico

Lugar de Nacimiento	F	%
Area metropolitana	81	81
Provincia	17	17
Area rural	1	1
Extranjero	1	1
Total	100	100
Grado		
Licenciatura	89	89
Medio Superior	6	6
Posgrado	5	5
Total	100	100
Ultimo Grado Académico		
Licenciatura	77	77
Nivel medio superior	15	15
Maestría	3	3
Doctorado	1	1
Sin reportar	4	4
Total	100	100

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

#### 4.1.3 MOTIVO DE CONSULTA

Las razones por las cuales se demanda el servicio encontramos que la principal es debida a trastornos emocionales en el 33% de los casos, seguida por los problemas de salud fisica en el 23% de la muestra y la solicitud de la credencial médico deportiva en el 24% de los sujetos de la población ( Gráfica núm. 1 ).



TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

#### 4.1.4 CONSUMO DE SUSTANCIAS

En relación al consumo de sustancias, encontramos que la combinación de los valores alguna vez, último año y último mes arrojó los siguientes resultados; se ubica al tabaco como la sustancia con la que ha tenido más contacto la muestra, con un 70% de sujetos y la marihuana, con un total de 16% de estudiantes y los tranquilizantes, con un total de 14% de alumnos ( Cuadro núm. 3 ).

CUADRO NUM. 3  
Distribución de la muestra por  
consumo de sustancias

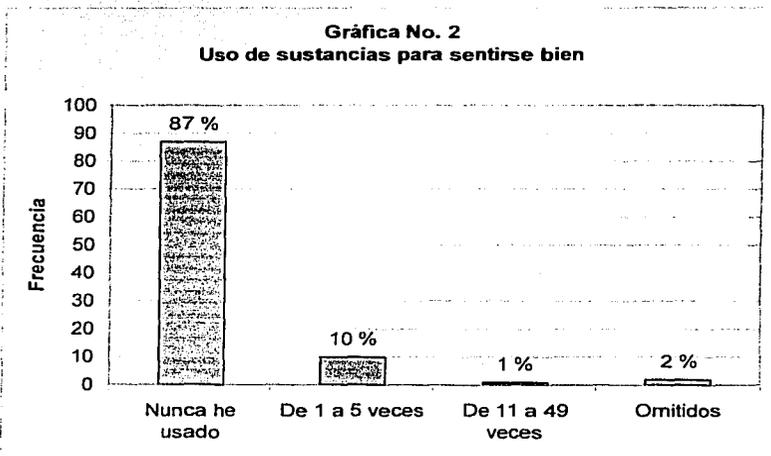
Sustancia	F					% Total
	Nunca	Alguna vez	Ultimo año	Ultimo mes	Omitidos	
Tabaco	27	35	10	25	3	100
Marihuana	81	14	1	1	3	100
Anfetaminas	91	5	0	1	3	100
Coca	94	1	1	1	3	100
Crack	95	1	0	1	3	100
Alucinógenos	94	2	0	0	4	100
Inhalables	93	2	0	1	4	100
Tranquilizantes	82	10	2	2	4	100
Sedantes	91	5	1	0	3	100
Heroína	94	2	0	1	3	100

- 1- Alguna vez, no en el último año  
2- Último año, no en el último año

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### 4.1.5 USO SUSTANCIAS PARA SENTIRSE BIEN

Con respecto al uso de sustancias para sentirse bien, encontramos que del total de la muestra el 87% nunca lo ha necesitado, en cambio el 10% lo hicieron de 1 a 5 veces y solo el 1% lo hizo de 11 a 49 veces ( Gráfica núm. 2 ).



#### 4.2 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LAS ESCALAS

##### 4.2.1 AUDIT

##### 4.2.1.1 CONFIABILIDAD

La escala del AUDIT ya ha sido probada en población mexicana con buenos resultados ( Carreño, 1998 ), aún así en este estudio se probó su consistencia interna a través del Alfa

de Cronbach. Lo anterior con la finalidad de ver si en los estudiantes mantiene esta consistencia. Entre los estudiantes que asistieron a consulta a la DGSM de la UNAM mostró una consistencia interna de .78 y en general casi todas las preguntas tienen una correlación alta ha excepción de la pregunta 5 y 7 ( Tabla núm. 1 ).

TABLA NÚM.1  
CONFIABILIDAD DEL AUDIT  
( n=99 )

Preguntas	ítem media/ ( Desviación estándar )	Correlación Ítem total	Alpha si se elimina el ítem
1-¿ Qué tan frecuentemente toma bebidas alcohólicas?.	.9596/.6376	.5091	.7427
2-¿ Cuántas copas se toma en un día típico o común de los que bebe ?.	.7172/1.0502	.6030	.7327
3-¿ Que tan frecuentemente toma seis ó más copas en la misma ocasión ?	.5657/.7581	.6079	.7259
4-¿ Durante el último año, le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado ?	.1010/.3349	.5961	.7488
5-¿ Durante el último año, que tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber ?	.1212/.3853	.1901	.7762
6-¿ Durante el último año, que tan frecuentemente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior.	.1313/.4875	.4765	.7503
7-Durante el último año, ¿ Que tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?	.1313/.4875	.3478	.7630
8-Durante el último año, ¿ Qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?.	.1010/.3349	.4582	.7582
9-¿ Se ha lesionado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de su ingestión de alcohol ?	.0606/.4476	.4426	.7548
10-¿ Algún amigo, familiar ó doctor, se ha preocupado por la forma en que bebe ó le ha sugerido que le baje el consumo ?.	.3434/.9914	.4560	.7606
Alpha de Cronbach	.7715		

TRABAJA CON  
FALLA DE ORIGEN

#### 4.2.1.2 VALIDEZ

La escala del audit consta de 10 reactivos y se deseaba conocer su estructura factorial para la muestra de estudiantes que asistieron a solicitar servicio médico a la DGSM de la UNAM, para ello se corrió el método de extracción de componentes principales, con rotación varimax, la cual se dividió en tres factores, con el 65.851% de varianza explicada en donde el primer grupo de preguntas agrupa a los ítems 4, 6, 8 y 9, el segundo grupo de preguntas agrupa a los ítems 1, 3 y 5 y el último grupo de preguntas agrupa a los ítems 2, 7 y 10, en donde los factores se correlacionaron favorablemente ( Tabla núm. 2 ).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA NÚM. 2  
VALIDEZ DEL AUDIT  
( n=99 )

Matriz de componentes rotados

Preguntas	Componente		
	1	2	3
1-¿ Qué tan frecuentemente toma bebidas alcohólicas?.		.692	
2-¿ Cuántas copas se toma en un día típico o común de los que bebe ?.			.546
3-¿ Que tan frecuentemente toma seis ó más copas en la misma ocasión ?		.713	
4-¿ Durante el último año, le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado ?	.688		
5-¿ Durante el último año, que tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber ?		.780	
6-¿ Durante el último año, que tan frecuentemente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior.	.864		
7-Durante el último año. ¿ Que tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?			.589
8-Durante el último año. ¿ Que tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?.	.838		
9-¿ Se ha lesionado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de su ingestión de alcohol ?	.865		
10-¿ Algún amigo, familiar ó doctor, se ha preocupado por la forma en que bebe ó le ha sugerido que le baje el consumo ?.			.850

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 4.2.2 ESTRÉS

### 4.2.2.1 CONFIABILIDAD

La escala de estrés ya ha sido probada en población mexicana con buenos resultados ( Carreño, 1998 ), aún así en este estudio se probó su consistencia interna a través del Alfa de Cronbach. Lo anterior con la finalidad de ver si en los estudiantes mantiene esta consistencia. Entre los estudiantes que asistieron a consulta a la DGSM de la UNAM mostró una consistencia interna de .93 y en general casi todas las preguntas tienen una correlación alta, ha excepción de las preguntas 9,14 y 30 ( Tabla núm. 3 ).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA NÚM.3  
CONFIABILIDAD DE LA PRUEBA DE ESTRÉS

( n=86 )

Preguntas	ítem media/ ( Desviación estándar )	Correlación ítem total	Alpha si se elimina el ítem
1- Estar en un plantel que no deseaba.	.9884/.8188	.5473	.9321
2- Estar estudiando una carrera que no es del interés.	1.0581/.9121	.6771	.9305
3- Haber elegido una carrera equivocada.	1.0581/.8725	.6205	.9312
4- No encontrar lo que esperaba en la carrera elegida.	1.0698/.9048	.6595	.9307
5- El cansancio que provocan las cargas académicas.	1.000/.7029	.5150	.9325
6- No contar con dinero suficiente para la inscripción y compra de material académico.	1.3023/.7526	.5584	.9320
7- No disponer económicamente de recursos para la manutención.	1.1279/.7791	.5095	.9325
8- Invertir mucho dinero al trasladarse.	1.1163/.7423	.6202	.9314
9- Trabajar y estudiar para su sostenimiento	1.0930/.8349	.3080	.9349
10- La pérdida de uno o ambos padres.	1.5581/.7453	.4521	.9331
11- Tener conflictos con el personal administrativo para realizar trámites de inscripción.	.8953/.7975	.5739	.9318
12- Tener que cursar materias que no resultan motivantes.	1.1047/.7826	.5811	.9317
13- Tener profesores demasiado estrictos.	1.0814/.7391	.4368	.9333
14- El que haya preferencia hacia algunos alumnos por parte de algunos profesores.	.8488/.7439	.3814	.9339
15- Trabajar académicamente con compañeros de grupo que no le agradan.	.9070/.7915	.4996	.9326
16- El que las otras personas no valoren su trabajo.	1.1279/.8917	.5377	.9323
17- Encontrarse aislado en la escuela.	.9070/.8207	.5663	.9319
18- Que en su escuela le pidan que este más tiempo del que tenía previsto.	.8488/.7899	.4684	.9330
19- Vivir lejos de su familia y solo.	.8721/.8087	.4864	.9328
20- Vivir con parentes con los que tiene problemas.	1.0930/.9283	.6851	.9303
21- Tener un familiar o amigo enfermo.	1.5465/.6972	.4069	.9335
22- No tener una relación amorosa e iniciarla.	.9302/.8086	.6076	.9314
23- Tener conflictos con la pareja.	1.2558/.7849	.5677	.9319
24- Esperar un hijo que no se deseaba.	1.3721/.8818	.6537	.9308
25- No tener salario.	1.4535/.8067	.5906	.9316
26- Tener conflictos con la familia.	1.5465/.7301	.6178	.9314
27- Que algún familiar tome bebidas alcohólicas.	1.3605/.7656	.5096	.9325
28- Que algún familiar use drogas.	1.4070/.8171	.6110	.9314
29- No poder estudiar en casa porque.	1.1163/.8320	.5850	.9317
30- No poder dormir de día.	.7209/.7919	.3891	.9339
31- El tiempo que tarda en transportarse.	.8605/.7695	.5166	.9324

Alpha de Cronbach

.9342

TRABAJO  
FALLA DE ORIGEN

#### 4.2.2.2 VALIDEZ

La escala de estrés consta de 31 reactivos y se deseaba conocer su estructura factorial para la muestra de estudiantes que asistieron a solicitar servicio médico a la DGSM de la UNAM, para ello se corrió el método de extracción de componentes principales, con rotación varimax la cual se divide en siete factores, con el 68.795 de varianza explicada en donde el primer grupo de preguntas agrupa a los ítems 10, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29 y 30, el segundo grupo de preguntas agrupa a los ítems 5, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21 y 27, el tercer grupo de preguntas agrupa a los ítems 1, 2, 3, y 4, el cuarto grupo de preguntas que agrupa a los ítems 6, 7, 8 y 30, el sexto grupo de preguntas agrupa al ítem 9, y el último grupo que agrupa al ítem 19, en donde los factores se correlacionaron favorablemente, salvo los reactivos 5, 9, 11 y 19 que calificaron por debajo de .40 (Tabla núm. 4).

EXHIBICION  
FALLA DE ORIGEN

TABLA NÚM. 4  
VALIDEZ DE LA PRUEBA DE ESTRÉS  
( n=86 )

Matriz de componentes rotados

Preguntas	Componente					
	1	2	3	4	6	7
1- Estar en un plantel que no deseaba.			.615			
2- Estar estudiando una carrera que no es del interés.			.814			
3- Haber elegido una carrera equivocada.			.873			
4- No encontrar lo que esperaba en la carrera elegida.			.840			
5- El cansancio que provocan las cargas académicas.		.396				
6- No contar con dinero suficiente para la inscripción y compra de material académico.				.794		
7- No disponer económicamente de recursos para la manutención.				.801		
8- Invertir mucho dinero al trasladarse.				.738		
9- Trabajar y estudiar para su sostenimiento					.364	
10- La pérdida de uno o ambos padres.	.807					
11- Tener conflictos con el personal administrativo para realizar trámites de inscripción.		.381				
12- Tener que cursar materias que no resultan motivantes.		.598				
13- Tener profesores demasiado estrictos.		.615				
14- El que haya preferencia hacia algunos alumnos por parte de algunos profesores.		.719				
15- Trabajar académicamente con compañeros de grupo que no le agradan.		.804				
16- El que las otras personas no valoren su trabajo.		.633				
17- Encontrarse aislado en la escuela.		.493				
18- Que en su escuela le pidan que este más tiempo del que tenía previsto.		.572				
19- Vivir lejos de su familia y solo.						.476
20- Vivir con parientes con los que tiene problemas.	.724					
21- Tener un familiar o amigo enfermo.		.529				
22- No tener una relación amorosa e iniciarla.	.649					
23- Tener conflictos con la pareja.	.608					
24- Esperar un hijo que no se deseaba.	.698					
25- No tener salario.	.639					
26- Tener conflictos con la familia.	.654					
27- Que algún familiar tome bebidas alcohólicas.		.609				
28- Que algún familiar use drogas	.651					
29- No poder estudiar en casa porque.	.618					
30- No poder dormir de día.				.484		
31- El tiempo que tarda en transportarse.	.556					

FALLA DE ORIGEN

#### 4.2.3 BECK ( DEPRESIÓN )

##### 4.2.3.1 CONFIABILIDAD

La escala de depresión de Beck ( ver anexo ) ya ha sido probada en población mexicana con buenos resultados ( Rocha, 1993 ), aún así en este estudio se probó su consistencia interna a través del Alfa de Cronbach. Lo anterior con la finalidad de ver si en los estudiantes mantiene esta consistencia. Entre los estudiantes que asistieron a consulta a la DGSM de la UNAM mostró una consistencia interna de .86 y en general casi todas las preguntas tienen una correlación alta, ha excepción de la pregunta 21 ( Tabla núm. 5 ).

TABLA NÚM.5  
CONFIABILIDAD DEL BECK ( DEPRESIÓN )  
( n=100 )

Preguntas	ítem media/ ( Desviación estándar )	Correlación Ítem total	Alpha si se elimina el ítem
Beck1	.6500/.8572	.6392	.8517
Beck2	.6000/.8762	.6142	.8523
Beck3	.4100/.7398	.5235	.8560
Beck4	.6700/.7528	.5808	.8544
Beck5	.7400/.7992	.5686	.8543
Beck6	.7300/1.5233	.6007	.8512
Beck7	.5600/.7429	.6037	.8539
Beck8	.5900/.6681	.5522	.8559
Beck9	.3800/.5822	.5063	.8577
Beck10	.8100/1.1073	.5685	.8526
Beck11	.6700/.8047	.4375	.8580
Beck12	.6100/1.1361	.4704	.8565
Beck13	.8600/.8411	.6595	.8512
Beck14	.4600/.8578	.4449	.8576
Beck15	.6800/1.1360	.4460	.8575
Beck16	.5700/.6073	.4781	.8581
Beck17	.7400/.8363	.6632	.8512
Beck18	.3400/.6231	.4955	.8576
Beck19	.3100/.7614	.4037	.8591
Beck20	.6200/.6321	.4313	.8590
Beck21	1.0900/2.5824	.1987	.9012

Alpha de Cronbach

.8633

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

#### 4.2.3.2 VALIDEZ

La escala de depresión de Beck consta de 21 reactivos y se deseaba conocer su estructura factorial para la muestra de estudiantes que asistieron a solicitar servicio médico a la DGSM de la UNAM, para ello se corrió el método de extracción de componentes principales, con rotación varimax la cual se divide en seis factores, con el 67.995 de varianza explicada en donde el primer grupo de preguntas agrupa a los ítems 1, 2,3,4 ,5 y 13, el segundo grupo de preguntas agrupa a los ítems 7, 14 y 17, el tercer grupo de preguntas agrupa a los ítems 10, 11, 12, y 20, el cuarto grupo de preguntas agrupa a los ítems 15, 16, 18 y 19, el quinto grupo de preguntas agrupa a los ítems 8 y 9 y el último grupo de preguntas agrupa a los ítems 6 y 21, en donde los factores se correlacionaron favorablemente ( Tabla núm. 6 ).

