



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

“LA IDEACIÓN SUICIDA DE RIESGO EN ESTUDIANTES DE LA
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE QUERÉTARO: SU
ASOCIACIÓN CON ESTADO EMOCIONAL, DESEMPEÑO
ACADÉMICO Y LA VIVENCIA DE EXPERIENCIAS
TRASTORNANTES”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

MARTHA ELBA GAMBOA MEZA

COMISIÓN DICTAMINADORA:

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



IZTACALA



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.

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 que creía imposible y que el día de hoy es posible es a Dios, pues ha estado cerca de mí en momentos muy difíciles, tiempos de obscuridad que pensé viviría por siempre y el día de hoy a su lado e encontrado la luz, me ha ayudado a recobrar y mantener la fe después de haber dudado de su existencia.

Hace muchos años las esperanzas de una madre de tener una hija profesionalista quedaron dormidas por mucho tiempo, pero el día de hoy Carmelita nuestro sueño se ha hecho realidad y valoro el tiempo que deje pasar y reconozco que no fue pérdida de tiempo sino un largo camino de aprendizaje, gracias mamá por preocuparte siempre por mí.

A Panchito, que aunque tu presencia física no sea posible tenerla, sé que siempre estarás conmigo aun en esencia y sé que desde donde te encuentres compartirás la felicidad que el día de hoy siento de terminar este proyecto, gracias papá.

A Leslie por tu apoyo incondicional a la realización de este trabajo pasando esas noches interminables mecanografiando o siendo un apoyo emocional, aun teniendo que dejar a un lado a tu familia, gracias hija.

Alexia gracias por apoyarme en la realización de este trabajo cediendo el tiempo que era para ti, te agradezco todos los momentos que con tu amor disminuías la preocupación y con tus manitas tratabas de disipar mi cansancio dándome masajes que siempre me resultaron gratificantes y disminuían mi fatiga, gracias Tuguita, mi pequeña hija.

A mi Chatito que con su llanto me recordaba su existencia y que tenía que poner mucho empeño en este trabajo para poder ser guía en un futuro, gracias bebe.

A Irma, Alfredo, Hilda y Raúl quienes siempre han estado cerca de mí en los momentos que más he necesitado de una palabra de aliento, ellos han tenido la frase correcta en el momento adecuado, gracias hermanos.

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

AGRADECIMIENTOS ACADÉMICOS

Agradezco a la Dra. Martha Córdova Osnaya por su asesoría, consejo, paciencia y conducción diligente para la presentación final de este trabajo.

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

A la Dra. Luz de Lourdez Eguiluz Romo por su disposición y apoyo de este trabajo.

Gracias por darme su confianza, fuerza de voluntad y deseos de superación, por dar luz a mi mente, por tener paciencia y guiarme en la correcta orientación de este proyecto.

Martha Elba Gamboa Meza.

ÍNDICE

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN.....1

CAPÍTULO 1. EL SUICIDIO

1.1 El suicidio: una perspectiva mundial.....4

1.2 Definición del Suicidio.....5

1.2.1 Definición de Suicidio a través de la Historia.....7

1.3 Clasificación del Suicidio.....10

1.3.1 Clasificaciones Históricas (Durkheim).....10

1.3.2 Clasificación Contemporánea.....22

1.4 Comportamiento Suicida.....24

1.4.1 Ideación Suicida.....26

1.4.2 Intento de Suicidio.....28

1.4.3 Suicidio Consumado.....30

1.5 Factores de riesgo suicida.....31

CAPÍTULO 2. IDEACIÓN SUICIDA DE RIESGO

2.1 Concepto de Ideación Suicida.....33

2.1.1 Ideación suicida en Adolescentes y jóvenes.....35

2.2 Factores de Riesgo Vinculados a la Conducta Suicida.....36

2.3 La Ideación Suicida y La Perspectiva Cognitivo Conductual.....43

2.4 Ideación Suicida en Adolescentes y Jóvenes Mexicanos.....47

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1 Planteamiento del Problema.....53

3.2 Método.....	55
3.3 Procedimiento.....	58
CAPÍTULO 4. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	
4.1 Sociodemográficos.....	60
4.2 Descripción de las Características Psicométricas de las Escalas de Ideación Suicida y Estado Emocional.....	82
4.2.1 Ideación Suicida.....	82
4.2.2 Estado Emocional.....	85
4.3 Descripción de Resultados por Escala.....	87
4.3.1 Ideación Suicida.....	88
4.3.2 Estado Emocional.....	89
4.4 Comprobación de Hipótesis de Investigación.....	90
CAPITULO 5. CONCLUSION Y DISCUSIÓN.....	94
REFERENCIAS.....	97
ANEXOS	

RESUMEN

El suicidio es todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habrá de producir este resultado, a la fecha es uno de los problemas sociales más importantes, ya que en el mundo cada 40 segundos un suicida cumple su propósito.

