



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

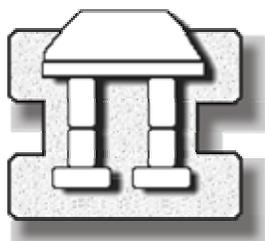
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

“RELACIÓN ENTRE LA IDEACIÓN SUICIDA,
DESESPERANZA, SOLEDAD Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS DE 17 A 29 AÑOS”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N :
MARÍA DEL PILAR ROSALES MURILLO
ROSARIO CABALLERO AVILA

COMISIÓN DICTAMINADORA:

DRA. MARTHA CÓRDOVA OSNAYA
DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO
LIC. JOSÉ CARLOS ROSALES PÉREZ





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.

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico con todo mi amor a mi hija:

Liliana Estefanía

Princesa, has llenado mi vida de una inmensa felicidad, permitiéndome crecer junto a ti, pues aunque no lo quisiera me impulsas a levantarme cada día y seguir adelante. Se que este logro es el inicio para ambas, de un mejor porvenir.

Gracias mi niña por existir.

Rosario Caballero Avila.

*“Hay gente que piensa que la vida esta hecha de lagrimas,
que lo que existe a su alrededor es negativo,
que el amor es una utopía.
Y así es.*

*Hay gente que piensa que la vida es amar, amarse, vivir y
esforzarse llevando como estandartes una sonrisa y
la luz de su interior en su andar hacia delante.
Y así es”.*

Emilio Rojas

AGRADECIMIENTOS

Con este libro se concluye una etapa muy importante de mi vida, durante la cual experimente un sin fin de vivencias por medio de las cuales me he formado como una mejor persona.

Al primero que he de dar las gracias por conseguir este sueño es a Dios, pues me ha dado su mano cuando he caído, ayudándome ha encontrar la luz en medio de la más densa oscuridad, me ha ayudado a mantener mi fe, y entender que todo pasa por algo y que con el tiempo lo entenderé.

Hace tiempo escuche a alguien decir que: “No se puede amar a quien no se respeta y admira”, y pensando en ello le agradezco a la mujer que es para mí el más grande ejemplo de fortaleza y amor, Lourdes Avila, el que me haya dado la oportunidad de concluir lo que hace algunos años comencé. Gracias mamá, pues se que no dudaste que lo lograría.

Se que la vida es un juego que exige prepararse para poderlo jugar y ganar. Y aún sin saber de niños lo anterior, jugamos juntos, compartiendo alegrías y tristezas, triunfos y derrotas, con ello aprendimos a amarnos y a saber que mientras vivamos aunque estemos lejos seguiremos siendo hermanos.

Gracias Eve por ser mi amiga, mi confidente y mi hermana, porque sin tu ayuda no habría retomado las riendas de mi vida y este trabajo no existiría.

Gracias Arturo por el apoyo que me has dado, gracias por ser mi hermano y haber confiado en mí.

Es muy cierto que un padre es aquel que cuida y ama a sus hijos, por ello le doy las gracias Sr. Armando Saavedra, pues no pudo haber existido para mí un padre mejor que usted. Y entre tantas otras cosas me ha enseñado aún sin palabras que para vivir, no basta levantar la mano entre la multitud; si no que debemos dar los pasos necesarios y presentar la cara.

Mientras caminamos por el sendero de la vida vamos conociendo a infinidad de personas, pero en ese conocer, descubrimos a algunas que con solo una mirada nos hacen saber lo especiales que son y que atesoraremos su amistad toda la vida. Gracias Pilar por ser mi amiga, pues sin tu ayuda y apoyo no habría conseguido concretar este sueño.

Hay personas que con cada año que viven aman más a los que les rodean, por ello le doy las gracias Abuelita Luisa, pues se que cada día le pide a Dios que nos ayude y nos cuide.

También les agradezco por su apoyo y cariño a Rafael Avila, al profesor Manuel Hurtado y a la profesora Gloria Hurtado. Con su ejemplo me han enseñado que lamentarse de lo perdido es descuidar lo que aún se puede perder.

Les agradezco tíos Juan Hernández y Martha Avila por su apoyo, no importa la distancia. Es hermoso ver como cada día cuidan y aman a su familia, son un gran ejemplo de perseverancia y nos hacen ver que aunque existan grandes problemas nunca hay que darse por vencidos. Gracias también a mis primos Raymundo, Juan Antonio y Dalia.

Rosario Caballero Avila.

No sucede nada bueno que no haya sido alguna vez un sueño, y no hay sentimiento mas triste que el de no conseguirlo, en la búsqueda de cumplir este sueño, hoy hecho realidad, quisiera agradecer a aquellas personas que me ayudaron a no perderme en el camino. Se de antemano que difícilmente podré agradecer todo lo que se me ha dado, por que ni las palabras, ni las acciones son suficiente para tanto cariño y apoyo, sin embargo me gustaría hacerlo de la manera más humilde.

Primeramente quisiera agradecer y dedicar este trabajo a mi familia: a mis papas por que siempre han querido lo mejor para mi y me han ayudado a preparar los caminos que algún día recorreré, me han guiado y dado luz a mi alma, principalmente a mi papá que ha sido mi protector emocional y un ejemplo a seguir, a esta unión de almas por el inmenso amor les tengo ya que constituyen la base de mi formación como persona.

A mis hermanos Panchito y Ricardo que siempre han estado a mi lado y son, sin duda, aquellos que más me han ayudado en la vida, al ser los mejores compañeros y amigos.

Hay personas que me han formado como ser humano y que siempre están presentes en mi corazón:

A Lola por que me ha dado su amor como de madre y ha enriquecido mi vida, con consejos y algunos regaños, por escucharme siempre y darme su corazón, comprenderme y apoyarme, de igual manera a mis tías Esther y Chabela quienes siempre han estado pendientes de lo que me sucede, por ser las hermanas que nunca tuve y por regalarme instantes maravillosos que han sido huellas imborrables.

Gracias por darme lo mejor de ustedes.

También quisiera agradecer a quienes han estado cerca cuando las he necesitado y me han dado la más alta manifestación de amor por medio de su amistad que ha resultado ser un verdadero tesoro:

A Chayito quien siempre ha tenido la frase correcta en el momento adecuado, que demuestra una debilidad aparente, pero en realidad es la dulzura que guarda en su corazón y una enorme fuerza y determinación, por lo que la admiro profundamente.

A quien siempre ha creído en mi, a Isela quien ha crecido, soñado, triunfado y hasta fracasado a mi lado -siempre ha mi lado- , que ha desnudado su alma para compartirla con migo y al hacerlo me ha demostrado su gran capacidad de dar amor.

A ellas por que sienten lo que me sucede como si se tratara de ellas mismas y que saben que son igualmente correspondidas.

A un angelito que si no hubiera venido a este mundo difícilmente éste proyecto se hubiera concretado: a Lili, por enseñarnos la importancia luchar por nuestros sueños y regalarnos la fuerza para seguir adelante, a pesar de ser tan pequeña.

A quien es y será mi reflejo, en el presente y el futuro, producto de un amor profundo, al plantar una llama en mi corazón y traer paz a mi mente, un amor que despierta mi alma y que forma parte de mi destino, producto del deseo de ser mejor y ser feliz.

Gracias a mi pasado, por que sin el no podría proyectar mi futuro.

Y a todas las personas que han mostrado interés en mi propio bienestar, por ese simple hecho sin esperar nada a cambio.

A todos estos maravillosos seres, le doy mi más profundo agradecimiento.

M. Pilar Rosales Murillo.

AGRADECIMIENTOS ACADÉMICOS

Para que una escultura sea bella, el artista debe ser excelente, y con ello se puede asegurar sin temor a equivocarse que sus maestros también lo son.

Por lo anterior le damos las gracias a la Dra. Martha Córdova Osnaya por su apoyo y dedicación, pues sin su valiosa ayuda no habríamos terminado este trabajo.

A la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo por sus comentarios y correcciones, pues con ello nos fue posible pulir esta obra.

Y al Lic. José Carlos Rosales Pérez, por sus ideas y comentarios, ya que sin su orientación no habría adquirido la calidad que tiene.

Gracias por darnos confianza, fuerza de voluntad y deseos de superación, por dar luz a nuestros ojos, por tener paciencia y guiarnos en la correcta orientación de este proyecto.

Rosario Caballero Avila

y

M. Pilar Rosales Murillo.

ÍNDICE

RESUMEN.	10
INTRODUCCIÓN.	11
CAPITULO I. EL SUICIDIO.	15
1.1 Las diversas definiciones.	15
1.2 El suicidio un fenómeno multideterminado.	18
1.2.1 El proceso de suicidio.	19
1.2.2 Factores de riesgo.	20
1.3 Las diferentes disciplinas que abordan el suicidio.	25
1.4 El suicidio. Un fenómeno mundial.	26
1.5 El suicidio en México.	31
CAPITULO II. IDEACIÓN SUICIDA, DESESPERANZA Y SOLEDAD.	34
2.1 Ideación Suicida.	34
2.1.1 Ideación Suicida en el mundo.	37
2.1.2 Ideación Suicida en México.	40
2.2 Desesperanza.	44
2.2.1 Desesperanza en el mundo.	46
2.2.2 Desesperanza en México.	48
2.3 Soledad.	52
2.3.1 La soledad y el suicidio.	58
CAPITULO III. METODOLOGÍA.	62
3.1 Planteamiento del problema.	62
3.2 Método.	64
3.3 Procedimiento.	67
CAPITULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS.	71
4.1 Análisis estadístico del Inventario Multifacético de Soledad (IMSOL).	71
4.1.1 Análisis de puntuaciones totales en el Inventario Multifacético de Soledad (IMSOL).	71
4.1.2 Análisis de datos sociodemográficos en contraste con los resultados obtenidos en el (IMSOL).	73
4.2 Análisis estadístico del Instrumento de Desesperanza de Córdova y cols.	80
4.2.1 Análisis de los puntajes totales en la Escala de Desesperanza de Córdova y cols.	80
4.2.2 Análisis de datos sociodemográficos en contraste con los resultados obtenidos en la Escala de Desesperanza de Córdova y cols.	81
4.3 Análisis estadístico de la escala de Ideación Suicida de Beck.	89
4.3.1 Análisis de los puntajes totales en la escala de Ideación Suicida de Beck.	89
4.3.2 Análisis de datos sociodemográficos en contraste con los resultados obtenidos en la escala de Ideación Suicida de Beck.	91
4.4 Análisis de correlación entre variables.	98
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.	99
ANEXOS.	103
REFERENCIAS.	115

RESUMEN

En el presente trabajo se aborda el tema del suicidio como una problemática de salud pública, tiene un enfoque preventivo, pues se hace énfasis en la ideación suicida, por ser el primer eslabón que conduce al suicidio consumado. El objetivo de esta investigación es conocer el nivel de relación de la ideación suicida, desesperanza, soledad y características sociodemográficas en estudiantes universitarios de entre 17 a 29 años, pues de acuerdo a las estadísticas es la población en que se reporta el mayor índice de suicidios en México.

Para lograr el objetivo se aplicaron cuatro instrumentos de evaluación (Ficha de Identificación, Instrumento Multifacético de Soledad IMSOL, Escala de Desesperanza de Córdova y Cols. y Escala de Ideación Suicida de Beck) a una muestra significativa de 521 estudiantes de la carrera de psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Una vez recabados los datos se trabajaron por medio del programa SPSS y se obtuvo como resultados que las cuatro variables tienen una alta correlación.

Por último se concluye que es de suma importancia para el estudio del comportamiento suicida y su posible prevención, tomar en cuenta tanto los aspectos individuales como los sociales de la persona encuestada, pues todo aquello que impacte de manera negativa la vida del individuo en cualquiera de sus etapas, puede ser un desencadenante de la conducta suicida. Se espera que en posteriores estudios se continúe con esta línea de investigación.

INTRODUCCIÓN

Para abordar adecuadamente el tema del suicidio es importante en primera instancia definir los términos y conceptos que se relacionan con él, para lo cual se citan algunos autores que lo han referido.

Etimológicamente la palabra se deriva del latín *sui* que significa “si mismo” y *caedere* que significa “matar”, por lo que se entiende como “un acto de matarse voluntariamente a sí mismo”.

Durkheim (2003) dice que el suicidio “es todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, cometido por la víctima, a sabiendas que va a producir dicho resultado” (pp. 16).

La OMS emplea la expresión “acto suicida” a todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado e intención letal y de conocimiento del verdadero móvil (citado en Hernández, 1997).

Sin embargo el adjetivo suicida se aplica a una serie de comportamientos, además del relacionado con la propia muerte, es decir a comportamientos que no concluyen con la muerte pero que si son provocados voluntariamente por el propio sujeto y cuya intención sería morir (Villardón, 1993).

Refiriéndonos al término denominado como conductas suicidas, se observa que siguen un proceso el cual se conforma por tres fases:

- La ideación suicida. Consiste en pensamientos de terminar con la propia existencia (Pérez, 2004).
- Intento de suicidio. También denominado para suicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo se hace daño a sí mismo, también llamado suicidio fallido.
- El suicidio consumado. Es cualquier lesión auto infringida deliberadamente por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte.

Al ser la ideación suicida la fase de inicio del proceso de suicidio, se resalta como la fase más importante para la prevención del proceso suicida (González, 1998).

Una vez conocido el proceso que sigue el suicidio, se expondrán las diferentes teorías que lo han abordado. Existen principalmente dos vertientes: La social y la individual.

Respecto a lo social, el suicidio es visto desde el ámbito sociológico como producto de un conjunto de aspectos de la sociedad, sus estructuras y características (Villardón, 1993). Basa su interpretación en estudios estadísticos sistemáticos, el suicidio representa un fenómeno constante que no pueden explicar los actos individuales, también es el resultado de un condicionamiento de conjunto: influencias familiares, sociales, religiosas, etc. (Moron, 1992).

Por ejemplo el acto de matarse a sí mismo se ha identificado desde épocas antiguas y en diferentes civilizaciones, por ejemplo en Grecia, la antigua Roma o Egipto, dándole diferentes connotaciones sociales y con ello aumentando o disminuyendo su incidencia. Sin embargo, a partir del siglo XIX se observó un incremento en las conductas de suicidio atribuyéndolo al proceso de modernización e industrialización (Moron, 1992).

Dentro de la orientación individual se encuentran las distintas explicaciones psiquiátricas y psicológicas. La perspectiva psiquiátrica considera al suicidio como una enfermedad mental resultado de un desorden de pensamientos, de afectos o de la voluntad. Y la psicológica ofrece diferentes concepciones de la conducta suicida que sitúan las variables psicológicas como las principales causas explicativas de la autodestrucción (Villardón, 1993).

En el caso particular de México, los años más destacados por incremento de suicidio son los de 1945 a 1955; este coincide con el período en que el país y particularmente la zona de la capital inicia el proceso de la industrialización durante el gobierno de Miguel Alemán. A partir de esa época la ciudad crece desmesuradamente. Las estadísticas muestran que en 1945 la tasa de suicidio sube de 0.68 hasta 10.30 y continua en ascenso con su máximo punto en 1952 en que se registran 19.24 suicidios por cien mil habitantes (Hernández, 1997).

En la actualidad la mayor parte de la población de la República Mexicana esta constituida por jóvenes, y el suicidio es uno de los fenómenos que se

presenta en un alto porcentaje en este grupo. En 1992 el número de casos en el grupo de 15-24 años fue de 522, para 1995 la cifra aumentó a 958. Para este grupo de población se describen ciertas características que por su incidencia son consideradas como factores de riesgo, las cuales son:

- Problemas familiares.
- Enojo con ira.
- Conductas impulsivas.
- Estrés.
- Baja autoestima.
- Desesperanza.
- Aislamiento social (soledad).
- Inadaptación social.

De lo anterior se desprende el objetivo del presente trabajo, que consiste en conocer el nivel de relación de la ideación suicida, desesperanza, soledad y características sociodemográficas, en estudiantes universitarios.

La importancia social de este trabajo, estriba en que según las estadísticas reportadas en el INEGI durante el año 2003, la mayor incidencia de suicidio se observó en los jóvenes de entre 17 y 29 años, siendo el Distrito Federal una de las entidades de la República Mexicana que mayor porcentaje de suicidios reporta al año. A partir de los datos recabados en el INEGI el suicidio se considera un problema de salud pública que como profesionales de la salud nos corresponde atender, así mismo conocer aquellas variables que se relacionen con él y que permitan en alguna medida su posible prevención.

Ahora bien, para alcanzar nuestro objetivo el presente trabajo se ha dividido en cinco capítulos:

En el primer capítulo se abordará el tema del suicidio, retomando las diversas definiciones que han dado quienes se han preocupado por su estudio, haciendo así mismo un recuento de las investigaciones que se han realizado en el mundo y en especial en México.

En el segundo capítulo se hará referencia a la ideación suicida, a su importancia para prevenir y predecir el suicidio consumado, así como a los

diversos estudios que se han realizado tanto en México como en el mundo. También se abordará la desesperanza y la soledad como factores los cuales se encuentran relacionados con el suicidio.

En el tercer capítulo se describe la metodología que se siguió para llevar a cabo la investigación del presente trabajo, se habla sobre cada uno de los instrumentos que fueron utilizados y su aplicación.

Una vez recabados los datos necesarios, en el cuarto capítulo se realiza el análisis de resultados y se relacionan cada una de las variables, logrando con lo anterior el objetivo propuesto para el presente trabajo.

Por último, en el quinto capítulo se presentan las conclusiones y discusiones del trabajo.

CAPÍTULO I. EL SUICIDIO

En el presente capítulo abordaremos las definiciones del suicidio que han dado diversos autores, cada uno de acuerdo a su postura teórica, posteriormente será descrito el proceso que sigue la conducta suicida, los factores de riesgo del suicidio, las diferentes disciplinas que abordan su estudio, para después pasar a describir el fenómeno del suicidio a nivel mundial y por último ver la problemática del suicidio en México.

1.1 Las diversas definiciones.

Un tema de gran interés es la relación del hombre con su vida y, consecuentemente, con su muerte; la muerte es parte de la vida y la manera de morir es una parte integral de la manera de vivir. Una de las maneras de morir, el suicidio, es una práctica más o menos frecuente en todos los grupos humanos, se le ha juzgado de diferentes maneras según las épocas y las civilizaciones, pero nunca ha sido contemplado con indiferencia (Artasánchez, 1999).

El primero en realizar una investigación con un enfoque social en relación al suicidio fue Durkheim (2003), quien nos dice “se llama suicidio 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” (pp. 16).

Por su parte, García y Peralta (2002) mencionan que la palabra “suicidio” es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas *Sui* y *Caedere*, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo. El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo cada sociedad ha mantenido hacia él determinadas actitudes dependiendo de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura.

Villardón (1993), por su parte menciona que uno de los principales problemas a los que nos enfrentamos al estudiar el suicidio es el de su propia definición. Algunas de las razones de esta problemática se deben a la consideración del fenómeno desde diferentes puntos de vista, como lo expuesto por Shneidman en 1973 (en Villardón, op. cit.), sobre algunas de las dificultades

que giran en torno al calificativo “suicida”, la primera se refiere al hecho de que dicho calificativo se aplica a diferentes categorías de conducta; se llama suicida a la persona que ha cometido, intentado y pensado en el suicidio. La segunda está relacionada con el aspecto temporal; se habla de suicida tanto para referirse a la persona que intentó en el pasado un acto suicida como para definir a la persona que en el momento presente comete un acto de suicidio. La tercera se relaciona con la idea de propósito; la intención es un factor clave a tener en cuenta para definir un acto como suicida.

Por lo anterior Shneidman (op. cit.) propone que la concepción de suicidio como un acto voluntario de matarse a sí mismo presupone por parte del suicida una concepción de la muerte y la combinación del deseo consciente de muerte con la acción para llevara a cabo este deseo, así mismo supone que la finalidad de la acción se relacione con la muerte.

Sin embargo, lo que distingue al suicidio del homicidio es que la acción recae sobre el propio actor y lo que lo distingue de otro tipo de muerte es que, en el suicidio, la muerte es el resultado de un acto voluntario. Precisamente este carácter de voluntariedad o intención es lo que hace difícil la distinción a posteriori del suicidio como causa de muerte. Como se mencionó en el párrafo anterior, el adjetivo suicida se aplica a un abanico de comportamientos además de a la propia muerte por suicidio, por lo tanto el problema de la conceptualización se acrecienta en el momento en que hace referencia a una serie de comportamientos que no concluyen en muerte y que son provocados voluntariamente por el propio sujeto, son conductas suicidas que, sin embargo, no producen la muerte del sujeto (ibid).

Osornio (1999), menciona que el uso del término suicidio puede agruparse generalmente como situacional, legal y médico.

El situacional se refiere a la descripción deliberada de la intención de matarse a uno mismo y el riesgo considerado como fatal potencial. Desde el enfoque legal, suicidio se comete cuando una persona voluntaria y conscientemente realiza un acto con el propósito de destruir su vida, para lo cual se tienen que mostrar evidencias. El ámbito médico, es determinado cuando la evidencia es consistente con la intención de la persona de morir por sus acciones.

La complejidad de los factores determinantes de una muerte como suicidio, no sólo se observa en los hechos, sino que también en el lenguaje que utilizamos, de acuerdo a Thomas (2002) “al rechazar el auto-homicidio como un mal a priori hemos mutilado nuestro lenguaje, para matar a otros tenemos un vocabulario rico y sutil, por el contrario para matarnos a nosotros mismos sólo tenemos una palabra, la cual nos es muy difícil de pronunciar; y en realidad, usamos la palabra suicidio para expresar dos ideas bastante diferentes: por un lado, con ella describimos una manera de morir, es decir, quitarse la vida, voluntaria y deliberadamente; por otro lado, la utilizamos para condenar la acción, es decir, para condenar el suicidio de pecaminoso, criminal, irracional, injustificado... en una palabra, malo” (pp. 20). Retomando lo anterior se observa que como sociedad se le impone a dicho acto connotaciones morales específicas, las cuales pueden dificultar aún más su estudio y el manejo de los pacientes en particular cuando se sospeche que se encuentran en crisis la cual podría terminar en el suicidio.

El suicidio es la muerte autoinflingida intencionalmente. Es la salida a una crisis o problema que causa sufrimiento a la persona (por ejemplo: desesperación, necesidades insatisfechas, desesperanza, soledad, falta de alternativas, necesidades de escapar de algo, frustración, etc.). La persona no busca autoagredirse, sino una salida a sus dificultades, una posibilidad de escapar, porque no soporta lo que está viviendo y/o no encuentra otra alternativa.

Debido a la proliferación de definiciones y a la complejidad para el estudio del suicidio, la OMS en 1976, intentó unificar la terminología y propuso términos concretos. Acto suicida: hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos. Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida. Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte (García y Peralta, 2002).

Beck y cols. (1975, en Gómez, 1996), han definido el suicidio como un acto intencional causado a uno mismo, que pone en peligro la vida, y que da como resultado la muerte. Incluyendo todas las circunstancias que rodean el fallecimiento, llevando a la conclusión de que el individuo realizó una acción positiva con el propósito fundamental de poner fin a su vida.

1.2 El suicidio. Un fenómeno multideterminado.

Conforme se avanza en el estudio del suicidio, es posible observar que este no ocurre ni repentina, ni impulsivamente, y tampoco es impredecible o inevitable; es el paso final de un fracaso progresivo en el proceso de adaptación, no es resultado de una sola causa psicológica o social, sino que se presenta para el sujeto como una alternativa final a un ambiente interpersonal muy confuso, frustrante y ansiógeno. El suicidio es un fenómeno complejo con factores físicos, sociales y psicológicos que actúan e interactúan, puede decirse que el número de factores que conducen a un individuo a formarse la idea de matarse es casi infinito (Gómez, 1996).

Por tanto, se observa con lo anterior que al tratar de trabajar en el diagnóstico y la prevención del suicidio, nos enfrentamos a diversos problemas y a la vez muy amplios, pues no es posible encasillar la problemática en determinadas categorías, y al ser tan variados los factores que pueden llevar a un sujeto a cometer el suicidio, no es posible su prevención al cien por ciento.

Así pues, al llevar a cabo investigaciones sobre el suicidio enfocadas a su prevención, la realidad es abrumadora al mostrar que en dichos casos la población desaparece al lograr su cometido de quitarse la vida, por lo que se han ideado diversas formas para intentar comprender lo que vivía en esos momentos la persona, sin embargo no es posible comprobar que la información obtenida sea realmente confiable. A pesar de los inconvenientes de este tipo de estudios, existen evidencias para determinar que la muerte de un sujeto fue autoinfligida, esto es si existe evidencia psicológica, patológica (autopsia), toxicológica, o si existe una declaración, ya sea del fallecido (si dejó alguna nota), o de algún testigo.

Si bien el estudio del suicidio consumado, así como los motivos por los que el suicida tomó esa decisión tienen un alto grado de dificultad para ser conocidos, existe otra población, que es también abundante y son los sujetos que han presentado conductas suicidas y aquellos que tienen pensamientos suicidas (o ideas suicidas). Actualmente la conducta suicida es considerada como un hecho de causas multifactoriales en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y

sociales. El intento suicida y el suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida; aunque representa un continuum que va desde la idea suicida hasta el suicidio. El intento suicida o parasuicidio es definido como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión dependiendo de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención (Peña y cols., 2002).

1.2.1 El proceso del suicidio.

La conducta suicida abarca las actitudes o gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado. Los planes y actos de tipo suicida que parecen tener pocas probabilidades de éxito a menudo se denominan gestos suicidas, que sobre todo son de tipo comunicativo. Este tipo de mensajes que el suicida potencial envía no deben ser pasados por alto, pueden verse como peticiones de ayuda que requieren una cuidadosa evaluación y un tratamiento encaminado a aliviar la miseria moral y prevenir la repetición de intentos. El intento de suicidio es, pues, un acto suicida sin consecuencias fatales, bien porque la intervención era vaga o ambigua o la forma elegida tenía un potencial letal bajo.