TABLA NÚM.6  
VALIDEZ DEL BECK ( DEPRESIÓN )  
( n=100 )

Matriz de componentes rotados

Preguntas	Componente					
	1	2	3	4	5	6
Beck1	.593					
Beck2	.713					
Beck3	.749					
Beck4	.786					
Beck5	.495					
Beck6						.579
Beck7		.638				
Beck8					.698	
Beck9					.779	
Beck10			.448			
Beck11			.732			
Beck12			.662			
Beck13	.619					
Beck14		.698				
Beck15				.532		
Beck16				.762		
Beck17		.480				
Beck18				.777		
Beck19				.503		
Beck20			.535			
Beck21						.858

UNAM  
FALLA DE ORIGEN

#### 4.2.4 BECK ( DESESPERANZA )

##### 4.2.4.1 CONFIABILIDAD

La escala de desesperanza de Beck, ya ha sido probada en población mexicana con buenos resultados ( Facio y Tello, 1996 ), aún así en este estudio se probó su consistencia interna a través del Alfa de Cronbach. Lo anterior con la finalidad de ver si en los estudiantes mantiene esta consistencia. Entre los estudiantes que asistieron a consulta a la DGSM de la UNAM mostró una consistencia interna de .86 y en general casi todas las preguntas tienen una correlación alta a excepción de las preguntas 3, 4, 5, 8 y 13 ( Tabla núm. 7 ).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA NÚM.7  
CONFIABILIDAD DEL BECK ( DESESPERANZA )  
( n=95 )

Preguntas	ítem media/ ( Desviación estándar )	Correlación ítem total	Alpha si se elimina el ítem
1- Yo veo el futuro con esperanza.	.3368/.4751	.5945	.8512
2- Puedo darme por vencido fácilmente	.1158/.3217	.4276	.8585
3- Cuando las cosas van mal, me ayuda pensar.	.1368/.3455	.2449	.8640
4- No puedo imaginarme como será mi vida dentro de diez años.	.5053/.5026	.3401	.8629
5- Tengo suficiente tiempo para realizar las cosas que quiero hacer.	.5895/.4945	.1976	.8690
6- En el futuro espero triunfar.	.0737/.2626	.5331	.8565
7- Mi futuro me parece oscuro.	.2000/.4021	.6535	.8497
8- Soy particularmente afortunado.	.3684/.4849	.2205	.8677
9- No puedo superar mis problemas.	.1474/.3564	.4455	.8577
10- Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro.	.3579/.4819	.4504	.8577
11- Todo lo que puedo ver delante de mi es desagradable más que agradable.	.1895/.3940	.4345	.8580
12- No espero conseguir lo que realmente quiero.	.1684/.3762	.5132	.8553
13- Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.	.2211/.4172	.1563	.8684
14- Las cosas simplemente no funcionarán de la forma que yo quiero.	.4105/.4945	.5754	.8521
15- Tengo mucha fé en el futuro.	.2316/.4241	.7233	.8465
16- Yo nunca consigo lo que quiero.	.0632/.2445	.5380	.8568
17- Es poco probable que yo consiga alguna satisfaccion en el futuro.	.0947/.2944	.5700	.8548
18- El futuro me parece vago e incierto.	.3053/.4630	.5848	.8517
19- Yo puedo prever más buenos tiempos que malos tiempos.	.2632/.4427	.5637	.8528
20- Es realmente inútil tratar de conseguir.	.1579/.3666	.6655	.8501
Alpha de Cronbach	.8634		

FALLA DE ORIGEN

#### 4.2.4.2 VALIDEZ

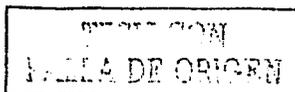
La escala de desesperanza de Beck consta de 20 reactivos y se deseaba conocer su estructura factorial para la muestra de estudiantes que asistieron a solicitar servicio médico a la DGSM de la UNAM, para ello se corrió el método de extracción de componentes principales, con rotación varimax la cual se divide en cinco factores, con el 62.770 de varianza explicada en donde el primer grupo de preguntas agrupa a los ítems 3, 6, 11, 15, 16, 17 y 19, el segundo grupo de preguntas agrupa a los ítems 1, 7, 10, 14 y 18, el tercer grupo de preguntas agrupa a los ítems 2, 9, 12, y 20, el cuarto grupo de preguntas agrupa a los ítems 4 y 5 y el último grupo de preguntas agrupa a los ítems 8 y 13, en donde los factores se correlacionaron favorablemente ( Tabla núm. 8 ).

TRABAJOS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA NÚM. 8  
VALIDEZ DEL BECK ( DESESPERANZA )  
( n=95 )

Matriz de componentes rotados

Preguntas	Componentes				
	1	2	3	4	5
1- Yo veo el futuro con esperanza.		.662			
2- Puedo darme por vencido fácilmente			.683		
3- Cuando las cosas van mal, me ayuda pensar.	.612				
4- No puedo imaginarme como será mi vida dentro de diez años.				.494	
5- Tengo suficiente tiempo para realizar las cosas que quiero hacer.				.795	
6- En el futuro espero triunfar.	.891				
7- Mi futuro me parece oscuro.		.815			
8- Soy particularmente afortunado.					.844
9- No puedo superar mis problemas.			.649		
10- Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro.		.731			
11- Todo lo que puedo ver delante de mi es desagradable más que agradable.		.609			
12- No espero conseguir lo que realmente quiero			.725		
13- Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.					.758
14- Las cosas simplemente no funcionarán de la forma que yo quiero.		.529			
15- Tengo mucha fé en el futuro.		.504			
16- Yo nunca consigo lo que quiero.	.840				
17- Es poco probable que yo consiga alguna satisfacción en el futuro.	.457				
18- El futuro me parece vago e incierto.		.667			
19- Yo puedo prever más buenos tiempos que malos tiempos.	.499				
20- Es realmente inútil tratar de conseguir.			.495		



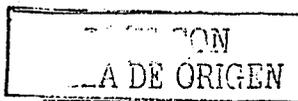
## 4.2.5 OKASHA

### 4.2.5.1 CONFIABILIDAD

La escala de expectativas de vivir y morir, ya ha sido probada en población mexicana con buenos resultados ( Medina-Mora, 1986 ), aún así en este estudio se probó su consistencia interna a través del Alfa de Cronbach. Lo anterior con la finalidad de ver si en los estudiantes mantiene esta consistencia. Entre los estudiantes que asistieron a consulta a la DGSM de la UNAM mostró una consistencia interna de .83 y en general casi todas las preguntas tienen una correlación alta a excepción de las preguntas 4 y 5 ( Tabla núm. 9 ).

TABLA NÚM.9  
CONFIABILIDAD DE LA PRUEBA DE OKASHA  
( n=91 )

Preguntas	Ítem media/ ( Desviación estándar )	Correlación Ítem total	Alpha si se elimina el ítem
1- ¿Ha experimentado la sensación de que no vale la pena vivir?	.4396/.4991	.7351	.7705
2- ¿Ha vivido situaciones ante las que ha deseado dejar de existir?	.3736/.4864	.7519	.7640
3- ¿Ha pensado que vale más morir que vivir?	.2637/.4431	.6400	.7986
4- ¿Ha estado ha punto de intentar quitarse la vida?	.1538/.3628	.5340	.8252
5- ¿Ha intentado quitarse la vida?	.0879/.2847	.5649	.8252
Alpha de Cronbach	.8336		



#### 4.2.5.1 VALIDEZ

La escala de Okasha consta de 5 reactivos y se deseaba conocer su estructura factorial para la muestra de estudiantes que asistieron a solicitar servicio médico a la DGSM de la UNAM, para ello se corrió el método de extracción de componentes principales, con rotación varimax la cual se divide en dos factores, con el 81.657 de varianza explicada en donde el primer grupo de preguntas agrupa a los ítems 1, 2, y 3, el segundo grupo de preguntas agrupa a los ítems 4 y 5, en donde los factores se correlacionaron favorablemente (Tabla núm. 10).

TABLA NÚM.10  
VALIDEZ DE LA PRUEBA DE OKASHA  
( n=91 )

Preguntas	Componentes	
	1	2
1- ¿Ha experimentado la sensación de que no vale la pena vivir?	.888	
2- ¿Ha vivido situaciones ante las que ha deseado dejar de existir?	.873	
3- ¿Ha pensado que vale más morir que vivir?	.814	
4- ¿Ha estado ha punto de intentar quitarse la vida?		.904
5- ¿Ha intentado quitarse la vida?		..899

CON  
A DE ORIGEN



#### 4.3.1.1 FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL

##### a) Sexo

Tomando como criterio la primera pregunta del audit y para conocer la frecuencia en cuanto al consumo de alcohol en la muestra estudiada, se pudo observar que el 92.9% de los hombres y el 56.8% de la mujeres, consume alcohol, en donde  $X_2=18.070$ ,  $gl=1$ ,  $p=.000<.05$ , existiendo diferencias estadísticamente significativas ( Cuadro núm. 4 ).

CUADRO NÚM. 4  
Distribución de la muestra  
por frecuencia de consumo de alcohol y sexo

Valor	Masculino		Femenino		% Total
	F	%	F	%	
Nunca consume alcohol	4	7.1	19	43.2	23.0
Si consume alcohol	52	92.9	25	56.8	77.0
Total	56	100.0	44	100.0	100.0

$P \leq .05$

##### b) Edad

Por lo que respecta a la edad y considerando la frecuencia en cuanto a consumo de alcohol, se pudo observar que entre los encuestados, esta distribución fue de la siguiente manera, el 87.5% se ubico entre los 26 y 30 años y un 75.9% correspondió a los que estuvieron en el rango de los 18 a 25 años. en donde  $X_2=1.044$ ,  $gl=1$ ,  $p=.307>.05$ , no existiendo diferencias estadísticamente significativas ( Cuadro núm. 5 ).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**CUADRO NÚM. 6**  
**Distribución de la muestra**  
**por frecuencia de consumo de alcohol y servicio**

Valor	Salud mental		Medicina general		% Total
	F	%	F	%	
Nunca consume alcohol	11	22.0	12	24.0	23.0
Si consume alcohol	39	78.0	38	76.0	77.0
Total	50	100.0	50	100.0	100.0

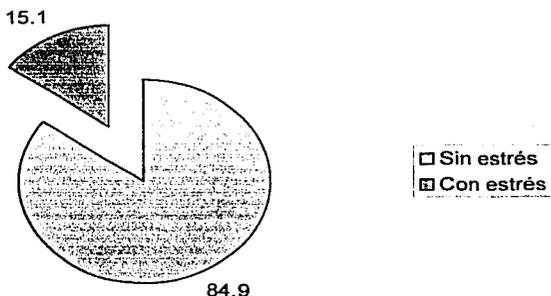
$P \geq .05$

#### 4.3.2 ESTRÉS

En relación a la presencia de estrés entre la población estudiantil y sobre un total de 86 casos, se pudo observar que el 84.9% no presentó estrés y un 15.1% si lo manifestó ( Gráfica núm. 4 ).

ENCLOSURE  
 FALLA DE ORIGEN

**Distribución de la muestra por estrés**  
**Gráfica No. 4**

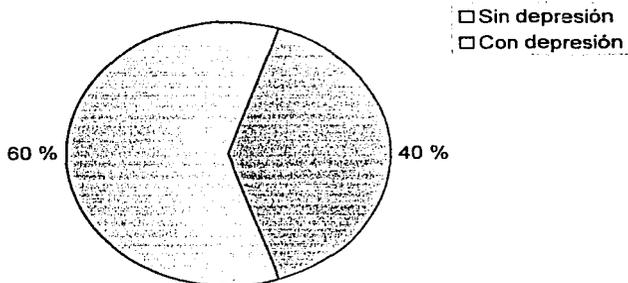


#### 4.3.3 BECK ( DEPRESIÓN )

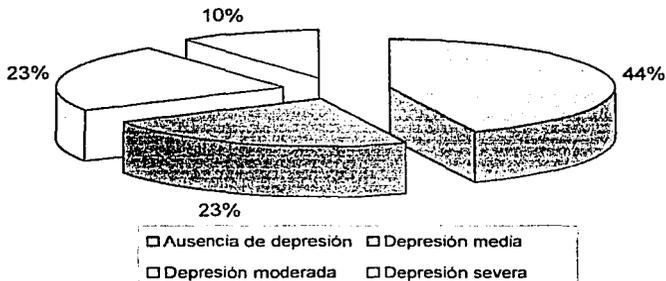
Al aplicar la escala de depresión de Beck, encontramos que tomando en cuenta al total de la muestra ( 100 estudiantes ), el 60% de ellos no presentaron depresión y en cambio el 40% si la manifestó. ( Gráfica núm. 5 ). Y considerando la clasificación sobre el tipo de depresión presente se obtuvo que el 44% presenta una ausencia de depresión, el 23% una depresión media, el 23% una depresión moderada y un 10% una depresión severa ( Gráfica núm. 6 ).

TESIS CON  
...A DE ORIGEN

**Distribución de la muestra por depresión  
según punto de corte  
Gráfica No. 5**



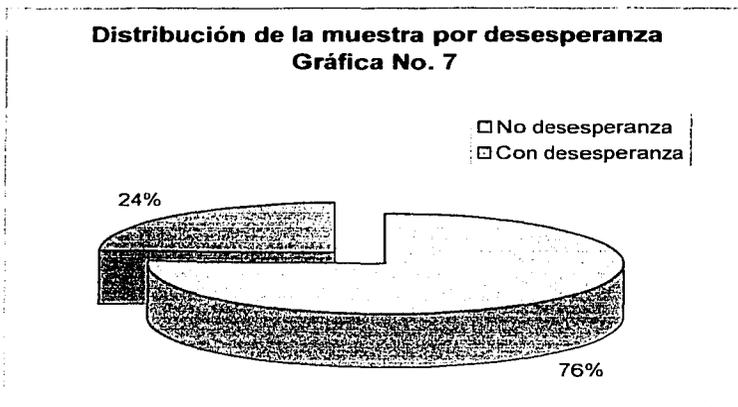
**Distribución de la muestra por depresión  
según criterios de Beck  
Gráfica No. 6**



TRABAJO CON  
FAMILIA DE ORIGEN

#### 4.3.4 BECK ( DESESPERANZA )

Al utilizar la escala de desesperanza de Beck y tomando como rango para evaluar a la población estudiantil, sobre un total de 95 casos, se encontró que el 75.8% de ellos no presentaron desesperanza y un 24.2% si la manifestó ( Gráfica núm. 7 ).



#### 4.4 IDEACIÓN SUICIDA E INTENTO SUICIDA

##### 4.4.1 TEST DE OKASHA

Conforme a los datos obtenidos en el test de Okasha, podemos observar que entre los encuestados el 42% experimento la sensación de que no vale la pena vivir, de ellos, el 19% lo experimento en los últimos seis meses; el 35% vivió situaciones ente las que deseo dejar de existir, siendo el 19% de estos quién lo vivió antes del último año; el 25% pensó que

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

vale más morir que vivir y de ellos el 11% lo pensó en los últimos seis meses; un 16% estuvo a punto de quitarse la vida, siendo el 10% de ellos quién estuvo a punto de terminar con su existencia antes del último año y finalmente el 9% de los estudiantes intento quitarse la vida, el 6% lo intento antes del último año y el 2% en los últimos seis meses ( Cuadro núm. 7 ).

CUADRO NÚM. 7  
Distribución de la Muestra  
en el test de Okasha

Pregunta A	F	%	Pregunta B		Hace cuanto tiempo 6 meses a la fecha	% Total
			Antes del último año	Último año		
1.- ¿ Ha experimentado o la sensación de que no vale la pena vivir ?	42	42	18	4	19	41
2.- ¿ Ha vivido situaciones ante las que ha deseado dejar de existir ?	35	35	19	4	12	35
3.- ¿ Ha pensado que vale más morir que vivir ?	25	25	11	4	11	26
4.- ¿ Ha estado a punto de quitarse la vida ?	16	16	10	1	4	15
5.- ¿ Ha intentado quitarse la vida ?	9	9	6	1	2	9

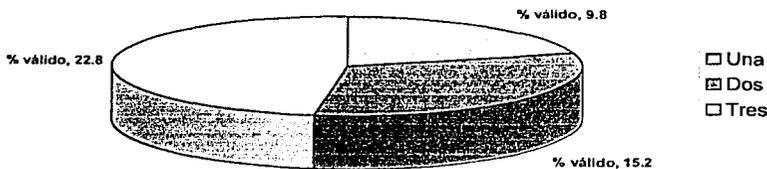
TRICIC CON  
FALLA DE ORIGEN

De acuerdo a la configuración de este instrumento el cual nos permite observar si existen o no ideas suicidas y si se presenta solo una o más de estas, es que a partir de los resultados obtenidos en la muestra y tomando en cuenta los tres primeros reactivos de la prueba, podemos concluir que el 47.8% de los encuestados ha experimentado al menos una o más ideas suicidas. ( Gráfica núm. 8 ); de los cuales el 9% ha tenido solo una idea, el 14% dos ideas suicidas, mientras que el 21% tuvo tres ideas ( Gráfica núm. 9 ).