En el caso de la investigación del suicidio, el primer problema consiste en el reconocimiento preciso de que pensamientos tiene el sujeto y que tanto estos influyen en que se de el suicidio, ya que se tiene información de que no siempre que se reporta ideación suicida subyace realmente la intención de quitarse la vida.

La ideación suicida, ha sido poco estudiada en nuestro país aun cuando se ha demostrado que es un importante predictor del intento suicida.

Por lo cual, el objetivo del presente trabajo, es comparar la incidencia de ideación suicida de riesgo entre hombres y mujeres de la Universidad Tecnológica de Querétaro y su relación con el estado emocional, abuso sexual, el desempeño académico y la vivencia de experiencias trastornantes, para cumplir este objetivo se llevó a cabo la aplicación del instrumento de Riesgo Suicida y Salud en 394 estudiantes de entre 18 y 24 años de la Universidad Tecnológica de Querétaro, mediante un muestreo intencional, encontrando que existe una relación significativa entre ideación suicida de riesgo- estado emocional, e ideación suicida de riesgo-experiencias trastornantes.

INTRODUCCIÓN

Tomando en cuenta que el suicidio es uno de los problemas sociales más importantes en este momento, ya que en el mundo cada 40 segundos un suicida cumple su propósito, es de vital importancia, conocer los términos y conceptos que se relacionan con este fenómeno, para lo cual se citan algunos autores que lo han referido de la siguiente forma.

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

Durkheim (1971) menciona 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” (p.16).

La OMS define al suicidio como un acto con resultado fatal, que es deliberadamente iniciado por una persona en contra de sí misma y con el conocimiento y expectativa de que éste le causara la muerte (citado en Hernández, 2007).

En la actualidad se sabe que el suicidio puede implicar una “secuencia de comportamientos no necesariamente secuenciales o indispensables los cuales son: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y suicidio consumado” (Rosales, 2007, p.2).

Sin duda en cualquier definición de suicidio la intención de morir es un elemento clave. 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, 2007).
- 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 suicido fallido.
- El suicido 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).

En la actualidad la mayor parte de la población de la República Mexicana esta constituida por gente joven y es por ello que la atención de los problemas de salud en este sector se hace más necesaria. Debido a que a la fecha, el suicidio es uno de los fenómenos que se presenta en un alto porcentaje. En 1992 en numero de casos en el grupo de 15-20 años fue de 522, para 1995 la cifra aumento a 958 (González-Forteza, Berenzon y Jiménez, 1999).

Para esta población Gómez (2008) define una serie de factores que por su presentación son considerados como factores de riesgo y son los siguientes:

- Enfermedades Siquiátricas
- Personalidad
- Enfermedades Somáticas
- Factores Cognitivos

- Factores Psicosociales

De lo anterior se desprende el objetivo del presente trabajo, que consiste en comparar la incidencia de ideación suicida de riesgo entre hombres y mujeres, así como la relación de la ideación suicida de riesgo con respecto a el estado emocional, el abuso sexual, el desempeño académico y la vivencia de experiencias trastornantes, en estudiantes de la Universidad Tecnológica ubicada en el estado de Querétaro

Ahora bien para alcanzar el objetivo del presente trabajo se dividió este en cinco capítulos los cuales contienen lo siguiente:

En el primer capítulo, se describirá el suicidio desde una perspectiva mundial, su definición actual, así como a través de la historia, la forma de cómo se clasifica y la descripción del comportamiento suicida.

En el segundo capítulo, se definirá el concepto de ideación suicida, la ideación suicida en adolescentes y jóvenes, los factores de riesgo, la perspectiva cognitivo conductual y finalmente la ideación suicida en adolescentes y jóvenes mexicanos.

En el tercer capítulo, se describe la metodología que se siguió para llevar a cabo la investigación del presente trabajo, incluyendo el planteamiento del problema, método y procedimiento.

En el cuarto capítulo se llevó a cabo la descripción y el análisis de resultados, iniciando con la parte Sociodemográfica, posteriormente la descripción de las características psicométricas de las escalas de ideación suicida y estado emocional y finalmente la descripción de resultados de las dos escalas.

Por ultimo en el capítulo cinco se presentas las conclusiones y discusión del trabajo.

CAPÍTULO 1. EL SUICIDIO

En el siguiente capítulo se describe la perspectiva mundial del suicidio, su definición, clasificación, así como los factores de riesgo.