La mayoría de las personas que hacen algún intento de suicidio están ambivalentes respecto al deseo de morir; de hecho el intento puede ser una demanda de ayuda y puede fallar porque es más fuerte el impulso de vida. De acuerdo con Pérez (2004), el comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones:

- 1- El deseo de morir. Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestarse en frases como: “la vida no merece la pena vivirla”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esa manera lo mejor es estar muerto” y expresiones similares.
- 2- La representación suicida. Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también pueden expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.
- 3- Las ideas suicidas. Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

- Idea suicida sin un método específico.
 - Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado.
 - Idea suicida con un método específico no planificado.
 - El plan suicida o idea suicida planificada.
- 4- La amenaza suicida. Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.
 - 5- El gesto suicida. Es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.
 - 6- El intento suicida. También denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.
 - 7- El suicidio frustrado. Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.
 - 8- El suicidio accidental. Es realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto.
 - 9- Suicidio intencional. Es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente, realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o no.

1.2.2 Factores de riesgo.

Factor de riesgo es un atributo o característica que confiere a un sujeto un grado variable de susceptibilidad para contraer determinada enfermedad o alteración de la salud. Tiene como características las siguientes: son individuales,

pues lo que para algunos es un riesgo, para otros no representa problema alguno; son generacionales, ya que los factores en la niñez pueden no serlo en la adultez o la vejez; son genéricos porque los factores de riesgo en la mujer no son similares a los de los hombres; están mediatizados por la cultura y el entorno de los individuos, comprobándose que lo que es aceptado en determinado medio social puede ser reprobado en otros (Pérez, 2004).

Como se mencionó en el párrafo anterior, los factores de riesgo son generacionales, y en concordancia con ello Pérez (1999) hace mención de los factores de riesgo suicida en la niñez, en la adolescencia-juventud, en la edad adulta y en la vejez. Los mismos se describirán a continuación:

En la infancia los factores de riesgo se deben detectar principalmente, en el medio familiar en el que vive el menor. Tomando en cuenta si fue un niño deseado, la edad de los padres, la asistencia puntual por parte de los padres a las revisiones obstétricas durante el embarazo, la personalidad de los progenitores, o si son portadores de alguna enfermedad psiquiátrica, como la depresión, el alcoholismo o la esquizofrenia.

Los motivos que pueden desencadenar un suicidio en la infancia, son variados y no específicos, pues también se producen en otros niños que nunca intentarán contra su vida. Por ello es importante determinar los factores de riesgo que predisponen a que un menor, frente a un acontecimiento precipitante, se manifieste con una conducta autodestructiva.

Otros motivos que también pueden llevar al acto suicida en la niñez son:

- Presenciar acontecimientos dolorosos (divorcio, separación, muerte de un ser querido).
- Problemas con las relaciones paterno-filiales.
- Problemas escolares.
- Llamadas de atención de padres o maestros con carácter humillante.
- Búsqueda de afecto y atención.
- Agredir a otros.
- Deseos de reunirse con un ser querido fallecido.

Con respecto a los factores de riesgo en la adolescencia y juventud se encuentra, que se haya realizado una tentativa de suicidio o un suicidio frustrado; los que presentan alteraciones en su comportamiento sexual en forma de precocidad, promiscuidad, abortos, embarazos no deseados u ocultos, masturbación compulsiva, que hayan sido víctimas de abuso sexual, violación u otro delito de esta índole, variaciones en el comportamiento escolar, el desajuste vocacional, las dificultades en las relaciones con maestros, la inadaptación de diversos regímenes escolares.

En el hogar, además de los factores de riesgo mencionados en la niñez, se encuentra la identificación con familiares suicidas, deprimidos o alcohólicos, convivencia con un enfermo mental como único pariente; dificultades socioeconómicas; en el aspecto social, el riesgo suicida puede incrementarse a través de noticias sensacionalistas, sea por los medios de comunicación masiva o por el rumor popular, cuando el sujeto la identifica con la amistad, el amor, el heroísmo o cualquiera otra actividad positiva. También pueden aumentarlo la falta de apoyo social, la posibilidad de adquirir drogas, armas de fuego, etc.; un comportamiento suicida afirmativo, un medio familiar que no constituye un adecuado soporte, la presencia de síntomas depresivos, desesperanza, agresividad o sentimientos de soledad.

Entre los factores de riesgo de suicidio que se presentan en la adultez están: el alcoholismo, aquellos que tratan de proteger a sus familias, su profesión o sus negocios de algún escándalo que ellos han ocasionado, en las mujeres el síndrome premenstrual, con los cambios hormonales que trae consigo, y la menopausia, a la que se añaden factores socio-psicoculturales (independencia de hijos, pérdida de belleza física y de la capacidad de procrear, etc.); el matrimonio y el trabajo, que pueden ser tanto factores de riesgo como de protección.

La desmoralización, condición mental que se presenta cuando un individuo se encuentra a sí mismo de manera persistente incapaz de dominar situaciones que él y otras personas esperan solucione de forma adecuada, o experimenta un malestar continuo que no logra explicar con certeza, puede precipitar un acto suicida, por la carga de desesperanza, desamparo retraimiento y pérdida de la

autoestima que dicho estado posee; por último se encuentra el hecho de que el sujeto haya tenido intentos previos de suicidio, que tenga historia de tratamiento psiquiátrico, poseer una personalidad antisocial, pobres condiciones materiales de vida, desocupación y antecedentes criminales.

Los factores de riesgo de suicidio en los ancianos se pueden dividir en:

a) Factores médicos:

- Enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes y discapacitantes.
- La hospitalización periódica del anciano, así como ser sometido a intervenciones quirúrgicas frecuentes.
- Enfermedades prodepresivas, principalmente la arteriosclerosis, demencias.

b) Factores psiquiátricos:

- Se incluyen las depresiones de cualquier etiología, el abuso de drogas o alcohol, los trastornos crónicos del sueño, las psicosis delirantes paranoides con gran desconfianza y agitación, y la confusión mental.

c) Factores psicológicos:

- Los ancianos que sufren de sentimientos de soledad e inutilidad, inactivos, aburridos, con falta de proyectos vitales y con tendencia a revivir el pasado.

d) Factores familiares:

- Pérdida de seres queridos por muertes naturales o por suicidio.
- La migración forzada del anciano con un familiar y otro.
- Su ingreso a un asilo.

e) Factores socio-ambientales:

- La jubilación.
- El aislamiento social.
- La actitud hostil, peyorativa o despreciativa de la sociedad hacia el anciano.
- La pérdida de prestigio.

Mientras mayor número de factores de riesgo acumulen los ancianos, mayor será el peligro de terminar con su vida por suicidio.

La conducta suicida no es una conducta aleatoria y ya desde las primeras descripciones de la misma se observó que hasta cierto punto se podía predecir, ya que se encontraba asociada a diversos factores sociales, psicológicos y biológicos. Conocer bien estos factores es de gran importancia para evaluar adecuadamente el riesgo autolítico de un individuo. García y Peralta (2002), mencionan que los factores de riesgo de suicidio se podrían clasificar en tres grandes grupos: sociodemográficos, clínicos y genéticos/neurobiológicos.

Dentro de los factores sociodemográficos se encuentran el sexo, edad, origen étnico, estado civil y el nivel socioeconómico.

En los factores clínicos están los trastornos médicos, trastornos mentales, trastornos afectivos, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de personalidad, conducta suicida previa y trastornos adaptativos.

Por último los factores genéticos y neurobiológicos mencionan que si la persona posee antecedentes familiares de suicidio, aumenta el riesgo de conductas suicidas para los pacientes. Algunos autores, encuentran relación entre la historia familiar de suicidio con la violencia del acto suicida. sin embargo, existen dudas acerca de si esta asociación es debida a factores no genéticos y más relacionados con características culturales en las que crece el individuo, si se deben a la transmisión genética del trastorno psiquiátrico asociado con el suicidio o si existe un factor genético independiente para él mismo, por ejemplo la impulsividad. Así también se ha relacionado a las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico que es independiente del diagnóstico psiquiátrico. Se han hallado niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de individuos suicidas, y además se ha establecido una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida (ibid.).

Continuando con el estudio de los factores de riesgo de suicidio, nos enfocamos ahora a un modelo cognitivo propuesto por Freeman y Reinecke (1995, en Ruiz y cols, 1999) destacan tres factores comunes que colocan al sujeto en un mayor riesgo de cometer una conducta suicida:

- a) La impulsividad conductual: Tendencia a no anticipar la relación actos-consecuencias.
- b) Pobreza en la capacidad de resolución de problemas: el intento de suicidio crónico y repetitivo se relaciona con una baja capacidad para elaborar, evaluar y poner en práctica soluciones alternativas. El uso de alcohol y drogas son intentos inadecuados de afrontamiento de las situaciones de malestar.
- c) La existencia de esquemas y significados personales ideosincráticos del paciente sobre sí mismo, el mundo y su futuro personal.

Lo que daría paso a que se desencadenaran como contexto los tres factores personales enunciados en el modelo antes descrito serían la existencia de factores situacionales de tipo socioeconómico, las enfermedades crónicas o dolorosas, las situaciones de soledad, entre otras.

1.3 Las diferentes disciplinas que abordan el suicidio.

Así como existen diversas definiciones del suicidio, también son diversas las disciplinas que se encargan de su estudio. De acuerdo a Sullivan y Everestine (1992), una de las primeras fue la medicina, y en particular la psiquiatría, considera el suicidio como una manifestación de una patología psiquiátrica y sus orígenes se remontan a la mitad del siglo XIX. Una de las primeras definiciones es que todo suicidio es el efecto de una enfermedad o un delirio agudo. También lo consideraban como un síntoma del trastorno mental, o como el resultado de pasiones humanas. Más recientemente opinan que la mayoría de los suicidas sufren de depresión, sea como trastorno o como síntoma, llegando algunos a considerar que en ausencia de una enfermedad psiquiátrica raramente un individuo termina su vida por suicidio. Por último, padecer una enfermedad mental es un factor probado de riesgo suicida.

La biología también se ha encargado del estudio del suicidio por medio de la psicobiología, está considera que se debe a un trastorno del impulso con la neurotransmisión serotoninérgica y las funciones endócrinas, particularmente la secreción de cortisol y tirotrófina. Se considera que los suicidas tienen bajas

concentraciones de colesterol y grupo sanguíneo tipo O de preferencia. Haciendo énfasis que dichos estudios no son concluyentes.

La psicología social entiende al suicidio por medio de las estadísticas, y los reportes que se realizan en las diferentes instituciones las cuales se encargan de conocer a los suicidas. Otra rama de la psicología desarrolló una teoría la cual es denominada interaccional, la cual alejándose de la explicación psicoanalítica del suicidio, se refiere a que la persona siente enojo por el otro, y así el deseo de verlo muerto, sin embargo ese enojo no le es posible dirigirlo a su destinatario y lo vuelca hacia sí mismo. Un suicida llega a la conclusión de que, matándose, podrá lograr mejor, por medios simbólicos, el asesinato del otro. Por tanto: 1) El suicidio es un suceso que pretende enviar un mensaje de una persona a otra; 2) Existe una persona específica que se espera reciba el mensaje del suicidio, el acto suicida se comete por esa persona, por encima de todo; y 3) El principal contenido del mensaje que se transmite es el enojo. Se entiende también que tanto el asesinato en primer grado como el autoasesinato ocurren de acuerdo con un plan o con premeditación, el motivo de cada uno surge de la relación que se comparte con otra persona, y en ese aspecto, el homicidio y el suicidio son ambos sucesos que escriben el epitafio de un sistema interpersonal. La naturaleza del sistema determina la forma que tome el encuentro final, y el contenido de éste puede describirse mejor como ira, se tomará una vida, bien sea la propia o la de otra persona. Por lo anterior para la psicología el estudio del suicidio es sumamente importante, pues es la personificación de la forma más íntima de violencia, a la vez conlleva un mensaje privado, dirigido a una audiencia privada, y codificado en un lenguaje privado, dirigido todo lo anterior a la familia o seres más cercanos al suicida, lo cual nos muestra a la vez cuan devastados pueden quedar todos los que sobreviven al suicida y las implicaciones psicológicas de dicho acontecimiento (Sullivan y Everestine, 1992).

1.4 El suicidio. Un fenómeno mundial.

De acuerdo a la OMS, se calcula que cada día se cometen por lo menos 1000 suicidios y que ocho de cada diez personas lo intentan. En Europa y América

se considera el suicidio como una de las cuatro principales causas de defunción. Las tasas más altas se encuentran en Europa Central y Continental: Suiza, Austria, Hungría, Checoslovaquia, Alemania, Dinamarca, Finlandia y Suecia. Además Japón y Estados Unidos (Osorio, 1999).

Si bien ya Durkheim (2003), había mencionado que en cada sociedad se tenía que esperar un cierto número de suicidios y que sólo en caso de que se presentarán ciertas fallas en la estructura social habría un notorio incremento en la tasa de suicidios, pues según él entre los miembros de las familias numerosas y muy religiosas resultaba relativamente improbable un suicidio. Sin embargo lo que más llama la atención es que el índice de suicidios en niños y adolescentes va en aumento en todo el mundo (Osorio, 1999).

A pesar que en diversos textos se muestran datos sobre el nivel de suicidios en el mundo, a menudo dichos datos no son reales, pues las notificaciones de casos de suicidio son incompletas a causa del estigma que lleva apareado y que a veces incluye sanciones penales o religiosas, por lo que se prefiere atribuir a la muerte una causa accidental más que intencionada (González, 1998). A pesar que no se tengan cifras reales de número de suicidios en cada país, los datos con que se cuenta muestran que se suicidan más los hombres que las mujeres, sin embargo, las mujeres realizan un mayor número de intentos de suicidio. La causa de que los hombres se suiciden más, la explican los métodos que utilizan para lograr su cometido, que por lo general son armas de fuego y ahorcamiento, dos métodos que por su violencia son preferidos por ellos, contrario a los métodos utilizados por las mujeres que son en la mayoría de los casos sobredosis de fármacos, que por ser métodos menos agresivos dan oportunidad a que el suicida pueda ser rescatado. También se entiende que culturalmente está determinado el método que empleará el suicida.

Contrario a lo anteriormente expuesto un análisis del suicidio en la población de la República de China encontró que el perfil era opuesto a lo que se reporta en el resto del mundo. Más mujeres se matan que hombres, particularmente mujeres jóvenes, las tasas de suicidio de mujeres eran las más altas de todo el mundo, 158 por millón, excedida solamente por Hungría, que

tiene una tasa de 198 suicidios de mujeres por millón. También en relación contraria con otros países, el suicidio ocurre más a menudo en áreas rurales que urbanas y se estima que la cultura tiene gran influencia sobre las tasas de suicidio (Pichard, 1996, en González, 1998).

Como se puede observar 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. Sin embargo como ya se ha mencionado con anterioridad, los datos sólo representan una aproximación a la realidad, debido a que apenas uno de cada cuatro intentos se registra y recibe atención. Además debe tenerse en cuenta que por cada suicidio consumado existen diez tentativas fallidas (ibid.).

Como se mencionó al inicio de este apartado, el aumento en la incidencia del suicidio a nivel internacional ha motivado el interés de los países y de sus sistemas de salud en intentar por medio de diversas investigaciones y programas, frenar dicho aumento y prevenir en lo posible que ocurra a nivel individual. Con relación a lo anterior Marttunen (1995, en González, 1998), quien realizó una investigación en Finlandia, con el fin de comparar el suicidio entre hombres y mujeres adolescentes, en una muestra de 116 sujetos (19 mujeres y 97 hombres), en un grupo de edad de 13 a 22 años, se observó que un 73% de la muestra había comunicado su intento, el 47% había tenido atención psiquiátrica previa y el 42% había sido hospitalizado. Comparadas con los hombres, las mujeres a menudo han hecho un intento de suicidio previo (63% vs 33%) y han tenido atención psiquiátrica durante un año antes del suicidio (47% vs 21%). Por tanto los resultados sugieren que las mujeres jóvenes que cometieron suicidio sufren patología más severa que los hombres jóvenes. Al mismo tiempo se reportó que es más común que las mujeres hablen del suicidio que los hombres, ya que tres cuartas partes de la muestra de mujeres había comunicado su intento suicida meses antes del acto final, lo que sugiere que existe una premeditación previa.

Continuando con Europa, en España, Villardón (1993) menciona que una vez constatado que el número de suicidios está aumentando sobre todo en la población joven y partiendo de la continuidad progresiva de la conducta suicida, es

esperable que sea en la adolescencia cuando empiezan a tomar fuerza los pensamientos de suicidio, por lo que considera de suma importancia detectar cuál es el grado de ideación suicida de los adolescentes de la comunidad vasca, como primer paso para la prevención. Para lo cual realizó un extenso estudio, con el propósito de conocer que variables personales psicológicas y sociales determinan, influyen o favorecen los pensamientos suicidas de los adolescentes, menciona también que es un estudio predictivo con el objetivo último y primordial de la prevención. Considera que los individuos que presentan un grado mayor de ideación suicida tienen más probabilidades de intentar o de cometer suicidio que los sujetos con menor grado de pensamiento de suicidio y será el conocimiento de la presencia de ideas suicidas y de los posibles factores de terminantes lo que permitirá la actuación sobre dichos factores y, como consecuencia, la prevención del suicidio. Se trata por tanto de conocer la situación en un momento cronológicamente anterior a la consecución del acto autodestructivo. Para lograr lo anteriormente mencionado, uno de los principales objetivos de dicho estudio fue probar empíricamente parte del modelo socioindividual propuesto para explicar la conducta suicida.

La perspectiva socioindividual defiende la existencia de un contexto socioindividual donde situar la conducta suicida, compuesto por el contexto social general, el contexto social inmediato y el entramado individual. El sujeto se desarrolla en una sociedad, en un contexto social general, en el que se incluyen factores tales como las normas sociales y la regulación social, la valoración del suicidio y las actitudes sociales hacia la autodestrucción, el papel de los medios de comunicación, etc.

Pero además el sujeto está situado en un entorno específico, que constituye el contexto social inmediato, donde aspectos como los acontecimientos estresantes, el apoyo social, las características sociodemográficas, etc. deben tenerse en cuenta al tratar de comprender la conducta suicida.

Por otra parte las características biológicas del sujeto, las posibles enfermedades psiquiátricas, las características de su personalidad, el modo de afrontar los problemas y la tolerancia al estrés, son algunos de los factores a tener

en cuenta al considerar el posible riesgo de conducta suicida en el sujeto. Además de un contexto socioindividual de la conducta suicida, el modelo propuesto defiende la existencia del, denominado por Rich y Bonner (en Villardón, 1993), “estado mental suicida” compuesto por una serie de variables psicológicas que acompañan a la conducta suicida; estas son, la depresión, la desesperanza, el sentimiento de soledad, la ausencia de razones para vivir, el bajo autoconcepto y las expectativas de eficacia del suicidio. Encontrando como resultado del estudio que existe relación entre la mayoría de los aspectos incluidos y los aspectos académicos.

Así mismo, menciona que el sexo es la variable estructural que implica mayores diferencias en los aspectos estudiados. Y que es posible comprobar que las mujeres tienen niveles más altos de depresión y un menor autoconcepto, excepto en el aspecto social, así como un nivel mayor de ideación suicida que los hombres. Sin embargo presentan más razones importantes para vivir que éstos últimos. Afirma también que hay un porcentaje considerable de adolescentes que piensan en el suicidio de una forma más o menos seria y continuada, la cual sitúa alrededor del 10%, resalta que afortunadamente, la relación entre el nivel de pensamiento de suicidio y la realización de actos autodestructivos no es, en absoluto, directa ni total, haciendo énfasis en que se deberían de tomar precauciones y realizar seguimientos de los grupos de riesgo. Siguiendo la línea de prevención que propone la autora, confía en que dicha investigación dé paso, a nuevas investigaciones y a desarrollar programas de intervención y prevención de la conducta suicida.

De la misma manera que en Europa, en los países del continente americano, la preocupación por el aumento de casos de suicidio ha dado lugar a diversas investigaciones. Una de ellas realizada en Cuba por Guibert (2002), por medio de la cual se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el área de salud urbana del Policlínico “Marcio Manduley” del municipio Centro Habana con el propósito de identificar el comportamiento epidemiológico y de los factores psicosociales asociados al intento suicida (IS) en el periodo 1996-1998. La muestra estuvo conformada por 41 personas con intentos suicidas, residentes

permanentes del área de salud que fueron reportadas por el Departamento de Estadísticas, a los cuales se les aplicó el instrumento: encuesta sobre intento suicida. Los resultados que obtuvieron y por tanto las conclusiones a las cuales llegaron fueron que la tasa de prevalencia del intento suicida en el área de salud se mantuvo estable; la depresión mayor, los sentimientos de culpa y/o desesperanza y el hogar desorganizado fueron los factores de riesgo principales que antecedieron al acto suicida; y la mayoría de los pacientes no recibieron atención de salud especializada después del intento, y de los que la recibieron, la mayoría la percibió como de regular calidad.

Por su parte Peña y cols. (2002), realizaron un estudio descriptivo con 80 pacientes que realizaron intento suicida en el período comprendido de enero de 1997 a diciembre del 2000, ingresados en el servicio de Psiquiatría del Hospital Militar “Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja” Camagüey, Cuba. Predominó el grupo de edad de 17 a 23 años. El perfil psicopatológico destacó los síntomas de ansiedad, ideación suicida, tristeza e insomnio. El perfil de personalidad obtenido con la aplicación del 16 PF permitió caracterizar al grupo como emotivos, con poca estabilidad emocional, inseguros, aprensivos, angustiados, tensos, frustrados, agobiados con niveles altos de ansiedad. La intoxicación por psicofármacos fue el método más empleado por los pacientes. La incidencia de antecedentes familiares de intento suicida y trastornos psiquiátricos fue alta. Dentro de las enfermedades psiquiátricas predominaron los trastornos situacionales depresivos y ansiosos.

Se puede observar que la diversidad de estudios enriquece el conocimiento, intentando de una u otra manera disminuir la incidencia de suicidios en aquellos países en los que es considerado un problema de salud pública.

1.5 El suicidio en México.

Con relación al suicidio en México en 1970 hubo 554 defunciones por suicidio registradas en ambos sexos, cifra que ascendió en 1991 a 2120, lo que representa un aumento de 282%; sin embargo este aumento es más notable en la

población masculina (170%), en comparación de la femenina (70%) (Borges y cols, 1994, en Osornio, 1999).

Los datos más recientes que reporta el INEGI (2004), son del 2002. Año en el cual ocurrieron 3160 suicidios en el país, volumen que al ser comparado con los actos ocurridos un año anterior (3089), muestra un incremento de 2.3 puntos porcentuales. De los 3160 suicidios consumados en el país, el 82.8% eran hombres y el 17.2% mujeres. Por cada mujer suicida, se identificó a cinco hombres. Cuatro de cada diez suicidas eran solteras, otros cuatro casados y uno vivía en unión libre.

González y cols. (1999), hacen referencia a los datos proporcionados por el INEGI en el año de 1995, los cuales indican que México es un país de jóvenes, lo mismo que confirma al citar a Eternod Arámburu (1996), quien señala que de los 91 millones de habitantes que existían en ese año en todo el país, 68% eran menores de 29 años de edad, de los cuales 30% contaban entre 15 y 29 años de edad y 40% eran adolescentes entre 15 y 19 años, siendo una proporción similar entre hombres y mujeres. Así pues, los autores enfatizan que dicho panorama poblacional puso en evidencia la necesidad de atender las problemáticas de salud más apremiantes en los jóvenes, ya fuera porque su prevalencia era alta o porque su incidencia estaba marcando un problema de salud con tendencia ascendente.

Teniendo en cuenta lo expuesto en el párrafo anterior con relación a que el aumento del suicidio en los jóvenes es considerado como un problema de salud pública, se describirán a continuación diversos estudios acerca de la conducta suicida, realizados en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, desde la década de los 80, descrito esto por Gonzáles y cols. (1999), un estudio realizado por Saltijeral y Terroba en 1987, reporta una mayor proporción de suicidios consumados entre los hombres que entre las mujeres y una mayor frecuencia de intentos en las mujeres que en los hombres. Por su parte el trabajo desarrollado por Medina-Mora y cols. en 1994, ha permitido identificar la prevalencia de la ideación suicida en la población estudiantil de secundaria y bachillerato: en el Distrito Federal 47% presentó al menos un síntoma de ideación; 17% pensó en quitarse la vida; y un 10% reportó todos los síntomas. En 1995 se publicaron cuatro trabajos; en tres de

ellos (González-Forteza y cols., 1995) se hizo énfasis en la importancia de las variables psicosociales y de los factores riesgo presentes en la problemática suicida de los adolescentes de la ciudad de México. En otro (Borges y cols., 1995), se presentan los elementos metodológicos más importantes que un investigador epidemiológico debe considerar al emprender cualquier trabajo sobre la conducta suicida. En 1996, González-Forteza y cols., realizaron una investigación en la que se muestra un panorama epidemiológico del acto suicida en el ámbito nacional e internacional, además se señalan algunos indicadores de riesgo que se identificaron. Y en 1998, se realizó otro trabajo en la ciudad de Pachuca, Hidalgo (González-Forteza y cols.), en el que se encontró, en estudiantes de nivel medio y medio superior que las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia que los hombres y que la ideación suicida estuvo más presente en sujetos que lo habían intentado con anterioridad.

En cuanto a las investigaciones de tipo estadístico, se encuentra la realizada por Borges y cols. (1996), cuyo objetivo fue presentar información sobre la evolución del suicidio como causa de muerte para la población mexicana durante el periodo de 1970 a 1994. Utilizando para dicho estudio, los datos provenientes de los certificados de defunción, así como los datos censales correspondientes a dicho período, encontrando como resultados que en 1970 hubo 554 defunciones por suicidio en toda la República Mexicana, para ambos sexos, y 2603 en 1994. Durante este período la tasa de suicidio para ambos sexos pasó de 1.13 por 100 mil habitantes en 1970 a 2.89 por 100 mil habitantes en 1994, un aumento de 156%, este aumento es más marcado para la población masculina, que vio su tasa incrementada en 169% durante el período, contra 98% para la población femenina. Las conclusiones a las que llegaron fue, que el suicidio es un problema ascendente en México, que afecta de forma principal a los hombres de edad avanzada. Y proponen debido a incrementos recientes en la población adolescente y adulta joven la necesidad de desarrollar programas de prevención y tratamiento en esta área.