**Gráfica No. 8**  
Ideación suicida en la población estudiantil



**Gráfica No. 9**  
Número de ideas suicidas



#### 4.4.1.1 INTENTOS DE SUICIDIO

##### a) Sexo

En lo referente al intento suicida por sexo y relacionado a los 9 estudiantes que intentaron suicidarse, se encontró que entre los encuestados, el 9.8% de ellos correspondió al sexo femenino y un 9.6% al masculino, en donde  $X^2=.001$ ,  $gl=1$ ,  $p=.982>.05$ , no existiendo diferencias estadísticamente significativas ( Cuadro núm. 8 ).

CUADRO NÚM. 8  
Distribución de la muestra  
por intento de suicidio y sexo

Valor	Masculino		Femenino		% Total
	F	%	F	%	
No intento suicidarse	47	90.4	37	90.2	90.3
Sí intento suicidarse	5	9.6	4	9.8	9.7
Total	52	100.0	41	100.0	100.0

$P \geq .05$

##### b) Edad

Por lo que respecta a la edad, se pudo observar que de los 9 estudiantes que intentaron suicidarse, la distribución fue de la siguiente manera, el 10.3% de ellos presento una edad entre los 18 y 25 años y el 7.1% de ellos, con una edad entre los 26 y 30 años, en donde  $X^2=.130$ ,  $gl=1$ ,  $p=.718>.05$ , no existiendo diferencias estadísticamente significativas ( Cuadro núm. 9 ).

CON  
DE ORIGEN

**CUADRO NÚM. 9**  
**Distribución de la muestra**  
**por intento de suicidio y edad**

Valor	18 a 25 años		26 a 30 años		% Total
	F	%	F	%	
No intento suicidarse	70	89.7	13	92.9	90.2
Si intento suicidarse	8	10.3	1	7.1	9.8
Total	78	100.0	14	100.0	100.0

$P \geq .05$

c) Servicio

En cuanto al servicio médico solicitado por los estudiantes que acudieron a consulta, encontramos que de los 9 estudiantes que intentaron suicidarse, el 10.9% de ellos correspondió al servicio de medicina general y el 8.5% al servicio de salud mental, en donde  $X^2 = 1.48$ ,  $gl = 1$ ,  $p = .700 > .05$  no existiendo diferencias estadísticamente significativas ( Cuadro núm. 10 ).

REGISTRO  
 DE ORIGEN

**CUADRO NÚM. 10**  
**Distribución de la muestra**  
**por intento de suicidio y servicio**

Valor	Salud mental		Medicina general		% Total
	F	%	F	%	
No intento suicidarse	43	91.5	41	89.1	90.3
Si intento suicidarse	4	8.5	5	10.9	9.7
Total	47	100.0	46	100.0	100.0

$P \geq .05$

d) Número de intentos de suicidio

Dentro de los datos obtenidos en aquellos estudiantes que intentaron quitarse la vida, se pudo observar que 3 lo hicieron en una ocasión, 3 en dos ocasiones, 2 en tres ocasiones y 1 alumno intento quitarse la vida en cuatro ocasiones, lo que marca la existencia de conductas parasuicidas en la población estudiantil y del riesgo que ello conlleva ( Cuadro núm. 11 ).

**CUADRO NÚM. 11**  
**Distribución de la muestra**  
**por intentos de suicidio**

Número de intentos	F	% Válido
Un	3	33.3
Dos	3	33.3
Tres	2	22.2
Cuatro	1	11.1
Total	9	100

TRIPS CON  
 FALLA DE ORIGEN

e) Motivos para dejar de existir

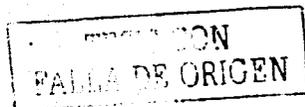
En cuanto a las causas que motivaron el deseo de quitarse la vida, encontramos a las familiares como aquellas que en seis estudiantes fueron factor por el cual intentaron quitarse la vida, de ahí encontramos a los motivos amorosos, la situación económica y al alcohol o drogas, como variables que incidieron como factor motivacional para desear dejar de existir, con un estudiante que así lo manifestó para cada una de ellas ( Cuadro núm. 12 ).

CUADRO NÚM. 12  
Distribución de la muestra  
por motivación para quitarse la vida

Motivo	F	% Válido
Causa amorosa	1	16.7
Económico	1	16.7
Familiar	6	75
Alcohol o droga	1	14.3
Otros motivos	3	42.9

#### 4.5 IDEACIÓN SUICIDA

##### 4.5.1 SERVICIO



Uno de nuestros objetivos, al inicio de esta investigación era el de conocer no sólo si existía ideación suicida entre los estudiantes que acudían a solicitar consulta a la DGSM de la UNAM, sino también, el conocer como se presentaba éste tanto en el servicio de salud mental como en el de medicina general y encontramos que el 64.6% de los alumnos que

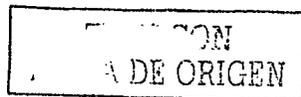
acudieron al servicio de salud mental, presentaron ideación suicida y que el 29.5% de los encuestados que solicitaron el servicio de medicina general, manifestaron la presencia de estas ideas, en donde  $\chi^2=11.294$ ,  $gl=1$ ,  $p=.001<.05$ , existiendo diferencias estadísticamente significativas ( Cuadro núm. 13 ).

**CUADRO NÚM 13**  
Distribución de la muestra  
por ideación suicida y servicio

Valor	Salud mental		Medicina general		% Total
	F	%	F	%	
Sin idea suicida	17	35.4	31	70.5	52.2
Con idea suicida	31	64.6	13	29.5	47.8
Total	48	52.2	44	47.8	100.0

$P \leq .05$

#### 4.5.2 SEXO, EDAD, EDO. CIVIL Y RELIGIÓN



En relación a la presencia de ideación suicida por género, encontramos que para el sexo masculino el 41.2% presentó ideación suicida, mientras que en el sexo femenino el 56.1% de ellas manifestó esta idea, en donde  $\chi^2=1.474$ ,  $gl=1$ ,  $p=.225>.05$ , no existiendo diferencias estadísticamente significativas. Con respecto a la edad, se pudo observar que entre los 18 y 20 años, el 61.8% presentó ideación suicida, entre los 21 y 23 años, fue el 54.2% quienes la presentaron, entre los 24 y 26 años, el 30.4%, lo manifestó y finalmente, los que se ubicaron entre los 27 y 30 años, es en el 20.0% de ellos que presentaron ideación suicida, en cuanto al análisis estadístico encontramos que,  $\chi^2=7.083$ ,  $gl=1$ ,  $p=.008<.05$ , existiendo diferencias significativas en cuanto a la edad. En cuanto al estado civil, los

solteros que manifestaron la presencia de ideación suicida, representaron el 50.6% de los encuestados, mientras que para los casados, esto significo el 30.8%, en donde  $X^2=1.059$   $gl=1$ ,  $p=.303>.05$ , no existiendo diferencias estadísticamente significativas. Y con respecto a la religión, aquellos encuestados que respondieron una preferencia católica, el 43.1% de ellos presentaron ideas suicidas, mientras que con respecto a otras preferencias religiosas, fue el 65.0% de ellos que lo manifestaron, en donde  $X^2=2.205$   $gl=1$ ,  $p=.138>.05$ , no existiendo diferencias estadísticamente significativas ( Cuadro núm. 14 ).

TESIS CON  
MARCAS DE ORIGEN

**CUADRO NÚM. 14**  
**Distribución de la muestra por presencia de**  
**ideación suicida por sexo, edad, edo. civil y religión**

Variable	F	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	21	41.2
Femenino	23	56.1
Total	44	47.8
<b>Edad</b>		
18-20	21	61.8
21-23	13	54.2
24-26	7	30.4
27-30	2	20.0
Total	43	47.3
<b>Estado civil</b>		
Solteros	40	50.6
Casados	4	30.8
Total	44	47.8
<b>Religión</b>		
Católica	31	43.1
Otra religión	13	65.0
Total	44	47.8

$P \leq .05$  en edad

$P \geq .05$  en sexo, estado civil y religión

#### 4.5.3 NACIONALIDAD, AÑOS DE ESTUDIO, INGRESO MENSUAL Y MOTIVO DE CONSULTA.

Con respecto a la nacionalidad, encontramos que presentaron ideación suicida en 49.3% con nacionalidad mexicana y el 41.2% con otra nacionalidad, en donde  $X^2=.115$ ,  $gl=1$ ,  $p=.735>.05$ , no existiendo diferencias estadísticamente significativas. En relación a los años de estudio, quienes tuvieron de uno a dos años de estudio, fue el 62.2% que manifestaron presentar ideas suicidas, mientras que quienes tuvieron de tres a cuatro años de estudio, es el 37.8% que así lo manifestaron., en cuanto al análisis estadístico encontramos que,  $X^2=3.905$ ,  $gl=1$ ,  $p=.048<.05$ , existiendo diferencias significativas en cuanto a años de estudio. Por otra parte, en el ingreso mensual. se observo que aquellos alumnos que manifestaron tener un ingreso de \$1.00 y hasta \$2,000, significo el 44.7% y de \$2001 y hasta \$4,000, representaron el 45.9% para cada uno de ellos con presencia de ideación suicida, en tanto que, los encuestados que manifestaron un ingreso de \$4,001 o más pesos, fue el 50.0% que manifestaron ideas suicidas, en donde  $X^2=.102$ ,  $gl=2$ ,  $p=.950>.05$ , no existiendo diferencias estadísticamente significativas. Por último, en lo referente al motivo de consulta, se pudo observar que aquellos estudiantes que fueron por su credencial médico-deportiva y por el Examen Médico de Primer Ingreso ( EMPI ), representaron el 38.1% con ideación suicida, los que asistieron por un problema de salud física, esta idea se presento en el 19.0%, quienes asistieron a consulta por un problema de salud emocional, represento el 75.0% con presencia de ideación suicida y quienes fueron por otros problemas, fue el 38.5% con presencia de ideas suicidas, en cuanto al análisis estadístico encontramos que,  $X^2=17.702$ ,  $gl=3$ ,  $p=.001<.05$ , existiendo diferencias significativas en cuanto a motivo de consulta ( Cuadro núm. 15 ).

CON  
A DE ORIGEN

CUADRO NÚM. 15

Distribución de la muestra por presencia de ideación suicida por nacionalidad, años de estudio, ingreso mensual y motivo de consulta

Variable	F	%
<b>Nacionalidad</b>		
Mexicano (a)	37	49.3
Otra nacionalidad	7	41.2
Total	44	47.8
<b>Años de estudio</b>		
Uno a dos años	23	62.2
Tres a cuatro años	17	37.8
Total	40	48.8
<b>Ingreso mensual</b>		
\$1.00 a \$2.000 pesos	17	44.7
\$2.001 a \$4.000 pesos	17	45.9
\$4.001 a más pesos	6	50.0
Total	40	46.0
<b>Motivo de consulta</b>		
Credencial M. D. y EMPI	8	38.1
Salud física	4	19.0
Salud emocional	24	75.0
Otros problemas	5	38.5
Total	41	47.1

$P \leq .05$  en años de estudio y motivo de consulta

$P \geq .05$  en nacionalidad e ingreso mensual

INVESTIGACION  
FALLA DE ORIGEN

## 4.6 INTENCIÓN SUICIDA

### 4.6.1 SERVICIO

En relación al cruce de variables servicio e intención suicida, encontramos que en la muestra, el 17.0% de los estudiantes que solicitó el servicio de salud mental, manifestó intención suicida, mientras que, aquellos alumnos que acudieron al servicio de medicina general, fue el 15.6% quien tuvo intención de suicidarse, en donde  $X^2=.036$ ,  $gl=1$ ,  $p=.849>.05$ , no existiendo diferencias estadísticamente significativas ( Cuadro núm. 16 ).

CUADRO NÚM. 16  
Distribución de la muestra  
por intención suicida y servicio

Valor	Salud mental		Medicina general		% Total
	F	%	F	%	
Sin intención suicida	39	83.0	38	84.4	83.7
Con intención suicida	8	17.0	7	15.6	16.3
Total	47	100.0	45	100.0	100.0

$P \geq .05$

INSTITUCIÓN  
UNIVERSITARIA DE ORIGEN

#### 4.6.2 SEXO, EDAD Y ESTADO CIVIL

Considerando a la intención suicida, encontramos que en cuanto al género, el 15.4% de los encuestados masculinos presento intento suicida, mientras que el 17.5% de las mujeres, manifestaron esta intención, en donde  $\chi^2=0.000$ ,  $gl=1$ ,  $p=.1000>.05$ , no existiendo diferencias estadísticamente significativas. En relación a la edad, se pudo observar que aquellos estudiantes de 18 a 20 años, el 20.0% presento la intención de suicidarse; los de 21 a 23 años, fue el 20.8% que presento esta conducta; los de 24 a 26 años representaron el 9.1% y quienes tenían entre 27 y 30 años, fue en el 10.0% que manifestaron la intención de suicidarse, en donde  $\chi^2=1.823$ ,  $gl=3$ ,  $p=.610>.05$ , no existiendo diferencias estadísticamente significativas. Con respecto al estado civil, el 17.7% de los encuestados solteros presento intención suicida y solo el 7.7% de los estudiantes casados, refirió tener intención de suicidarse. en donde  $\chi^2=.252$ ,  $gl=1$ ,  $p=.616>.05$ , no existiendo diferencias estadísticamente significativas. La religión, implicó que quienes presentaron intención suicida, se distribuyeron de la siguiente manera, el 25.0% para quienes profesaron otra religión y el 13.9% para lo católicos, en donde  $\chi^2=.719$ ,  $gl=1$ ,  $p=.397>.05$ , no existiendo diferencias estadísticamente significativas ( Cuadro núm. 17 ).

CON  
LA DE ORIGEN

**CUADRO NÚM. 17**  
**Distribución de la muestra con**  
**intención suicida por sexo, edad y estado civil**

Variable	F	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	8	15.4
Femenino	7	17.5
Total	15	6.3
<b>Edad</b>		
18-20	7	20.0
21-23	5	20.8
24-26	2	9.1
27-30	1	10.0
Total	15	16.5
<b>Estado civil</b>		
Solteros	14	17.7
Casados	1	7.7
Total	15	16.3
<b>Religión</b>		
Católica	10	13.9
Otra religión	5	25.0
Total	15	16.3

$P \geq .05$  en sexo, edad, estado civil y religión

**TEMA CON  
FALLA DE ORIGEN**

#### 4.6.3 NACIONALIDAD, AÑOS DE ESTUDIO, INGRESO MENSUAL Y MOTIVO DE CONSULTA.

Al establecer el cruce nacionalidad por intención suicida, se observó que aquellos encuestados con mexicana representaron el 18.7%, con intención suicida, mientras que con otra nacionalidad, solo el 5.9% presentaron esta conducta. en donde  $X^2=.855$ ,  $gl=1$ ,  $p=.355>.05$ , no existiendo diferencias estadísticamente significativas. Así mismo, en cuanto a años de estudio, se observó que aquellos estudiantes con uno o dos años de estudio, representaron el 18.9% que presentaron intención suicida y los que tuvieron de tres a cuatro años de estudio, fue el 13.6% de los encuestados que tuvieron intención de suicidarse, en donde  $X^2=.117$ ,  $gl=1$ ,  $p=.733>.05$ . no existiendo diferencias estadísticamente significativas. En relación al ingreso mensual, encontramos que los estudiantes que manifestaron un ingreso de \$1.00 y hasta \$2,000 pesos, representaron el 18.9% con intención suicida, aquellos con un ingreso mensual de \$2,001 o más pesos, fue el 12.5% los que presentaron intención de suicidarse, en donde  $X^2=.210$ ,  $gl=1$ ,  $p=.647>.05$ . no existiendo diferencias estadísticamente significativas. Por último, en relación al motivo de consulta, se pudo observar que aquellos estudiantes que fueron por su credencial médico-deportiva y el EMPI ( Examen Médico de Primer Ingreso ), fue el 23.8% que presentaron intención suicida, los que asistieron por un problema de salud física, fue en el 4.5 % que tuvieron intención suicida. aquellos encuestados que acudieron por un problema de salud emocional, fue en el 18.8% de ellos que tuvieron esta conducta y finalmente, los estudiantes que acudieron por otros problemas, representaron el 16.7% con intención de suicidarse, en donde  $X^2=3.269$ ,  $gl=3$ ,  $p=.352>.05$ , no existiendo diferencias estadísticamente significativas ( Cuadro núm. 18 ).