1.1 El Suicidio; una perspectiva mundial

En la actualidad el tema del suicidio acapara la atención de muchos estudiosos y uno de ellos es el doctor José Bertolote, del Departamento de salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, quien opina que cada segundo, algún ser humano trata de suicidarse en algún país del mundo, y cada 40 segundos, un suicida cumple su propósito, menciona también que el suicidio es un problema grave de salud pública y que muy pocas personas lo consideran un problema, prefieren no mencionarlo y hacen un verdadero esfuerzo por ocultarlo.

También reconoce que la magnitud del problema pudiera ser más alarmante de lo que muestran las estadísticas, porque se suele en ocasiones ocultar un suicidio para evitar la estigmatización de la persona que ha acabado con su propia vida, o de la familia de la persona, por convivencia social, razones políticas, o por que la persona que comete el suicidio deliberadamente lo hace aparecer como un accidente. La OMS asegura que más personas mueren cada año debido al suicidio que a la suma de homicidios y guerras, aunque en América Latina no llega a las alarmantes cifras de algunos países como Lituania 51.6 por 100 mil habitantes, o Federación de Rusia 43.1. Hay países latinoamericanos como Cuba o Uruguay que se mantienen a la cabeza de la región con índices altos. En el año 2000, unas 815 000 personas murieron a causa del suicidio en todo el mundo, esto representa una tasa mundial de mortalidad anual de cerca de 14,5 por 100 000 habitantes lo cual equivale a una defunción cada 40 segundos. El suicidio es la decimotercera causa principal de muerte en el mundo. Entre las personas de 15 a 44 años de edad, las lesiones autoinflingidas son la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad. Las muertes por suicidio son solo una parte de este problema muy grave. Además de los que mueren, muchas personas más sobreviven a los intentos de acabar con su propia vida,

con un daño a menudo suficientemente grave para requerir atención médica Bertolote (2008).

Por otro lado, cada persona que se suicida deja detrás de sí a muchas otras –familiares y amigos- cuyas vidas resultan profundamente afectadas desde el punto de vista emocional, social y económico (Stoudemire, 1986).

La Organización Mundial de la salud reporta que el intento de suicidio y la muerte por suicidio entre adolescentes se han incrementado en las últimas décadas en México. Si además se considera que entre el 2000 y el 2020 el grupo de edad más grande de la población mexicana será el de 10 a 19 años adquiere aún mayor relevancia su prevención y manejo correspondiente como problema de salud (Hernández, 2007).

1.2. Definición de Suicidio

En el caso de la investigación del suicidio, el primer problema a resolver correspondió a la definición del término, ya que identificar claramente un caso de suicidio del que no lo es, no es tarea sencilla. En el mismo sentido, había que dilucidar si el suicidio corresponde a una clase de comportamientos con distintos niveles o si el suicidio solo es el comportamiento de quitarse la vida por cualquier medio (Rosales, 2007).

Por otro lado, también han existido discrepancias acerca de la terminología más apropiada para describir el comportamiento suicida. Recientemente, se ha propuesto el término “comportamiento suicida mortal”, basado en el resultado, para los actos suicidas que ocasionan la muerte y, de igual manera “comportamiento suicida no mortal” para las acciones suicidas que no provocan la muerte. Tales actos a menudo se llaman “intentos de suicidio” un termino común en los Estados Unidos, “parasuicidio” y “daño autoinflingido deliberado” términos que son comunes en Europa (Canetto, 1995).

Sir Thomas Browne Médico y filósofo, fue quién acuñó el término “suicidio” el cual en sí evoca una referencia directa a la violencia y a la agresividad. En su obra *religión medici* en 1642. Browne creó la palabra basándose en los términos del latín *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar). El término nuevo reflejaba el deseo de distinguir entre el homicidio de uno mismo y el hecho de matar a otra persona (Shneidman ,1985).

Hacia el final del siglo XIX, Durkheim definió al suicidio en términos de un acto personal, propositivo y consciente, mediante el cual el sujeto que lo realiza busca terminar con su propia vida (Jiménez y González-Forteza, 2003).

Para la Organización Mundial de la Salud (citado en Hernández, 2007) el suicidio es definido como un acto con resultado fatal, que es deliberadamente iniciado por una persona en contra de sí misma y con el conocimiento o expectativa de que éste le causará la muerte.

Bonger (1992 en Hernández, 2007) menciona que el suicidio es una conducta agresiva, realizada con el propósito de la autodestrucción, con conciencia de ello, y con la finalidad de lograr la muerte.

Una definición muy conocida de suicidio es la que aparece en la edición de 1973 de la Enciclopedia británica, citada por Shneidman el cual menciona que es: “el acto humano de causar la cesación de la propia vida” (Shneidman ,1985).

Szasz (2002) Menciona que la palabra “suicidio” se usa 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 calificar el suicidio de pecaminoso, criminal, irracional, injustificado en una palabra, malo.