CAPÍTULO II. IDEACIÓN SUICIDA, DESESPERANZA Y SOLEDAD.

Tal como se describe en el capítulo anterior, el suicidio es un problema de salud pública, por lo que para tener un mejor conocimiento de esta problemática, se abordará el primer paso del proceso de suicidio, mejor conocido como ideación suicida, y hablaremos de los estudios que se han realizado tanto en el mundo como en México. Posteriormente se revisará la definición de desesperanza, la relación que mantiene con el suicidio consumado. Por último se hablará de la soledad y su relación con el suicidio, exponiendo en ambos casos las investigaciones más importantes realizadas en México y el mundo.

2.1 Ideación Suicida.

El primer eslabón en la cadena de la conducta suicida son los pensamientos de autodestrucción, o mejor conocidos como ideación suicida que se ha encontrado antecede al intento de suicidio en una proporción relativamente alta (Osornio, 1999).

Existe cierta controversia acerca de la aceptación de que el comportamiento suicida es un continuo que va de pensamientos suicidas al suicidio consumado, sin embargo se han buscado explicaciones, no sólo en factores externos sino en términos de factores internos, como los procesos cognitivos, entendidos como mecanismos por medio de los cuales la gente percibe, interpreta y actúa ante su medio ambiente. Estos procesos presentan cargas motivacionales que al interactuar con factores clínicos como trastornos en el estado de ánimo y del afecto, así como factores sociales, dan como resultado un comportamiento violento. Los mecanismos cognitivos, por sus características de internos, de hecho no son totalmente inobservables, si se considera que pueden ser analizados y escudriñados por la misma persona (González, 1998).

Según Beck (1979) la ideación suicida son aquellas ideas que los individuos tienen y que frecuentemente presentan pensamiento reiterativo sobre el tema de la muerte y/o permanentemente ocupa un lugar central en la vida del sujeto; tiene planes y deseos de cometer suicidio pero no han hecho evidente el intento.

Es considerado como de vital importancia el estudio de la ideación suicida para la prevención del suicidio, por reflejar en un primer momento la posibilidad de que se lleven a cabo conductas parasuicidas, dado que es razonable pensar que cada suicidio lleva tras de sí un conjunto de ideas previas, por lo que su detección y medición ayudarían de manera importante a la prevención del acto suicida (Eguiluz y cols., 2005). Se entiende como conductas parasuicidas a la tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es el acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo (Pérez, 1996).

En este sentido las ideas suicidas se refieren a los pensamientos e ideas, es decir las rumiaciones o fantasías acerca de la muerte autoinfringida.

Para Pérez (1999) la ideación suicida comprende un campo de pensamiento que pueden adquirir las siguientes formas de presentación:

- El deseo de morir, es el primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir y puerta de entrada a la ideación suicida. Es común la expresión “La vida no merece la pena vivirla”, “Yo lo que debería es morirme” “para vivir así es preferible estar muerto”, etc.
- La representación suicida consistentes en fantasías pasivas de suicidio (por ejemplo imaginarse ahorcado, etc.)
- La idea suicida sin un método determinado, es decir la idea de autodestrucción sin planteamiento de la acción. En este caso el sujeto desea suicidarse y al preguntarle como ha de quitarse la vida responde no saber como.
- La idea suicida con un plan o método indeterminado o inespecífico aún, es cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle como ha de quitarse la vida responde que de cualquier forma, incluso manifiesta diversas posibilidades sin mostrar preferencia por alguna en particular.
- La idea suicida con un método determinado sin planificación en el cual el sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico pero sin haber elaborado una adecuada planificación.

- La idea suicida planificada o plan suicida es la que el individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida y toma, por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto. Se le conoce también como plan suicida, es sumamente grave por la posibilidad inminente para consumar el suicidio con éxito. Según Guibert (2002) cuando una persona explica un método de suicidio con un gran número de detalle, esto indica que ha empleado mucho tiempo y esfuerzo planeándolo, por lo que puede pensarse que está muy interesado en su ejecución. En los casos en que los detalles del plan sean bizarros, ello indica posibilidad de psicosis, y los psicóticos con ideas suicidas tienen altos riesgos.

La ideación suicida se refiere a un deseo de morir evidente. Se considera más severa si el paciente ha contemplado un plan concreto (Mosquera y cols., 1996).

Las personas que tienen ideación suicida son individuos que tienen planes y deseos de cometer suicidio; la ideación precede al intento suicida o al suicidio consumado (Artasánchez, 1999). Goldman (1989) menciona en orden creciente de riesgo los tipos de conducta suicida, entre los que se encuentran en primer lugar pensamientos transitorios sobre la muerte y en segundo pensamientos sostenidos sobre muerte y deseos recurrentes de morir, prediciendo a las conductas compulsivas, la consideración de la muerte como una manera de evitar la angustia y a la decisión final de morir.

García y Peralta (2002) han clasificado la ideación suicida en dos categorías:

Pasiva cuando se desea no vivir o estar muerto.

Activa cuando la persona quiere matarse, en este caso recomienda valorar el grado de desesperanza y la expectativa de muerte, también la persistencia de ideación e investigar la presencia de un plan estructurado de suicidio, los métodos que se pretenden utilizar y la accesibilidad de dichos métodos. También es necesario saber qué mecanismos de control tiene el sujeto para no realizarlo, cómo consigue controlar esas ideas suicidas y si están otras personas implicadas en sus pensamientos de muerte.

Es así como parece adecuado enfocarse en la intensidad, penetración y características de la ideación suicida y potencialmente predecir y evitar el riesgo suicida (Beck, 1979).

Para Pérez (2004) las ideas suicidas pueden ser muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquiere un carácter mórbido y puede desembocar en la realización de un acto suicida.

Hay que recordar que el comportamiento suicida es un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de alto riesgo en el individuo que los presenta (Pérez, 1999). También es necesario reconocer que el suicidio, los intentos de suicidio y las ideas suicidas en general se consideran signos de trastornos psicológicos y que todo ser humano tiene pensamientos transitorios acerca de la vida y la muerte e incluso piensa en autodestruirse ocasionalmente. Sin embargo, la preocupación obsesiva con pensamientos suicidas que rumian una y otra vez es patológica (Kolb, 1983 en González, 1998).

2.1.1 Ideación Suicida en el mundo.

Mediante los estudios realizados por Beck y cols. (1979) se desarrolló la Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI), esta escala esta diseñada para evaluar los pensamientos suicidas, es decir la intensidad de los deseos de vivir y de morir, además de otros elementos que deben tenerse en cuenta como la letalidad del método considerado, la disponibilidad de éste, sensación de control sobre la acción o el deseo y la presencia de “frenos” (disuadores).

Esta escala esta formada por 21 reactivos, cada uno de los cuales tiene posibles alternativa, calificadas de acuerdo con su intensidad, de 0 a 2. La suma de estas indica la severidad de las ideas suicidas. Los dos últimos reactivos no se califican, ya que miden su severidad y el número de intentos previos de suicidarse.

En la evaluación de las conductas suicidas se considera su aparición en el último mes, de tal manera que por medio de los reactivos 4 y 5 se define si se sigue o se suspende la entrevista.

Esta escala ha sido ampliamente utilizada por su alto grado de confiabilidad demostrada en diversos estudios sobre suicidio.

En un estudio realizado por Villardón (1993) en jóvenes adolescentes de Barcelona, España, en donde recurrieron a esta misma escala para relacionar la ideación suicida y el intento de suicidio con diversas variables, obteniendo los siguientes resultados respecto a la posibilidad predictiva/explicativa de los aspectos psicosociales del suicidio:

- La depresión es el aspecto que mejor explica la variabilidad de la ideación suicida.
- Además de la depresión, las razones para vivir, la desesperanza, el auto concepto, el estrés y el afrontamiento mal-adaptativo contribuyen a la explicación del pensamiento de suicidio.
- Se confirmó que no es necesaria la presencia de todas las variables para que se dé la conducta suicida, y es combinatorio, por que la combinación de varios factores aumenta la predisposición a la ideación suicida.

En una población de 330 pacientes psiquiátricos diagnosticados con diferentes trastornos en el Hospital General en Cehrry Hill, New Jersey , se aplicó un instrumento para identificar ideación suicida por medio de la construcción de un auto-reporte asistido por computadora paralelo a la versión de la Escala de Ideación Suicida de Beck, que fue modificada sólo en su formato para ser contestada por el paciente por medio de un monitor que contiene las premisas y para distinguirla de la versión original fue llamada como BSI (Beck y cols., 1991). De los 330 pacientes, 115 (34%) fueron clasificados con ideación suicida y 215 (65.2 %) sin ideación suicida. De acuerdo con esta escala y se identificaron tres dimensiones, las cuales fueron asignadas como “Deseo Activo de Suicidio”, “Preparación” y “Deseo pasivo de Suicidio”.

De acuerdo a Rotheram-Borus (1993, en González-Forteza, 1996) existe una estrecha y evidente relación entre ideación suicida e intento de suicidio, para

confirmarlo realizaron un estudio en Estados Unidos con una muestra de 214 adolescentes que escaparon de sus casas, y encontró que un 16% tenía ideación suicida al momento del estudio, y 37% de ellos habían intentado suicidarse en alguna ocasión. Del 94% de los que habían pasado por tres o más periodos de ideación, también habían intentado suicidarse. De éstos, el 23% habían consumido alguna sustancia (alcohol y/o drogas) antes del intento.

Un estudio realizado con pacientes de medicina general (Cooper-Patrick y cols., 1994, en Mondragón, 1996) tuvo como objetivo describir las características de pacientes con ideación suicida y desarrollar una eficiente estrategia clínica para identificarlos. La muestra representativa respondió a entrevistas, realizadas por el personal del área de inspección del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. Un total de 6041 individuos reportaron recibir curación en medicina general, en los 6 meses precedentes a una entrevista base. Lo que intento medir fue la ideación suicida al año de la entrevista. Los resultado fueron que un total de 154 pacientes (2.6%) experimentaron pensamientos suicidas en el año previo a la entrevista. En el análisis multivariado los factores sociodemográficos expresados en términos de razón de momios (odds ratio) fueron significativamente asociados con quienes tenían ideación suicida, siendo los blancos con (OR, 2.8; $p < .001$), relativos al afroamericano separado o divorciado (OR, 1.8; $p = .03$) relativo al casado y la edad de 18 a 30 años (OR, 2.1; $p = .03$) relativo a los viejos de 65 años. El género, el nivel de educación y el estatus socioeconómico no fueron significativamente asociados con la ideación suicida; los desordenes psiquiátricos significativamente asociados con la ideación suicida fueron la depresión, desordenes de pánico, desorden de alcohol y desorden fóbico previo a un año, donde sólo el 34% respondieron con ideación suicida en el criterio de mayor depresión. Para finalizar los investigadores propusieron un instrumento para determinar la presencia de ideación suicida, de una manera indirecta y menos agresiva. Estos reactivos incluyen la presencia de trastornos de sueño y del estado de ánimo, así como la existencia de sentimientos de culpa y desesperanza.

En un estudio sobre la relación del uso de drogas, ideación suicida e intento en una muestra multiétnica en adolescentes de séptimo y octavo grado de una escuela en Miami, Florida, los resultados mostraron que en total la prevalencia de 6 meses de ideación suicida fue de 18.2% y las más altas se encontraron los afroamericanos (20.5%), los haitianos y los blancos no hispanos, quienes a pesar de haber tenido altos puntajes en ideación, presentaron baja frecuencia de intento. La más alta prevalencia de intento se observó en los haitianos (11.4%) (Vega, 1993, en González, 1998).

En Cuba existe un gran esfuerzo por abordar el problema del suicidio y buscar una intervención terapéutica más profunda y eficaz, desarrollando estrategias que inician por evaluar el nivel en la ideación suicida, para partir a una terapia bajo un modelo cognitivo y conductual, enfocada a individuos con ideación suicida que consiste en identificar, evaluar, modificar sus cogniciones y afectos negativos, aprender habilidades sociales y conductas protectoras, y generar un estilo de afrontamiento que incremente la inmunidad general a adquirir trastornos psicológicos que desemboquen en procesos autodestructivos (Guibert, 2002).

En otro estudio realizado en el Hospital Militar “Dr. Octavio de la Concepción y de Pedraja” Camagüey, Cuba, por la Dra. Peña y cols. (2002), encontraron que el perfil psicopatológico de pacientes con intento de suicidio presentaban síntomas de ansiedad, ideación suicida, hipotomía, insomnio e irritabilidad como manifestaciones clínicas.

2.1.2 Ideación Suicida en México.

En el trabajo “Evaluación del Riesgo Suicida y Estrés Asociado en Adolescentes Estudiantes Mexicanos”, Quetzalcóatl Hernández y Emilia Lucio, de la Facultad de Psicología de la UNAM (Noticias Vanguardia, 2004, documento en línea) señalaron que la prevalencia de idea suicida entre los jóvenes está en el rango de 1 a 40% y la del intento suicida varía de 3 a 8.3% esto nos da una estimación del problema de suicidio en México y la importancia de su estudio.

Gómez y Borges (1996) elaboraron un trabajo para analizar las investigaciones y artículos que se han publicado en nuestro país en la últimas décadas acerca de las conductas suicidas hasta 1994, encontrando que la mayoría de los estudios tratan sobre el suicidio consumado, menos sobre el intento de suicidio y muy pocos sobre la ideación suicida. Sin embargo para explicar el fenómeno de la ideación suicida en nuestro país y dada su importancia presentamos los más importantes realizados en los últimos años.

En un estudio realizado por Eguiluz y cols. (2005), cuyo propósito era evaluar la ideación suicida y el clima familiar en el que se desenvuelven jóvenes universitarios estudiantes de la carrera de psicología con el fin de identificar aquellos factores que estuvieran correlacionados. Utilizaron la Escala de Ideación Suicida de Roberts, encontrando una prevalencia de ideación suicida de 51%, de los cuales los sujetos que presentaron mayor riesgo de tener ideación suicida fueron los hombres a diferencia de las mujeres, observándose diferencias de género. En la muestra con ideación suicida encontraron que un síntoma que más se repitió fueron los sentimientos de no poder seguir adelante. También observaron una estrecha relación entre ideación suicida y cohesión familiar, este último funciona como factor protector del estado emocional, ayudando al ajuste emocional y evitar que se produzcan ideas suicidas.

Los resultados de este estudio concuerdan con los realizados en un estudio anterior por la misma autora (Eguiluz, 1995) quien también identificó que los hombres tienen mayor riesgo que las mujeres, independientemente de su estado civil o edad. Este estudio se llevó a cabo utilizando 100 estudiantes universitarios de la FES-Iztacala cuyas edades oscilaban entre los 18 y 26 años para conocer la ideación suicida y las ideas con respecto al suicidio que en general presentan los jóvenes. Los resultados fueron que el 27% de la muestra habían pensado alguna vez en el suicidio; el 11% lo habían intentado al menos en una ocasión; el 78% habían conocido a alguien que había intentado suicidarse; el 32% había conocido a alguien que se había suicidado; el 52% consideró al suicidio como una forma de salir o escapar de los problemas y el 60% opinó que recurrir al suicidio es una opción valiente cuando no hay otra salida.

En 1993 Medina-Mora y cols. (en González-Forteza, 1996) llevaron a cabo un estudio para estimar la prevalencia de la ideación suicida en una muestra representativa de estudiantes del nivel medio y medio superior en la Ciudad de México, Distrito Federal, y encontraron que en la semana previa de la encuesta, el 47% de los estudiantes reportaron al menos un síntoma de ideación suicida, el 17% pensó en quitarse la vida y el 10% respondió afirmativamente a todos los indicadores de ideación suicida.

En un trabajo realizado por González-Forteza y cols. (1998) se analizó la ideación suicida en estudiantes universitarios y las variables asociadas, las predictoras y de riesgo. Para ello utilizaron dos generaciones de estudiantes de licenciatura de una universidad privada con una muestra de 1890 jóvenes, considerándose también el sexo. Los resultados de éste estudio muestra que los síntomas de ideación suicida oscilaron entre 27% y 30% de los universitarios. Fue más frecuente encontrar los cuatro síntomas en las mujeres, así como la persistencia de ideación, que fue de alrededor de 3%. La autoestima resultó ser la variable predictora de protección, común a las dos generaciones y a ambos sexos. Se encontró que las variables predictoras de riesgo fueron el estrés psicosocial y sus consecuencias emocionales. Por último la prevalencia de ideación suicida fue menor entre los universitarios que la registrada entre los adolescentes de educación media y media superior.

En otro estudio realizado por González-Forteza y cols. (2001) abordaron la asociación que hay entre el abuso sexual y el intento suicida y saber como influyen en la salud mental de los estudiantes de secundaria, en lo referente al malestar depresivo y la ideación suicida. Este estudio se llevó a cabo en dos secundarias del Centro Histórico de la Ciudad de México en donde participaron 936 alumnos. Los resultados indican que el 7% de las mujeres y el 2% de los varones reportaron haber experimentado acoso sexual; el 11% de las mujeres y el 4% de los hombres habían intentado suicidarse. Los varones no reportaron conjuntamente estos dos problemas mientras que las 49 mujeres que habían intentado suicidarse, el 12% habían sido también víctimas del abuso sexual. La frecuencia del malestar depresivo y de la ideación suicida actual en los hombres

fue de 14% y 15%, respectivamente. En las mujeres fue de 18% en ambos indicadores. La presencia simultánea de estos indicadores fue de 8% en los varones y de 12% en las mujeres. De los hombres que habían intentado suicidarse, el 50% presentó malestar depresivo e ideación suicida y en las mujeres que habían sido atacadas sexualmente y que habían intentado suicidarse se presentó una alta proporción (67%) de estas problemáticas.

Mondragón, Borges y Gutiérrez (2001) con el fin de obtener datos más precisos sobre el intento y la ideación suicida en la población mexicana, elaboraron un análisis de los resultados de varios estudios en diferentes poblaciones de México en los que se utilizaron diferentes metodologías e instrumentos, mediante encuestas representativas de muestras de hogares y escuelas, así como estudios en escenarios clínicos. Encontrando que las prevalencias de ideación suicida son similares a las observadas en otros países, por ejemplo, las prevalencias internacionales de la ideación suicida van desde 3.4% hasta 52.9% en los adolescentes y en los adultos, mientras que en México el rango es de 1% a 40% en los mismos grupos. Sin embargo las prevalencias de la ideación y de los intentos de suicidio son más elevadas en la población adolescente que en la adulta, y dentro de un mismo estudio se reporta más ideación suicida que intento de suicidio.

En otro estudio realizado en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" perteneciente a la Secretaría de Salud por Mondragón y cols. (1998) se demostró que la ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno relacionado con la desesperanza y la depresión, al igual que con el consumo de drogas y alcohol, lo que demuestra la necesidad de crear programas de prevención para el suicidio y más específicamente para la ideación suicida. Los resultados de este estudio, también muestran que hay una estrecha relación entre ideación suicida con la desesperanza. El riesgo de tener ideación suicida es altísimo cuando se presenta más desesperanza. La importancia entonces de estudiar la desesperanza como una variable relacionada con la ideación suicida es necesaria, por lo que se abordará en el siguiente apartado con mayor profundidad.

2. 2. Desesperanza.

Entre los factores que hacen a una persona más propensa al suicidio se encuentra la desesperanza.

La desesperanza es una variable estudiada en las investigaciones de suicidio y consiste en la percepción negativa del futuro por parte del individuo. Es una característica cognitiva frecuente en algún tipo de depresión aunque se diferencia de ella. Parece estar más vinculada a las conductas suicidas de alta letalidad (Villardón, 1993).

Según Beck (1976, en González, 2000) conforme la desesperanza envuelve la orientación total del sujeto hacia el fracaso, los problemas tienden a considerarse irresolubles. El pesimismo (desesperanza) no solamente engulle el futuro distante, sino permea cada deseo y cada tarea que el individuo emprende. Las expectativas negativas son tan intensas que incluso cuando logra un éxito en alguna tarea específica espera fallar la siguiente ocasión. Evidentemente se ignora o hay una falla para integrar las expectativas de éxito que contradigan la visión negativa de uno mismo.

El suicidio ha sido considerado como resultado de la desesperanza extrema e infidelidad. Existen evidencias crecientes que bien podría ser el resultado de múltiples factores que afecta a la persona que es biológicamente susceptible o que tiene riesgo para el suicidio; se considera al suicidio como resultado de diversos estresantes internos y externos que se sobreponen con diferente importancia cada uno (Muñoz, 2000).

La desesperanza entonces supone una visión negativa del futuro que conlleva la convicción de que la situación actual no va a mejorar con el paso del tiempo. La visión negativa del mundo y de su concepción del futuro hace que se considere la situación negativa actual, perpetuada a través del tiempo. El estudio de la desesperanza a dado lugar a diferentes investigaciones, que han dado como resultado que la desesperanza sea el mejor predictor de riesgo de suicidio (Villardón, 1993).

La desesperanza también está relacionada con un tipo especial de depresión, conocido como “depresión por desesperanza”, en el que se dice que la

desesperanza juega un papel principal, como una causa necesaria y suficiente, siendo evaluada, descubriendo que este subtipo de depresión tiene los siguientes síntomas: iniciación reducida de la respuesta voluntaria, dificultad para percibir que las respuestas propias pueden controlar las consecuencias y el aspecto afectivo de sentirse triste, otros síntomas potenciales son la ideación e intentos suicidas, pérdida de energía y retardo psicomotor (Metalsky, 1993, en González, 2000).

Para entender el papel de la desesperanza es importante reconocer que el concepto de desesperanza es dinámico y no estático: la intensidad de la desesperanza no solo varía de persona a persona, sino que también varía en una misma persona a través del tiempo (Núñez, 2000). Al respecto, Young y cols. (1996) mencionan que todo individuo tiene una desesperanza con una intensidad de base, que es característica de la persona cuando no está deprimida. Cuando la persona está deprimida, la desesperanza se incrementa en intensidad y en función de la severidad de la depresión. Cada persona tiene sus propias características de incremento de la desesperanza en función de la sensibilidad de la desesperanza y la depresión. Esto da como resultado la desesperanza que se observa en un individuo en un momento dado tiene dos componentes: a) la desesperanza individual de base, b) el incremento en la desesperanza en función de la severidad de la depresión y en función de la sensibilidad de la depresión.

Por esta razón muchos autores recurren a la depresión para explicar la desesperanza, aun cuando esté más relacionada con el suicidio.

Es tan alta la importancia de evaluar la desesperanza para conocer el nivel de ideación y/o intento suicida en pacientes suicidas que se recomienda para conocer los pensamientos y planes autodestructivos. Es sumamente importante, cuando se trabaja con pacientes en riesgo suicida, que se evalúen en la sesión inicial, la desesperanza y la ideación e intento de suicidio, y que se determine el grado de riesgo. La propia autoevaluación de su capacidad de solucionar sus problemas predice la desesperanza o se puede preguntar si tiene esperanza respecto al futuro. Para esto se recomienda usar la prueba de desesperanza de Beck (Guibert, 2002).

La desesperanza es vista como cogniciones y expectativas que pueden influir en la ocurrencia de los eventos negativos de la vida, esencialmente, el esquema cognitivo toma la forma de expectativas negativas o pesimismo acerca de las consecuencias o los acontecimientos futuros, y da como resultado la pérdida de la motivación y la presencia de sentimientos negativos acerca del futuro (Gómez, 1996)

La desesperanza es un constructo psicológico tan importante, así como la sintomatología depresiva que debe ser tomada en cuenta y debe ser un síntoma blanco en los pacientes con intento suicida (Ibarra, 1997)

Los estudios han demostrado que a mayor nivel de desesperanza, mayor posibilidad de conductas suicidas, algunos de los más importantes y que nos ayudaran a explicar esta variable se presentan a continuación.

2.2.1 Desesperanza en el mundo.

El estudio más importante con respecto a la desesperanza es el llevado a cabo por Beck y cols. (1974) quienes concluyeron que la desesperanza es uno de los indicadores más precisos del riesgo suicida por lo que desarrollaron un instrumento conocido como Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS) que evalúa las expectativas de las personas sobre su futuro, en donde se evalúan tres factores: el afectivo (sentimientos sobre el futuro), el motivacional (pérdida de motivación) y el cognitivo (expectativas sobre el futuro). Esta escala ha sido revisada y estudiada en diversas investigaciones sobre suicidio por el alto nivel de relación y por predecir el riesgo de suicidio.

Para Beck y cols. (1985) la desesperanza es un factor etiológico fundamental del suicidio. La desesperanza es una característica de la depresión y sirve como eslabón entre la depresión y el suicidio. En un estudio realizado con la finalidad de averiguar si la desesperanza, la depresión o la ideación suicida podían pronosticar eventualmente el suicidio en pacientes hospitalizados, los cuales tenían ideación suicida, pero no intento de suicidio. Este estudio se realizó con 207 pacientes con las siguientes características: a) individuos admitidos como pacientes psiquiátricos de un Hospital de Pennsylvania y/o de Filadelfia entre 1970

y 1975, b) aquellos individuos que admitieron haber sido referidos por un médico, c) individuos que no habían tenido un intento de suicidio reciente, d) de entre 17 a 65 años y e) con capacidad y voluntad para participar en el estudio. Para realizar el estudio, el primer paso fue la entrevista y la aplicación de un cuestionario semiestructurado. Después implementaron un programa mediante el cual mantuvieron contacto con los pacientes durante cinco años. Por medio del seguimiento averiguaron si los pacientes seguían vivos, si presentaban conductas suicidas y en el caso de fallecimiento averiguaban la causa de su muerte y las circunstancias. Los resultados indicaron que la desesperanza si es un factor de riesgo para el suicidio. Con este estudio se pudo indicar el rol que tiene la desesperanza en la predicción de futuros suicidios en un largo tramo de tiempo. Concluyeron que la depresión no es significativa en relación con el intento de suicidio cuando la desesperanza es controlada. También encontraron que la escala de Beck para medir desesperanza es un gran hallazgo debido a su utilidad para calcular el riesgo suicida (Gómez, 1996).