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO NÚM. 18

Distribución de la muestra por intención suicida y nacionalidad, años de estudio, ingreso mensual y motivo de consulta

Variable	F	%
<b>Nacionalidad</b>		
Mexicano (a )	14	18.7
Otra nacionalidad	1	5.9
Total	15	16.3
<b>Años de estudio</b>		
Uno o dos años	7	18.9
Tres o cuatro años	6	13.6
Total	13	16
<b>Ingreso mensual</b>		
\$1.00 hasta \$2,000 pesos	7	18.4
\$2,001 o más pesos	6	12.5
Total	13	15.1
<b>Motivo de consulta</b>		
Credencial M.D. y EMPI	5	23.8
Salud física	1	4.5
Salud emocional	6	18.8
Otros problemas	2	16.7
Total	14	16.1

$P \geq .05$  en nacionalidad, años de estudio, ingreso mensual y motivo de consulta

ENCUESTA CON  
ETIQUETA DE ORIGEN

## 4.7 ESCALAS E IDEACIÓN SUICIDA

### 4.7.1 AUDIT

La relación entre ideación suicida y audit., estableció que con bajo riesgo al consumo de alcohol, el 50.7% de los encuestados presentó ideación suicida y en riesgo en cuanto a consumo de alcohol, fue el 41.7% que presentaron estas ideas, en donde  $X^2=1.511$ ,  $gl=2$ ,  $p=.470>.05$ , no existiendo diferencias estadísticamente significativas ( Cuadro núm. 19 ).

CUADRO NÚM. 19  
Distribución de la muestra por  
ideación suicida y audit.

Valor	Bajo riesgo		En riesgo		Consumo peligroso		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sin ideación suicida	33	49.3	14	58.3	1	2.1	48	52.2
Con ideación suicida	34	50.7	10	41.7			44	47.8
Total	67	72.8	24	26.1	1	1.1	92	100

$P \geq .05$

### 4.7.2 ESTRÉS

Con respecto a la relación entre la escala de estrés y la ideación suicida, se pudo observar entre los encuestados que no presentaron estrés, el 43.3% presento ideación suicida; mientras que quienes tuvieron estrés, el 75.0% manifestó presencia de ideas suicidas, en donde  $X^2=4.101$ ,  $gl=1$ ,  $p=.043<.05$ , existiendo diferencias estadísticamente significativas ( Cuadro núm. 20 ).

INSTITUTO  
FALLA DE ORIGEN

**CUADRO NÚM. 20**  
**Distribución de la muestra por**  
**ideación suicida y estrés**

Valor	Sin estrés		Con estrés		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sin ideación suicida	38	56.7	3	25.0	41	51.9
Con ideación suicida	29	43.3	9	75.0	38	48.1
Total	67	84.8	12	15.2	79	100

$P \leq .05$

#### 4.7.3 BECK ( DEPRESIÓN )

Al aplicar la escala de depresión de Beck, encontramos que entre los encuestados, el 28.9% presento depresión sin ideación suicida, mientras que el 31.5% de los alumnos que no presentaron depresión y el 71.1% con depresión, si presentaron ideación suicida, en donde,  $X^2=12.456$ ,  $gl=1$ ,  $p=.000<.05$ , si existen diferencias estadísticamente significativas entre la depresión y la ideación suicida. ( Cuadro núm. 21 ). Por otra parte, haciendo el desglose del instrumento, desde la ausencia hasta la presencia de depresión severa, encontramos que, en relación a la ausencia de depresión entre los alumnos, el 23.1% manifestó ideación suicida; con depresión media, fue el 57.1% y que además presento estas ideas; con depresión moderada fue el 63.6% y en donde se agregaron ideas suicidas y finalmente con depresión severa, esta apareció en el 90.0% de los alumnos y a la que se sumaron ideas suicidas, en donde,  $X^2=21.204$ ,  $gl=3$ ,  $p=.000<.05$ , si existen diferencias estadísticamente significativas ( Cuadro núm. 22 ).

IMPRESO CON  
 LA ESCALA DE ORIGEN

CUADRO NÚM. 21  
Distribución de la muestra por  
ideación suicida y Beck ( depresión )

Valor	Sin depresión		Con depresión		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sin ideación suicida	37	68.5	11	28.9	48	52.2
Con ideación suicida	17	31.5	27	71.1	44	47.8
Total	54	58.7	38	41.3	92	100

$P \leq .05$

CUADRO NÚM. 22  
Distribución de la muestra por  
ideación suicida y Beck ( depresión )

Depresión										
Valor	Ausencia		Media		Moderada		Severa		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sin ideación	30	76.9	9	42.9	8	36.4	1	10.0	48	52.2
Con ideación	9	23.1	12	57.1	14	63.2	9	90.0	44	47.8
Total	39	42.4	21	22.8	22	23.9	10	10.9	92	100

$P \leq .05$

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### 4.7.4 BECK ( DESESPERANZA )

Al aplicar la escala de desesperanza de Beck, encontramos que entre los estudiantes con desesperanza, el 19.0% no presento ideación suicida, mientras que el 37.9% que no presento desesperanza y el 81.0% que si la manifestaron, se asociaron a la presencia de ideación suicida, en dónde,  $X^2=10.175$ ,  $gl=1$ ,  $p=.001<.05$ , si existen diferencias estadísticamente significativas ( Cuadro núm. 23 ).

CUADRO NÚM.23  
Distribución de la muestra por  
ideación suicida y Beck ( desesperanza )

	No desesperanza		Con desesperanza		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sin ideación suicida	41	62.1	4	19.0	45	51.7
Con ideación suicida	25	37.9	17	81.0	42	48.3
Total	66	75.9	21	24.1	87	100

$P \leq .05$

#### 4.8 ESCALAS E INTENCIÓN SUICIDA

##### 4.8.1 AUDIT

La relación entre la intención suicida y el audit., estableció que entre los encuestados el 14.9% presento un bajo riesgo en cuanto a consumo de alcohol y el 20.8% esta en riesgo, ambas asociadas a la presencia de intención suicida, en dónde,  $X^2=.649$ ,  $gl=2$ ,  $p=.723>.05$ , no existiendo diferencias significativas ( Cuadro núm. 24 ).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**CUADRO NÚM.24**  
**Distribución de la muestra por**  
**intención suicida y audit.**

Valor	Bajo riesgo		En riesgo		Consumo peligroso		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sin intención suicida	57	85.1	19	79.2	1	100.0	77	83.7
Con intención suicida	10	14.9	5	20.8			15	16.3
Total	67	72.8	24	26.1	1	1.1	92	100

$P \geq .05$

#### 4.8.2 ESTRÉS

Con respecto a la relación entre la escala de estrés y la intención suicida, se pudo observar que el 72.7% de los encuestados si presento estrés, más no intención suicida, mientras que el 136.2% de los estudiantes que no manifestaron estrés y el 27.3% que apareció con estrés, tuvieron intención de suicidarse, en dónde,  $X_2=.800$ ,  $gl=1$ ,  $p=.639 > .05$ , no existiendo diferencias estadísticamente significativas ( Cuadro núm. 25 ).

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO NÚM.25  
Distribución de la muestra por  
intención suicida y estrés.

Valor	Sin estrés		Con estrés		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sin intención suicida	57	83.8	8	72.7	65	82.3
Con intención suicida	11	16.2	3	27.3	14	17.7
Total	68	86.1	11	13.9	79	100

$P \geq .05$

#### 4.8.3 BECK ( DEPRESIÓN )

Al aplicar la escala de depresión de Beck, encontramos que entre los estudiantes el 71.1% presento depresión sin intención suicida, mientras que el 7.4 de los alumnos sin depresión y el 28.9% con depresión, presentaron intención de suicidarse, en dónde  $X_2=6.087$ ,  $gl=1$ ,  $p=.014 < .05$ , si existen diferencias estadísticamente significativas. ( Cuadro núm. 26 ). Por otra parte desglosando el Beck, desde ausencia hasta presencia de depresión severa, encontramos que entre los encuestados, el 7.7% presentó ausencia de depresión pero con intención suicida; con depresión media, el 81.0% sin intención suicida y el 19.0% con intención suicida; con depresión moderada, el 77.3% sin intención de suicidarse y el 22.7% con intención suicida y finalmente con depresión severa, el 70.0% sin intención de suicidarse y el 30.0% con intención suicida, en dónde,  $X_2=4.275$ ,  $gl=3$ ,  $p=.233 > .05$ , no existiendo diferencias estadísticamente significativas ( Cuadro núm. 27 ).

TRABAJE CON  
LA DE ORIGEN

**CUADRO NÚM. 26**  
**Distribución de la muestra por**  
**intención suicida y Beck ( depresión )**

	Sin depresión		Con depresión		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sin intención suicida	50	92.6	27	71.1	77	83.7
Con intención suicida	4	7.4	11	28.9	15	16.3
Total	54	58.7	38	41.3	92	100

$P \leq .05$

**CUADRO NÚM. 27**  
**Distribución de la muestra por**  
**intención suicida y Beck ( depresión )**

	Ausencia		Media		Moderada		Severa		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sin intención suicida	36	92.3	17	81.0	17	77.3	7	70.0	77	83.7
Con intención suicida	3	7.7	4	19.0	5	22.7	3	30.0	15	16.3
Total	39	42.4	21	22.8	22	23.9	10	10.9	92	100

$P \geq .05$

**TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN**

#### 4.8.4 BECK ( DESESPERANZA )

Al aplicar la escala de desesperanza de Beck, encontramos que entre los estudiantes el 13.6% no presento desesperanza y el 23.8% si tuvo desesperanza, en donde ambos grupos tuvieron intención suicida y el 76.2% presento desesperanza, aunque no tuvo intención suicida, en dónde,  $X^2=1.221$ ,  $gl=1$ ,  $p=.269>.05$ , no existiendo diferencias estadísticamente significativas ( Cuadro núm. 28 ).

CUADRO NÚM. 28  
Distribución de la muestra por  
intención suicida y Beck ( desesperanza )

Valor	No desesperanza		Con desesperanza		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sin intención suicida	57	86.4	16	76.2	73	83.9
Con intención suicida	9	13.6	5	23.8	14	16.1
Total	66	75.9	21	24.1	87	100

$P \geq .05$

#### 4.9 AUTOREPORTE

En relación a las condiciones bajo las que se efectuó el intento suicida en los 9 estudiantes de acuerdo a lo reportado en el test de Okasha y considerando los porcentajes válidos, se pudo observar que el 57.1% conforme a sus expectativas esperaban una muerte certera, en cuanto a la concepción del método, el 33.3% esperaban que podría ser mortal y que sería mortal, este porcentaje es para cada una de estas variables, el 50% consideró que el intento sería serio, para el 50% no importaba vivir o morir y otro 50% deseaba morir, el 66.7%

estaba seguro de morir, ( Cuadro núm. 29 ); el 50% contempló el suicidio por más de tres horas antes del intento, el 83.3% aceptaba el intento, un 66.7% no visualizó lo que habría después de la muerte, el 50% intentó suicidarse cuando menos una vez, un 33.3% no tenía ningún intento previo y otro 33.3% presentó de uno a dos intentos previos ( Cuadro núm. 30 ); el 16.7% estaba confundido bajo ingesta de alcohol y un 16.1% uso drogas para liberarlo de inhibiciones ( Cuadro núm. 31 ).

**CUADRO NÚM. 29**  
Distribución de la muestra con  
intento de suicidio y autoreporte

Valor	F	% válido
<b>Expectativas</b>		
Muerte posible	3	42.9
Muerte certera	4	57.1
<b>Concepción de métodos</b>		
Menos letal	1	16.7
Podría ser mortal	2	33.3
Sería mortal	2	33.3
<b>Seriedad del intento</b>		
No serio	2	33.3
No seguro de seriedad	1	16.7
Intento serio	3	50.0
<b>Ambivalencia de vivir</b>		
No importa vivir o morir	3	50.0
Deseaba morir	3	50.0
<b>Reversibilidad</b>		
Muerte improbable	1	16.7
No seguro de muerte	1	16.7
Seguro de morir	4	66.7

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**CUADRO NÚM. 30**  
**Distribución de la muestra con**  
**intento de suicidio y autoreporte**

Valor	F	%
<b>Premeditación</b>		
Ninguno-impulsivo	1	16.7
Suicidio menos de tres horas	2	33.3
Suicidio más de tres horas	3	50.0
<b>Reacción intento</b>		
Acepta intento	5	83.3
Apenado de vivir	1	16.7
<b>Visualización</b>		
Vida-muerte	1	16.7
Sueño-oscuridad	1	16.7
No visualizo la muerte	4	66.7
<b>Cuantos intentos</b>		
Cero	1	16.7
Uno	3	50.0
Dos	1	16.7
Tres	1	16.7

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**CUADRO NÚM. 31**  
**Distribución de la muestra con**  
**intento de suicidio y autoreporte**

Valor	F	%
<b>Intentos previos</b>		
Ninguno	2	33.3
Uno-dos	2	33.3
Tres o más	1	16.7
Cuatro	1	16.7
<b>Alcohol en intento</b>		
Confundido con alcohol	1	16.7
No lo consumió	5	83.3
<b>Drogas intento</b>		
Drogas para no inhibir	1	16.7
No lo consumió	5	83.7

#### 4.10 ESCALA RIESGO-RESCATE

##### 4.10.1 FACTORES DE RIESGO

En relación a los factores de riesgo asociados a los 9 alumnos que intentaron suicidarse y tomando en cuenta el porcentaje válido, se pudo observar que un 83.3% utilizaron la ingestión como agente para llevar a efecto el suicidio; el 60% no presentó conciencia dañada, en cuanto a la lesión-toxicidad, un 40% la tuvo media y otro 40% la tuvo severa y en cuanto a la reversibilidad, en el 50% de ellos fue buena, es decir se esperó una completa recuperación ( Cuadro núm. 32 ).

TESIS CON  
 SELLA DE ORIGEN

**CUADRO NÚM. 32**  
**Distribución de la muestra por**  
**intento de suicidio y factores de riesgo**

Valor	F	%
<b>Agente usado</b>		
Ingestión	5	83.3
Saltar	1	16.7
<b>Conciencia dañada</b>		
Ninguna evidencia	3	60.0
Confusión semi-coma	2	40.0
<b>Lesión-toxicidad</b>		
Medía	2	40.0
Moderada	1	20.0
Severa	2	40.0
<b>Reversibilidad</b>		
Buena	2	50.0
Regular	1	25.0
Pobre	1	25.0

#### 4.10.2 FACTORES DE RESCATE

Por lo que respecta a los factores de rescate, se pudo determinar que en el 60% el lugar donde efectuó el intento de suicidio fue familiar; en el 100% de ellos la persona que inicio el rescate fue una persona clave; en un 40% de ellos la probabilidad de ser descubierto por alguien fue alta y en otro 40% fue incierta; en cuanto a la accesibilidad para el rescate en un 40% no solicito ayuda y en otro 40% dio índices o señales clave; en cuanto al tiempo

transcurrido en el 100% fue inmediato su descubrimiento y finalmente solo un estudiante reporto como antecedente que un miembro de su familia intento suicidarse ( Cuadro núm. 33 ).

**CUADRO NÚM. 33**  
**Distribución de la muestra por**  
**intento de suicidio y factores de rescate**

Valor	F	%
<b>Locación-localidad</b>		
No familiar	2	40.0
Familiar	3	60.0
<b>Persona que inicia rescate</b>		
Persona clave	5	100.0
<b>Ser descubierto</b>		
Descubrimiento accidental	2	40.0
Descubrimiento incierto	2	40.0
Alta probabilidad	1	20.0
<b>Accesibilidad al rescate</b>		
No pide ayuda	2	40.0
Dio indices	2	40.0
Solicito ayuda	1	20.0
<b>Tiempo trascurrido</b>		
Inmediatamente	4	100.0
<b>Algún familiar suicida</b>		
Ha intentado	1	50.0
Sin especificar	1	50.0

**TESIS CON**  
**SELLA DE ORIGEN**

#### 4.11 CORRELACIÓN DE PEARSON

Conocer los factores de riesgo asociados a la ideación suicida, así como a la intención suicida y cómo ello deriva finalmente en la decisión de suicidarse, nos parece ser un aspecto que debe ser considerado, ya que ello permitiría identificar los factores asociados y a partir de esto, intentar prevenir estas conductas, por lo cual se hizo necesario realizar una correlación de Pearson, con la finalidad de establecer la relación existente entre la ideación suicida con desesperanza, estrés y depresión, variables psicológicas asociadas con frecuencia al desarrollo de estas ideas. Se encontró que existe una correlación significativa y en sentido positivo de la ideación con depresión (  $r=.494$ ,  $p<.001$  ), estrés (  $r=.318$ ,  $p<.01$  ) y con desesperanza (  $r=.443$ ,  $p<.001$  ) y con la intención suicida, se encontró una correlación significativa y en sentido positivo con la depresión (  $r=.255$ ,  $p<.01$  ) y con estrés (  $r=.277$ ,  $p<.01$  ).