En la actualidad se sabe que el suicidio puede implicar una “...secuencia de comportamientos no necesariamente secuenciales o indispensables los cuales son: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y suicidio consumado” (p.2. Rosales, 2007).

Sin duda en cualquier definición de suicidio la intención de morir es un elemento clave. No obstante, a menudo es sumamente difícil reconstruir los pensamientos de las personas que se suicidan, a menos que hayan expuesto sus intenciones con claridad antes de su muerte o que hayan dejado una nota de suicidio. No todos los que sobreviven a un acto suicida se habían propuesto vivir ni todas las muertes por suicidio han sido planificadas. Por lo tanto, puede ser problemático establecer una correlación entre la intención y el resultado. En muchos sistemas jurídicos, se certifica como suicidio una muerte cuando las circunstancias son compatibles con un suicidio y pueden descartarse el asesinato, la muerte accidental y las causas naturales (Canetto ,1995).

Como se observa, las diferentes definiciones de suicidio, tienen como principal punto, el que el ser humano busca terminar con su propia vida teniendo como propósito su autodestrucción. Pero no solo estas definiciones nos marcan la pauta para entender el tema de suicidio, a lo largo del tiempo los seres humanos han tratado de explicar este tipo de comportamiento para poder dar ayuda al ser humano que sufre este problema.

1.2.1. Definición de suicidio a través de la Historia

Así como en la actualidad no se ha llegado a un consenso de lo que se define como suicidio a lo largo de la historia el concepto se ha modificado en relación a los rasgos sociales y modelos culturales dominantes de cada época, los cuales determinan el sentido y los significados de los fenómenos y eventos cotidianos. La estrategia elegida para conceptuar el fenómeno del suicidio, se

convierte en el soporte práctico que justifica (por ello en el fundamento de una moral) que justifica o no, la intervención de los diversos dispositivos sociales y comunitarios existentes para la administración de la vida y de la muerte.

Anteriormente, la Iglesia Católica, penalizaba al suicidio puesto que lo consideraba una trasgresión a la Ley Divina, prohibiendo al sacrílego suicida la absolución de su alma y la entrada de su cuerpo pecador al campo santo; en el año 542 se prohibió la sepultura del suicida en cementerio y en el año 563, en el concilio de Praga, se colocó además una sanción penal para el suicida.

En la Edad Media, el suicida además de pecador, era considerado el Peor Criminal. El cuerpo del suicida no podía ser tocado por nadie, puesto que pertenecía al Estado. El cadáver era colocado en un crucero de camino, con una estaca que atravesaba su cuerpo (como a los vampiros) y se colocaba una piedra sobre su cara. El terror a los suicidas duró más tiempo que el miedo a los vampiros y a las brujas.

Con sus diferencias, pero en la mayoría de los países, se torturaban los cuerpos de los suicidas, se confiscaban sus bienes, se difamaba su nombre y se incendiaba su casa, en ocasiones se agregaban también penas materiales a los familiares del suicida (Chávez, 2005).

Siguiendo con este breve análisis retrospectivo del suicidio, Clemente y González (1996) mencionan que en la filosofía griega se encuentran argumentos dispares para condenar o justificar el acto del suicidio, retomando para esto las concepciones de los principales filósofos:

Sócrates: Para él, el suicidio es un atentado contra los dioses, únicos dueños de la vida y el destino de los hombres, aunque sin embargo, reconoce que la muerte, es una liberación para el alma, tanto del cuerpo como de la vida terrenal.

Aristóteles: Se preguntaba acerca de sí la vida es digna de ser vivida, respondía positivamente basándose en una elección y en una acción voluntaria, es decir, reflexiva y deliberada: el hombre que es capaz de vivir bien y actuar bien prefiere una vida que puede ser conducida racionalmente- es decir, virtuosamente- y esto implicaría que es posible estar por encima de la suerte y de la fortuna.

Platón: Consideraba que la infracción que comete el suicida es la de adelantarse a los designios de la divinidad providente (un hombre no debía de matarse antes de que la divinidad lo creyese necesario).

Filosofía Helenística: El suicidio aparece como una de las manifestaciones de la libertad y, en ese sentido como un derecho, sobre todo cuando alguien considera que ha vivido ya lo suficiente, completando su ciclo vital, o que no tiene necesidad de sufrir más y que no puede tolerar la vida, también cuando debemos preferir la muerte a la esclavitud.

Séneca: En su epístola 70 establece los criterios por los que quedaría validado en el mundo occidental, considerando que la vida es potestad del individuo, por lo que propone el suicidio como una salida honrosa a una vida infructífera y dolorosa a la que todo hombre tiene derecho.

Santo tomas de Aquino. Establece principios por los cuales se prohibía el suicidio ya que el suicidio es un acto contra la naturaleza, y contraviene el amor natural que cada uno siente por si mismo, así como el impulso de conservación.