Debido a la importancia de estudiar la desesperanza y basándose en los resultados exitosos de la escala de Beck, Kazdin (1983, en Núñez, 2000) publicó un estudio donde reportó el uso preliminar de una escala autoaplicable de desesperanza para niños. Su muestra fue un pequeño grupo de niños que tenían ideación o intento suicida. En 1986 publicó los resultados de la validación de dicha escala, así como sus características psicométricas. En esta ocasión evaluó 262 niños de 6 a 13 años quienes eran pacientes psiquiátricos. La escala demostró tener una adecuada consistencia interna, correlación moderada entre la puntuación de cada ítem y la puntuación total, la confiabilidad que se reporto de esta prueba fue de una alfa de 0.97 y en términos generales la desesperanza se correlacionó positivamente con la depresión y negativamente con la autoestima y la conducta social.

Para tratar de explicar cómo funciona la dinámica de la desesperanza en individuos con historia de desorden depresivo, Young y cols. (1996) diseñaron un estudio en el que afirmaba que la línea base de la desesperanza varía significativamente de una persona a otra. Los resultados de este estudio indican

que en cada persona varía el grado en que la desesperanza aumenta con respecto a la severidad de la depresión. Para algunas personas, la desesperanza aumenta mucho al deprimirse más, mientras que para otras esto no es así. Los análisis conducen a señalar que la desesperanza no es un componente principal de todos los tipos de depresión.

Brittlebank y cols. (1990, en Ibarra, 1997) observaron que existe una correlación entre la desesperanza y el intento suicida, que está determinada por la circunstancias del intento y el fundamento de esta asociación fue independiente de un diagnóstico de depresión, reportando así mismo, que los niveles de desesperanza están asociados con una conducta de autoagresión y que los riesgos elevados de desesperanza en personas que mostraron un intento suicida podría predecirse la consumación del mismo en los siguientes 10 años de su vida.

Rich y cols. (1992, en Mondragón 1996) realizaron un estudio con el propósito de examinar las diferencias de género en la ideación suicida y los correlatos psicosociales implicados en el modelo de vulnerabilidad-éstress. Los resultados indican que fueron significativas las diferencias de género en el autoreporte de la ideación suicida, depresión, razones para vivir, aislamiento y abuso de sustancias (variables estudiadas). Los hombres y las mujeres se separaron en dos grupos diferentes, cuatro de las variables se encontraron como predictores significativos de la ideación: es decir, la depresión, la desesperanza, el abuso de sustancias y las pocas razones para vivir. Finalmente el resultado más importante del estudio, es que la desesperanza fue la primera variable predictora en toda la muestras, y explicó la mayoría de la varianza en los puntajes de ideación (30% - 40%).

2.2.2 Desesperanza en México.

Existen muy pocos estudios realizados en México sobre desesperanza, dado que es un tema nuevo que ha sido relacionado con la depresión, pero más estrechamente con la ideación suicida. Los resultados de estos estudios resultan interesantes, sobre todo por las carencias encontradas en aspectos de validación

y confiabilidad tanto en la escala de desesperanza de Beck, para adultos, como la versión para niños de Kazdin.

Un ejemplo de esto es el estudio realizado por Núñez (2000) con el objetivo de evaluar las características de diferentes instrumentos relacionados con la depresión infantil para medir su confiabilidad. Para ello utilizó 256 niños con depresión de entre 7 a 13 años que cursaban 3er, 4to, 5to y 6to grado de la educación primaria. Dentro de las pruebas utilizadas estuvo la de desesperanza para niños de Kazdin y cols. (1986) en una versión traducida cuyo nivel de confiabilidad fue en este estudio de 0.63, a diferencia del original de 0.97 atribuyendo esta discrepancia a efectos de traducción. Los resultados de este estudio demuestran que la evaluación de la desesperanza da oportunidad para explorar la experiencia subjetiva en el niño y su correlación. La desesperanza reviste interés más allá de su relación específica con la depresión. Las expectativas negativas pueden estar asociadas o ser el resultado de eventos estresantes que pueden suceder durante el curso o desarrollo de la depresión como síntoma o como enfermedad y aunque los intentos suicidas son relativamente raros en los niños, la evaluación temprana de la desesperanza puede ayudar a predecir conductas suicidas posteriores.

Este autor menciona que la investigación en desesperanza en niños es interesante porque las expectativas negativas acerca del futuro frecuentemente asociadas con la depresión en el adulto, es poco probable que sean evidentes en el niño; la razón es la poca capacidad de los niños para conceptualizar claramente el futuro. Además, la evaluación de desesperanza en los niños, depende bastante de la información proporcionada por otros, particularmente de padres y maestros.

Otro estudio realizado con niños es el de González (2000) con el fin de proporcionar información sobre la desesperanza en los niños, a través del estudio de las características psicométricas de una versión en castellano de la Escala de Desesperanza para Niños de Kazdin y cols. (1986) y sus relaciones con la depresión infantil, la autoestima y la enfermedad crónica en niños mexicanos. En esta investigación participaron en total 65 sujetos entre los 8 y los 14 años, divididos en tres grupos según su diagnóstico médico en niños con leucemia, con

cardiopatía congénita y sin enfermedad física crónica o incapacitante. Los resultados de este estudio demuestran la (al igual que Núñez, 2000) que la confiabilidad de esta escala es baja con un coeficiente alfa de 0.65, lo que hace desconfiar de esta versión en español de la escala lo que supone la necesidad de reconsiderar la traducción y la adaptación de la versión para niños mexicanos. Después del análisis concluyeron que la desesperanza a sido propuesta tanto como un factor etiológico, como componente de la depresión, como una variable mediadora de la depresión y como una entidad cognitiva independiente de la depresión. Así pues, no debería esperarse que los coeficientes de correlación entre los puntajes /factores de la Escala de Desesperanza para Niños con puntajes/componentes de una prueba de depresión fuesen ni muy elevados, ni uniformes entre sí. Esto debido a que las escalas no buscan ser idénticas ni medir el mismo constructo.

Otro estudio sobre desesperanza pero en adultos mayores fue el de Muñoz (2000) cuyo objetivo fue el de detectar indicadores de ideación suicida, depresión geriátrica, impulsividad y desesperanza en adultos mayores que tenían la característica de estar hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" y en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" observando que la correlación de ideación suicida con la escala de desesperanza fue la siguiente: 35 pacientes con desesperanza se encontraron sin ideación suicida equivalente al 74.5%, 12 pacientes con desesperanza (el 25.5%) se encontraron con ideación suicida, 72 pacientes sin desesperanza (84.7%) no tuvieron ideación suicida y el 15.3% (13) pacientes sin desesperanza tuvieron ideación suicida.

En el estudio de Ibarra (1997) se estudiaron un total de 136 pacientes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" de entre 18 a 72 años, obteniendo como resultado que tanto la severidad de la sintomatología depresiva como el nivel de desesperanza se correlacionaron significativamente con la severidad del intento suicida. Parece ser que la correlación entre desesperanza, depresión e intento suicida se hace más evidente cuando se evalúa en forma retrospectiva al paciente (su estudio psicológico) antes de que intente suicidarse dado que son

evidentes las diferencias al evaluarlos en forma retrospectiva y en el momento actual, por el efecto catártico del intento suicida.

En un estudio realizado por Mondragón (1996) y Mondragón y cols.(1998) cuyo objetivo era conocer la relación entre ideación suicida, con la desesperanza y el abuso de drogas y alcohol en 1094 pacientes de entre 18 a 65 años pertenecientes al Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, encontraron que en la escala de desesperanza el alpha de Cronbach fue de 0.56, es decir que tiene muy baja confiabilidad, aun con estas limitaciones metodológicas concluyeron que los pacientes con niveles elevados de desesperanza tienen un riesgo de 6 veces mayor que presentar ideación suicida es decir el riesgo de tener ideación suicida ,es altísimo cuando se presenta más desesperanza, este vínculo se debe a que generalmente se ha relacionado la conducta suicida con las características cognoscitivas, es decir el esquema cognoscitivo toma la forma de expectativas negativa o de pesimismo (desesperanza, según Beck, 1974) acerca de las consecuencias o los acontecimientos futuros y da como resultado la perdida de motivación y la presencia de sentimientos negativos acerca del futuro (Gómez, 1996).

Aun cuando a quedado demostrado que la desesperanza es una variable altamente relacionada con la ideación suicida, resulta arriesgado sacar conclusiones al respecto, sobre todo por que tanto la escala de desesperanza para adultos de Beck como la de desesperanza para niños de Kazdin en sus versiones traducidas han arrojado una baja confiabilidad, es decir una confiabilidad no aceptable en los estudios realizados en México. Al respecto Córdova y cols. (2005) realizaron un estudio piloto considerando las características de la prueba de desesperanza de Beck, para la elaboración de una nueva escala aplicable a la población mexicana. Esta escala constó de 16 reactivos que evalúan 3 dimensiones de la desesperanza: Dimensión 1: Pensamientos de igualdad entre el presente y el futuro respecto a expectativas negativa. Dimensión 2: Autoconcepto negativo, autovaloración negativa que continúa en el futuro y Dimensión 3: Sentimientos que acompañan a las expectativas negativas acerca del futuro: Desesperación, decepción y desilusión.

El estudio de validación y confiabilidad fue con 48 jóvenes universitarios de al FES-Iztacala, encontrando una confiabilidad de alfa de Cronbach de $\alpha=0.84$, mucho mas aceptable con respecto a las versión traducida de Beck.

2.3. Soledad.

En los últimos años la soledad ha cobrado enorme importancia, por su alto nivel de incidencia, tanto en la población en general como en personas que presentan algún grado de desajuste, considerándose como un problema clínico, que requiere de una terapia específica. Al sentimiento de soledad se le ha relacionado con temas tan importantes como trastornos psiquiátricos, entre los cuales están la depresión, ansiedad, alcoholismo y suicidio.

La soledad no solo es un problema social, sino un problema del área de la salud que requiere atención, Al respecto se ha demostrado que las grandes ciudades favorecen el aislamiento, esta situación suele ser más numerosa que en áreas rurales como en los pueblos, sin embargo y sorprendentemente quien habita en las áreas rurales tolera mucho peor su soledad, precisamente porque está abocado a compartirla con conocidos y no con desconocidos, a diferencia de los sujetos que habitan en la ciudad, lo que aumenta en parte el sentimiento de soledad (García, 1989).

La soledad ha sido definida de diferentes maneras, uno de los estudios más importantes que han explicado una teoría de la soledad es Weiss (1973, en Russell y cols., 1984) en donde plantea que existen dos tipos de soledad: la soledad emocional y la soledad social. La primera consiste en una falta de una relación intensa o relativamente perdurable con otra persona, estas relaciones pueden ser de tipo románticas o relaciones personales que generen sentimientos de afecto y seguridad. La soledad social involucra la no-pertenencia a un grupo o red social. Estas pueden ser un grupo de amigos quienes participan juntos en actividades sociales o cualquier grupo que proporcione un sentido de pertenencia basado en el compartir preocupaciones, trabajo u otra actividad.

Jong-Gierveld, (1982, en Montero y cols., 2001) realiza la siguiente clasificación por tipo de soledad:

TIPO DE SOLEDAD ORIENTACIÓN	POSITIVA	NEGATIVA
INTERNA	"Aislamiento espléndido" experimentada como un medio necesario para descubrir nuevas formas de libertad o contacto con otras personas.	Experimentada como un enajenamiento de sí mismo y de otros, un sentimiento de alienación aun cuando se éste rodeado de otras personas
EXTERNA	Presente bajo circunstancias de aislamiento físico voluntario (solitud), cuando se buscan positivamente experiencias reflexivas positivas.	Ocurre cuando las circunstancias externas, (ej. muerte de una pareja, ruptura de relaciones) conducen a sentimientos muy profundos y negativos de pérdidas.

**Figura 2.1 Clasificación de tipos de soledad según Jhon Gierveld de J., 1982
(en Montero, López y Sánchez-Sosa).**

En el anterior enfoque, a la soledad, se le perciben de dos tipos, una negativa y otra positiva, esto lo confirma un estudio realizado por Montero y López (1993) con el propósito de identificar los significados connotativos y denotativos de la soledad, como algunos de los factores psicológicos asociados a la intensidad con la que los adolescentes la experimentan, se realizó un estudio exploratorio, combinando tanto una metodología cualitativa (red semántica natural y preguntas abiertas) como cualitativas (reactivos escalares). La muestra utilizada fue de 187 estudiantes de preparatoria, a los que se les aplicó un instrumento compuesto de cuatro secciones: a) datos sociodemográficos, b) siete reactivos abiertos, c) tres reactivos escalares y d) tres conceptos focales (soledad, hombre solo y mujer sola). Los resultados indican que existen diferencias en la conceptualización de la soledad que tienen hombres y mujeres. Existe una preponderancia al definir soledad en términos negativos, aunque a mayor edad se encontró mayor integración conductual, reflejada por las densidades de red más

compactas. Así mismo se detectó una tendencia hacia la incorporación de conceptos positivos asociados con la soledad en función de la edad.

Para Peplau y Perlman (1993, en Guerrero, 2003) la soledad es la experiencia displacentera que ocurre cuando el deseo de mantener relaciones interpersonales estrechas no es conseguido. Es la diferencia entre las redes sociales concretas de un individuo y la percepción que el sujeto tiene de ellas. Identifican tres características de la soledad: a) es resultado de deficiencias en las relaciones interpersonales, b) es una experiencia subjetiva que contrasta con la evidencia física del aislamiento social (la soledad no necesariamente es sinónimo de aislamiento social, ya que uno puede estar solo sin sentirse solitario o sentirse solo cuando uno está en grupo) y c) es una experiencia estresante y displacentera, es decir es desagradable y emocionalmente angustiante.

A partir de los estudios realizados sobre este tema, estos mismos autores llegaron a la conclusión que la soledad es una experiencia aversiva, similar a otros estados afectivos negativos tales como la depresión y la ansiedad, y que es distinta al aislamiento social ya que refleja una percepción subjetiva del individuo por las deficiencias en su red de relaciones sociales. Esta deficiencia puede ser cuantitativa (sin muchos amigos) o cualitativa (falta de intimidad con otras personas).

En este mismo sentido Klein (1982) asegura que la soledad es una sensación interna, es la sensación de sentirse solo incluso cuando se está rodeado de amigos o se recibe afecto. Este estado de soledad interna es el producto de la ansiedad y la depresión. Además existe una relación entre soledad y el problema de integración, generalmente porque la soledad puede nacer de la convicción de que no se pertenece a ninguna persona o grupo.

Las investigaciones empíricas motivaron a la creación de escalas para medir la soledad, entre las que se destaca la Escala de Soledad UCLA, creada por Russell y cols. en 1984, en donde se enfatizan los componentes cognitivos y emotivos; el aspecto cognitivo es la conclusión personal de que las personas tienen menos relaciones recientes de lo deseado y el componente emocional es el

tono negativo asociado a esta conclusión que puede ir desde una incomodidad al sufrimiento intenso.

En un estudio realizado por Montero y cols. (2001) describen algunas de las definiciones más comunes de la soledad, abordadas desde el punto de vista filosófico, sociológico y psicológico, presentan esquemas conceptuales sobre la soledad y finalmente un esquema integrativo, considerando las características culturales del mexicano.

En este estudio destacan que desde el punto de vista filosófico, la soledad es entendida como una condición inescapable en la búsqueda de la autoconciencia, identificando tres modelos que asocian la soledad con la búsqueda de autoconciencia: a) el funcionalismo conductual, b) el intencional y c) el reflexivo de aprehensión cognoscitiva.

La aproximación social antropológica está representada por estudios antropológicos y culturales que analizan las manifestaciones de la soledad en diversas actividades artísticas como la literatura, la poesía, la pintura y la música, entre otras.

Desde el punto de vista psicológico ha sido definida como sentimiento, mecanismo adaptativo, como estado afectivo, como inhabilidad personal o bien como experiencia displacentera resultante de una deficiencia social entre otros.

Proponen un modelo integrativo de la soledad en los que se destacan:

1. La integración de los enfoques fenomenológicos y cognoscitivos, al considerar a la soledad como resultado de déficits en la provisión de relaciones interpersonales (postulado cognoscitivo), al identificar una posible faceta positiva de vivir la experiencia de la soledad (postulado fenomenológico).
2. Integración de las medidas uni y multidimensionales, ya que al retomar la clasificación por déficits interpersonales, representa la unidimensionalidad al interior de cada tipo de relación, sin soslayar la multidimensionalidad de la medición, al considerar los diferentes referentes de posibles carencias afectiva (familia, pareja, amistades y compañeros de trabajo).

- Incorporación de la perspectiva temporal en la manifestación de la soledad. Esta dimensión es importante para evaluar posteriormente las conductas de afrontamiento ante la soledad, con base en la percepción que tenga el sujeto tanto de la cronicidad de su experiencia de soledad, como de sus capacidades para establecer relaciones interpersonales duraderas.

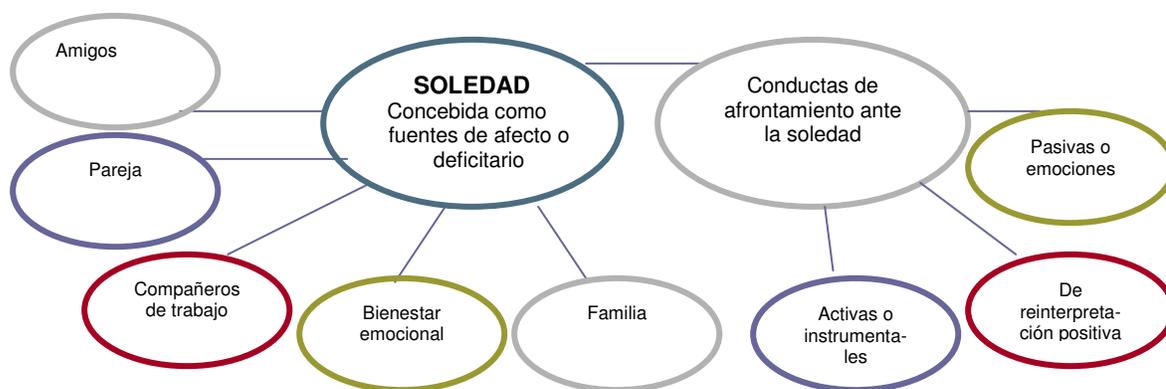


Figura 2.2 La soledad como fuente de afecto o deficitario y conductas de afrontamiento.
(Modelo propuesto por Montero, López y Sanchez-Sosa, 2001)

Esta perspectiva se ve reflejada en un estudio anterior realizado por Montero y López (1998) con este enfoque, quienes desarrollaron un modelo multifacético para medir la soledad llamado IMSOL, en donde conciben a la soledad como un fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante, resultado de carencias afectivas, reales o percibidas, que tienen un impacto diferencial sobre el funcionamiento y salud física y psicológica del sujeto, cuyos postulados básicos son:

- La soledad es un sentimiento, por tanto subjetivo y multideterminado, cuya ocurrencia es situacional, y puede presentarse desde la niñez hasta la senectud. Por lo que presenta las características emocionales, referidas tanto a la presencia de emociones negativas como a las posibles emociones positivas asociadas con las conductas de afrontamiento que emplean los sujetos adultos ante la soledad. Es

multidimensional pues involucra aspectos de la personalidad (evaluaciones cognitivas, antecedentes de desarrollo afectivo, autoestima), de habilidades conductuales, de interacción social y cultural.

2. La soledad es un fenómeno potencialmente estresante ya que depende de la interpretación que haga el sujeto de la situación en la que esta viviendo para que la carencia afectiva, social y/o física que identifique sea evaluada como una situación negativa o bien como una oportunidad de autoconocimiento.
3. Es situacional, pues varía en intensidad y duración, y se le puede identificar antecedentes, manifestaciones, consecuencias, vinculadas al funcionamiento físico, psicológico y social del individuo que experimenta.
4. Tipo de privación. Vinculada con los referentes sociales e interpersonales de carencia afectiva: a) familia, b) pareja, c) amigos, d) compañeros de trabajo y e) de bienestar personal.

En Casullo (1998), los efectos negativos de la soledad se pueden aminorar dada la importancia de un apoyo social que radica en que básicamente éste opera cuando se está frente a situaciones de estrés a fin de amortiguar sus consecuencias negativas. De acuerdo con esta propuesta, los beneficios del apoyo sólo se hacen evidentes en situaciones de tensión y pueden reducirla promoviendo acciones salugénicas o disminuyendo el temor ante la presencia de un estresor. El apoyo social es beneficioso independientemente de estar o no ante situaciones estresantes. Cuanto mayores sean los niveles de apoyo, menores serán las situaciones de malestar vividas por una persona. Las redes sociales actúan como factores de apoyo social en la medida en que promueven la integración social.

Hay que recordar que el vivir inmerso en un entorno crea unas necesidades de intercambio, creando la búsqueda de una necesidad, modificando la percepción del mundo, percepción que genera una emoción que es, en definitiva, lo que impulsa a la acción. Las virtudes del hombre no sólo se forman por las relaciones de lo físico con lo psíquico, sino también con el mundo. Así existe la perspectiva

dinámica de un ser viviente, animado, personal. Es por tanto, necesario admitir que la vida de relación humana con su entorno depende en gran medida de la actividad propia del sujeto. El ser vivo se distingue de un objeto físico por su autonomía y el aislamiento social, puede producir cuadros importantes de depresión, abandono, desidia, apatía e incluso la muerte (García, 1989).

2.3.1 La soledad y el suicidio.

En el aspecto social, el aislamiento social puede producir a una persona autoinflingirse la muerte.

La percepción por parte del sujeto de la falta de apoyo social o el sentimiento de soledad constituye otra de las circunstancias que parece rodear el fenómeno del suicidio. Esto se debe a que el sujeto, a través de un proceso de socialización aprende valores y la ausencia de puntos de referencia normativos y la sensación de no estar integrado en un grupo de pertenencia, puede explicar el intento de suicidio como una salida o como una solución a diferentes problemas (Villardón, 1993).

El individuo, además de estar enmarcado en un contexto social amplio desarrolla su vida en un entorno social, en un contexto social inmediato, del que recibe las pautas de socialización y en el que establece sus relaciones sociales. Cada persona, a lo largo de su vida, esta expuesta a distintos sucesos que pueden suponerle experiencias gratas o desagradables. La posibilidad de recibir apoyo por parte de las personas significativas proporciona fuerza para enfrentarse a los problemas. En el caso de los adolescentes, la ausencia de apoyo familiar desarrolla un sentimiento de soledad que, unido a otras circunstancias y/o percepciones, puede desembocar en comportamientos no deseables por parte del individuo entre los que se pueden encontrar la conducta suicida (Ibid).

Las depresiones son cuadros clínicos conocidos y que junto a la tristeza psicológica, síntoma nuclear, se une como una sombra siempre acompañante, un trágico sentimiento de soledad, tan profundos que llevan en muchas ocasiones al suicidio, acto que surge de forma meditada y no imprevista, como muchas veces aparenta, y es que el suicida puede en algunas ocasiones, ocultar sus intenciones

destructivas para llevarlas a cabo. Una revisión exhaustiva puede permitir descubrir, en la mayoría de estos casos, la existencia previa, a veces de mucho tiempo, de la determinación autodestructiva, y en la que se da también un especial contentamiento y deleite, quizá el único, en la planificación de su muerte, y aunque comunique sus intenciones, éstas están acompañadas de una angustiosa soledad.

En ocasiones el raptus suicida surge de forma impulsiva, brutal y súbita que precipita al melancólico por la ventana, en el momento más inesperado, o por el contrario, se adoptan formas sinuosas y pasivas de rechazo a la vida y abandonándose a la muerte de forma obstinada. Cuando la depresión, la soledad y la autoagresividad se potencian entre sí, el riesgo del suicidio es evidente (García, 1989).

La literatura puede darnos un margen de referencia con respecto a la soledad y sus posibles consecuencias, pero existen muy pocos estudios realizados específicamente para explicar como funciona la soledad o el aislamiento social en personas suicidas o con ideación suicida.

En un estudio descriptivo de 80 pacientes de entre 17 a 23 años que realizaron intento suicida en el período comprendido de enero de 1997 a diciembre del 2000, ingresados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar “Dr. Octavio de la Concepción y la Pedraja” en Cuba. Encontraron que el intento suicida es más frecuente en las personas solteras, solitarias, sin compañía, con reducción del círculo de amistades, poco relacionadas y agobiadas por problemas que no le encuentran solución; el adolescente o joven suicida se siente desesperanzado, inseguro, apático y rechazado, por lo que se aísla (Peña y cols., 2002).

Casullo en 1998 realizó un estudio de tipo descriptivo-correlacional, con estudiantes adolescentes, alumnos de una escuela pública de la ciudad de Buenos Aires, cuyos resultados fueron que las razones que conducen a un joven a pensar en quitarse la vida son: a) no sentirse apreciado por lo que es como persona, sino por lo que tiene; b) incapacidad de los padres y otros adultos significativos para generar vínculos afectivos, estables, desde posiciones asimétricas (un padre no es un amigo más); c) vivir como “traición culposa” toda relación o vínculos autónomos; d) ruptura de la “trama social”, se privilegian el

individualismo y el consumismo, se fragmentan los lazos psicosociales y e) la ausencia de valores sólidos que orienten el “proyecto hacia el futuro”, falta de modelos adultos de identificación.

En individuos que intentaron quitarse la vida se encontró como aspectos relevantes las pobres habilidades para la solución de problemas, la tendencia al aislamiento, la soledad y la marcada incapacidad para pedir ayuda y apoyo afectivo, por lo que se debe plantear la necesidad de analizar la interacción entre factores de tipo social (conflicto familiar, desajuste escolar y APOYO SOCIAL) con lo de tipo psicológico cognitivo (concepciones acerca de la muerte, desesperanza,, intento suicida y motivación) (Casullo, 1998).

Como un esfuerzo de tratar de explicar el suicidio, se realizó un estudio en la ciudad de Uruguay por Murguía (2003) con 50 pacientes que tuvieron tentativa de suicidio, el procedimiento utilizado fue de inducir a los sujetos a hablar de sus vivencias encontrando que la vivencia de soledad fue una constante en todos los pacientes expresada como un sentimiento de aislamiento, de segregación social y de incomunicación, es decir la imposibilidad del compartir un diálogo. La vivencia de soledad se presentó en todos los pacientes en menor o mayor grado y fue explicada como una falta de apoyo solidario para enfrentar la vida, que es anticipo de la muerte. Llegando a la conclusión de que la incomunicación conduce a una vivencia de intrascendencia, de no pertenencia y desvinculación emocional.