De tal manera que si hay una mayor depresión, desesperanza y estrés, también habrá una mayor ideación suicida: mientras que en el caso de la intención de suicidarse, la relación implica que si hay mayor depresión y estrés, habrá una mayor intención de suicidarse.

Todos los datos referidos en este capítulo, nos dan un panorama general de lo sucedido con la muestra de estudiantes que asistió a solicitar consulta, tanto al servicio de salud mental como al de medicina general, nos parece relevante el comportamiento de la muestra ya que arroja información precisa sobre la ideación suicida, la intención suicida y el intento suicida y que nos abre la posibilidad de desarrollar conclusiones referentes al problema.

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

La posibilidad de emitir comentarios y conclusiones surge como consecuencia del planteamiento de un marco teórico, metodológico y de la obtención de resultados, que en su conjunto son fundamentales en toda investigación.

En este capítulo, llegamos a la parte final del estudio, durante el desarrollo del mismo, las observaciones girarán básicamente en torno a nuestros objetivos e hipótesis, mismos que podrán confirmarse o rechazarse.

#### 5.1 IDEACIÓN SUICIDA Y PARASUICIDIO

Al plantear nuestros objetivos, uno de ellos era conocer la presencia de ideación suicida y de conductas parasuicidas en los alumnos de nivel superior que asistieran a consulta externa ( medicina general y salud mental ), en la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM.

Los resultados obtenidos en la muestra, tomando en cuenta los arrojados por el test de Okasha y utilizando como criterio, el considerar a las tres primeras preguntas de esta prueba para detectar ideación suicida entre los estudiantes, se pudo detectar que el 47.8% presentó ideas suicidas, lo cual nos parece elevado, aunque la presencia de ellas no necesariamente lleve a un sujeto a intentar el suicidio, no deja de ser significativa su presencia, ya que estas pueden evolucionar y llevar al alumno a intentar la muerte. Estos resultados, incluso son superiores a los reportados por Goldberg ( 1981 ) quién encontró una prevalencia de ideación suicida de 10.4% en sujetos cuya edad fue de 18 a 24 años. esto en los condados de Alameda en Cal. y Washington M. d.; incluso también al encontrado por Halstrom,

quién informo que en Suecia, casi el 15% de las mujeres entrevistadas presentaban ideas suicidas y un 12% en estudiantes egipcios ( Gómez, Lolas y Barrera, 1991 ). También al obtenido por Medina-Mora, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo y Gómez ( 1991 ) quienes encontraron que la ideación suicida se presentó entre el 10 y 14% de la población urbana mayor de 18 años; así mismo, González. Díaz, León, González-Forteza y González ( 2000 ) reportaron que el 18% de los estudiantes universitarios que acudieron al depto. de Psicología Médica y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, presentaban ideación suicida y finalmente, una investigación efectuada por Medina-Mora ( citado por González, Díaz, León, González-Forteza y González, 2000 ) en estudiantes de bachillerato del D. F. y cuya edad se ubico entre los 13 y 19 años, encontró que el 47% de ellos había tenido por lo menos un síntoma de ideación suicida, la semana anterior a la encuesta, estos datos, son los únicos que coinciden con lo hallado en nuestro estudio.

Por otra parte y tomando las dos últimas preguntas del test de Okasha como criterio para considerar la presencia de intención suicida, encontramos que el 16.3% de los estudiantes lo presentó, dato que podría compararse con el obtenido por Medina-Mora ( citado por González, Díaz, León, González-Forteza y González, 2000 ) quién reporto que el 17% de los estudiantes de bachillerato del D. F., entre los 13 y 19 años de edad, pensaron en quitarse la vida. Sin embargo, el dato encontrado en nuestra investigación es superior al reportado por Medina-Mora, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo y Gómez ( 1991 ), quienes al efectuar una encuesta en hogares a nivel nacional en una población urbana mayor de 18 años, indicaron que el 1.9% estuvo a punto de quitarse la vida.

Por lo que respecta a quienes intentaron quitarse la vida y que fue explorado a través de la última pregunta del test de Okasha, se reporta que el 9.7% de los alumnos encuestados presentaron esta conducta, algunos de ellos en más de una ocasión, lo que revela la existencia de conductas parasuicidas. Esta cifra, supera la obtenida por Medina-Mora, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo y Gómez, ( 1991 ) quienes en una encuesta de hogares , realizado a nivel nacional en una población urbana mayor de 18 años, reportaron que el 1.6% intento suicidarse.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Todo lo anterior, responde a la inquietud del conocer la existencia de la presencia de ideación suicida y de conductas parasuicidas, lo cual podemos afirmar a partir de lo ya expuesto y al mismo tiempo, podemos asegurar que existen diferencias en cuanto a la magnitud del problema entre los alumnos universitarios, lo significativo de esto, es que en la muestra estudiada, hay presencia de estas dos condiciones y que debe ser tomada en cuenta por los especialistas de la salud al momento de realizar sus entrevistas a los pacientes, a fin de detectar su presencia y evaluar las condiciones en las que se presenta en el estudiante, para favorecer su prevención.

### 5.1.1 IDEACIÓN SUICIDA Y SERVICIO

Dentro de los objetivos trazados al inicio de esta investigación, se planteó la necesidad de conocer como se establecía la distribución de la ideación suicida por servicio, de tal manera que en salud mental, el 33.7% de los alumnos manifestó la presencia de estas ideas, en comparación con el 14.1% de los estudiantes que acudieron a medicina general que igualmente presentaron ideación suicida, existiendo diferencias estadísticamente significativas. Este dato coincide con lo expresado por Rudd ( 1990 ), quién al intentar conocer la prevalencia de la ideación suicida entre estudiantes universitarios, consideró que la asistencia previa a los servicios de salud mental, como un factor de riesgo, relacionado identificar a jóvenes potencialmente suicidas, a lo cual agregaríamos, que esto debe ser extensivo a otros servicios de salud, particularmente y en nuestro caso, al servicio de medicina general, ya que la idea que prevalece, es de que, quién acude a este, va para resolver más problemas físicos que psicológicos, por lo cual el especialista que los atiende, no repara en la importancia que tiene explorar sobre la existencia de ideación suicida y su posible desarrollo a conductas potencialmente autodestructivas.

Por lo anterior, debemos concluir que se acepta la hipótesis que establece que existen diferencias significativas en cuanto a la ocurrencia de ideación suicida entre los alumnos que asisten a ambos servicios.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 5.2 IDEACIÓN SUICIDA E INTENCIÓN SUICIDA Y VARIABLES DEMOGRÁFICAS

### 5.2.1 SEXO

Una de las inquietudes presentadas durante el desarrollo de este trabajo, era conocer si existían diferencias en cuanto a la presencia de ideación suicida e intentos suicidas por género y encontramos que con respecto a la ideación, esta apareció en el 22.8% de los hombres y en el 25% de las mujeres, mientras que en relación al intento suicida, el 8.7% de los hombres y el 7.6% de las mujeres, lo manifestaron. La literatura refiere que son las mujeres quienes piensan más en la muerte que los hombres y que estos últimos lo intentan más que las primeras, entonces, en base a las cifras ya señaladas, podemos afirmar que en nuestro estudio, esta condición se repite y si a ello agregamos, lo mencionado por Mondragón, Borges y Gutiérrez ( 2001 ) en relación a los datos proporcionados por la Secretaría de Salud, que indican que de 1970 a 1998, el suicidio se incremento en 215%, lo que representa 229% en los hombres y 165% en las mujeres, por supuesto estas cifras no pueden ser comparadas en cuanto a número con los datos reportados en la investigación que nos ocupa, pero sí podemos mencionar que se cumplen en el mismo sentido en cuanto a género y que inclusive coinciden con el comentario vertido por Stengel ( 1963 ) de que aunque la mayoría de los suicidas son varones, en la últimas décadas, en muchos países, se ha ido estrechando la distancia que media entre hombres y mujeres.

Por lo ya descrito y dado que no se encontraron diferencias significativas por género en cuanto a la aparición de ideación suicida y conductas parasuicidas, en el servicio de consulta externa ( medicina general y salud mental ), las hipótesis dos y tres se rechazan, aunque no por ello, los resultados encontrados son importantes, ya que se halló ideación suicida y conductas parasuicidas en hombres y mujeres.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 5.2.2 EDAD

Por lo que respecta a la edad, encontramos que los alumnos entre los 18 y 23 años, representaron el 37% y los de 24 a 30 años, con un 9.9% presentaron ideación suicida; mientras que, en relación al intento suicida, esta proporción fue del 13.2% para aquellos cuya edad se ubico entre los 18 y 23 años y de un 3.3% para los de 24 a 30 años. Estos datos son más elevados a los reportados por Goldberg ( 1981 ), quién reporto una prevalencia de ideación suicida de 10.4% en sujetos cuya edad fue de 18 a 24 años. Incluso también son superiores, a los mencionados por Rudd ( 1990 ), quién para conocer la prevalencia de ideación suicida entre estudiantes universitarios, encontró que el problema del suicidio en jóvenes involucra un alto porcentaje ( 43% ) y cuya edad se ubico entre los 16 y 30 años.

Por lo anterior y por el hecho de que los resultados encontrados en esta investigación revelaron que en cuanto a la ideación suicida existieron diferencias significativas, nos permite concluir que la edad, es una variable que debe ser considerada como factor de riesgo, ya que entre más joven se es, mayor probabilidad de pensar en el suicidio y esto debe ser considerado por el equipo de salud, ya que los estudiantes se encuentran en etapa de adaptación a los diversos cambios que ocurren en su vida y es en estos momentos que podrían presentarse tendencias a la muerte, de ser así, detectarlo para prevenir fatales consecuencias.

### 5.2.3 ESTADO CIVIL

En relación al estado civil, particularmente para la muestra estudiada, no podemos establecer puntos de comparación, ya que la mayoría de nuestros sujetos fueron solteros y en ellos la ideación suicida se presento en el 43.5%, contra un 4.3% en casados y en cuanto a la intención suicida, esto se significo en el 15.2% de los solteros y en el 1.1% de los casados. Este resultado es inferior, al compararse con el obtenido por Terroba, Hemann,

Saltijeral y Martínez ( 1986 ) quienes en un estudio realizado con adolescentes mexicanos, el 67.9% de los intentos fueron solteros, contra el 17.28% de personas con algún vínculo conyugal.

Sin que esto sea una afirmación, los reportes de ambos estudios llaman la atención hacia el hecho de que la soltería presenta una relación significativa con la ideación y con la intención y ellos nos lleva a establecer el siguiente cuestionamiento; ¿ Estará asociada la soltería a sentimientos de soledad, a la ausencia o disminución en los suministros afectivos, llevar ello a la posibilidad de deprimirse y con esto favorecer la ideación , la intención o el intento suicida ?, pregunta que sería difícil responder, debido a las características de la muestra y que tal vez en estudios con características diferentes en cuanto a población, valdría la pena investigar.

#### 5.2.4 AÑOS DE ESTUDIO

Rudd ( 1990 ) en su estudio efectuado con jóvenes estudiantes, cuya edad se ubico entre los 16 y 30 años, el 43% presento problemas relacionados al suicidio, la ideación suicida se relaciono con características demográficas como los años en el colegio, como un factor de riesgo. Esto refleja un antecedente que fue considerado para la investigación que nos ocupa y en donde los resultados obtenidos reportan que el 28% de la muestra con uno o dos años de estudio y el 20.7% con tres a cuatro años de estudio, presentaron ideación suicida, mientras que para la intención, esta relación fue de 8.6% para quienes tenían de uno a dos años de estudio y de 7.4% para los que tenían de tres a cuatro años, encontrándose diferencias significativas en la ideación, lo que sugiere una fuerte relación en cuanto a que menos años de estudio parecen ser un factor de riesgo en relación a la aparición de ideación suicida.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 5.2.5 INGRESO MENSUAL

Los resultados obtenidos muestran que en cuanto a la presencia de ideación suicida, quienes tuvieron un ingreso de \$2 000 o más, representaron el 26.45 y quienes tuvieron un ingreso menor al señalado, este significo el 19.5%, condición que revierte lo que podríamos haber supuesto, en el sentido de que a menor ingreso, mayor ideación, algo que no aconteció, al menos en la muestra estudiada, pero que para la intención suicida, la relación guardo la siguiente proporción, de \$1 hasta \$2 000, fue de 8.1% y quienes manifestaron un ingreso de \$2 001 o más, represento el 7%, no existiendo para ambos casos diferencias significativas, pero que sugieren que esto debe ser considerado dentro de los factores de riesgo que afectan a la muestra y que favorecen la aparición, tanto de ideación como de intención suicida.

### 5.2.6 RELIGIÓN

Es de llamar la atención, que aquellos que manifestaron ser católicos, se presento la ideación suicida en el 33.7% de ellos y para otra religión, fue en el 14.1% y en cuanto a la intención suicida, esta proporción fue de 10.9% para los católicos y del 5.4% para otra religión. Lo significativo de este resultado, sin que esto signifique un cuestionamiento a la religión católica, es que en base a su filosofía, en esta no se permite que el individuo atente contra su ser y que por el contrario, será Dios, quién determine el momento de la muerte, lo que nos lleva a pensar, que a pesar de sus creencias, en la población estudiantil, esta no es un determinante para evitar la aparición, tanto de ideas como de intención suicida y que valdría la pena investigar, si debido a la rigidez de la religión, esto favorece la aparición de lo descrito, como un castigo asociado a la culpa de haber incurrido en una falta, siendo la muerte el castigo.

## 5.2.7 MOTIVO DE CONSULTA

Este rubro, nos parece relevante, ante el hecho de que si consideramos que quienes van por su credencial médico-deportiva, por el examen médico de primer ingreso ( EMPI ), por su salud física y por otros problemas, en su conjunto, representaron el 19.5% que asisten al servicio de medicina general y que presentaron ideación suicida, contra el 27.6% que también lo manifestaron y que su demanda al servicio de salud mental, fue por problemas emocionales; mientras que con respecto a la intención suicida, esta proporción fue del 9.1% para los que asistieron a medicina general y del 6.9% para los que acudieron a salud mental. Lo significativo de esta información, radica en el hecho de que es difícil suponer que aquel estudiante que va por su credencial para acceder a la alberca o que realizó el EMPI o fue a una consulta, por una revisión física o para ser canalizado a otro servicio especializado, presente tanto ideación como intención suicida, lo cual sugiere que el equipo de salud, debe efectuar durante sus entrevistas, un profundo escudriñamiento y explorar, si es que así lo considera pertinente, la presencia de ideas relativas a la muerte, su evolución y evaluar e indagar, si ha pensado el estudiante en cuestión, en algún método, para llevar a cabo el intento o si ya lo ha intentado, en que circunstancias y cuantas veces, esto debido a que quienes piensan en la muerte, en su interior, desean que alguien los detenga y si no encuentran apoyo en el equipo de salud, las probabilidades de que intente el suicidio, aumentan.

Por lo que respecta a los problemas de salud emocional, es más alta la posibilidad de que aparezcan, tanto de ideas suicida como de intención y su subsecuente intento, aunque el hecho de que un alumno acuda al servicio de salud mental, no significa que él este consciente de la presencia de esta ideas, ya que en ocasiones, estas pueden estar enmascaradas y asociadas a otro tipo de sintomatología y al hecho de que en ocasiones consideramos que la depresión es el único trastorno asociado al desarrollo de ideas suicidas y del intento suicida, sin considerar, que también la ansiedad, que es trastorno que aparece con frecuencia en la consulta, también favorece la aparición de lo ya descrito, ya que el sujeto encuentra amenazante a la realidad y es la muerte una vía de escape a esta amenaza,

motivo por el cual, también se sugiere, tanto a psicólogos como a psiquiatras de la DGSM de la UNAM, escudriñen durante la entrevista, la posibilidad de la existencia de ideas relativas a la muerte.

### 5.3 IDEACIÓN SUICIDA E INTENCIÓN SUICIDA Y PRUEBAS APLICADAS

#### 5.3.1 AUDIT

Los resultados arrojados por el audit, muestran datos interesantes, ya que el nivel de consumo de alcohol en la muestra es importante, si consideramos que el 40.25 alguna vez ha consumido alcohol y que el 30.9% lo hizo en el último mes y si a estos datos le agregamos que el 15.2% esta en riesgo en cuanto a consumo de alcohol y que además presente ideación suicida ; mientras que aquellos estudiantes que presentaron intención suicida, el 10.9% de ellos presento un bajo riesgo en cuanto a consumo de alcohol y el 5.4% se encuentra en riesgo para esta adicción.