Schopenhauer: Desde su visión filosófica, el suicidio, lejos de ser una reafirmación de la muerte es una reafirmación de la vida, por cuando se huye de lo negativo, no de lo positivo, por lo que ve al suicidio no como un desear morir, sino como un deseo de vivir que el hombre ve irrealizable, reconociendo que ha nada en el mundo tiene cada uno tan indisputable derecho como a su persona y vida (Romero, 2002).

1.3 Clasificación del suicidio

Durkheim (2003) clasifica al suicidio en dos categorías social y psicológico:

1.3.1 Clasificaciones Históricas (Durkheim)

- Social

1.- Suicidio Egoísta

Donde se observara en primer termino la manera en que influyen sobre el suicidio las diferentes confesiones religiosas, ya que si echa una ojeada al mapa de los suicidios europeos, se advertirá a primera vista que en los países puramente católicos el suicidio esta muy poco desarrollado, mientras que llega a su máximo en los países protestantes. Es indudable que no todos estos países se hallan en el mismo nivel intelectual y moral; no obstante, las semejanzas son lo bastante esenciales para que sea lícito atribuir a la diferencia de cultos el contraste tan marcado que presentan desde el punto de vista del suicidio. Para poder comparar esto deberemos comparar ambas religiones, catolicismo y protestantismo desde el seno de la sociedad.

En lo que respecta a los judíos, su actitud para el suicidio es también inferior a la de los protestantes, y generalmente también inferior aunque en menos grado a la de los católicos, la única diferencia que existe entre católicos y protestantes es que el segundo admite el libre examen con mayor extensión que el primero. Sin duda el catolicismo concede al pensamiento y a la reflexión un menor espacio que el protestantismo o que el judaísmo, lo que busca es reinar sobre las conciencias. El protestante es el autor de su creencia, la biblia se deja en sus manos y ninguna interpretación de ella se le impone, esto hace más sensible el individualismo religioso.

Así llegamos a un primer resultado; la inclinación del protestantismo por el suicidio debe estar en relación con el espíritu del libre examen, que anima esta religión. Si el protestantismo da una mayor eficacia al pensamiento individual, es porque cuenta con menos creencias y prácticas comunes. Como conclusión se puede decir que la superioridad del protestantismo con respecto al suicidio, proviene de que se trata de una iglesia integrada con menor fuerza que la iglesia católica. De la misma forma puede explicarse lo que sucede con el judaísmo ya que debido a su historia de numerosas persecuciones, los judíos han creado en sus comunidades una sociedad compacta con un alto sentido de la unidad y de la solidaridad, donde todo el mundo piensa y vive en ella de la misma manera, por eso la iglesia judía resulta ser más fuertemente concentrada que ninguna otra, en consecuencia y como analogía del protestantismo, es a esta misma causa, a la que debe atribuirse la débil inclinación de los judíos por el suicidio. El judaísmo, como todas las religiones inferiores, consiste esencialmente en un cuerpo de doctrinas que reglamentan de un modo minucioso todos los detalles de la existencia y deja poco lugar al juicio del individuo.

De lo anteriormente expuesto se deducen dos conclusiones importantes; por un lado, se observa como el suicidio progresa con la ciencia; y por el otro se distingue que entre más numerosos y fuertes son los estados colectivos, más fuertemente integrada esta la comunidad religiosa y más virtud preservativa tiene. Lo importante no son los dogmas y los ritos, si no que sirvan por su naturaleza para alimentar una vida colectiva de una suficiente intensidad: porque la iglesia protestante no tiene el mismo grado de consistencia que las otras, es por lo que no ejerce sobre el suicidio la misma acción moderadora.

Por otra parte, si la religión no preserva el suicidio solamente en cuanto es una sociedad, y en la medida en que lo es, otras sociedades producirán probablemente el mismo efecto. Observamos desde este punto de vista a la familia y a la sociedad política. En un principio se pensó, sin ver a mayor profundidad que las personas casadas se suicidaban más que las solteras, pero

esta afirmación es completamente falsa y lo demostró Berlinton padre, después de un detenido estudio donde concluyo que no es causa del matrimonio, sino causa de la edad, ya que si se estudia a todos los solteros frente a todos los casados, tomando en cuenta a personas de corta edad que no están casadas y debido a su corta edad tampoco tienen tendencia al suicidio, por lo tanto si se pretende comparar estos dos grupos se deberá hacerlo con personas de igual edad tanto solteros como casados, y así se comprueba que la cifra de suicidios es mayor en los primeros que en los segundos. Por lo tanto se puede decir que el estado del matrimonio disminuye aproximadamente en una mitad el peligro del suicidio.

De otro estudio similar se deduce que las personas viudas se suicidan mucho más que cualquier otro grupo de población de la misma edad.