La Dra. García en 1998 realizó un estudio para conocer las causas del suicidio, utilizando la técnica es autopsia psicológica en 140 casos registrados por el Departamento de Registros Médicos del Instituto de Medicina Legal de La Habana empleando el método indirecto e inferencial, en el cual la información es obtenida a través de terceras persona y a partir de la revisión de documentos personales de la víctimas como son historias clínicas, diarios, notas producciones literarias, encontrando que las principales señales pre-suicidas fueron los comentarios pesimistas acerca del futuro, la desesperanza, expresiones de sentimientos de soledad, incapacidad, inutilidad o incompetencia y abatimiento.

En un trabajo realizado por González-Forteza y Andrade (1995) trataron de demostrar la importancia del apoyo familiar o de amigos en relación con la

sintomatología depresiva y la ideación suicida. Para ello se lleva a cabo un estudio de tipo transversal y ex – post – facto utilizando una muestra de 423 adolescentes pertenecientes al Nivel de Educación Media Básica. Los resultados demuestran que el apoyo social y en particular, el familiar en la adolescencia temprana contribuye al bienestar emocional y al establecimiento de la identidad psicosexual. La mala comunicación (tanto con la madre como con el padre) tiene como consecuencia el presentar manifestaciones anímicas del estado depresivos: sentirse tristes, con ganas de llorar, deprimidos y a no buscar ayuda cuando tenían algún problema.

En México no existe evidencia empírica que explique que función desempeña la soledad en la ideación suicida, los estudios realizados sobre soledad, refieren que aspectos negativos pueden llegar a tener, sin embargo, ninguno ha realizado un estudio correlacional y considerando su importancia, uno de los objetivos del presente estudio sería tratar de esclarecer que relación puede llegar a tener, al igual que con la desesperanza.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Planteamiento del problema.

Según las estadísticas reportadas en el INEGI durante el año 2003, la mayor incidencia de suicidio se observó en los jóvenes de entre 17 y 29 años, siendo el Distrito Federal una de las entidades de la República Mexicana que mayor porcentaje de suicidios reporta al año. A partir de los datos recabados en el INEGI el suicidio se considera un problema de salud pública que como profesionales de la salud nos corresponde atender, así mismo conocer aquellas variables que se relacionen con él y que permitan en alguna medida su posible prevención.

A partir de la revisión teórica se encontró que el identificar la ideación suicida es la mejor forma de prevenir el suicidio consumado. Continuando en la línea de la prevención, diversos autores coinciden en que la desesperanza es una variable que está altamente relacionada con la ideación suicida, sin embargo en la población mexicana la escala de desesperanza de Beck que ha sido la única utilizada, no ha obtenido una adecuada confiabilidad, por lo que para conocer si en dicha población también la desesperanza se relaciona con la ideación suicida Cordova y cols. (2005) diseñaron una escala, la cual fue aplicada en este estudio. Por último la percepción de soledad es otra variable que también ha demostrado estar relacionada con la ideación suicida pero al igual que la desesperanza, no se han realizado con la población mexicana estudios con instrumentos adaptados para esta población que confirmen dichas hipótesis.

Cabe mencionar que este estudio se basó en la Teoría Cognitiva, en la que se destaca, especialmente los estudios realizados por A. Beck, que hace referencia a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes. Los esquemas pueden permanecer “inactivos un largo tiempo” ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que sería los contenidos de las distorsiones cognitivas).

Cabe mencionar que cognición se refiere a la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Existe distorsión cognitiva cuando ocurre un error en el pensamiento de información derivado de los esquemas cognitivos o supuestos personales (Manual de Psicoterapia Cognitiva, documento en línea).

A partir de lo mencionado con anterioridad surgen las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es la relación que existe entre la ideación suicida, la desesperanza y la percepción de soledad en estudiantes universitarios de entre 17 a 29 años en una zona urbana?
- ¿Qué características sociodemográficas se asocian con cada una de las anteriores variables?

Objetivo General:

- Conocer el nivel de relación de la ideación suicida, la desesperanza y la soledad en estudiantes universitarios.
- Conocer las características sociodemográficas que se relacionan con la ideación suicida, la desesperanza y la soledad.

Objetivos específicos:

- Conocer el grado de ideación suicida en estudiantes universitarios.
- Conocer el grado de desesperanza en estudiantes universitarios.
- Conocer el grado de percepción de soledad en estudiantes universitarios.
- Conocer el grado de relación entre la ideación suicida, desesperanza y soledad.
- Conocer que características sociodemográficas se relacionan con la ideación suicida, la desesperanza y la soledad.

Hipótesis

Si existe ideación suicida en estudiantes universitarios, ésta estará relacionada con la desesperanza y la percepción de soledad así como con diversas características sociodemográficas.

3.2 Método.

Población: Estudiantes universitarios de la FES-Iztacala.

Sujetos: 521 estudiantes universitarios de la carrera de psicología en la FES-I inscritos en el período escolar 2005-1, de entre 17 a 29 años.

Materiales: Hojas blancas, lápices, gomas, sacapuntas, disquets de 3 ½.

Aparatos: Computadora Pentium II, impresora, programa SPSS, Excel y Word.

Instrumentos: Se utilizaron cuatro instrumentos, los cuales se describen a continuación.

Ficha de identificación (Ver anexo 1): Consistió en 25 preguntas, por medio de las cuales se intentó obtener la mayor cantidad de datos sociodemográficos del entrevistado. Las preguntas tienen formato de respuestas tanto cerradas como abiertas, los datos son anónimos y cada ficha se folió para su manejo:

- De la pregunta 1 a la 4 hacen referencia a el sexo, edad, semestre y lugar de residencia.
- De la 5 a la 7 se preguntó su estado civil, el tiempo que lleva con su pareja y si tienen o no hijos.
- 8 a la 10, 14, 21 y 21 son preguntas enfocadas a el lugar en que habitan, las personas que cohabitan con ellos, quienes son esas personas con quien ha vivido en su infancia y adolescencia, con cuantas personas cuenta ya sean de su familia, amigos y/o su pareja.
- Las preguntas 10 y 11 se refieren al lugar que ocupa como hijo y el número de hermanos que tiene.
- 13 y 22 son preguntas enfocadas al empleo y el dinero con que cuentan los jóvenes.
- 15, 16, 17, 18, 19 y 24 son preguntas referentes a las enfermedades que ha padecido, si alguna vez ha asistido a terapia psicológica, si consume sustancias para sentirse bien, si ha vivido situaciones trastornantes, cuantas y si ya las ha superado, con quien o quienes de su entorno ha tenido conflictos debido a esas situaciones, cuál a sido esa situación y si ya la ha superado o no.

- 23 y 25 estas últimas preguntas se refieren a los pensamientos que cada joven tiene sobre sí mismo y como percibe su futuro.

A cada respuesta solo se le asigna un valor cuando los datos son vaciados al programa SPSS y dicho valor será el que determine el investigador.

Escala de ideación suicida para adultos de Beck (versión traducida por González, 2000 - ver anexo 2 -): Es una escala diseñada para evaluar los pensamientos suicidas, mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir. Consta de 21 ítems, que se valoran en una escala de tres puntos (de 0 a 2 puntos).

Los diferentes ítems se hayan distribuidos en cuatro apartados:

- Actitud hacia la vida y la muerte (ítems 1 a 5).
- Características de la ideación o del deseo de muerte (ítems 6 a 11).
- Características del intento planeado (ítems 11 a 15).
- Actualización de la tentativa (ítems 16 a 19).
- Intentos previos (ítems 20 y 21).

La puntuación total se obtiene tomando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 42, considerando que a mayor puntuación, mayor gravedad.

Escala de desesperanza de Córdoba y cols. (2005) versión para adultos (Instrumentos para mayores de 15 años – ver anexo 3 -): Es una escala diseñada para evaluar las expectativas negativas, el autoconcepto negativo y los sentimientos que acompañan a las expectativas negativas (la desesperación, decepción y desilusión).

Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio.

Consta de 16 ítems con las opciones de respuesta: nunca, casi nunca, a veces, frecuentemente y siempre. Entre mayor sea el puntaje obtenido en esta prueba, mayor será el nivel de desesperanza, asignándose puntuaciones que fluctúan de entre 0 y cuatro puntos para cada reactivo.

Las respuestas señaladas como siempre en los ítems 1, 4, 6, 8, 9, 11, 13 y 15, valen 4 puntos y las señaladas como nunca en los ítems 2, 3, 5, 7, 10, 12, 14, y 16 valen 0 puntos.

En función de la puntuación total, recomiendan los siguientes puntos de corte:

0 – 22 Bajos niveles en desesperanza.

23 – 64 Altos niveles en desesperanza

La puntuación total se obtiene sumando los puntajes obtenidos por cada ítem. Esta puntuación puede oscilar de 0 a 64 puntos, considerando que a mayor puntuación mayores niveles de desesperanza.

Inventario Multifacético de soledad (IMSOL) de Montero (1998 versión abreviada – ver anexo 4 -): La versión original consta de 38 ítems, sin embargo para la presente investigación se descartaron las preguntas relacionadas con la pareja, quedando un total de 32 ítems. Esta diseñada para evaluar un déficit en soledad al considerar la frecuencia con la que el sujeto percibe una carencia de afecto, proporciona opciones de tratamiento terapéutico, al identificar los referentes (pareja, amigos, familia, compañeros de trabajo y/o escuela, autopercepción de bienestar emocional), vinculados con la experiencia de soledad.

Esta versión que consta de 32 ítems tiene las siguientes opciones de respuesta: todo el tiempo, la mayor parte del tiempo, algunas veces, casi nunca y nunca.

Las respuestas señaladas como “todo el tiempo” en los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28 y 32 tienen un valor de 4 puntos. Las respuestas señaladas como “nunca” en los ítems 8, 9, 13, 20, 26, 29, 30 y 31 tienen un valor de 4 puntos.

Las puntuaciones fluctúan de 0 a 128 puntos y se obtienen sumando las puntuaciones en cada ítem. En función de la puntuación total se considero el siguiente punto de corte:

0 – 51 Bajos en soledad.

52 – 128 Altos en soledad.

Se considera que a mayor puntaje, mayor percepción de soledad.

Lugar de aplicación: Salones de 6 m. por 8 m. aproximadamente, en los cuales pueden permanecer hasta 35 alumnos distanciados unos de otros con

aproximadamente 20 cm., con buena ventilación e iluminación y aislado de distractores.

Definición de variables:

Se correlacionaron las siguientes variables:

- a) Ideación suicida.
- b) Desesperanza.
- c) Soledad.
- d) Características sociodemográficas.

Se realizó una medición ordinal por medio de pruebas para datos ordinales y correlación para datos ordinales. Por lo que fue una correlación múltiple.

3.3 Procedimiento.

Diseño de investigación: Prospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

Esta clasificación se realiza de acuerdo a lo planteado por Méndez y cols. (1987).

- Prospectivo: Esto se debe a que se realizó la planeación del proyecto y en base a ello se obtuvieron los datos específicos para la investigación.
- Transversal: Se debe a que por medio del estudio se realizó un corte en el tiempo de un determinado grupo, y se midió en una sola ocasión las variables sin realizarse evaluaciones posteriores.
- Descriptivo: Esto es porque se realizó la investigación con un solo grupo, en el cual se relacionaron las variables.
- Observacional: Esto es porque se relacionaron variables, sin que el investigador modificara ninguna de ellas.

Formas de muestreo: Probabilístico aleatorio, estratificado por conglomerados.

Tamaño de la muestra: Se obtuvo una muestra de 521 sujetos.

Fases y sesiones:

- Se solicitaron en la jefatura de carrera las listas de alumnos, por medio de las cuales se realizaron las sumatorias del número de alumnos de cada grupo para calcular el total de alumnos inscritos en el ciclo escolar 2005-1.

- Se calculó la muestra utilizando la siguiente fórmula propuesta por Rojas (1985):

$$n = \frac{\frac{Z^2 \cdot q}{E^2 \cdot p}}{1 + \frac{1}{N} \left[\frac{Z^2 \cdot q}{E^2 \cdot p} - 1 \right]}$$

En donde:

Z = nivel de confiabilidad de la prueba.

E = nivel de precisión.

p = probabilidad de éxito.

q = probabilidad de fracaso.

N = total de la población.

n = total de la muestra

También se utilizó la siguiente fórmula de corrección:

$$n = \frac{n}{1 + \frac{n - 1}{N}}$$

- Se eligieron los grupos de forma aleatoria por conglomerados, equitativo en número por semestre y turno.
- Se revisaron las listas de los grupos seleccionados para elegir horario de aplicación.
- Se solicitaron en jefatura de carrera cartas dirigidas al personal docente de acuerdo a sus horarios, para la aplicación de los instrumentos.
- Se habló con cada profesor de los grupos elegidos para solicitar el día y la hora de aplicación de acuerdo a la planeación de sus temas.
- Una vez obtenido el permiso del responsable del grupo se procedió a la sesión de aplicación.

- Para un mejor control en cada aplicación y un posterior manejo de los datos, se folió cada uno de los instrumentos llevando un registro de cada grupo.
- La sesión de aplicación tuvo una duración aproximada de 30 min. Y se dividió en cuatro fases:
 - 1- Aplicación de ficha de identificación (ver anexo 1): Para comenzar la sesión se llevo a cabo la presentación de las tesistas, enfatizando que la jefatura de carrera se encontraba enterada del proyecto y lo aprobaba. Posteriormente se les dieron a los jóvenes en cada grupo las siguientes instrucciones en forma oral, las cuales se encontraban impresas al inicio de la ficha de identificación y se muestran a continuación:

El propósito del siguiente estudio es conocer la forma en que los estudiantes de la carrera de psicología perciben su propia vida. Por lo que a continuación recibirás un paquete con tres cuestionarios. Para responderlos te sugerimos tomar en cuenta las siguientes indicaciones:

- Lee con cuidado las instrucciones de cada cuestionario y pregunta las dudas que tengas, con gusto te responderemos.
- Responde de manera sincera y espontánea, sin detenerte demasiado en cada respuesta, recuerda que no existen respuestas correctas o incorrectas. Lo importante es tu primera reacción.
- Contesta todas y cada una de las preguntas: todas tus respuestas son necesarias para tratar los datos en forma estadística.
- Todos los datos que nos proporciones serán confidenciales y serán tratados de manera automatizada, así que ten confianza y se lo más sincero (a) posible.
- Utiliza solo lápiz para responder, no utilices pluma, así si te equivocas podrás borrar fácilmente. Si no tienes lápiz pide uno a la persona que te entrego los cuestionarios.
- Si no tienes dudas comienza a responder ahora “GRACIAS DE ANTEMANO”.

Así mismo se les dio la indicación de que si deseaban o les surgía alguna inquietud podían tomar la tarjeta que se encontraba engrapada al inicio de los cuestionarios, esta misma contenía el número telefónico de SAPTEL y el correo electrónico del proyecto Salud y Familia. (Ver anexo 5) Esta fase duro aproximadamente 10 min.

- 2- Aplicación del “Inventario Multifacético de soledad (IMSOL) de Montero” (Ver anexo 2) que evalúa la variable de “soledad”. Esta fase duró aproximadamente 10 min.
- 3- Aplicación de la “Escala de Desesperanza de Córdova y cols. (2005) versión para adultos” (Ver anexo 3). La duración de esta fase fue de 5 min. aproximadamente.
- 4- Aplicación de la Escala de Ideación Suicida para adultos de Beck (Ver anexo 4), con una duración aproximada de 5 min.
 - Se dió por terminada la sesión cuando todos los sujetos resolvieron la ficha y los tres instrumentos de evaluación, dando las gracias por su participación. Cabe mencionar que el orden en que fueron entregados los instrumentos se hizo de manera intencional intentando que los jóvenes contestaran primero aquellas preguntas que no les resultaran incómodas, evitando con ello que las preguntas sobre suicidio limitaran su espontaneidad para los otros instrumentos.
 - La agrupación por folio de cada grupo permitió la revisión de cada instrumento al final de la sesión de aplicación, descartando a aquellos sujetos que no contestaron completamente todos los instrumentos o no siguieron las instrucciones de forma adecuada.
 - Una vez aplicados todos los folios se elaboró una base de datos utilizando los programas SPSS y Excel, donde se ordenaron por folio permitiendo con ello el vaciado de cada uno de los instrumentos (Ficha de identificación, Instrumento Multifacético de Soledad, Escala de Desesperanza de Córdova y Escala de Ideación Suicida para adultos de Beck) y su posterior análisis. En el siguiente apartado revisaremos el análisis de datos.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente capítulo se mostrarán los hallazgos encontrados a partir del análisis realizado por el programa conocido como SPSS. Su exposición en cada una de las variables exploradas será la siguiente:

- Análisis de las puntuaciones totales de cada instrumento.
- Análisis de los datos sociodemográficos encontrados en cada instrumento.
- Por último un análisis de relación entre las variables.

Procedemos a su presentación iniciando con la soledad, posteriormente la desesperanza y por último la ideación suicida.

4.1 Análisis estadísticos del Inventario Multifacético de Soledad (IMSOL).

Características Psicométricas.

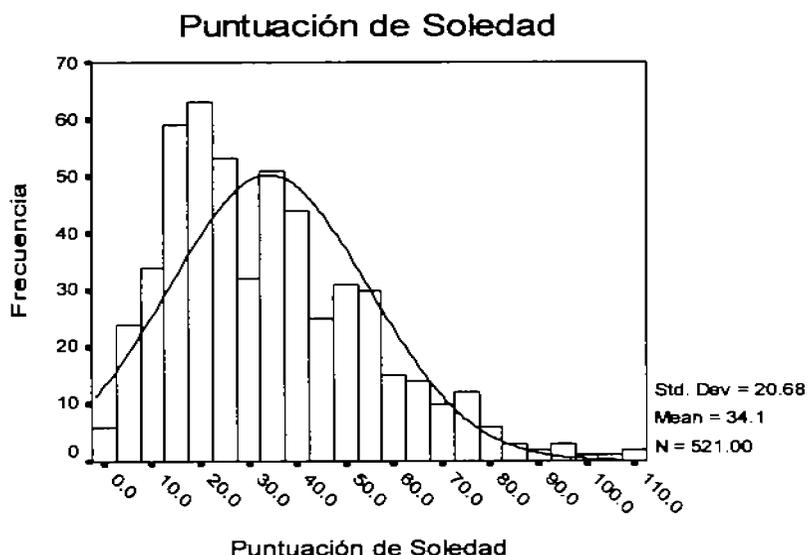
En el estudio realizado por Montero (1998) se asume que el IMSOL es un instrumento válido y confiable para medir la frecuencia de la experiencia de soledad, entendida como percepción de déficits del afecto recibido de diferentes fuentes, y algunas conductas de afrontamiento que los mexicanos emplean ante la soledad. En el presente estudio este instrumento mostró un alfa de Cronbach de $\alpha=.96$ lo que indicaría un alto nivel de confiabilidad, al mostrar consistencia interna.

4.1.1 Análisis de puntuaciones totales en el Inventario Multifacético de Soledad.

La prueba constó de 32 preguntas las cuales se evaluaron asignando valores del 0 al 4, siendo 4 la máxima puntuación en cada ítem. Las puntuaciones pueden fluctuar de entre 0 a 128 puntos, sin embargo se consideró el punto de corte a partir de los resultados obtenidos al calcular su desviación estándar, quedando de la siguiente manera:

De 0 a 51 puntos se considera como bajos en soledad y de 52 a 128 altos en soledad.

Grafica 4.1: Puntajes totales en Soledad.



En este estudio, los datos oscilaron entre 0 a 110 puntos, de los 521 sujetos que participaron, 416 obtuvieron puntuaciones menores de 51, es decir el 79.8% del total de la muestra obtuvieron niveles bajos en soledad y 105 sujetos equivalente al 20.2% tuvieron altos puntajes en soledad.

Se obtuvo un promedio de 34.1, lo que nos indicaría que la mayoría de los puntajes obtenidos se encuentran alrededor de este valor, es decir con niveles bajos de soledad, al encontrarse dentro de este punto de corte.

El puntaje 30 que representa la mediana nos indica que se encuentra la misma cantidad de sujetos distribuidos tanto a la izquierda como a la derecha de la gráfica, lo que confirmaría lo afirmado en el párrafo anterior.

4.1.2 Análisis de datos sociodemográficos en contraste con los resultados obtenidos en el Inventario Multifacético de soledad (IMSOL).

Se decidió integrar para el presente estudio una ficha de datos sociodemográficos, pues de acuerdo a Villardón (1993) el sujeto vive una serie de sucesos o situaciones que pueden ser estresantes y problemáticas para él. Estas situaciones o sucesos vitales negativos se relacionan con el suicidio. Así, los eventos que han ocurrido más frecuentemente entre la población suicida tienen que ver con la pérdida y el conflicto interpersonal. Por lo que el estudio de las características sociodemográficas en relación con el suicidio arroja una serie de características consideradas de riesgo.

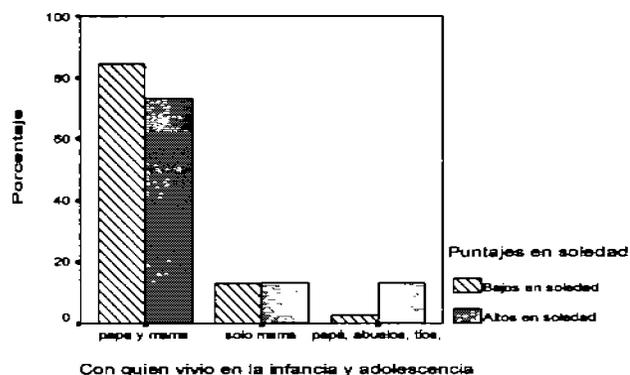
Se realizó un análisis de contraste de hipótesis entre la variable de soledad y diversos datos sociodemográficos recabados mediante la ficha de identificación, para ello se utilizó la χ^2 (Chi cuadrada). A continuación se mencionaran aquellas variables sociodemográficas estadísticamente no significativas:

1. Sexo.
2. Edad.
3. Lugar de procedencia.
4. Estado Civil.
5. Si cuenta con una pareja estable.
6. Si tienen hijos.
7. Número de personas con las que viven.
8. Número de habitaciones en el hogar.
9. Lugar que se ocupa como hijo.
10. Número de hermanos.
11. Si cuenta con un trabajo.
12. Cuantas de las personas con las que verdaderamente cuenta son amigos.
13. Si ha recibido atención Psicológica.
14. Semestre que cursa.

Las variables que se relacionaron significativamente con la soledad se muestran a continuación anexando las gráficas correspondientes:

1. Con quien vivió en la infancia y en la adolescencia: Esta variable obtuvo una $\chi^2=21.215$ $\alpha < 0.000$:

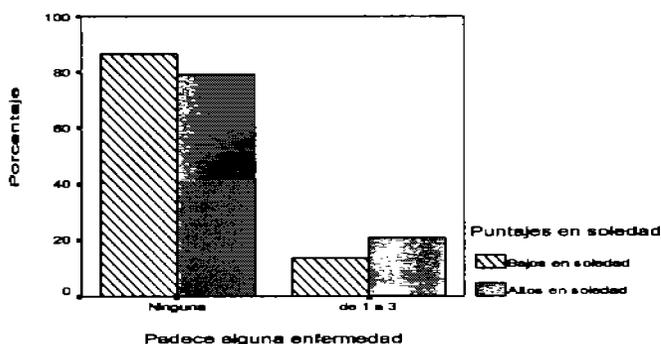
Gráfica 4.2: Convivencia en la infancia, adolescencia y Soledad



La gráfica muestra que cuando los sujetos viven con papá o mamá, obtienen bajos puntajes en soledad, cuando viven solo con mamá, no existen diferencias en cuanto al puntaje y cuando viven con algún familiar, los niveles de soledad suelen ser altos.

2. Si padece alguna enfermedad. Con una χ^2 de 3.696 $\alpha < 0.055$.

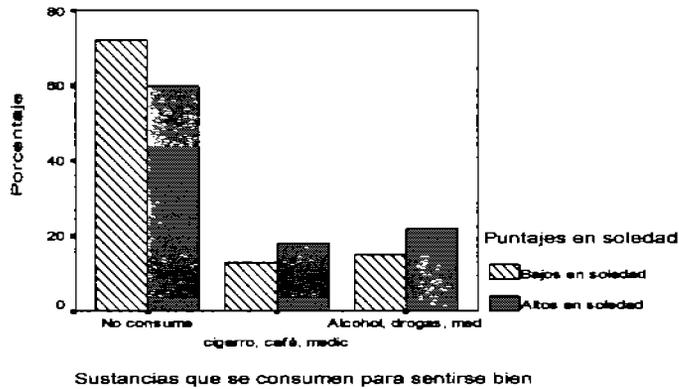
Gráfica 4.3: Padecimiento de enfermedad y Soledad.



Podemos observar que cuando los sujetos no padecen alguna enfermedad los puntajes en soledad son bajos, esta situación es diferente cuando reportan de una a tres enfermedades ya que los puntajes en soledad son altos.

3. Sustancias que consumen para sentirse bien. Obteniendo una $\chi^2=5.850$
 $\alpha < 0.054$.

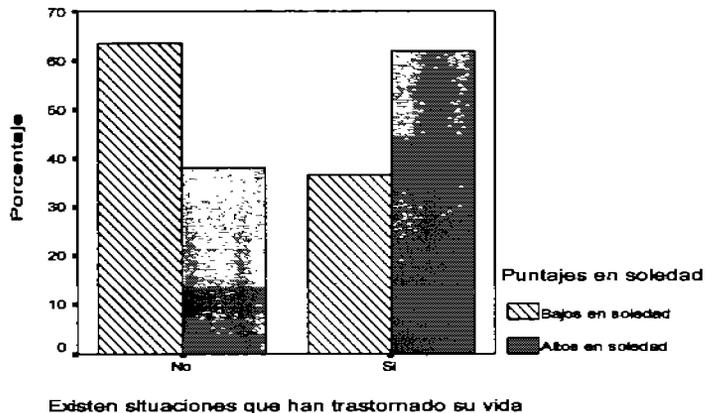
Gráfica 4.4: Consumo de sustancias y Soledad.