Lo relevante de estos resultados, radican en el sentido de que las investigaciones efectuadas sobre el tema, no se reporta la utilización de esta escala y si a ello agregamos que quienes intentan suicidarse, cuando lo hacen, por lo general, buscan la ayuda de alguna sustancia para animarse a llevar a cabo el acto suicida. Y aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas, no deja de ser importante lo ya reportado, particularmente si consideramos que quienes intentaron suicidarse, uno de ellos, se encontraba confundido con alcohol al momento de llevar a efecto el acto suicida.

#### 5.3.2 ESTRÉS

La escala de estrés, mostró que el 11.4% de los alumnos que presentaron estrés, manifestaron ideación suicida y que el 3.8% que también tuvo estrés expreso intención

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

suicida, lo relevante de los datos arrojados por la muestra radican en el hecho de que el 36.7% de los estudiantes que no presentaron estrés, manifestaron ideación suicida y que el 13.9% que tampoco presento estrés, apareció intención suicida, no existiendo diferencias estadísticamente significativas.

Por otra parte, esta escala sufrió modificaciones al modelo presentado por Carreño ( 1998 ) debido a las características presentados por la población estudiantil y que al ser sometida al análisis estadístico correspondiente, arrojó un buen nivel de confiabilidad y validez. Paralelamente se aplicó la correlación de Pearson y encontramos que hay una relación significativa entre la presencia de estrés y la aparición tanto de la ideación suicida como de la intención suicida, convirtiendo a este en un factor de riesgo para su desarrollo y que por otra parte coincide con lo señalado por Ovuga y Mugisha ( 1990 ) quienes señalan que la incapacidad para manejar situaciones de estrés, es un factor de riesgo asociado con un alto riesgo suicida. En este sentido, podemos afirmar que la hipótesis que señala a la presencia de factores psicológicos ( estrés ) como factor de riesgo para la aparición y desarrollo, tanto de la ideación suicida, como de la intención suicida y su subsecuente intento, se acepta.

### 5.3.3 BECK ( DEPRESIÓN )

La literatura ha señalado una estrecha relación entre la aparición de la ideación suicida y el desarrollo de las mismas, hasta llevar al individuo a intentar suicidarse. La muestra estudiada, señala que en cuanto a la aparición de la depresión, esta se presento en el 40% de los estudiantes, resultado que es inferior al encontrado por Rosas ( 1985 ) quien en la DGSM de la U.N.A.M., en el servicio de salud mental y con una muestra de 100 estudiantes de nivel medio y superior, reporto que la depresión se presento en el 76% de la muestra, aclarando que en este estudio, no se tomo en cuenta a los estudiantes que solicitaron el servicio de medicina general y también el resultado de nuestra investigación, es también inferior al encontrado por Romero y Medina-Mora ( 1987 ) quien reporto que el 49.3% de los alumnos de la facultad de Psicología, presento depresión.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En lo referente a la ideación suicida, en la muestra estudiada, encontramos que el 29.3% presento depresión e ideación suicida y un 18.5% de los alumnos que manifestaron presencia de esta última, no presentaron depresión, existiendo diferencias estadísticamente significativas.

Con respecto a la intención suicida, el 12.0% de los alumnos que presentaron depresión, desarrollaron esta intención y un 4.3% que no manifestó depresión, apareció en ellos la pretensión de suicidarse, existiendo diferencias estadísticamente significativas.

Así mismo, al aplicar la correlación de Pearson, se pudo concluir, que tanto en la ideación como en la intención de suicidarse, la depresión aparece como una variable que se convierte en un factor de riesgo importante para el desarrollo de ideas y conductas que puedan llevar a un sujeto a intentar autoagredirse. Con estos datos, debemos considerar la aceptación de la hipótesis que señala que existe una fuerte relación entre la aparición de la depresión y el desarrollo tanto de ideas como de tendencias fuertemente suicidas. Lo referido, coincide con lo reportado por Weissman ( citado por Gómez, Lolas y Barrera, 1991 ) quien afirma que la depresión es el diagnóstico más frecuentemente asociado a la ideación suicida y al intento suicida, al igual que Medina-Mora, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo y Gómez. ( 1991 ), González-Forteza y Andrade ( 1995 ) y Hemann ( 1989 ) quienes señalan una fuerte relación, entre el desarrollo de ideas y tendencias suicidas y la depresión. Sin embargo nuestros resultados muestran una diferencia en cuanto a la ideación suicida y depresión, ya que Beck y Lester ( 1973, citado por Gómez, Lolas y Barrera, 1991 ), señalan que hay una mayor relación entre la ideación suicida y la desesperanza, que con respecto a la depresión, mientras que en la población estudiantil estudiada, encontramos que este trastorno presenta una fuerte relación entre el desarrollo de ideas de muerte, la tendencia a intentar suicidarse y la presencia de una depresión.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### 5.3.4 BECK ( DESESPERANZA )

La desesperanza es un factor de riesgo que ha sido señalado por autores como Beck y Lester ( 1973, citado por Gómez, Lolas y Barrera, 1991 ) afirmando que la desesperanza presenta una fuerte asociación con la ideación suicida y también con la intención suicida, situándola como un factor de riesgo que puede tener un valor predictorio en el suicidio.

En la muestra estudiada, encontramos que el 28.7% que no presento desesperanza y el 19.5% que si la manifestó, presentaron ideación suicida y con diferencias estadísticamente significativas, mientras que con relación a la intención suicida, esta mostró que el 5.7% tenía desesperanza y el 10.3% no la manifestó, no existiendo diferencias estadísticamente significativas. Estos datos coinciden con los señalados por los autores arriba descritos, en el sentido de que existe una mayor tendencia a la relación entre desesperanza e ideación suicida, que con respecto a la intención suicida, aceptando la hipótesis que señala que existe relación entre la desesperanza como factor de riesgo y el desarrollo de la ideación suicida, más no con respecto a la intención suicida, conclusión que se obtiene a partir de la correlación de Pearson.

#### 5.4 SUICIDIO

Al efectuar una investigación se recorre un camino que no sabemos con exactitud a donde nos llevará, en ocasiones, se tiene la vaga idea del destino que nos espera, aunque ello no es garantía de que las cosas sucedan como uno lo considera, es por esto, que al iniciar el presente estudio, no teníamos la certeza de la existencia, no solo de ideas suicidas, sino de intención suicida y de conductas suicidas frustradas, que favorecen el desarrollo de conductas parasuicidas.

Sobre la ideación y la intención ya hemos hablado, queda pendiente hacerlo sobre el suicidio y el parasuicidio. De tal manera que el hecho de que 9 estudiantes de un total de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

100 que constituyeron la muestra, hayan intentado suicidarse, nos parece no solo significativo, también es elevado, por supuesto si este dato lo comparamos con el reportado por Hemann ( 1989 ), quién encontró que el 56.7% de las mujeres estudiadas, fueron las más representativas en el grupo de intentos, debemos concluir, que para el presente estudio, la cifra es baja, mientras que por otra parte y comparados con lo reportado por Mondragón, Borges y Gutierrez ( 2001 ), nuestros resultados guardan cierta similitud, ya que ellos reportan un rango en la prevalencia nacional de 1.4% hasta un 10.1% de intento de suicidio en la población adolescente y adulta.

Es de destacar, que en cuanto a género, 5 hombres ( 9.6% ) lo intentaron, en comparación con las 4 mujeres ( 9.8% ) que lo hizo, no existiendo diferencias estadísticamente significativas, en este sentido, podemos afirmar que coincide este dato con lo reportado por otros autores como Hemann ( 1989 ) quién señala a los hombres como potencialmente suicidas en comparación con las mujeres que se ubican más en el grupo de intención suicida, o por Stengel ( 1963 ), quién menciona que la mayoría de los suicidas son varones, pero que en la últimas décadas se ha ido estrechando la distancia que media entre hombres y mujeres.

Por lo que se refiere a la edad, 8 sujetos ( 10.3% ) entre los 18 y 25 años y 1 sujeto ( 7.1% ) intentaron suicidarse, lo significativo de ello, es que la población joven ocupa un espacio relevante en la estadística, ya que coincide con lo señalado por la O. M. S. ( 1975 ) quien reporta que los sujetos entre los 15 y 24 años de edad, alcanzan cifras importantes, o incluso Rudd ( 1990 ) quién menciona que entre los estudiantes universitarios, cuya edad se ubico entre los 16 y 30 años, el problema del suicidio involucra a un alto porcentaje, 43%. Lo descrito nos invita a reflexionar sobre el problema, en el sentido de que los jóvenes cursan por situaciones en las que el equipo de salud debe prestar atención y detectar ideas o intenciones suicidas y por supuesto implementar medidas para trabajar con el problema, ya que nuestros estudiantes son el futuro.

En cuanto al servicio, tal vez podríamos pensar que quienes acuden al medicina general, difícilmente manifiestan tendencias suicidas, ya que sus problemas son de otra índole y no precisamente psicológicos, como en el caso de aquellos que acuden a salud mental, en donde no sería raro encontrar ideas o conductas suicidas, sin embargo, los datos arrojados muestran que 5 alumnos ( 10.9% ) que asistieron al servicio de medicina general, intentaron suicidarse, en comparación con los 4 estudiantes ( 8.5% ) que lo hicieron y que acudieron a salud mental, sin que existieran diferencias estadísticamente significativas. Este dato, coincide con el comentario expresado por Rudd ( 1990 ), quien al intentar conocer la prevalencia de la ideación suicida entre estudiantes universitarios, considero que la asistencia previa a los servicios de salud mental como un factor de riesgo relacionado a identificar a jóvenes potencialmente suicidas, nosotros agregaríamos a este comentario, que sería importante también identificar a quienes asisten a los servicios de medicina general, ya que podemos considerarlo como un factor de riesgo para el desarrollo de ideas suicidas y de intenciones francamente suicidas.

## 5.5 PARASUICIDIO

La literatura menciona que quien ha intentado suicidarse, lo volverá a hacer, según lo refiere la O. M. S., en el sentido de que 8 de cada 10 personas antes de consumir el suicidio, lo han intentado sin éxito y que entre en 25 y el 40% de los suicidas, ya habían intentado suicidarse en ocasiones anteriores y que entre en 1 y 2% de ellos, logra su propósito al año siguiente de haberlo intentado, lo cual representa un riesgo cien veces mayor que el de la población general y que entre el 18 y el 25%, lo intentará nuevamente antes de que pasen dos años, de la primera vez. ( Terroba, Hemann, Saltijeral y Martínez, 1986 ).

La investigación que nos ocupa, nos permite, a partir de los datos encontrados, concluir que en la muestra estudiantil se presentaron conductas parasuicidas, en donde la distribución marca que el 33.3% ( 3 sujetos ) presentaron dos intentos de suicidio, el 22.2% ( 2 sujetos )

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

manifestaron haber intentado terminar con su vida en tres ocasiones y el 11.1% ( 1 sujeto ) efectuó esta conducta en cuatro ocasiones, teniendo como motivos para dejar de existir, a los problemas familiares en el 75% ( 6 sujetos ) como la causa principal, a la causa amorosa en el 16.7% ( 1 sujeto ), al igual que los motivos económicos 16.7% ( 1 sujeto ), aceptando el intento el 55.6% ( 5 sujetos ) y con el deseo de morir el 33.3% ( 3 sujetos ) y la seguridad de morir, el 44.4% ( 4 sujetos ) y en donde, el 40% ( 2 sujetos ) dieron indicios para ser ayudados y un 20% ( 1 sujeto ), solicito esta.

Esta información, deja en claro, que es necesario detectar por parte del equipo de salud, indicio tendientes al suicidio, ya que en la muestra estudiada, se cumple la consigna de que quién intento suicidarse, lo lleva a efecto después de haber solicitado ayuda y no habérta encontrado y que quién intento suicidarse, lo hace con el pleno convencimiento de morir, esto es, no esta fingiendo, es un propósito claro, pero que no es una determinante para morir, ya que en el fondo, el suicida, tiene la esperanza de que alguien lo detenga, a pesar de la decisión tomada, y que por otra parte, los estudiantes cumplen con lo aportado por la literatura, en el sentido de que quién lo intenta una vez, lo hará en otras ocasiones, hasta conseguir su objetivo, ya que para el suicida, que tiene una visión en túnel, la muerte es la única solución a sus problemas.

Por otra parte, si reparamos en los motivos que favorecieron el tomar la decisión de autoagredirse, encontramos un común denominador, la " pérdida ", que de acuerdo a lo expuesto por Freud, Fenichel y Beck, juega un papel importante en el desarrollo de conductas suicidas, esta " pérdida " esta ligada al hecho de que los estudiantes han " perdido algo ", que existe una " falta ", misma que habla de necesidades no afectivas no resueltas y de las cuales habría que considerar, si son de naturaleza consciente o creemos que son de naturaleza inconsciente, ya que si fueran de la primera, cabría la posibilidad de aceptar dichas " pérdidas " y canalizar esta energía depositada en estos objetos, en " otros ", mientras que cuando la " pérdida " es de naturaleza más inconsciente, el sujeto sabe que ha " perdido algo ", aunque no sabe exactamente qué, lo que lo lleva a no aceptar dicha " pérdida ", a ferrarse al objeto amado y a desarrollar sentimientos ambivalentes de amor y

odio, y que debido a que el objeto amado y perdido ha sido introyectado, favorece que se den las condiciones que precipitan el suicidio, dando lugar a una disminución de la libido narcisista y a que el sujeto se ponga en el lugar del otro, favoreciendo con ello la expresión de este odio contenido y dirigido al objeto " amado y perdido ", el cual subsiste en la propia estructura psíquica del sujeto y favorece la expresión del mismo, de tal manera que a quien esta agrediendo el sujeto es a otro y no a él mismo, dando lugar, al suicidio.

## 5.6 CONSIDERACIONES GENERALES

Para finalizar nuestros comentarios relativos a esta investigación y basado en la información ya descrita, nos parece importante reflexionar sobre el hecho de que tenemos un problema de salud que no puede ni debe ser ignorado y que nos confronta con nuestras propias limitaciones y carencias, ya que se nos olvida que el equipo de salud guarda un compromiso consigo mismo y con la comunidad, tal vez, sea mejor ignorar la existencia de un problema, de negar la realidad y dedicarnos a no complicar nuestra existencia, ni a ser confrontados con nuestra propia vulnerabilidad como seres humanos, ni con nuestra propia muerte, quizás ello pudiera explicar, el porque no nos atrevemos a escudriñar sobre las ideas de muerte que otros poseen.

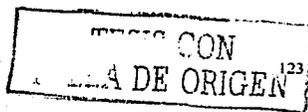
También es cierto que no existen en la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM, programas preventivos sobre el tema y que tampoco se capacita a su personal, no solo para identificar las ideas e intenciones suicidas de los estudiantes, sino para manejar este tipo de problemas, que están asociados a otros, como lo son la depresión, el estrés y la desesperanza o incluso, los problemas que en cuanto a consumo de alcohol presenta la población estudiantil.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Es por esto que consideramos establecer algunas recomendaciones;

- a) Capacitar al personal médico y al de salud mental para sensibilizar al mismo en relación al problema que nos ocupa;
- b) Durante la primera entrevista aplicar el test de Okasha, a fin de detectar ideación suicida, intención suicida y parasuicidio;
- c) Si el test sugiere la presencia de ideas suicidas o de intención suicida, el equipo de salud debe ahondar durante la entrevista, a fin de detectar la severidad de las mismas;
- d) Capacitar al personal de salud para que en el caso de detectarse la presencia de ideación suicida, de intención suicida y de su subsecuente intento, actúe como continente, favorezca la catarsis y al mismo tiempo maneje el problema, antes de ser derivado el paciente con otro especialista, en caso de ser necesario, y;
- e) Contar con un grupo de especialistas que apoyen al equipo de salud, con el propósito de ser supervisados y en caso de ser necesario ser objeto de análisis, para resolver la angustia que pudiera aparecer en ellos.

Desafortunadamente y en muchas de las ocasiones, la información descrita guarda en un primer momento un supuesto " interés ", que más tarde y aludiendo a la memoria, queda en el " olvido ", tal vez, el egoísmo del hombre, lo lleva a mirar más a sí mismo y a sus propios intereses, que a preocuparse por los de su misma especie, ignorando que todos caminamos por el mismo sendero y llevamos el mismo destino, la muerte.



## BIBLIOGRAFÍA

Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. ( 1961 ). An inventory for measuring depressin. Archives of General Psychiatry. June ( 4 ): 53-63.

Beck, A. y Weissman, A. ( 1974 ). The measurement of pessimism; the hopelessness scale. Journal of consulting and clinical psychology. 42 ( 6 ): 861-865.

Carreño, S. ( 1998 ). El consumo de alcohol en trabajadores de una empresa textil. México D. F.. Tesis para optar por el grado de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. pp.89.