De todos estos estudios se desprenden una serie de leyes:

- los matrimonios demasiado precoces ejercen una influencia agravante sobre el suicidio, sobre todo en lo que concierne a los hombres.
- A partir de los veinte años, los casados de ambos sexos se benefician con un coeficiente de preservación, en relación con los solteros.
- El coeficiente de preservación de los casados en relación con los solteros varía con los sexos.
- La viudez disminuye el coeficiente de los casados de ambos sexos, pero de ordinario no lo suprime completamente

La inmunidad de que gozan los casados, puede deberse únicamente a dos causas:

Por un lado, o se debe a la influencia del medio domestico y, en tal caso, sería la familia la que, por su acción, neutralizaría la inclinación al suicidio o le

impediría manifestarse; o se debe a lo que puede llamarse la selección matrimonial. El matrimonio, en efecto, opera mecánicamente en el conjunto de la población una especie de selección. No se casa el que quiere; hay pocas probabilidades de conseguir fundar una familia cuando no se reúnen ciertas condiciones de salud, de fortuna y de moralidad. Fuera de estas consideraciones, los numerosos hechos demuestran que la situación respectiva a los casados y a los solteros se debe a causas muy distintas, si fuese un efecto la selección matrimonial, en el momento en que los jóvenes empiezan a casarse debería empezarse a ver que la diferencia iría creciendo poco a poco, a medida que los matrimonios aumentan, finalmente, el máximo debería alcanzarse a la edad en que el buen grano se ha separado completamente de la cizaña, en que toda la población admisible al matrimonio ha sido realmente admitida, en que ya no quedan entre los solteros sino los que están irremediabilmente consagrados a esta condición por su inferioridad física o moral, este momento debe situarse entre los 30 y los 40 años; más allá de esta edad apenas se realizan matrimonios.

Por el contrario el coeficiente de previsión evoluciona de otra forma, los casados muy jóvenes son más proclives al suicidio que los solteros de su misma edad, en segundo lugar el máximo se da casi en conjunto y al llegar a la edad de entre 30 y 40 años donde se supone que las diferencias deberían ser mayores el coeficiente de preservación sufre un descenso brusco e importante, aquí hemos de tener igualmente en cuenta el sexo de la persona, ya que dependiendo de que sociedad estemos tratando y como sean las condiciones para cada sexo los coeficientes variarían de diferente forma dependiendo de cual de los dos este más protegido, hemos de fijarnos igualmente si las parejas de las que estamos tratando tienen o no hijos, ya que independientemente del estado civil de uno, la población con hijos tiende mucho menos al suicidio.

Podemos decir que la inmunidad que presentan los casados no se debe a la sociedad conyugal, sino a la sociedad familiar, si tomamos ahora como referente a las sociedades políticas, veremos que en las sociedades jóvenes la

tendencia al suicidio es menor que en otras, todas las crisis políticas o nacionales ejercen un efecto ralentizador para el suicidio, y este no vuelve a sus cifras cuando termina la agitación, sino que lo hace de forma pausada.

Las grandes conmociones sociales, así como las grandes guerras populares avivan los sentimientos colectivos y estimulan tanto el espíritu como el patriotismo, la fe política como la fe nacional y, conectando las actividades a un mismo fin, determinan por cierto tiempo una integración más fuerte en la sociedad, por lo tanto el individuo piensa menos en sí y más en la idea común.

Hasta aquí se establece que el suicidio varía en razón inversa del grado de desintegración de la sociedad religiosa; doméstica y política. Esta proximidad demuestra que, si esas diferentes sociedades ejercen un efecto ralentizador sobre el suicidio no es por consecuencia de caracteres particulares de cada una de ellas, sino por una causa que es común a todas; el suicidio varía en razón inversa a él grado de desintegración de los grupos sociales de que forman parte los individuos. Pero la sociedad no puede desintegrarse sin que, en igual medida, el individuo se desprenda de la vida social, sin que sus propios fines devengan preponderantes sobre los fines comunes, sin que su personalidad, en una palabra, tienda a ponerse por encima de la personalidad colectiva. Cuanto más debilitados estén los grupos a que pertenece, menos dependerá de ellos y, por consecuencia, más exclusivamente se remitirá a sí mismo para no reconocer otras reglas de conducta que las fundadas en sus intereses privados. Luego, si convenimos en llamar egoísmo a ese estado en el que yo individual se afirma con exceso frente al yo social y a expensas de este último, podremos dar el nombre de egoísta al tipo particular de suicidio que resulta una individualización desmesurada.