Los puntajes en soledad son altos cuando los sujetos consumen algún tipo de sustancia ya sea cigarro, café, alcohol, drogas o medicamentos con y sin prescripción médica. Al no consumir sustancias los niveles de soledad son bajos.

4. Situaciones que han trastornado su vida. Obteniendo una χ^2 de 22.197
 $\alpha < 0.000$.

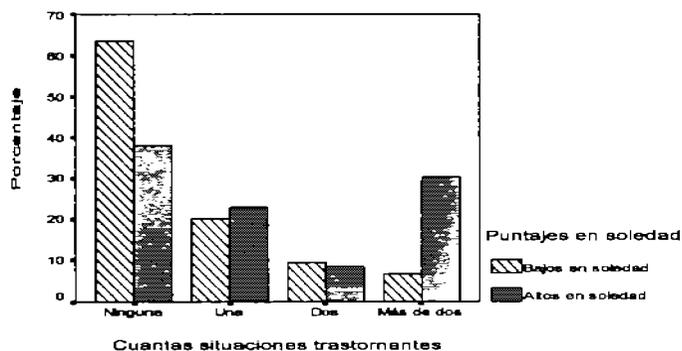
Gráfica 4.5: Situaciones que han trastornado su vida y Soledad.



Hay una clara diferencia entre los sujetos que reportaron no tener situaciones que han trastornado su vida en los últimos tres meses y aquellos que sí han tenido alguna situación, ya que estos últimos obtuvieron altos puntajes en soledad.

5. Número de situaciones trastornantes. Con una χ^2 de 50.678 $\alpha < 0.000$.

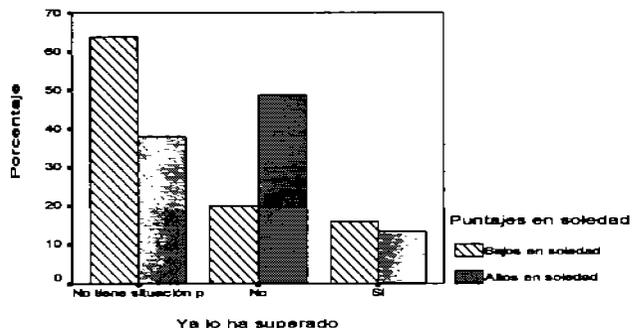
Gráfica 4.6: Número de situaciones trastornantes y Soledad.



De los sujetos que reportaron haber vivido alguna situación trastornante, cuando existen más de dos situaciones en los últimos tres meses, los niveles de soledad fueron mayores.

6. Si ya ha superado estas situaciones trastornantes. Mostrando una χ^2 de 35.863 $\alpha < 0.000$.

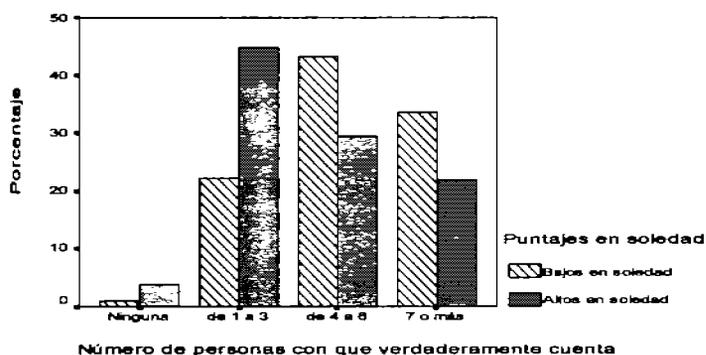
Gráfica 4.7: Ha superado las situaciones trastornantes y soledad.



Además los altos niveles en soledad se relacionaron con el hecho de que no se hayan podido superar dichas situaciones.

7. Número de personas con que cuenta verdaderamente. Obteniendo una χ^2 de 28.156 $\alpha < 0.000$.

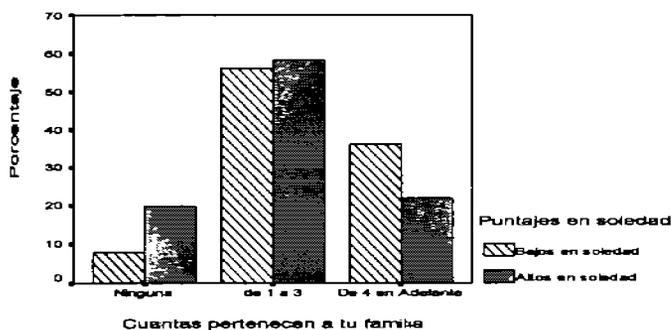
Gráfica 4.8: Personas con que verdaderamente cuenta y Soledad.



La gráfica muestra que mientras menor sea el número de personas con las que verdaderamente se cuenta, mayores serán los puntajes en soledad (desde ninguna hasta tres personas) y por otro lado a mayor cantidad de personas, los puntajes en soledad serán bajos.

8. Cuantas de esas personas pertenecen a su familia. Con una χ^2 de 16.901 $\alpha < 0.000$.

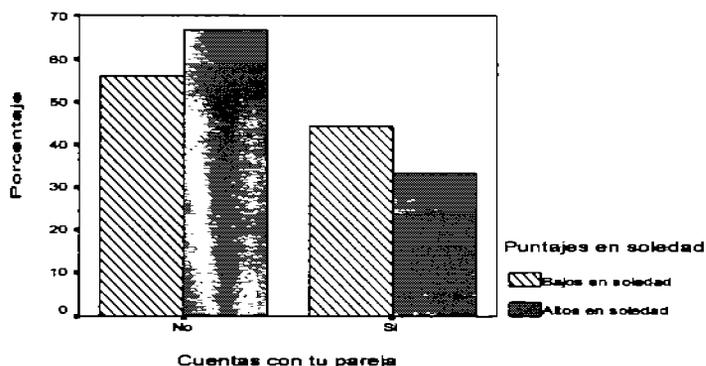
Gráfica 4.9: Personas con que cuenta de su familia y soledad.



Si del número de personas con las que verdaderamente cuenta, son en su mayoría familiares los niveles de soledad serán bajos.

9. Cuenta con su pareja. Mostrando una χ^2 de 4.086 $\alpha < 0.043$.

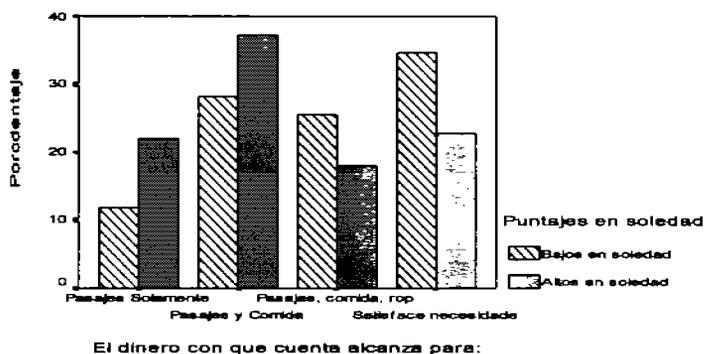
Gráfica 4.10: Cuenta con su pareja y Soledad.



Así mismo si cuenta con su pareja los niveles en soledad serán bajos.

10. Para que le alcanza el dinero con que cuenta. Obteniendo una χ^2 de 13.998 $\alpha < 0.003$.

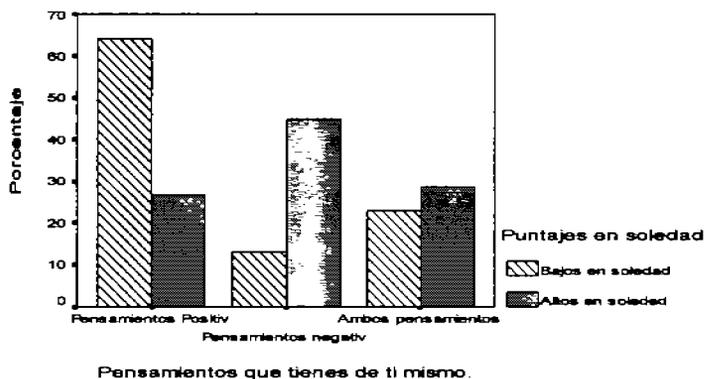
Gráfica 4.11: Dinero con que cuenta y Soledad.



La gráfica muestra que entre mayor sea la cantidad de necesidades que se cubran con el dinero con que cuentan los sujetos, menores serán los niveles en soledad.

11. Pensamientos que tiene sobre sí mismo. Con una χ^2 de 65.671 $\alpha < 0.000$.

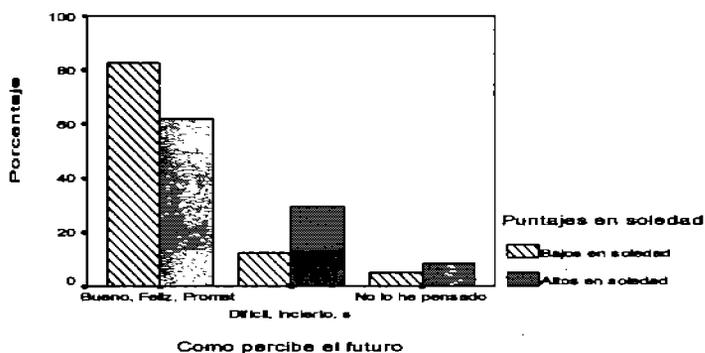
Gráfica 4.12: Pensamientos que tienen de sí mismos y Soledad.



Cuando los sujetos tienen pensamientos positivos sobre sí mismos los niveles de soledad son bajos, a diferencia de cuando los pensamientos son negativos o ambivalentes ya que los puntajes suelen ser altos.

12. Como percibe el futuro. Mostrando una χ^2 de 22.299 $\alpha < 0.000$.

Gráfica 4.13: Percepción del futuro y Soledad.



Se observan altos niveles en soledad cuando los sujetos perciben su futuro como difícil, incierto o cuando no han pensado en ello.

4.2 Análisis estadístico de la Escala de Desesperanza de Córdoba y cols.

Características psicométricas.

Como parte de la presente investigación se llevó a cabo la aplicación de la Escala de Desesperanza obtenida por Córdoba y cols., la cual no había sido aplicada a grandes poblaciones y sólo se había utilizado en un estudio piloto con 48 sujetos, en el cual mostró un alfa de Cronbach de $\alpha=.84$, sin embargo a partir del presente estudio, con las modificaciones necesarias para mejorar su confiabilidad, y con una población de 521 sujetos mostró un alfa de Cronbach de $\alpha=.89$ siendo recomendable para su aplicación en otras poblaciones mexicanas, dada su consistencia interna y su alto nivel de confiabilidad.

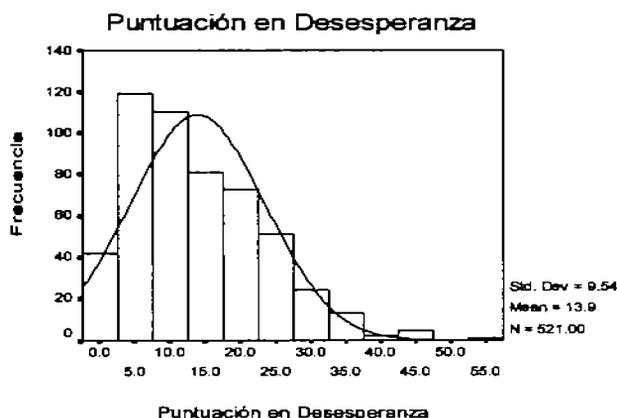
4.2.1 Análisis de los puntajes totales en la Escala de Desesperanza de Córdoba y cols.

Esta prueba constó de 16 ítems los cuales se evalúan con puntuaciones de 0 a 4, siendo 0 la mínima puntuación y 64 la máxima que se puede obtener. El punto de corte según el análisis de la desviación estándar quedó formado de la siguiente manera:

Las puntuaciones de 0 a 22 indicarían bajos en desesperanza y de 23 a 64 puntos con altos niveles de desesperanza.

Los resultados obtenidos al analizar esta escala se muestran en la siguiente gráfica:

Gráfica 4.14: Puntuaciones totales en desesperanza.



En la gráfica se muestra que los resultados en esta escala fluctuaron entre 0 y 56 puntos, y según el punto de corte, 425 sujetos equivalente al 81.6% del total se encontraron con baja desesperanza y el 18.4% integrado por 96 sujetos mostraron altos niveles de desesperanza.

Tanto la mediana de 12 como el promedio de 13.9 nos indican que la mayoría de los sujetos muestran un nivel de bajos en desesperanza, al encontrarse la mayoría de los datos alrededor del valor de 13.9 y distribuidos en la gráfica en forma equivalente tanto a la derecha como a la izquierda en el valor 12 y ambos datos se encuentran entre el punto de corte de 0 a 22 (bajos en desesperanza).

La moda también se encuentra dentro del punto de corte de baja desesperanza ya que se encontró en el valor de 6, con 30 sujetos.

A partir del puntaje 23, la frecuencia disminuye (96 sujetos), lo que significaría pocos sujetos con altos niveles de desesperanza.

4.2.2 Análisis de datos sociodemográficos en contraste con los resultados obtenidos en la Escala de Desesperanza de Córdoba y cols.

Se utilizaron los datos recabados mediante la ficha de identificación, para contrastar los datos sociodemográficos con los puntajes obtenidos en la escala de desesperanza y obtener la χ^2 .

A continuación se mencionaran aquellas variables sociodemográficas estadísticamente no significativas:

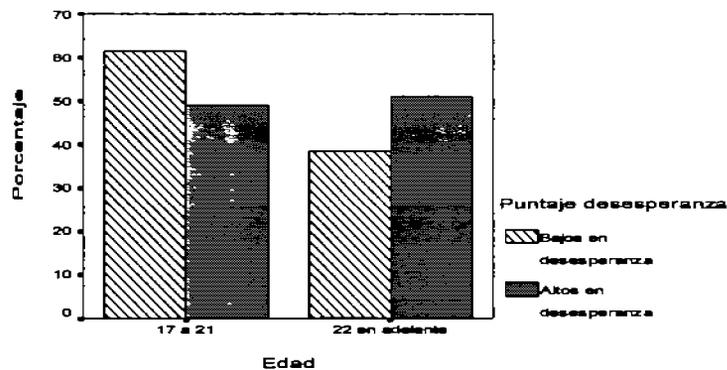
1. Sexo.
2. Semestre.
3. Lugar de procedencia.
4. Estado Civil.
5. Tiene hijos.
6. Con cuantas personas vive.
7. Cuantas habitaciones hay en el hogar.

8. Con quien vive.
9. Lugar que ocupa como hijo.
10. Numero de hermanos.
11. Si cuenta con un trabajo.
12. Cuenta verdaderamente con sus amigos.
13. Para que le alcanza el dinero con que cuenta.

Los datos sociodemográficos que se relacionaron significativamente con la variable desesperanza se muestran a continuación:

1. Edad. Con una χ^2 de 5.025 $\alpha < 0.025$.

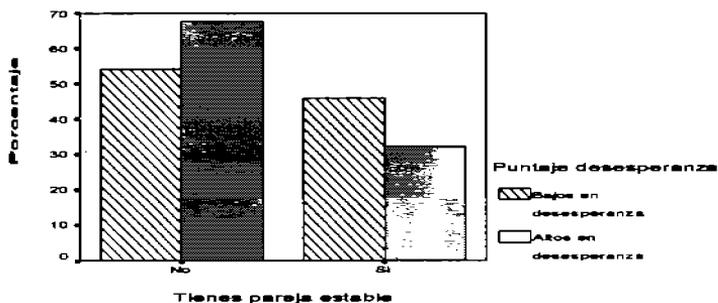
Gráfica 4.15: Edad y Desesperanza.



La gráfica nos indica que en la población con la que se realizó el presente estudio, a partir de los 22 años se obtuvieron altos niveles en desesperanza, los sujetos que tenían de 17 a 21 años mostraron menores niveles en desesperanza.

2. Si cuenta con una pareja estable. Mostrando una χ^2 de 5.889 $\alpha < 0.015$.

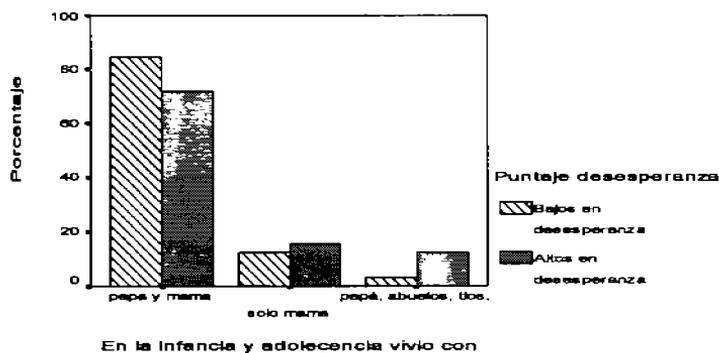
Gráfica 4.16: Pareja estable y Desesperanza.



Cuando los sujetos reportaron no contar con una pareja estable, la desesperanza fue mayor.

3. Con quien vivió en la infancia y adolescencia. Obteniéndose una χ^2 de 16.656 $\alpha < 0.000$.

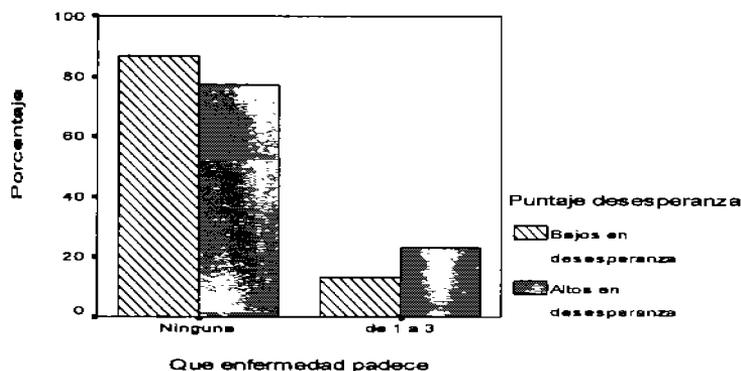
Gráfica 4.17: Convivencia en la infancia, adolescencia y Desesperanza.



La desesperanza suele ser mayor cuando en la infancia y adolescencia se vivió con algún familiar o sólo con mamá, a diferencia de aquellos que vivieron con ambos padres quienes obtuvieron bajos puntajes en desesperanza.

4. Que enfermedad padece. Con una χ^2 de 5.836 $\alpha < 0.016$.

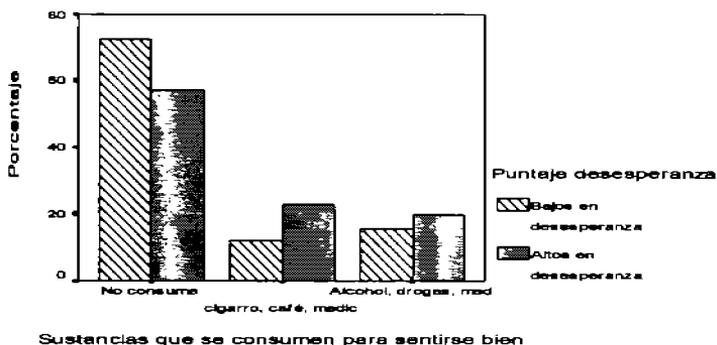
Gráfica 4.18: Padecimiento de enfermedad y Desesperanza.



Cuando los sujetos padecen alguna enfermedad la desesperanza suele ser mayor a aquellos que no reportan enfermedad alguna.

5. Sustancias que consume para sentirse bien. Mostrando una χ^2 de 10.122 $\alpha < 0.006$.

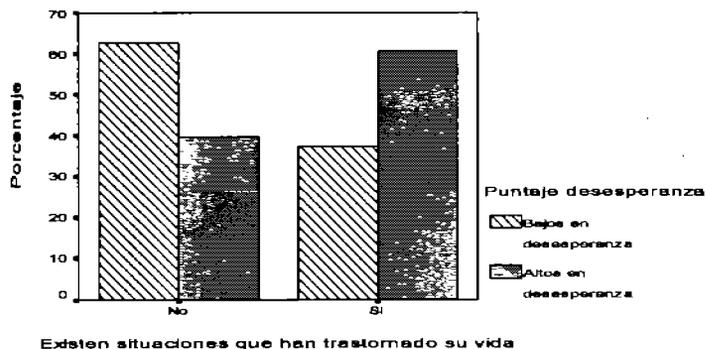
Gráfica 4.19: Consumo de sustancias y Desesperanza.



Los puntajes en desesperanza son altos cuando los sujetos consumen algún tipo de sustancia ya sea cigarro, café, alcohol, drogas o medicamentos con y sin prescripción médica. Al no consumir sustancias los niveles en desesperanza son bajos.

6. Situaciones que han trastornado su vida. Con una χ^2 de 17.053 $\alpha < 0.000$.

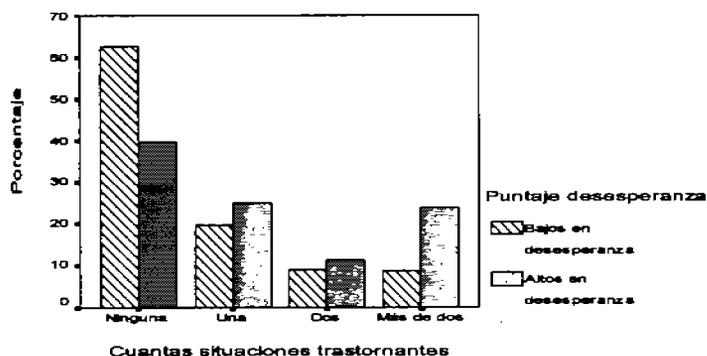
Gráfica 4.20: Existencia de situaciones trastornantes y Desesperanza.



Al igual lo obtenido en soledad, existe una clara diferencia entre los sujetos que reportaron no tener situaciones que han trastornado su vida en los últimos tres meses y aquellos que si han tenido alguna situación, ya que estos últimos obtuvieron altos puntajes en desesperanza.

7. Cuantas situaciones trastornantes han afectado su vida. Obteniendo una χ^2 de 24.485 $\alpha < 0.000$.

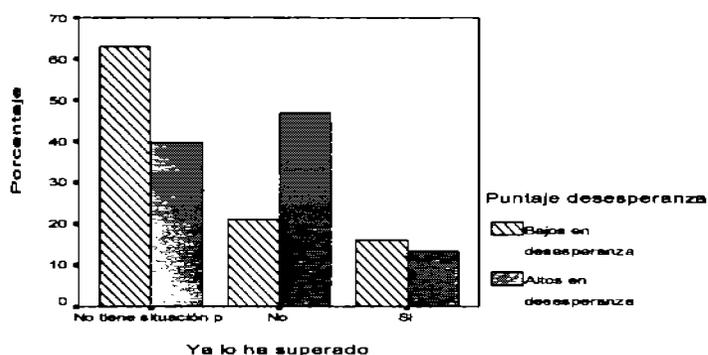
Gráfica 4.21: Número de situaciones trastornantes y Desesperanza.



No importa el número de situaciones trastornantes que se reporten, pues a partir de una los niveles de desesperanza serán altos. Por otro lado, al no tener alguna situación trastornante la desesperanza será baja.

8. Si ya ha superado esas situaciones. Mostrando una χ^2 de 27.489 $\alpha < 0.000$.

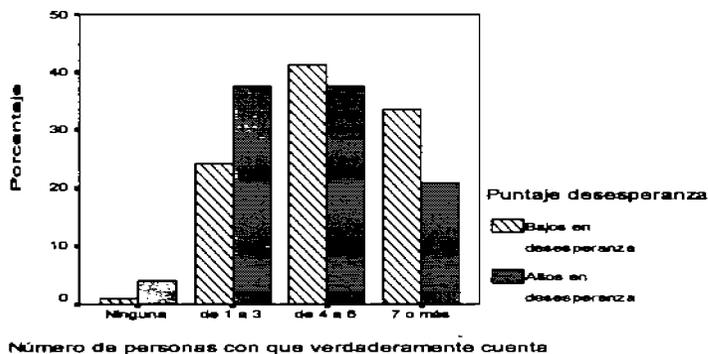
Gráfica 4.22: Ha superado esas situaciones y Desesperanza.



Si estas situaciones no han sido superadas la desesperanza será mayor.

9. El número de personas con que verdaderamente cuenta. Con una χ^2 de 14.842 $\alpha < 0.002$.

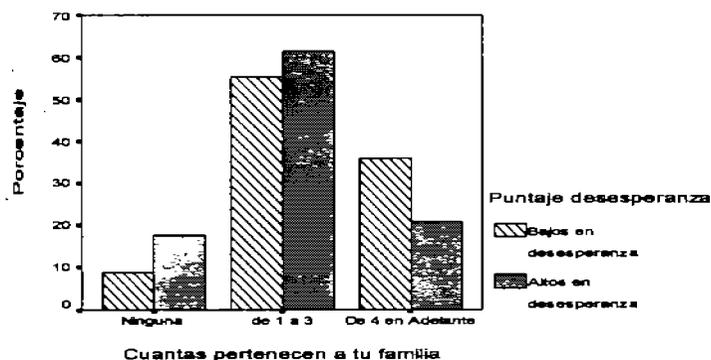
Gráfica 4.23: Personas con que verdaderamente cuenta y Desesperanza.



A mayor número de personas con las que verdaderamente cuentan, menores serán los niveles de desesperanza, y a menor número de personas mayores niveles de desesperanza.

10. De las personas con las que verdaderamente cuenta cuantas pertenecen a su familia. Mostrando una χ^2 de 12.076 $\alpha < 0.002$.

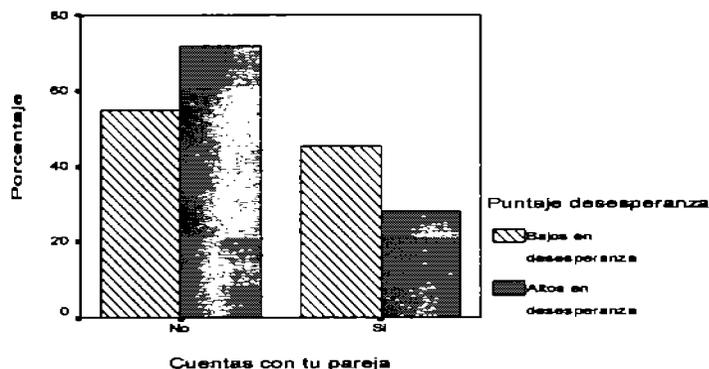
Gráfica 4.24: Personas con que cuenta de su familia y Desesperanza.