Connell, D. y Meyer, R. ( 1991 ). Adolescent suicidal behavior and popular self-report instruments of depression, social desirability, and anxiety. Adolescence. 26 ( 101 ): 113-119.

Durkheim, E. ( 1976 ) El suicidio. Madrid España, Akal editor.

Ey, E., Bernard, P. y Brisset, Ch. ( 1978 ). Tratado de psiquiatría. Toray-Masson. 8va ed.. Barcelona España. 84-85, 932-936.

Farberow y Machinon, D. ( 1975 ). Prediction of suicide; A replication study. Journal of personality. Assesstement. 39, 497-501.

Fenichel, O. ( 1932 ). Teoría psicoanalítica de las neurosis. Edit Paidós. 3ª reimpresión. 1988.

Freud, S. ( 1910 ).Contribuciones al simposio sobre el suicidio. López-Ballesteros, L.:Obras Completas.3ª edición. Madrid España. Edit. Biblioteca Nueva.

124

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Freud, S. ( 1915 ). Duelo y melancolía . López-Ballesteros, L.:Obras Completas.3ª edición. Madrid España. Edit. Biblioteca Nueva.

García, E. y Tapia, A. ( 1990 ). Epidemiología del suicidio en el estado de Tabasco en el periodo de 1979-1988. Salud Mental. 13 ( 4 ): 29-35.

Garland, A. y Zingler, E. ( 1993 ). La prevención del suicidio en los adolescents. Investigación actual e implicaciones de las políticas sociales. American Psychologist. 48 ( 2 ): 169-182.

Garrison, C., Schluchter, M., Schoenbach, V. y Berton, K. ( 1989 ). Epidemiology of depressive symptoms in young adolescents. J. Am Acad. Child Adolescent Psychiatry. 28 ( 3 ): 343-351.

Goldberg, E. ( 1981 ). Depression and suicide ideation in the young adult. Am J. Psychiatry. 138(1): 35-40.

Goldman, H. ( 1994 ). Psiquiatría general. El Manual Moderno. México D. F., 2da ed., 1989. cap. 59.

Gómez, A., Lolás, F. y Barrera, A. ( 1991 ). Las condiciones psicosociales de la conducta suicida. Salud Mental. 14 ( 1 ): 25-31.

Gómez, C. y Borges, G. ( 1996 ). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. Salud Mental. 19 ( 1 ): 45-55.

González-Forteza, C. y Andrade, P. ( 1995 ). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. Salud Mental. 18 ( 4 ): 41-48.

125

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, E. y Ramírez, C. ( 2001 ). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. Salud Mental. 24 ( 6 ): 16-25.

González, S., Díaz, A., León, S., González-Forteza, C. y González, J. ( 2000 ). Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck ( ISB ) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. Salud Mental. 23 ( 2 ): 21-30.

Guarner, E. ( 1978 ). Psicopatología clínica y tratamiento analítico. México. Edit. Porrúa.

Hemann, A. ( 1984 ) Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio. Salud Pública de México. Enero-Febrero: 26(1): 39-48.

Hemann, A. ( 1989 ). Percepción semántica y contenido del pensamiento en sujetos con intento suicida. México D. F. Tesis para optar por el grado de Maestro en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 146.

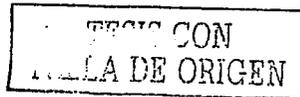
Heras, J. de las, Abril, A., Gaona, M. y Civerra, M. ( 1989 ). La intervención o prevención secundaria del suicidio . Salud Mental. 12 ( 12 ): 6-13.

Juárez, F. ( 1999 ). Predictores de la conducta antisocial y su relación con el uso de drogas en una muestra nacional de estudiantes de enseñanza media y media superior. Tesis para optar por el grado de Licenciado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Cap. 4: 48-49.

Kerlinger, N. ( 1979 ). Investigación del comportamiento. Mc Graw Hill, México. 1ª edición. Traducción de la edición 1964 en inglés.

Lara, H., Ramírez, L. y Lara, L. ( 1976 ). Algunas normas para la medición de la depresión. Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. México: 17(1): 5-15.

126



Lichtszajn Skromny, L. ( 1979 ). Correlatos clínicos y socioculturales de la actitud hacia la muerte, en un grupo de adolescentes mexicanos. Tesis para optar por el grado de Doctor en la Universidad Nacional Autónoma de México.

López, E., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenson, S. y Rojas, E. ( 1995 ). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. Salud Mental. 18 ( 4 ): 25-32.

Mariño, C., Medina-Mora, M. E., Chaparro, J. y González-Forteza, C. ( 1993 ). Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en una muestra de adolescentes mexicanos. Revista Mexicana de Psicología. 10 ( 2 ): 141-145.

Medina-Mora, M. E., García, G., Rascón, L. y Otero, R. ( 1986 ). Variables culturales relacionadas con las prácticas de consumo de bebidas alcohólicas. Memorias de la III Reunión de Investigación y Enseñanza. Organizada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría. México: 167-172.

Medina-Mora, M. E., Rascón, L., Tapia, R., Mariño, C., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J. y Gómez, M. ( 1992 ). Trastornos emocionales en una población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría: 48-55.

Mondragón, L., Borges, G. y Gutiérrez, R. ( 2001 ). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. Salud Mental. 24 ( 6 ): 4-15.

Okasha, A., Lotaif, F. y Sadeck, A. ( 1981 ). Prevalence of suicidal feelings in a simple of non-consulting medical students. Acta psychiatrica scandinavica. 63: 409-415.

Ovuga, E. y Mugisha, R. ( 1990 ). Attitudes and psychological characteristics of suicidal individuals. Crisis. 11 ( 1 ): 60-72.

127

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Paluszny, M., Davenport, C. y Jung, K. ( 1991 ). Suicide attempts and ideation : adolescents evaluated on a pediatric ward. Adolescence. 26 ( 101 ): 209-215.

Postel, J. y Quétel, C. ( 1987 ). Historia de la psiquiatría. Fondo de Cultura Económica. D. F., México. Cap. I y II.

Rocha, H.( 1993 ). La depresión en los estudiantes universitarios de la ENEP Aragón UNAM. México D. F..Tesis para optar por el grado de Licenciado en Psicología. Universidad del Valle de México. pp 81.

Romero, M. y Medina-Mora, E. E. ( 1987 ). Validez de una versión del Cuestionario General de Salud, para detectar psicopatología en estudiantes universitarios. Salud Mental. 10 ( 10 ): 90-97.

Rosas, A. ( 1985 ). Un estudio sobre depresión exógena en estudiantes de nivel superior en la UNAM. Tesis para optar por el grado de Licenciado en Psicología. Universidad del Valle de México:155-191.

Rudd, D. ( 1989 ). The prevalence of suicide ideation among college students. Suicide and Life Threatening-behavior. 19 ( 2 ): 173-183.

Saltijeral, T. y Terroba, G. ( 1987 ). Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México . Salud Pública de México. Julio-Agosto 29(4): 345-360.

Stengel, E. ( 1965 ). Psicología del suicidio y los intentos suicidas. Biblioteca Psicología de Hoy. Ed. Horme.

Tello, M. y Facio, M. ( 1996 ). Indicadores clínicos del intento suicida en adolescentes: un estudio realizado en mujeres hospitalizadas. Tesis de especialidad en psiquiatría infantil y adolescencia. Hospital Psiquiátrico " Juan N. Navarro ". México D. F..

128

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Terroba, G., Hemann, A., Saltijeral, M. y Martínez, P. ( 1986 ). El intento de suicidio en adolescentes mexicanos; algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. Salud Pública de México. Enero-Febrero: 28(1): 48-55.

Terroba, G., Hemann, A., Saltijeral, T. y Martínez, P. ( 1986 ). Factores clínicos y sociales asociados con el parasuicidio y con el suicidio consumado. Salud Mental. 9 (1): 74-79.

Torres-Castillo, M., Hernández-Malpica, E. y Ortega-Soto. H. ( 1987 ). Validez reproducibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de cardiología. Salud Mental. 14 ( 14 ): 25-31.

Wexler. R., Weissman, M. y Kasl, S.. ( 1978 ). Suicide attempts 1970-75: up-dating a United State study and comparision with international trends. British Journal Psychiatry. 132:180-185.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

...ON  
...A DE ORIGEN

## ESTUDIO PSICOSOCIAL DE IDEACIÓN SUICIDA.

### INSTRUCCION

Este cuestionario es parte de un estudio que se esta realizando en la D.G.S.M.. Las preguntas son acerca de datos generales y sobre la posibilidad de que en la actualidad aparezcan con insistencia y de manera sistemática ideas tendientes a atentar contra sí mismo y en algunos casos, llevar a cabo conductas para consumar este hecho.

Para que este estudio sea provechoso, es muy importante que contestes a todas las preguntas con el mayor cuidado y sinceridad posibles. Todas las respuestas serán estrictamente confidenciales y ninguna persona podrá ser identificada. Es por esto que no preguntamos tu nombre.

Asegurate de leer las instrucciones antes de empezar a contestar las preguntas.

No. de encuesta

--	--	--	--

1 2 3

Servicio: (1) S.M.y/o (2) M.G.

--

4

### Datos Sociodemográficos.

1. Edad    /     
5 6

2. Sexo:

1.  Masculino.  
2.  Femenino.

7

3. Estado Civil:

- 1  Soltero.  
2  Casado.  
3  Union Libre.  
4  Viudo.  
5  Divorciado o Separado.

8

4 Religión:

1.  Católica.  
2.  Protestante.  
3.  Judía.  
4.  Ninguna.  
5.  Otra \_\_\_\_\_

9

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

5. ¿Dónde Nació?

1. ( ) Area metropolitana de la ciudad de México.
2. ( ) Area rural.
3. ( ) Provincia ( Ciudad \_\_\_\_\_ ).
4. ( ) Extranjero ( País \_\_\_\_\_ ).

6. Estudios realizados: ( último grado )

Nivel:

	Años de Estudio.			
1. ( ) Preparatoria o equivalente.	1	2	3	
2. ( ) Licenciatura o equivalente.	1	2	3	4
3. ( ) Posgrado o equivalente.	1	2	3	4
4. ( ) Otros _____				

11 12

Cuál es el último grado:

- Bachiller ( )  
 Licenciatura ( )  
 Maestría ( )  
 Doctorado ( )

13

7. Ocupación Actual.

	Si	No	
14	1	2	1. ( ) Hogar.
15	1	2	2. ( ) Estudiante.
16	1	2	3. ( ) Subempleado.
17	1	2	4. ( ) Obrero no calificado o con trabajo eventual o permanente de servicios domésticos o artesanos (chofer, mozo, jardinero, taxista, etc.).
18	1	2	5. ( ) Obrero calificado (tornero, mecánico, encuadernador, etc.).
19	1	2	6. ( ) Propietario de pequeños comercios.
20	1	2	7. ( ) Profesionista.
21	1	2	8 ( ) Otros _____

8 Ingreso mensual aproximado de la familia.

1. ( ) de n\$ 0 00 a n\$ 1 000.00.
2. ( ) de n\$ 1,001.00 a n\$ 2,000.00.
3. ( ) de n\$ 2,001.00 a n\$ 3,000.00.
4. ( ) de n\$ 3,001.00 a n\$ 4,000.00.
5. ( ) de n\$ 4,001.00 a n\$ 5,000.00.
6. ( ) de n\$5,001.00 en adelante.

22

9. ¿Cuántas personas dependen de este ingreso?.

No. \_\_\_\_ / \_\_\_\_

23

24

\_\_\_\_ ingreso per capita.

25-29



10. Motivo de consulta \_\_\_\_\_

30-31

10.1- Además de lo anterior, ud. asiste a la consulta por alguno de los siguientes motivos:

- Credencial médico-deportiva
- Por el E.M.P.I:
- Por motivos de salud física
- Por motivos de salud emocional
- Problemas académicos
- Problemas con los profesores
- Problemas de relación interpersonal
- Problemas de pareja
- Problemas familiares
- Problemas económicos

32

11- ¿Has consumido las siguientes sustancias o medicamentos?

		nunca	alguna vez	en el último año	en el último mes
Tabaco	33	1	2	3	4
Alcohol	34	1	2	3	4
Marihuana	35	1	2	3	4
Anfetaminas	36	1	2	3	4
Cocaína	37	1	2	3	4
Cocaína "Crack"	38	1	2	3	4
Alucinógenos	39	1	2	3	4
Inhalantes	40	1	2	3	4
Tranquilizantes	41	1	2	3	4
Sedantes	42	1	2	3	4
Heroína	43	1	2	3	4

Escribe el nombre de las sustancias o medicamentos que hayas usado: \_\_\_\_\_

44-45

12- ¿ Cuántas veces en su vida ha usado de manera voluntaria drogas para sentirse bien ?

- 0)  Nunca he usado.
- 1)  1 a 5 veces
- 2)  6 a 10 veces.
- 3)  11 a 49 veces.
- 4)  50 o más veces.

46

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

13- AUDIT.

13.1-¿ Qué tan frecuentemente toma bebidas alcohólicas?.

- 0)(  ) Nunca.
- 1)(  ) Una vez al mes o menos.
- 2)(  ) Dos o cuatro veces al mes.
- 3)(  ) Dos o tres veces por semana.
- 4)(  ) Cuatro o más veces por semana.

47

13.2-¿ Cuántas copas se toma en un día típico o común de los que bebe ?( cubas o equivalentes, como cerveza, vasos de pulque, cocteles o coolers, o cualquier otra bebida que contenga alcohol ).

- 0)(  ) Ninguna.
- 1)(  ) 1 ó 2.
- 2)(  ) 3 ó 4.
- 3)(  ) 5 ó 6.
- 4)(  ) 7 ó 9.
- 5)(  ) 10 ó más.

48

13.3-¿ Que tan frecuentemente toma seis ó más copas en la misma ocasión ? ( EN UN MISMO DIA, EVENTO O REUNION ).

- 0)(  ) Nunca.
- 1)(  ) Menos de una vez al mes.
- 2)(  ) Mensualmente.
- 3)(  ) Semanalmente.
- 4)(  ) Diario ó casi diario.

49

13.4-¿ Durante el último año, le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado ?

- 0)(  ) Nunca.
- 1)(  ) Menos de una vez al mes.
- 2)(  ) Mensualmente.
- 3)(  ) Semanalmente.
- 4)(  ) Diario ó casi diario.

50

13.5-¿ Durante el último año, que tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber ? ( COMO NO IR A TRABAJAR O A LA ESCUELA ).

- 0)(  ) Nunca.
- 1)(  ) Menos de una vez al mes.
- 2)(  ) Mensualmente.
- 3)(  ) Semanalmente.
- 4)(  ) Diario ó casi diario.

51

TEJES CON  
FALLA DE ORIGEN

13.6-¿ Durante el último año, que tan frecuentemente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior).

- 0)  Nunca.
- 1)  Menos de una vez al mes.
- 2)  Mensualmente.
- 3)  Semanalmente.
- 4)  Diario ó casi diario.

52

13.7-Durante el último año, ¿ Que tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?

- 0)  Nunca.
- 1)  Menos de una vez al mes.
- 2)  Mensualmente.
- 3)  Semanalmente.
- 4)  Diario ó casi diario

53

13.8-Durante el último año, ¿ Qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?.

- 0)  Nunca.
- 1)  Menos de una vez al mes.
- 2)  Mensualmente.
- 3)  Semanalmente.
- 4)  Diario ó casi diario

54

13.9-¿ Se ha lesionado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de su ingestión de alcohol ?

- 0)  No.
- 2)  Sí, pero no el el último año.
- 4)  Sí, en el último año.

55

13.10-¿ Algún amigo, familiar ó doctor, se ha preocupado por la forma en que bebe ó le ha sugerido que le baje el consumo ?.

- 0)  No.
- 2)  Sí, pero no el el último año.
- 4)  Sí, en el último año.

56

TRIPS CON  
BALLA DE ORIGEN

135

#### 14- ESTRES.

A continuación aparecen algunas frases de cosas que le preocupan a la gente, encierre en un círculo el número que indique su respuesta.