Bien merece este tipo de suicidio el nombre que le hemos dado. El egoísmo no es factor meramente auxiliar, es su causa generadora. Si, en ese caso, el vínculo que liga al hombre a la vida se afloja, es porque el vínculo que lo une a la sociedad se ha distendido también. En cuanto a los incidentes de la

existencia privada, que parecen ser los inspiradores inmediatos del suicidio y que pasan por ser sus condiciones determinantes, son en realidad solo causas ocasionales. Si el individuo cede al menor choque con las circunstancias, es porque el estado en que se encuentra la sociedad ha hecho de él una presa lista para el suicidio.

2.- Suicidio Altruista

Si como hemos visto hasta ahora una individualización excesiva conduce al suicidio, una individualización insuficiente produce los mismos efectos. Cuando el hombre está desligado de la sociedad se mata fácilmente; también se mata cuando está integrado demasiado fuertemente en ella.

En las sociedades denominadas inferiores, el suicidio egoísta, como el que hemos visto hasta ahora es prácticamente desconocido, pero se encuentra en otras formas; y cada una de ellas tiene caracteres muy particulares.

Algunas veces se ha dicho que el suicidio era desconocido por las sociedades inferiores. En esos términos la aseveración es inexacta. Es verdad que el suicidio egoísta, tal como acabamos de establecerlo, no parece ser muy frecuente en ellas. Pero hay otra forma de suicidio que se encuentra en estado endémico.

Bertholin (citado en Durkheim,2003) refiere que los guerreros daneses consideraban oprobioso morir en el lecho, de vejez o de enfermedad, y se suicidaban para escapar a esa ignominia. Igualmente creían los godos, que los que mueren de muerte natural están destinados a corromperse eternamente en antros llenos de animales ponzoñosos. Aparte de los viejos, se sabe que, en esos mismos pueblos, las viudas están a menudo obligadas a matarse, a la muerte de sus maridos. Así pues, el suicidio es por cierto muy frecuente entre los pueblos

primitivos. Pero presenta caracteres muy particulares. Todos los hechos que acaban de referirse se ajustan, en efecto, a una de las tres categorías siguientes:

- Suicidios de hombres llegados al dintel de la vejez o atacados por una enfermedad.
- Suicidios de mujeres a la muerte de su marido.
- Suicidios de clientes o servidores a la muerte de sus jefes

Ahora bien, en todos los casos, si el hombre se mata por alguna de estas causas no es por que se arrogue el derecho de hacerlo, sino por que tiene el deber de hacerlo. Si falta a esta obligación, se castiga con el deshonor y también, lo más menudo, con castigos religiosos. Para que la sociedad pueda constreñir a ciertos miembros suyo a matarse, es preciso que la personalidad individual cuente muy poco, pero esta débil individuación no puede tener más que una sola causa. Para que el individuo ocupe tan poco lugar en la vida colectiva, es preciso que esté totalmente absorbido en el grupo y, por consiguiente, que éste se halle muy fuertemente integrado.

Llamamos a este tipo de suicidio altruista porque como hemos llamado egoísta al estado en que se encontró el yo cuando vive su vida personal y no obedece más que así mismo, la palabra altruismo expresa bastante bien el estado opuesto, aquel en que él yo no se pertenece, en que se confunde con otra cosa que no es él, en que el polo de su conducta esta situado fuera de él, esto es uno de los grupos de que forma parte. Por eso llamaremos suicidio altruista al que resulta de un altruismo intenso. Pero como presenta además la característica de ser llevado a cabo como un deber, importa que la terminología adoptada exprese esta particularidad. Daremos, pues, el nombre de suicidio altruista obligatorio al tipo así establecido. Es necesaria la reunión de estos dos adjetivos para definirlo,

pues no todo suicidio altruista es necesariamente obligatorio. Los hay que no están tan expresamente impuestos por la sociedad, sino que tienen carácter más facultativo. Dicho de otro modo, el suicidio altruista es una especie que comprende algunas variedades. Acabamos de determinar una de ellas; veamos las otras.

El suicidio altruista obligatorio, el suicidio altruista facultativo y el suicidio altruista agudo, cuyo modelo perfecto es el suicidio místico. Bajo estas diferentes formas contrasta de la manera más llamativa con el suicidio egoísta. El uno está ligado a ruda moral que estima en nada lo que sólo interesa al individuo; el otro es solidario con esa ética refinada que coloca tan alto la personalidad humana, que ésta ya no puede subordinarse a nada. Hay entre ellos toda la distancia que separó a los pueblos primitivos de las naciones más cultas.

3.- Suicidio Anómico

Es sabido que cuando se producen crisis económicas la cifra de suicidios aumenta de forma vertiginosa, pero cuando se produce lo contrario la cifra de suicidios no disminuye en la misma proporción.