Si las personas con las que verdaderamente cuenta son en su mayoría familiares la desesperanza será menor.

11. Cuenta con el apoyo de su pareja. Con una χ^2 de 9.345 $\alpha < 0.002$.

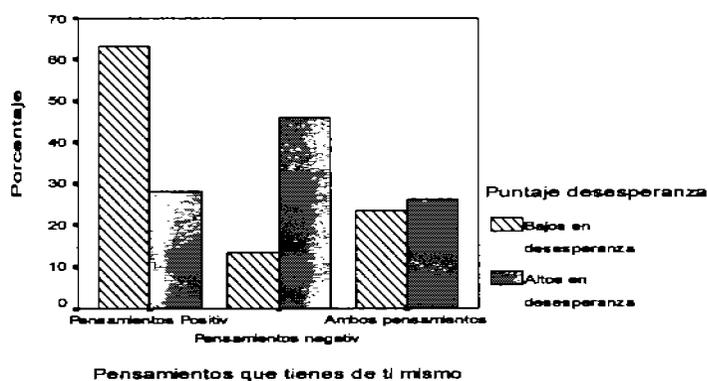
Gráfica 4.25: Cuenta con su pareja y Desesperanza.



Cuando los sujetos cuentan verdaderamente con su pareja, la desesperanza será menor.

12. Pensamientos que tiene sobre sí mismo. Obteniendo una χ^2 de 59.547 $\alpha < 0.000$.

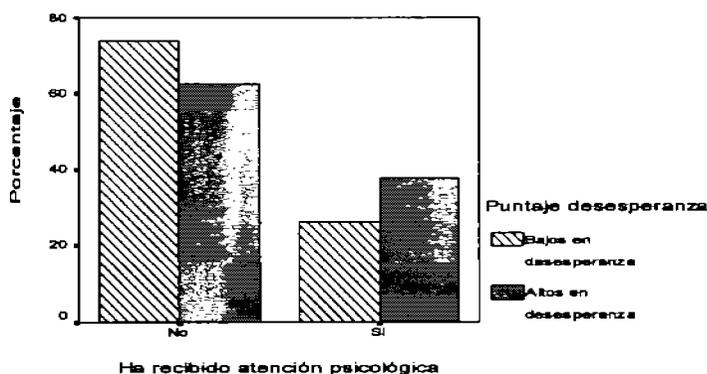
Gráfica 4.26: Pensamientos sobre sí mismo y Desesperanza.



Se observa una marcada diferencia en los puntajes de desesperanza en relación a los pensamientos sobre sí mismo, ya que estos suelen ser altos cuando son negativos.

13. Ha recibido atención psicológica. Con una χ^2 de 5.009 $\alpha < 0.025$.

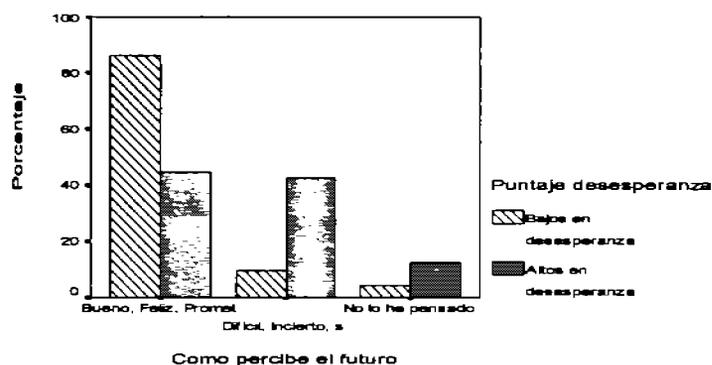
Gráfica 4.27: Asistencia a atención psicológica y Desesperanza.



Los sujetos que recibieron atención psicológica mostraron mayor desesperanza.

14. Como percibe su futuro. Mostrando una χ^2 de 80.712 $\alpha < 0.000$.

Gráfica 4.28: Percepción del futuro y Desesperanza.



Se observan altos niveles en desesperanza cuando los sujetos perciben su futuro como difícil, incierto o cuando no han pensado en ello.

4.3 Análisis estadístico de la Escala de Ideación Suicida de Beck.

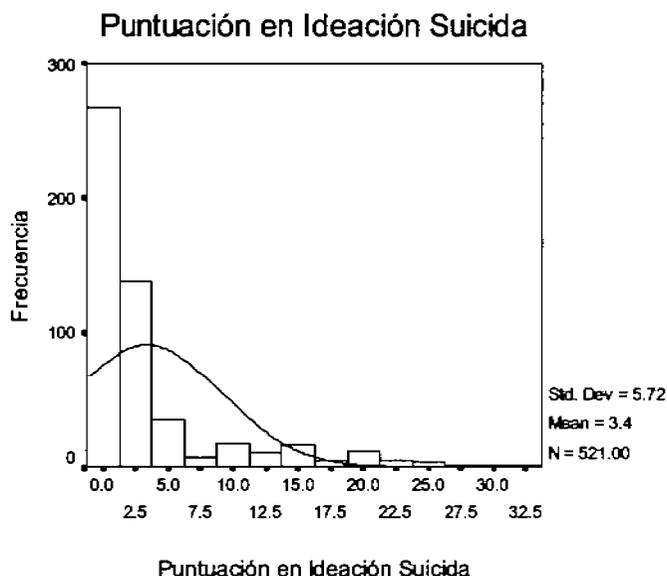
Características Psicométricas.

La escala de ideación Suicida de Beck a sido utilizada en diversos estudios mexicanos mostrando altos niveles de confiabilidad y consistencia interna, en este estudio la confiabilidad mostrada fue de un alfa de Cronbach de $\alpha = .92$.

4.3.1 Análisis de los puntajes totales en la escala de Ideación Suicida de Beck.

Esta escala cuenta con 21 ítems que se evalúan asignando valores de 0 a 2 para cada ítem. La puntuación máxima que se puede obtener en esta prueba es 42 y la mínima de 0, en el presente estudio se considero que a partir de 1 punto, el sujeto muestra ideación suicida.

Gráfica 4.29: Puntuaciones totales de Ideación Suicida.



Los resultados muestran que los datos fluctuaron de entre 0 a 32 puntos, y tomando en cuenta que a partir de un punto los sujetos presentan ideación suicida, el 59.9% presentaron ideación suicida con un total de 312 sujetos y por otro lado 209 sujetos del total de la muestra obtuvieron puntajes de cero, es decir sin ideación suicida, equivalente al 40.1%. El promedio de 3.4, nos indica que la mayoría de los datos se encuentran alrededor de este valor, y la mediana que fue de 1 nos refiere que los datos se encuentran distribuidos tanto a la derecha como a la izquierda de la gráfica en forma equivalente, lo que resulta interesante es que los datos se distribuyen a la derecha hasta llegar al puntaje de 32, mientras que la misma cantidad de sujetos se encuentran con puntajes inferiores a 1.

La moda nos confirma el dato obtenido en la mediana al mostrar una moda de 0 con 209 sujetos.

La mayoría de los sujetos obtuvieron puntuaciones mayores a 1 (312 sujetos) lo que indicaría que tienen ideación suicida, los sujetos restantes (209) obtuvieron puntajes de cero, es decir sin ideación suicida.

4.3.2 Análisis de datos sociodemográficos en contraste con los resultados obtenidos en la Escala de Ideación Suicida de Beck.

Se utilizaron los datos recabados mediante la ficha de identificación, para contrastar los datos sociodemográficos con los puntajes obtenidos en la escala de ideación suicida y obtener la χ^2 .

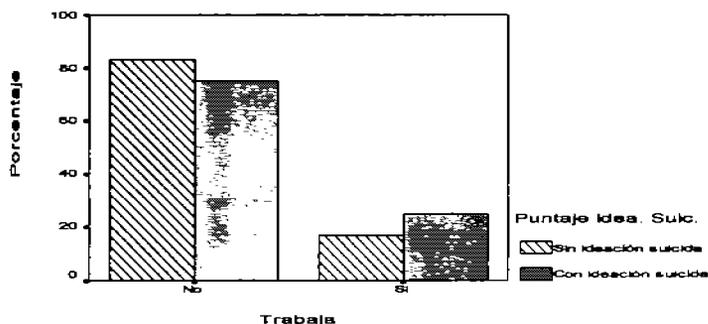
A continuación se mencionaran aquellas variables que no mostraron relación significativa respecto a la ideación suicida:

1. Sexo.
2. Edad.
3. Semestre.
4. Lugar de procedencia.
5. Estado civil.
6. Si cuenta con una pareja estable.
7. Si tiene hijos.
8. Número de personas con las que vive.
9. Número de habitaciones que hay en su hogar.
10. Número de hermanos.
11. Lugar que ocupa como hijo.
12. Si padece alguna enfermedad.
13. Número de personas con las que verdaderamente cuenta.
14. Si cuenta con los amigos.
15. Si cuenta con su pareja.

Aquellos datos sociodemográficos que se relacionaron significativamente con la ideación suicida fueron:

1. Si trabaja. Con una $\chi^2 = 4.667$ $\alpha < 0.031$.

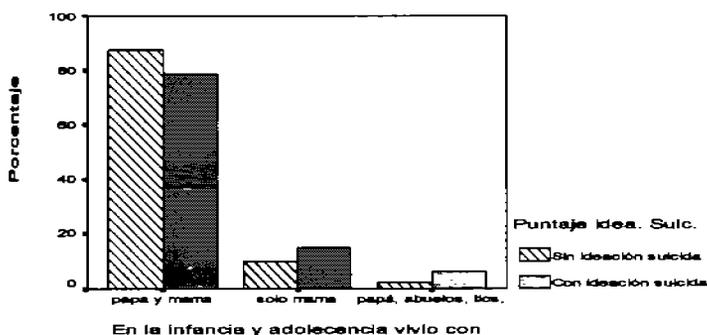
Gráfica 4.30: Trabajo e Ideación Suicida.



La gráfica muestra que cuando los sujetos trabajan la ideación suicida es menor.

2. Con quien vivió en la infancia y adolescencia. Obteniendo una χ^2 de 7.867 $\alpha < 0.020$.

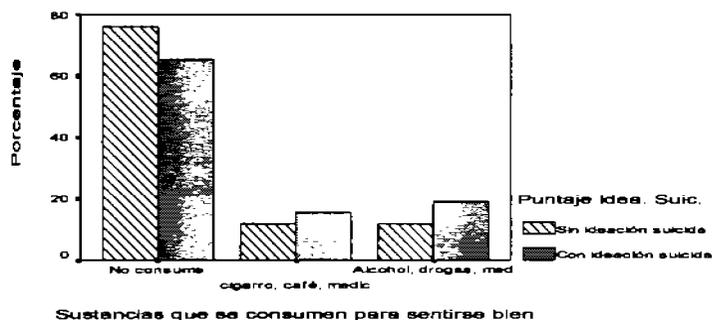
Gráfica 4.31: Convivencia en la infancia, adolescencia e Ideación Suicida



La ideación suicida se presenta si los sujetos vivieron en la infancia y adolescencia con algún familiar o sólo con mamá.

3. Consume alguna sustancia para sentirse bien. Con una χ^2 7.154 $\alpha < 0.028$.

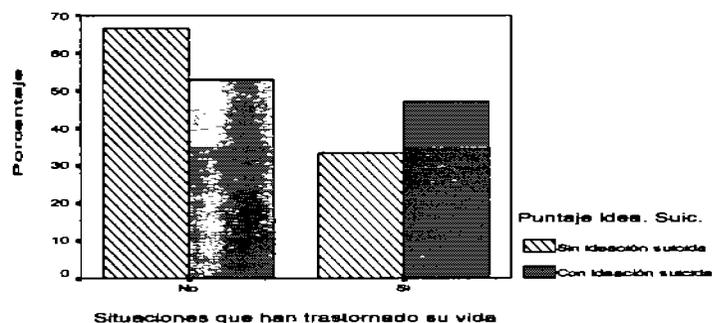
Gráfica 4.32: Consumo de sustancias e Ideación Suicida.



Los sujetos mostraron ideación suicida cuando consumen alguna sustancia para sentirse bien como son el cigarro, café, alcohol, drogas o medicamentos prescritos o no por un médico.

4. Ha vivido alguna situación que ha trastornado su vida. Mostrando una χ^2 de 9.557 $\alpha \leq 0.002$.

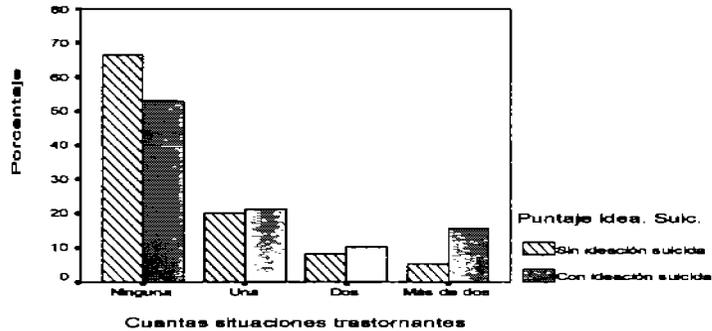
Gráfica 4.33: Situaciones trastornantes e Ideación suicida.



Como lo muestra la gráfica, la ideación suicida se observa cuando se presentan situaciones que han trastornado la vida.

5. Número de situaciones trastomantes. Obteniendo una χ^2 de 16.489 $\alpha < 0.001$.

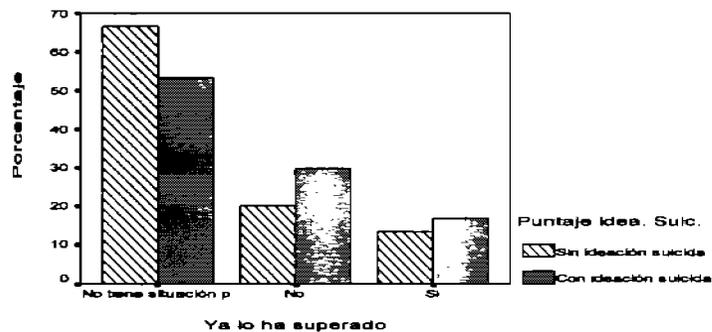
Gráfica 4.34: Número de situaciones e Ideación Suicida.



Existe ideación suicida cuando se presentan más de una situación trastomante.

6. Si ya la ha superado. Con una χ^2 de 9.377 $\alpha < 0.009$.

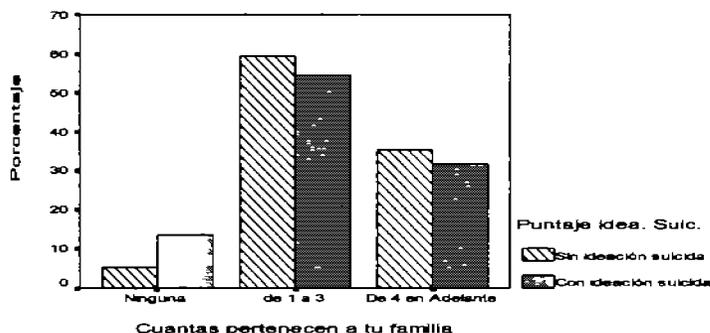
Gráfica 4.35: Ha superado la situación e Ideación Suicida.



La ideación suicida se presentó independientemente de que se haya superado o no la situación trastomante.

7. Cuantas de las personas con las que verdaderamente cuenta pertenecen a su familia. Mostrando una χ^2 de 9.793 $\alpha < 0.007$.

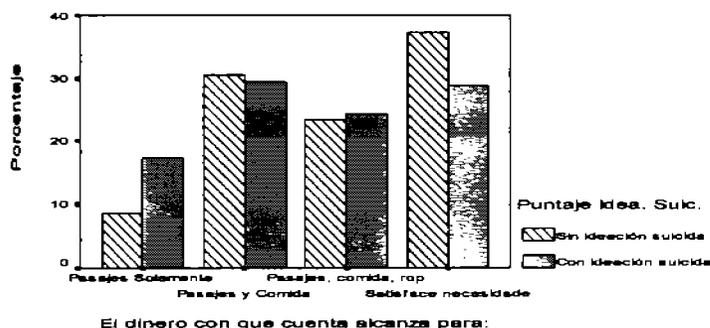
Gráfica 4.36: Personas con que cuenta de su familia e Ideación Suicida.



Los sujetos que no tuvieron ideación suicida fueron aquellos que contaban verdaderamente con su familia.

8. Para que le alcanza el dinero con que cuenta. Con una χ^2 de 9.732 $\alpha < 0.021$.

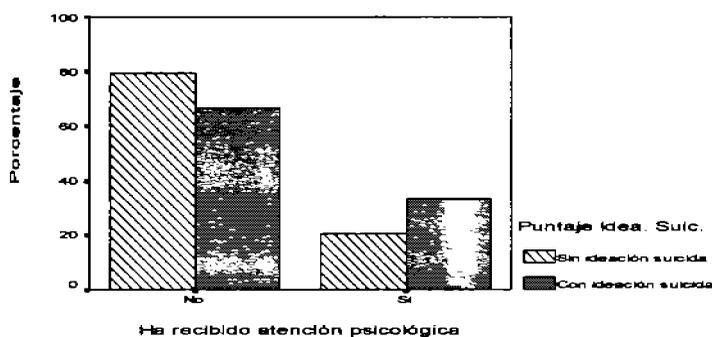
Gráfica 4.37: Dinero con que cuenta e Ideación Suicida.



Cuando el dinero con el que cuentan les alcanza para cubrir todas sus necesidades, los sujetos no mostraron ideación suicida.

9. Si ha recibido atención psicológica. Obteniendo una χ^2 de 10.060 $\alpha < 0.002$.

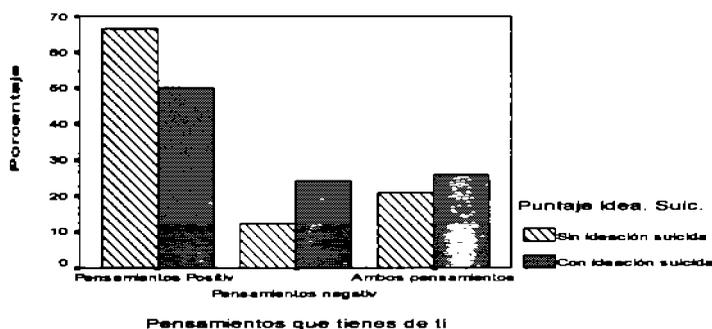
Gráfica 4.38: Asistencia a atención psicológica e Ideación Suicida.



La gráfica muestra que los sujetos que han recibido atención psicológica presentan ideación suicida.

10. Pensamientos sobre sí mismo. Mostrando una χ^2 de 15.965 $\alpha < 0.000$.

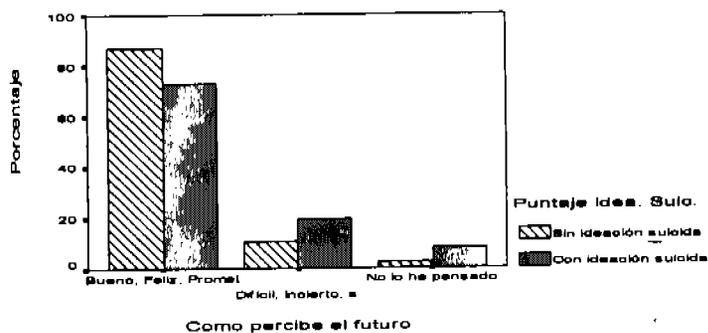
Gráfica 4.39: Pensamientos de sí mismo e Ideación Suicida.



Cuando los sujetos presentan pensamientos negativos o ambivalentes sobre sí mismo, muestran ideación suicida.

11. Como percibe el futuro. Obteniendo una χ^2 de 16.163 $\alpha < 0.000$.

Gráfica 4.40: Percepción del futuro e Ideación Suicida.



La gráfica muestra que los sujetos que tienen ideación suicida perciben su futuro como difícil, incierto o no lo han pensado.

4.4 Análisis de correlación entre variables.

Se realizó un análisis de correlación Spearman's Brown entre variables para conocer el nivel de relación que existe entre ellas.

Los resultados fueron los siguientes:

TABLA DE CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES

Correlación	Soledad	Desesperanza	Ideación Suicida
Soledad	1	0.645*	0.422*
Desesperanza	0.645*	1	0.307*
Ideación Suicida	0.422*	0.307*	1

*La correlación es significativa al nivel de .01

Al realizar el análisis de la relación entre soledad y desesperanza se obtuvo 0.645 de correlación positiva entre estas dos variables, lo que significa un alto nivel de correlación positiva entre ellas, significativa estadísticamente al nivel de .01, es decir a mayores niveles de soledad, mayores de desesperanza y por el contrario, a menores niveles de soledad menores niveles de desesperanza.

En el caso de la soledad con la ideación suicida se obtuvo 0.422 de correlación positiva, significativa estadísticamente a .01 es decir altos niveles de correlación entre estas variables. Esto nos indica que a mayor soledad, mayores niveles de ideación suicida.

Al realizar el análisis de desesperanza con ideación suicida se obtuvo 0.307 de correlación positiva, que resultó ser también significativa indicando que a mayor desesperanza mayor nivel de ideación suicida.

Al comparar los resultados en estas tres correlaciones, resultó significativa la correlación realizada entre soledad y desesperanza con mayores niveles de correlación, y siendo la más baja la correlación de desesperanza con ideación suicida. Sin embargo todas resultaron significativas.

A continuación se muestra la conclusión y discusión de la presente investigación.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Tal como se mencionó al principio de este trabajo, en México al igual que en la mayor parte del mundo, el suicidio se ha estudiado reiteradamente, pues es considerado una de las problemáticas más compleja por no conocer a ciencia cierta los motivos de cada persona para realizarlo. Ahora bien, al no poder investigar directamente a la población suicida, se ha optado por trabajar con aquellos que se encuentran en el inicio del proceso, a quienes tienen ideación suicida, pues se ha comprobado que es un buen predictor del suicidio.

A pesar de que en México se han realizado diversos estudios sobre la ideación suicida, fue en España que Villardón (1993), realizó una nueva propuesta de investigación, por medio de la cual intenta unificar tanto el enfoque social como el individual. El modelo que presenta es nombrado modelo socioindividual e incluye aspectos que caracterizan el ámbito social, tanto general como inmediato, y el entramado psicológico y biológico individual del sujeto que se han visto, relacionados con la conducta suicida.

Los resultados de la presente investigación se corroboran fundamentalmente con el estudio de Villardón (1993). Ella plantea en su modelo dos grandes secciones: el contexto socioindividual y el estado mental suicida. Dentro del primero plantea el contexto social general, el contexto social inmediato y el entramado individual. Dentro del contexto social inmediato en que ubica las características sociodemográficas, encuentra que el sexo es la variable estructural que implica mayores diferencias, pudiendo comprobar que las mujeres tienen niveles más altos de depresión y un menor autoconcepto, excepto en el aspecto social, así como un nivel mayor de ideación suicida que los hombres. Sin embargo presentan más razones importantes para vivir que estos últimos. En dicho estudio se midió el nivel de estrés como la repercusión de acontecimientos estresantes vividos por el sujeto, mientras que en el presente estudio se consideraron como situaciones trastornantes y si estas fueron superadas o no. Villardón encontró que el estrés y su afrontamiento esta relacionado con el denominado “estado mental suicida”, resultando que un mayor nivel de estrés, se asocian con un mayor

número de variables tales como la depresión, la desesperanza y la soledad y en un menor grado en variables como el autoconcepto y las razones para vivir.

Los datos sociodemográficos que estuvieron asociados con las tres variables fueron:

Si vivieron en la infancia y adolescencia con papá y mamá los niveles en ideación suicida, en soledad y en desesperanza fue menor, al igual que aquellos que no consumen ningún tipo de sustancia para sentirse bien y si cuentan con una familia que los apoye.

Los pensamientos sobre sí mismo y sobre el futuro también se evaluaron dentro de los datos sociodemográficos, encontrando que si estos son positivos los niveles en ideación suicida, soledad y desesperanza serán menores, a diferencia de aquellos que tienen pensamientos negativos o no lo tienen claro.

Por otro lado, lo que para Villardón eran situaciones estresantes, en este estudio se evaluaron como situaciones trastornantes vividas en los últimos seis meses a la aplicación del estudio, se encontró que si reportan situaciones trastornantes los niveles en ideación suicida, soledad y desesperanza fueron mayores además de aumentar a medida que el número de situaciones es mayor y más aun cuando estas no han sido superadas.

Mientras que nosotros encontramos en el aspecto sociodemográfico que aquello que se relaciono significativamente con la ideación suicida es: no tener un trabajo estable, si el dinero con que cuenta alcanza sólo para lo más básico, si han recibido atención psicológica.

Por otra parte respecto a la soledad: el número de personas con que verdaderamente cuentan fue inferior a tres, al igual que cuando no cuentan con su pareja, si padecen más de tres enfermedades, también el nivel de soledad es mayor. Y por último al igual que la ideación suicida, el nivel de soledad es mayor cuando el dinero con que se cuenta solo alcanza para cubrir algunas necesidades.

En relación con la desesperanza ésta fue mayor cuando los jóvenes reportaron tener más de 21 años, así como cuando el número de personas con que verdaderamente cuenta fue menor a tres, si no tiene una pareja estable o si no cuenta con ella.

Dentro del estado mental suicida, Villardón plantea seis variables: depresión, desesperanza, soledad, autoconcepto negativo, pocas razones para vivir y expectativas positivas del suicidio. Además de que considera a la ideación suicida como la variable dependiente, mientras que las seis variables señaladas anteriormente como variables independientes que de una u otra manera impactan a la ideación suicida. Al aplicar su modelo en adolescentes encontró que:

La depresión es el aspecto que mejor explica la variabilidad de la ideación suicida. Además de este aspecto, las razones para vivir, la desesperanza, el autoconcepto, el estrés y el afrontamiento maladaptativo contribuyen a la explicación de la ideación suicida. Así mismo confirma la existencia de un estado mental suicida caracterizado por niveles altos de depresión y desesperanza, pocas razones para vivir y un bajo autoconcepto. La soledad, uno de los componentes del hipotético estado mental suicida, no confirmó su poder predictivo.