" Que tanto le preocupa"	Nada	Poco	Mucho
14.1- Estar en un plantel que no deseaba y muy lejano a su domicilio 57	0	1	2
14.2- Estar estudiando una carrera que no es del interés y que le fue asignada en su documentación 58	0	1	2
14.3- Haber elegido una carrera equivocada 59	0	1	2
14.4- No encontrar lo que esperaba en la carrera elegida 60	0	1	2
14.5- El cansancio que provocan las cargas académicas 61	0	1	2
14.6- No contar con dinero suficiente para la inscripción y compra de material académico 62	0	1	2
14.7- No disponer económicamente de recursos para la manutención alimentaria dentro de la escuela 63	0	1	2
14.8- Invertir mucho dinero al trasladarse a la escuela 64	0	1	2
14.9- Trabajar y estudiar para su sostenimiento 65	0	1	2
14.10- 66	0	1	2
14.11- Tener conflictos con el personal administrativo para realizar trámites de inscripción 67	0	1	2
14.12- Tener que cursar materias que no resultan motivantes 68	0	1	2

136

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

14.13- Tener profesores demasiado estrictos e intransigentes 69	0	1	2
14.14- El que haya preferencia hacia algunos alumnos por parte de algunos profesores 70	0	1	2
14.15- Trabajar académicamente con compañeros de grupo que no le agradan 71	0	1	2
14.16- El que las otras personas no valoren su trabajo 72	0	1	2
14.17- Encontrarse aislado en la escuela 73	0	1	2
14.18- Que en su escuela le pidan que este más tiempo del que tenía previsto 74	0	1	2
14.19- Vivir lejos de su familia y solo 75	0	1	2
14.20- Vivir con parientes con los que tiene problemas 76	0	1	2
14.21- Tener un familiar o amigo enfermo 77	0	1	2
14.22- No tener una relación amorosa e iniciarla 78	0	1	2
14.23- Tener conflictos con la pareja 79	0	1	2
14.24- Esperar un hijo que no se deseaba 80	0	1	2
14.25- No tener salario 81	0	1	2
14.26- Tener conflictos con la familia 82	0	1	2
14.27- Que algún familiar tome bebidas alcohólicas 83	0	1	2
14.28- Que algún familiar use drogas 84	0	1	2

137

ENCUESTA  
FUENTE DE ORIGEN

14.29- No poder estudiar en casa porque hay mucho ruido 0 1 2  
85

14.30- No poder dormir de día porque hay mucho ruido en casa 0 1 2  
86

14.31- El tiempo que tarda en transportarse a la escuela 0 1 2  
87

14.32- ¿Cuáles son los problemas familiares que más le preocupan ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

88

14.33- ¿ Que hace usted para resolverlas ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

89

### 15- INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoga la oración de cada grupo, que mejor describa como se siente usted actualmente, es decir, ¡ en este momento!. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso, marque solo una.

Asegurese de haber leído todas las aseveraciones de cada grupo antes de contestar.

- 1) ( ) No me siento triste.  
2) ( ) Me siento triste.  
3) ( ) Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.  
4) ( ) Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.

90

- 1) ( ) No me siento desanimado acerca del futuro.  
2) ( ) Me siento desanimado acerca del futuro.  
3) ( ) Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.  
4) ( ) Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.

91

138  
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 1) ( ) No me siento como un fracasado.
- 2) ( ) Siento que he fracasado más que otras personas.
- 3) ( ) Conforme veo hacia atrás, en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos.
- 4) ( ) Siento que como persona soy un completo fracasado.

92

- 1) ( ) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
- 2) ( ) No disfruto de las cosas como antes.
- 3) ( ) Ya no obtengo satisfacción de nada.
- 4) ( ) Estoy insatisfecho y molesto con todo

93

- 1) ( ) No me siento culpable.
- 2) ( ) En algunos momentos me siento culpable.
- 3) ( ) La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.
- 4) ( ) Me siento culpable todo el tiempo.

94

- 1) ( ) No siento que seré castigado.
- 2) ( ) Siento que puedo ser castigado.
- 3) ( ) Creo que seré castigado.
- 4) ( ) Siento que estoy siendo castigado.

95

- 1) ( ) No me siento descontento conmigo mismo.
- 2) ( ) Me siento descontento conmigo mismo.
- 3) ( ) Me siento a disgusto conmigo mismo.
- 4) ( ) Me odio a mi mismo.

96

- 1) ( ) No me siento que sea peor que otros.
- 2) ( ) Me critico a mi mismo por mi debilidad y mis errores.
- 3) ( ) Me culpo todo el tiempo por mis errores.
- 4) ( ) Me culpo por todo lo malo que sucede.

97

- 1) ( ) No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
- 2) ( ) Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.
- 3) ( ) Quisiera suicidarme.
- 4) ( ) Me suicidara si tuviera la oportunidad.

98

- 1) ( ) No lloro más que de costumbre.
- 2) ( ) Lloro más que antes.
- 3) ( ) Lloro todo el tiempo.
- 4) ( ) Podría llorar pero ahora no puedo aunque quiera.

99

- 1) ( ) Ahora no estoy más irritable que antes.
- 2) ( ) Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 3) ( ) Me siento irritado todo el tiempo.
- 4) ( ) No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.

100

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 1) ( ) No he perdido el interés en la gente.
- 2) ( ) No me interesa la gente como antes.
- 3) ( ) He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
- 4) ( ) He perdido todo el interés en la gente.

101

- 1) ( ) Tomo decisiones tan bien como siempre.
- 2) ( ) Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.
- 3) ( ) Se me dificulta tomar decisiones.
- 4) ( ) No puedo tomar decisiones en nada.

102

- 1) ( ) No siento que me vea más feo que antes.
- 2) ( ) Me preocupa que me vea viejo y feo.
- 3) ( ) Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo.
- 4) ( ) Creo que me veo horrible.

103

- 1) ( ) Puedo trabajar tan bien como antes.
- 2) ( ) Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
- 3) ( ) Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
- 4) ( ) No puedo trabajar para nada.

104

- 1) ( ) Duermo tan bien como antes.
- 2) ( ) No duermo tan bien como antes.
- 3) ( ) Me despierto una o dos horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.
- 4) ( ) Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.

105

- 1) ( ) No me canso más de lo habitual.
- 2) ( ) Me canso más fácilmente que antes.
- 3) ( ) Me canso de hacer casi cualquier cosa.
- 4) ( ) Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.

106

- 1) ( ) Mi apetito es igual que siempre.
- 2) ( ) Mi apetito no es tan bueno como antes.
- 3) ( ) Casi no tengo apetito.
- 4) ( ) No tengo apetito en lo absoluto.

107

- 1) ( ) No he perdido peso o casi nada.
- 2) ( ) He perdido más de 2.5 kilos.
- 3) ( ) He perdido más de 5 kilos.
- 4) ( ) He perdido más de 7.5 kilos ( Estoy a dieta SI NO ).

108

140

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 1) ( ) Mi salud no me preocupa más que antes.
- 2) ( ) Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento.
- 3) ( ) Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.
- 4) ( ) Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.

109

- 1) ( ) Mi interés por el sexo es igual que antes.
- 2) ( ) Estoy menos interesado en el sexo que antes.
- 3) ( ) Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.
- 4) ( ) He perdido completamente el interés en el sexo.

110

#### 16- ESCALA DE DESESPERANZA ( BECK ).

Esta parte del cuestionario consiste en una lista de veinte afirmaciones. Por favor lea cuidadosamente cada una de ellas. Si la afirmación describe su actitud en la última semana, incluyendo hoy mismo, marque el paréntesis de la palabra CIERTO, si la afirmación es falsa para usted, marque el paréntesis de la palabra FALSO. Por favor asegúrese de leer cada afirmación.

16.1- Yo veo el futuro con esperanza y entusiasmo.

1-( ) Falso.

2-( ) Cierto.

111

16.2- Puedo darme por vencido fácilmente porque no hay nada que pueda hacer para mejorar mi situación.

1-( ) Falso.

2-( ) Cierto.

112

16.3- Cuando las cosas van mal, me ayuda pensar que no pueden estar así siempre.

1-( ) Falso.

2-( ) Cierto.

113

16.4- No puedo imaginarme como será mi vida dentro de diez años.

1-( ) Falso.

2-( ) Cierto.

114

141

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

16.5- Tengo suficiente tiempo para realizar las cosas que quiero hacer.

1-( ) Falso.

2-( ) Cierto.

115

16.6- En el futuro espero triunfar en las cosas que más me interesan.

1-( ) Falso.

2-( ) Cierto.

116

16.7- Mi futuro me parece obscuro.

1-( ) Falso.

2-( ) Cierto.

117

16.8- Soy particularmente afortunado y espero obtener más de las cosas buenas de la vida que la mayoría de las personas.

1-( ) Falso.

2-( ) Cierto.

118

16.9- No puedo superar mis problemas, y no hay razón para pensar que podré hacerlo en el futuro.

1-( ) Falso.

2-( ) Cierto.

119

16.10- Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro.

1-( ) Falso.

2-( ) Cierto.

120

16.11- Todo lo que puedo ver delante de mi es desagradable más que agradable.

1-( ) Falso.

2-( ) Cierto.

121

16.12- No espero conseguir lo que realmente quiero.

1-( ) Falso.

2-( ) Cierto.

122

16.13- Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.

1-( ) Falso.

2-( ) Cierto.

123

16.14- Las cosas simplemente no funcionarán de la forma que yo quiero.

1-( ) Falso.

2-( ) Cierto.

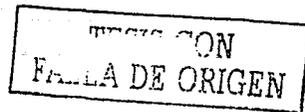
124

16.15- Tengo mucha fé en el futuro.

1-( ) Falso.

2-( ) Cierto.

125



16.16- Yo nunca consigo lo que quiero, así que es tonto querer algo.

1-( ) Falso.

2-( ) Cierto.

126

16.17- Es poco probable que yo consiga alguna satisfacción en el futuro.

1-( ) Falso.

2-( ) Cierto.

127

16.18- El futuro me parece vago e incierto.

1-( ) Falso.

2-( ) Cierto.

128

16.19- Yo puedo prever más buenos tiempos que malos tiempos.

1-( ) Falso.

2-( ) Cierto.

129

16.20- Es realmente inútil tratar de conseguir algo que quiera porque probablemente no lo conseguiré.

1-( ) Falso.

2-( ) Cierto.

130

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

17- EXPECTATIVA SOBRE VIVIR Y MORIR

Ahora por favor, dígame si ha tenido alguna de estas experiencias;  
INSTRUCCIONES: si contesta SI en A, realice B ( ¿Hace cuánto tiempo? )

HACE CUANTO TIEMPO

	PREGUNTA A		PREGUNTA B		
	SI	NO	Antes del último año	En el último año	Recientemente de 6 meses a la fecha.
1- ¿Ha experimentado la sensación de que no vale la pena vivir? 131-132	1	2	1	2	3
2- ¿Ha vivido situaciones ante las que ha deseado dejar de existir? 133-134	1	2	1	2	3
3- ¿Ha pensado que vale más morir que vivir? 135-136	1	2	1	2	3
4- ¿Ha estado ha punto de intentar quitarse la vida? 137-138	1	2	1	2	3
5- ¿Ha intentado quitarse la vida? 139-140	1	2	1	2	3

INSTRUCCION: Si no ha intentado quitarse la vida, y no contesto con 1 por lo menos una de las preguntas anteriores, suspenda y ya no aplique la siguiente sección.

6- ¿Cuántos intentos ha realizado? \_\_\_\_\_  
número de intentos

141

7- ¿Que motivó el deseo de quitarse la vida?

- 142 1- ( ) Causa amorosa.
- 143 2- ( ) Problemas económicos.
- 144 3- ( ) Problemas familiares.
- 145 4- ( ) Enfermedad grave o incurable.
- 146 5- ( ) Alcoholismo o drogadicción. ( subraye la correspondiente ).
- 147 6- ( ) Enfermedad mental.
- 148 7- ( ) Otros \_\_\_\_\_

especifique

TESIS CON  
FOLIA DE ORIGEN

## 18- AUTO REPORTE

### 18.1- Expectativas con relación a la fatalidad del acto.

0. (  ) El paciente pensó que la muerte era improbable o no pensó acerca de eso.
1. (  ) El paciente pensó que la muerte era posible pero no probable.
2. (  ) El paciente pensó que la muerte era probable y certera.

149

### 18.2- Concepciones de los métodos de mortalidad ( letalidad ).

0. (  ) El paciente hizo menos de lo que consideró si sería letal o no ( v. g. tomó menos cantidad de pastillas de las que consideró que eran necesarias para morir ).
1. (  ) El paciente no estaba seguro o pensó que lo que hizo ( v. g. la dosis que tomó ) podía ser mortal.
2. (  ) Acto excedido o igualado a lo que el paciente consideró que sería mortal ( v. g. tomó suficiente cantidad o dosis mayor de lo que consideró necesario para quitarse la vida ).

150

### 18.3- Seriedad del intento.

0. (  ) El paciente no consideró que el acto fuera un intento serio para dar fin a su vida.
1. (  ) El paciente no estaba seguro sobre si el acto era un serio intento para dar fin a su vida.
2. (  ) El paciente consideró que el acto fue un intento serio para dar fin a su vida.

151

### 18.4- Ambivalencia hacia el vivir.

0. (  ) El paciente no quería morir.
1. (  ) El paciente no le importó si moría o vivía.
2. (  ) El paciente deseaba morir.

152

### 18.5- Concepción de reversibilidad.

0. (  ) El paciente pensó que la muerte sería improbable si él recibiera atención médica.
1. (  ) El paciente no estaba seguro sobre si la muerte podría ser evitada por atención médica.
2. (  ) El paciente estaba seguro que moriría aunque recibiera atención médica.

153

### 18.6- Grado de premeditación.

0. (  ) Ninguno-Impulsivo.
1. (  ) Suicidio contemplado por tres horas o menos, antes del intento.
2. (  ) Suicidio contemplado por más de tres horas antes del intento.

154

146

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

18.7- Reacción del intento.

0. ( ) Estaba arrepentido de haberse intentado suicidarse.  
1. ( ) Acepta tanto el intento como el hecho de que aún está vivo.  
2. ( ) Se apena de que está vivo.

155

18.8- Visualización de la muerte.

0. ( ) Visto como vida-después-muerte o reunión con descendientes.  
1. ( ) Visto como un sueño u obscuridad.  
2. ( ) Que aunque termina no visualizó o pensó acerca de esto

156

18.9- Número de intentos previos. ¿ Cuántos ? \_\_\_\_\_  
especifique.

157

0. ( ) Ninguno.  
1. ( ) Uno o dos.  
2. ( ) Tres o más.

158

18.10- Consumo de alcohol durante el intento.

9. ( ) No se aplica.  
1. ( ) El paciente ingirió suficiente alcohol de manera que estaba confundido y no sabía lo que estaba haciendo en el momento del intento.  
2. ( ) El alcohol fue tomado para potencializar el efecto de lo(s) fármacos consumidos  
0. ( ) de otros métodos usados.

159

18.11- Consumo de drogas durante el intento.

9. ( ) No se aplica.  
0. ( ) El paciente estaba bajo efectos de una droga; así que no supo lo que estaba haciendo en el momento del intento o no estaba consciente de todas las implicaciones del intento.  
1. ( ) La droga fue usada para liberar al paciente de inhibiciones, de manera de poder realizar el intento.  
2. ( ) La droga fue usada para potencializar y suplementar el método usado.

160

TRICICLO CON  
FALLA DE ORIGEN

146

## 19- ESCALA DE RIESGO-RESCATE

### 19.1- FACTORES DE RIESGO

#### 19.1.1- Agente usado.

1.  Ingestión, cortada, puñalada.
2.  Ahogado, asfixia, estrangulación.
3.  Saltar, disparo.

161

#### 19.1.2- Consciencia dañada.

1.  Ninguna en evidencia.
2.  Confusión, semi-coma.
3.  Coma, coma profundo.

162

#### 19.1.3- Lesión-toxicidad.

1.  Media.
2.  Moderada.
3.  Severa.

163

#### 19.1.4- Reversibilidad.

1.  Buena, se esperó completa recuperación.
2.  Regular, se espera recuperación.
3.  Pobre, se esperan daños residuales si hay recuperación.

164

### 19.2- FACTORES DE RESCATE

#### 19.2.1- Locación, localidad.

3.  Familiar.
2.  No familiar-no remoto.
1.  Remoto.

165

#### 19.2.2- Personas que inician el rescate.

3.  Persona clave.
2.  Profesional.
1.  Transeunte.

166

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

19.2.3- Probabilidad de ser descubierto por alguien.

3. ( ) Alta, muy certera.
2. ( ) Descubrimiento incierto.
1. ( ) Descubrimiento accidental.

187

19.2.4- Accesibilidad al rescate.

3. ( ) Solicitó ayuda.
2. ( ) Dio índices o señales claves.
1. ( ) No pide ayuda.

188

19.2.5- Tiempo transcurrido antes de descubrirlo.

3. ( ) Inmediatamente, una hora.
2. ( ) Menos de cuatro horas.
1. ( ) Más de cuatro horas.

189

20- Antecedentes familiares.

20.1-Algún familiar ha:

- 1 ( ) Amenazado con suicidarse.
- 2 ( ) Ha intentado suicidarse.
- 3 ( ) Se ha suicidado.

170

Que parentesco tiene con usted \_\_\_\_\_

171

Día                  Mes                  Año  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
172 173                  174 175                  176 177

TEST CON  
FALLA DE ORIGEN

1148