Mientras que en este estudio se consideró a la ideación suicida no como la variable dependiente, sino como una más que se asocia con otras, como lo son la soledad, desesperanza y la características sociodemográficas, encontrando que a diferencia del estudio de Villardón, en la presente investigación, la soledad demostró ser la variable que más se relacionó con la ideación suicida, al aplicar los instrumentos para la medición de la variables, considerando que la causa de esta diferencia podría estar en la utilización de instrumentos distintos para la medición de la soledad. Encontrando además que la relación entre soledad y desesperanza fue aun mayor que de ambas con la ideación suicida. El nivel de relación menor se encontró entre las variables desesperanza e ideación suicida aunque en todos los casos fue significativa.

Otro aspecto importante a considerar en este trabajo, es que al no encontrarse estudios similares en México, tampoco se contaba con instrumentos adaptados a la población mexicana para medir tanto la soledad como la desesperanza. En la facultad de psicología de la UNAM la doctora Montero (1998) diseño el Inventario Multifacético de Soledad (IMSOL), muy poco conocido, sin embargo exclusivamente diseñado para la población mexicana y a pesar de ser relativamente muy nuevo, se confirmo su confiabilidad. Así mismo para medir la

desesperanza en la población mexicana solo se contaba con la Escala de Desesperanza de Beck, que al ser aplicada a la población mexicana mostraba una confiabilidad por debajo de lo requerido. Debido a lo anterior la doctora Cordova y cols. (2005, en prensa), nos permitieron trabajar con la Escala de Desesperanza que acababan de diseñar y que demostró ser totalmente confiable para la población mexicana. Y para poder analizar los aspectos sociodemográficos, fue necesario elaborar la ficha de identificación, por medio de la cual se conocieron importantes datos.

Así también resaltamos la importancia para este estudio de haber utilizado instrumentos adecuadamente diseñados para la población mexicana, pues nos permiten tener la certeza de que los datos que encontramos son correctos y que pueden servir para posteriores estudios.

Por todo lo anterior podemos concluir que el objetivo del presente trabajo se cumplió, ya que al ser relacionadas las cuatro variables permitió observar la importancia de diversos aspectos en la prevención del suicidio. Que si bien no se retomaron todos los aspectos que rodean al suicidio, se da la pauta para que otros investigadores continúen con este tipo de estudios.

ANEXOS

ANEXO 1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES CAMPUS IZTACALA

El propósito del presente estudio es conocer la forma en que los estudiantes de la carrera de psicología perciben su propia vida. Por lo que a continuación recibirás un paquete con tres cuestionarios. Para responderlos te sugerimos tomar en cuenta las siguientes indicaciones:

- ⊖ Lee con cuidado las instrucciones de cada cuestionario y pregunta las dudas que tengas, con gusto te responderemos.
- ⊖ Responde de manera sincera y espontánea, sin detenerte demasiado en cada respuesta, recuerda que no existen respuestas correctas o incorrectas. Lo importante es tu primera reacción.
- ⊖ Contesta todas y cada una de las preguntas: todas tus respuestas son necesarias para tratar los datos en forma estadística.
- ⊖ Todos los datos que nos proporcionen serán confidenciales y serán tratados de manera automatizada, así que ten confianza y se lo más sincero (a) posible.
- ⊖ Utiliza sólo lápiz para responder, no utilices pluma, así si te equivocas podrás borrar fácilmente. Si no tienes lápiz pide uno a la persona que te entrego los cuestionarios.
- ⊖ Si no tienes dudas comienza a responder ahora. "GRACIAS DE ANTEMANO"

Contesta primero la ficha de identificación.

1. Sexo: Masculino () Femenino () 2. Edad: _____ años
3. Semestre que cursas actualmente: _____
4. Has vivido la mayor parte de tu vida hasta el momento en:
El Distrito Federal ()
Un estado de la República Mexicana () especifique _____
5. Estado Civil: Soltero (a) ()
Casado (a) () ¿Hace cuánto tiempo? _____
Unión Libre () ¿Hace cuánto tiempo? _____
Divorciado () ¿Hace cuánto tiempo? _____
Otra () Especifique _____
6. Si respondiste que eres soltero (a), contesta: ¿Tiene una pareja estable?
No () Si () ¿Cuánto tiempo llevan? _____
7. Tienes hijos (as): No () Si () ¿Cuántos? _____
8. Incluyéndote, ¿Cuántas personas viven en tu hogar? _____
9. ¿Cuántas habitaciones hay en tu vivienda? _____
10. ¿Con quién vives?
Sólo (a) () Con su pareja ()
Con su pareja e hijos () Sólo con su (s) hijo (s) ()
Con amigos (as) ()
Con su familia de origen: papás y hermanos ()
Otro (), especifique _____

11. ¿Qué lugar ocupas como hijo?
 Único () 1° () 2° () 3° () 4° () 5° ()
 Otro () especifique _____
12. Si tienes hermanos ¿Cuántos tienes? _____
13. ¿Trabajas?: No () Si () especifique _____
14. En tu infancia y adolescencia ¿Con quién has vivido principalmente?
 Papá y mamá () Sólo mamá ()
 Sólo papá () Algún familiar () especifique _____
 Otro () especifique _____
15. ¿Padeces alguna enfermedad?
 No () Si () especifique _____
16. ¿Tienes a consumir cotidianamente alguna sustancia para sentirte bien?
 No () Si ()
17. Si respondiste que si consumes sustancias, señala cual es la que tienes a consumir regularmente para sentirte bien:
 cigarro () alcohol ()
 café () medicamento no prescritos por el médico ()
 medicamento con prescripción médica () otros () ¿Cuáles? _____
18. En los últimos 3 meses ¿Has vivido situaciones que han trastornado tú vida?
 No () pasa a la pregunta 19
 Si () señala cuantas: una () dos () más de dos ()
19. Si contestaste que si has vivido situaciones difíciles, estas han sido con: (Si tienes más de una opción, marca en forma ascendente empezando por asignar el número 1 a la mas importante, continuando con el número 2 a la que le sigue, y así consecutivamente)
 padres () hermanos ()
 con tú pareja () con amistades ()
 con tus estudios () con el trabajo ()
 contigo mismo () otro () especifique _____
- Describe con tus propias palabras cual ha sido esa situación difícil que más te ha trastornado y si ya la has superado:
 Situación: _____

 Ya la has superado: No () Si ()
20. Indica el número de personas con las que **VERDADERAMENTE** cuentas en cualquier momento y sientes plena confianza de acudir en caso de necesidad: _____
21. ¿Cuántas de ellas pertenecen a tu familia? _____
 ¿Cuántas son amigos (as)? _____ o ¿Pareja? _____
22. Con respecto al dinero con el que regularmente cuentas a la semana, este te alcanza para:
 Satisfacer todas tus necesidades económicas ()
 Satisfacer diversiones ()
 Ropa, pasajes, comida y material escolar solamente ()
 Pasajes y comida solamente ()
 Pasajes solamente ()

23. Hablando de lo que piensas ¿Cuáles son los dos pensamientos que principalmente tienes acerca de ti mismo (a)?

1. _____
2. _____

24. ¿Has recibido algún tipo de atención psicológica o psiquiátrica?

No () Si () ¿Cuál fue la causa por la que la recibiste? _____

25. Finalmente, en una frase sencilla, cita como percibes tú futuro:

ANEXO 2
IMSOL
INVENTARIO MULTIFACÉTICO DE SOLEDAD.

INSTRUCCIONES:

A continuación encontraras una serie de afirmaciones que describen diversos sentimientos. Lee cuidadosamente cada oración e indica la frecuencia con la que experimentas tales sentimientos. Marca con una X (equis) la opción que elijas de cada una de las afirmaciones que se te presentan. *Recuerda no dejar ninguna pregunta sin contestar.* Las opciones son las siguientes: Todo el tiempo, la mayor parte del tiempo, algunas veces, casi nunca y nunca.

AFIRMACIÓN	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1. Me siento cansado(a) de luchar por la vida.					
2. Me siento abandonado (a).					
3. Me siento incomprendido(a) en mi familia.					
4. Me siento desamparado(a).					
5. Me siento apartado(a) de mi familia.					
6. Me siento solo(a).					
7. Me siento inseguro(a) acerca de mi futuro.					
8. Me siento satisfecho(a) con mi vida sentimental.					
9. Siento plena confianza de llamar a mis amigos cuando quiero.					
10. Siento que mi vida carece de propósito.					
11. Siento que mi vida esta llena de conflictos y tristezas.					
12. Siento que carezco de amigos(as) verdaderos(as).					
13. Cuento con el apoyo incondicional de mis amigos(as).					
14. Me siento encerrado en mi mismo(a).					
15. Me siento distante del cariño de mis amigos(as).					
16. Me siento triste.					
17. La soledad es mi única compañía.					
18. Siento que mi familia desaprueba mi forma de ser.					
19. Me siento rechazado(a).					

AFIRMACIÓN	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
20. En la escuela me siento a gusto con la gente que me rodea.					
21. Siento mi vida vacía.					
22. Me siento ajeno a mis compañeros de la escuela.					
23. Me siento vacío(a) de cariño.					
24. Siento que sólo cuento conmigo mismo(a).					
25. En mi escuela carezco de un grupo al que me sienta integrado.					
26. En la escuela cuento con mucha gente que me apoya.					
27. Me siento insatisfecho(a) con mi vida.					
28. Me siento aislado(a).					
29. Me llevo bien con la gente que me rodea.					
30. Cuento con mucha gente que me acepta como soy.					
31. Cuento con mucha gente que me apoya.					
32. Creo que mi familia desconoce mis sentimientos					

ANEXO 3 ESCALA DE DESESPERANZA DE CÓRDOVA Y COLS.

INSTRUCCIONES:

Del lado izquierdo hay 16 afirmaciones. Y del lado derecho cinco opciones de respuesta para esas afirmaciones: Siempre, Frecuentemente, A Veces, Casi Nunca y Nunca. Por favor lee con cuidado cada una de las afirmaciones y tacha en el recuadro vacío la opción de respuesta que mejor se ajuste a tus vivencias de la última semana, incluyendo el día de hoy. Elige solo una opción.

AFIRMACIÓN	Siempre	Frecuentemente	A Veces	Casi Nunca	Nunca
1.- Mis ilusiones decaen cuando pienso en el futuro.					
2.- Pienso que es acertado el refrán: "cada quién es responsable de su propio futuro".					
3.- Pienso que mi futuro mejorará en comparación con mi situación presente.					
4.- Siento decepción al no percibir un futuro prometedor.					
5.- Pienso que las situaciones o condiciones que viviré en el futuro serán muy prometedoras.					
6.- Siento desesperación debido a que el futuro me parece incierto.					
7.- Pienso "que tengo un gran futuro" por delante.					
8.- Siento decepción al pensar, que por más que me esfuerce las cosas no van a cambiar.					
9.- Pienso que si en el futuro cambian las cosas, será para empeorar.					
10.- Pienso que alcanzaré todas las metas que me he propuesto.					
11.- Siento desesperación porque creo que las cosas no van a cambiar con el paso del tiempo.					
12.- Pienso que tengo la capacidad o habilidad para formarme "un buen futuro".					

AFIRMACIÓN	Siempre	Frecuen- temente	A Veces	Casi Nunca	Nunca
13.- Pienso que será por mi culpa que en el futuro las cosas no resultarán como quisiera.					
14.- Me ilusiono por lo que haré en el futuro.					
15.- Pienso que las situaciones que se me presentarán en el futuro serán desfavorables.					
16.- Pienso que el futuro traerá cosas agradables para mi vida.					

ANEXO 4 ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK.

INSTRUCCIONES

A continuación se te presentarán una serie de descripciones que en muchas ocasiones se apegan a lo que algunas personas sienten. Marca con una X (equis) la opción de respuesta que corresponda a tu vivencia personal del último mes.

Sección I

1. ¿Qué tantas ganas tiene de seguir viviendo?
 - 0) El deseo de vivir es fuerte o moderado
 - 1) El deseo de vivir es poco, débil
 - 2) No tiene deseos de vivir

2. ¿Qué tanto desea usted morir?
 - 0) No tiene deseos de morir
 - 1) El deseo de morir es poco
 - 2) El deseo de morir es fuerte o moderado

3. Para usted ¿es preferible vivir que morir o morir que vivir?
 - 0) Vivir vale más que morir
 - 1) Morir vale más que vivir
 - 2) Le da lo mismo vivir que morir

4. ¿Ha deseado firmemente quitarse la vida?
 - 0) Ningún deseo de realizar un intento serio
 - 1) Lo ha deseado de vez en cuando
 - 2) Lo desea en forma continua y permanente

5. Si deseara quitarse la vida, ¿En qué momento lo haría?
 - 0) Lo haría cuando alguien lo pudiera rescatar
 - 1) Dejaría la vida o la muerte a su suerte (ej. cruzar una calle sin preocupación)
 - 2) Usted mismo(a) lo propiciaría o se dejaría morir sin involucrar a nadie

NOTA: Si contestó 0 en las preguntas 4 o 5, no conteste las secciones II, III Y IV y pase a la sección V.

Sección II

6. ¿Qué tanto tiempo piensa (duración del pensamiento) en la posibilidad de atentar contra su vida?
 - 0) Lo piensa en periodos cortos o en forma pasajera
 - 1) La idea permanece por más tiempo
 - 2) El pensamiento es (crónico) constante

7. ¿Qué tan seguido (frecuencia del pensamiento) piensa en la posibilidad de atentar contra su vida?
 - 0) Lo piensa rara vez u ocasionalmente
 - 1) Lo piensa intermitentemente
 - 2) Lo piensa continuamente, persistentemente

8. Cuando tiene estos pensamientos ¿Qué hace con ellos?
- 0) Los rechaza
 - 1) Le son indiferentes o ambivalentes
 - 2) Los acepta
9. Cuando ha tenido pensamientos de morir:
- 0) Los ha podido controlar
 - 1) Le es difícil o no se siente seguro de controlarlos
 - 2) No puede controlarlos
10. ¿Hay alguna razón o motivo por el que usted se ha detenido o que le haya impedido llevar a cabo sus deseos de quitarse la vida (como la familia, creencias religiosas, intento previo, etc.)?
- 0) No cometería suicidio porque hay motivos suficientes que se lo impediría
 - 1) Hay cierta duda por los motivos que lo impedirían
 - 2) No le importan o tienen una mínima importancia los motivos que se lo impiden
- Especifique: _____
11. ¿Qué razones tendría para llevar a cabo un intento?
- 0) Sus intenciones son para manipular, llamar la atención o por venganza
 - 1) Combinaciones de 0 y 2
 - 2) Sus intenciones son para escapar, poner fin o resolver sus problemas

Sección III

12. ¿Usted ha planeado en qué forma se quitaría la vida?
- 0) No lo he considerado
 - 1) Lo ha considerado, pero no en detalle
 - 2) Lo ha considerado, muy detalladamente
13. ¿Qué tan difícil le sería conseguir el método para llevarlo a cabo?
- 0) Le es difícil conseguir el método
 - 1) La forma en la que planea destruirse le llevaría tiempo y esfuerzo, las oportunidades que tiene son pocas
 - 2a) La forma en la que planea atentar contra su vida es factible por que hay oportunidades para lograrlo
 - 2b) Hay alguna planeación anticipada del éxito para conseguir el método y la oportunidad para llevarlo a cabo
14. ¿Usted cree que podría llevar a cabo un intento?
- 0) Le asusta la idea, no es lo suficientemente fuerte, no tiene valor, es incapaz de llevarlo a cabo
 - 1) No esta muy seguro de tener el valor de hacerlo, pero cree que es más capaz
 - 2) Está totalmente seguro de que lo puede llevar a cabo y tiene el valor y la capacidad para realizarlo
15. ¿Usted ha pensado en las consecuencias que tendría el autodestruirse?
- 0) No lo ha pensado
 - 1) No está muy seguro
 - 2) Si lo ha pensado

Sección IV

16. Últimamente ¿Ha preparado y planeado cómo autodestruirse?
- 0) No lo ha preparado
 - 1) Lo ha preparado en forma parcial (empieza a preparar el método)
 - 2) Lo ha preparado completamente (ya tiene el método)
17. Últimamente ¿Ha escrito o pensado enviar a alguien alguna nota sobre los motivos por los cuales desea terminar su vida?
- 0) No
 - 1) Empezó a escribir pero no la terminó, solamente ha pensado en hacerlo
 - 2) Ya tiene un escrito hecho
18. Actualmente ¿Ha pensado o realizado en forma verbal o escrita la distribución de sus bienes?
- 0) No
 - 1) Lo ha pensado y/o ha hecho algunos arreglos
 - 2) Ha realizado arreglos y planes definitivos
19. Actualmente ¿Ha dejado entrever sus intenciones de quitarse la vida?
- 0) Reveló abiertamente sus ideas
 - 1) Evitó revelarlas
 - 2) Trató de disimularlo o de ocultarlo

Sección V

20. ¿Intento suicidarse previamente?
- 0) No o nunca (Si está fue tu opción no contestes la pregunta 21)
 - 1) Una vez
 - 2) Más de una vez
21. ¿Qué tanto deseó morir en esta ocasión en comparación con la última vez que lo intentó?
- 0) El deseo fue insignificante en esta ocasión
 - 1) El deseo fue moderado, ambivalente en esta ocasión
 - 2) Un gran deseo de morir en esta ocasión

ANEXO 5
TARJETA PARA SOLICITAR AYUDA O INFORMACIÓN PSICOLÓGICA.

Si tienes alguna inquietud puedes

Comunicarte a:

SAPTEL

Cd. de México y área Metropolitana

5259-8121

o al correo electrónico

salud-fam@campus.iztacala.unam.mx

REFERENCIAS

- Artasanchez, F. S. (1999). Factores de riesgo para la ideación suicida: análisis retrospectivo de factores de interacción y crianza. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. México, D. F.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Texler, L. (1974). "The measurement of pessimism: The hopelessness scale". Journal Consult Clinic Psychology, 42: 861-865.
- Beck, A. T., Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). "Assement of suicida intent: The scale for suicide ideation". Journal Consult Clinic Psychology . 47:343-352.
- Beck, A., Steer, R., Kovacs, M. y Garrison, B. (1985). "Hopelessness and eventuakl suicide: A 10 years prospective study of patients hospitalized suicidal ideation". American Journal Psychiatry. 142 (5) 559-563.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Sandersom, W. C., Mandland, T. (1991). "Panic Disorder an Suicidal Ideation and Behavior: Discrepant Findings in psychiatric Outpatients". American Journal Psychiatry. 148: 1195-1199.
- Borges, G.; Rosovsky, H.; Gómez, C. y Gutiérrez, R (1996). "Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994". Salud Pública México. 38:197-206. Documento en línea, disponible en:
<http://www.insp.mx/salud738/383-5shtml>
- Casullo, M. M. (1998). Cuadernos de Evaluación Psicológica en Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica. México: Paidós.

Córdova, O. M., Rosales, P. J. y Eguiluz, L. L. (2005, en prensa). "La didáctica constructiva de una Escala de Desesperanza. Resultados preliminares". Enseñanza e Investigación en Psicología.

Durkheim, E. (2003). El suicidio. (7ª ed.) México: Coyoacán.

Eguiluz, L. L. (1995). "Una reflexión sobre la conducta suicida desde el marco de la terapia familiar". Psicología Iberoamericana Nueva Época. 3 (1) 18-23.

Eguiluz, L. L., Neyffeler, E., Alcantara, G. y Chávez, S. (2005 en prensa). "Relación entre ideación suicida y el clima familiar". Sistemas Familiares.

García, A. J. A. (1989). La soledad del Hombre. España: Edersa, Editoriales de Derechos Reunidas.

García, J. E. y Peralta, V. (2002). "Suicidio y riesgo de suicidio". Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 25 (3) 87-96. Documento en línea, disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25-3html>

García, P. T. (1998). "Estudio del suicidio en la ciudad de la Habana a través de la autopsia psicológica". Medicina Legal de Costa Rica. 15 (1-2) 1-13.

Goldman, H. (1989). Psiquiatría General. México: Ed. El Manual Moderno.

Gómez, C. C. S. (1996). Relación entre la ideación suicida y el nivel psicosocial en estudiantes del nivel medio superior del Distrito Federal. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología, México, D. F.

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, C. A. E. (2000). Escala de desesperanza para niños. Características psicométricas en tres muestras de niños mexicanos. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. México, D. F.
- González, M. S. (1998). La ideación suicida como indicador para la prevención secundaria del suicidio en población estudiantil. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología, México, D.F.
- González-Forteza, C., Berenzon, S. y Jiménez, A. (1999). "Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes" Salud Mental. (Número Especial): 145-153.
- González-Forteza, C. F. (1996). Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. México, D. F.
- González-Forteza, C. y Andrade, P. 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) 41-47.
- González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M. E. y Sánchez, M. A. (1998). "Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios". Salud Mental. 21 (3) 1-9.
- González-Forteza, C., Ramos, L. L., Vignau, B. L. E. y Ramírez, V. 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) 16-24.

- Guerrero, S. M. L. (2003). Relación entre maltrato a hijos adolescentes, autopercepción de soledad y estrategias de poder en la pareja. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. México, D. F.
- Guibert, R. W. (2002). "Enfrentamiento especializado del paciente suicida". Revista Cubana de Medicina General Integral. 18 (2). Documento en línea, disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi08202
- Hernández, M. A. (1997). El suicidio en hombres en el Distrito Federal, durante el Período de 1989-1994. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala. México, Estado de México.
- Ibarra, A. M. C. (1997). Relación entre desesperanza y depresión con el intento suicida. Tesis de Especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. México, D. F.
- INEGI (2004). Estadística de intentos de suicidio y suicidios. México: INEGI cuaderno núm. 9.
- Kazdin, A. E., Rodgers, A. y Colbus, D. (1986). "The hopelessness scales for children: Psychometric Characteristics and concurrent validity". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 54 (2) 241-245.
- Klein, M. (1982). El sentimiento de soledad y otros ensayos. Buenos Aires: Paidós.
- Méndez, R. I.; Namihira, G. D.; Moreno, A. L. y Sosa, M. C. (1987). El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis. (2ª ed.) México: Trillas.

- Mondragón, B. L. (1996). La ideación suicida en relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. México, D. F.
- 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.
- Mondragón, L., Saltijera, M. T., Bimbela, A. y Borges, G. (1998). "La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol". Salud Mental. 21 (5) 20-27.
- Montero, M. E. y López, L. (1993). "Significado psicológico de la soledad en la adolescencia". Revista de Psicología Social y Personalidad. 9 (1) 1-11.
- Montero, M. E. y López, L. (1998). Soledad: Desarrollo y validación de un inventario multifacético para su medición. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. México, D. F.
- Montero, M. E., López, L. y Sánchez-Sosa, J. J. (2001). "La soledad como un fenómeno psicológico: un análisis conceptual". Salud Mental. 24 (1) 19-27.
- Moron, P. (1992). ¿Qué sé? El suicidio. México: Lito Arte.
- Mosquera, M., Parra, L., Acero, M. y Escobar, F. (2003). "Evaluación y manejo del paciente suicida". Colombia:Nintus 1 (5) 43-49.

- Muñoz, M. M. E. (2000). Correlación entre ideación suicida en adultos mayores hospitalizados. Tesis de Especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. México, D. F.
- Núñez, O. R. (2000). Constructos cognoscitivos relacionados con la depresión infantil. Pensamientos automáticos, desesperanza, anhedonia y sintomatología depresiva. Tesis de Especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. México, D. F.
- Murguía, D. L. (2003). "Exploración fenomenológica en 50 casos de intento de Suicidio". Revista de psiquiatría de Uruguay. 67 (2) 143-155.
- Osornio, C. L. (1999). Caracterización de la personalidad de los adolescentes suicidas. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. México, D. F.
- Peña, G. L.; Casas, R. L.; Padilla, C. M.; Gómez, A. T. y Gallardo, A. M. (2002). "Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes jóvenes". Revista Cubana Médica Militar. 31 (3) 182-187.
- Pérez, B. S. A. (1996). Glosario de términos suicidológicos. Documento en línea, disponible en:
<http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/index.shtml>
- Pérez, B. S. A. (1999). "El suicidio, comportamiento y prevención". Revista Cubana Medicina General Integral. 15 (2) 196-217.
- Pérez, B. S. A. (2004). ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? Psicología en línea. Documento en línea, disponible en:
<http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/comportamiento.shtml>

- Rojas, S. R. (1985). Guía para realizar investigaciones sociales. México: UNAM, Imprenta Universitaria.
- Ruíz, S. J., Imbernón, G. J. y Cano, S. J. (1999). "Psicoterapia Cognitiva de Urgencia del Intento de Suicidio". Instituto Superior de Estudios Psicológicos. Documento en línea, disponible en:
<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Urgencia/urgencia10.htm>
- Russell, D.; Cutrona, C.; Rose, J.; y Yurko, K. (1984). "Social and emotional loneliness an examination of weiss typology of loneliness". Journal of Personality and Social Psychology. 46: 1313-1321.
- Sullivan, E. D. y Everestine, L. (1992). Personas en crisis. Intervenciones terapéuticas estratégicas. México: Pax México.
- Thomas 52952 (2002). Libertad fatal. Ética y política del suicidio. Barcelona: Paidós.
- Villardón, G. L. (1993). El pensamiento de suicidio en la adolescencia. Bilbao: Rontegui.
- Young, M. A., Fogg, L. F. Scheftner, W. Fawcett, J., Akaskal, H. Y Maser, J. (1996). "Stable trait components of hopelessness: Baseline and sensitivity to depression". Journal of Abnormal Psychology, 105 (2) 155-165.
- <http://noticias.vanguardia.com.mx/showdetail.cfm/341786/De-5.7-por-ciento-anual-la-tasa-de-suicidio-en-M%C3%A9xico/> De 5.7 por ciento anual la tasa de suicidio en México. Sábado 17, Enero, de 2004.
- <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual.htm> Manual de Psicoterapia cognitiva.