La anomia es en nuestras sociedades modernas, un factor regular y específico de suicidios; es una de las fuentes donde se alimenta el contingente anual. Estamos, por consiguiente, en presencia de un nuevo tipo que debe ser distinguido de los otros. Difiere de ellos en que depende, no de la manera en que los individuos están ligados a la sociedad, si no de la manera en que ella los reglamenta. El suicidio egoísta proviene de que los hombres ya no vislumbran en la vida una razón de ser; el suicidio altruista, de que dicha razón les parece hallarse fuera de la vida misma; la tercera clase de suicidio, cuya existencia proviene de que su actividad está desorganizada y de que sufren por ello. En virtud de su origen daremos a la última especie el nombre de suicidio anómico.

Por supuesto que este suicidio y el suicidio egoísta no dejan de estar emparentados. Tanto uno como otro se deben a que la sociedad no está suficientemente presente en los individuos. Pero la esfera de donde está ausente no es la misma en los dos casos. En el suicidio egoísta, falta en la actividad propiamente colectiva, dejándola de este modo desprovista de objeto y significación. En el suicidio anómico, falta en las pasiones propiamente individuales, dejándolas así sin un freno que las regule, de ello resulta que a pesar de sus relaciones, estos dos tipos permanecen independientes entre sí, por lo tanto, no es en los mismos medios sociales donde ambas clases de suicidios reclutan su principal clientela. Uno elige por terreno las carreras intelectuales, el mundo en que se piensa; el otro, el mundo industrial o comercial.

Pero la anomia económica no es la única que puede engendrar el suicidio. Los suicidios que tienen lugar cuando se inicia la crisis de la viudez, y de los que ya hemos hablado, se debe efectivamente, a la anomia doméstica que sobrevive a la muerte de uno de los cónyuges. Se produce entonces un trastorno de la familia, cuya influencia sufre el sobreviviente. No se adapta a la nueva situación que se le ha creado y por ello se mata más fácilmente.

Pero hay otra variedad del suicidio anómico en la que debemos detenernos más. Porque es más crónica y porque nos va a servir para poner en claro la naturaleza y las funciones del matrimonio, Bertillon, menciona que el número de suicidios y el de divorcios varían paralelamente porque ambos dependen del mismo factor: La mayor o menor frecuencia de personas mal equilibradas.

Durkheim establece que solo queda una posibilidad y es que la institución misma del divorcio por la acción que ejerce sobre el matrimonio predisponga al suicidio y que el debilitamiento de la disciplina matrimonial agrava la tendencia al suicidio de los hombres y disminuye el de las mujeres.

Psicológica

La siguiente clasificación citada en el libro de Durkheim fue tomada del artículo *Suicide del Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie Pratique*:

1.- *El suicidio maníaco*. El cual se debe a alucinaciones o a concepciones delirantes, donde el enfermo se escapa por escapar a un peligro o a una vergüenza imaginaria o bien, obedeciendo a una orden misteriosa que ha recibido desde arriba. Pero los motivos de este suicidio y su modo de evolucionar reflejan los caracteres generales de la enfermedad de la que deriva: la manía. Lo que distingue a esta afección es su extrema movilidad. Las ideas, los sentimientos más diversos y hasta más contradictorios se suceden con una extraordinaria celeridad en el espíritu de los maniáticos. Es un perpetuo torbellino, apenas nace un estado de conciencia y ya está reemplazado por otro. Lo mismo ocurre con los móviles que determinan el suicidio maníaco: nacen, desaparecen o se transforman con asombrosa rapidez. La alucinación o el delirio que decide al sujeto a destruirse se presentan repentinamente; de ello resulta la tentativa de suicidio; un instante después, la escena cambia y si el intento aborta, no se repetirá, al menos por el momento. Si más tarde llegara a reproducirse será por otro motivo. El incidente más insignificante puede acarrear estas transformaciones bruscas. Un enfermo de esta clase, queriendo poner fin a sus días, se había arrojado a un río, por lo general poco profundo. Estaba buscando un lugar donde pudiera sumergirse cuando un aduanero, sospechando su designio, le apuntó con su fusil amenazándolo con hacer fuego si no salía del agua. Nuestro hombre volvió a su casa tranquilamente, sin pensar ya en matarse.

2.- *Suicidio melancólico*. Está vinculado a un estado general de extrema depresión, de tristeza exagerada, que hace que el enfermo no aprecie muy juiciosamente las relaciones que con él tiene las personas y cosas que lo rodean. Los placeres no ejercen ningún atractivo sobre él; todo lo ve negro. La vida le parece aburrida o dolorosa. Como tales disposiciones son constantes, también lo son las ideas de suicidio; están dotadas de una gran perseverancia, y los motivos generales que las determinan son siempre sensiblemente los mismos. Después de

haber pasado su infancia en el campo, una joven nacida de padres sanos, es obligada a abandonarlos hacia la edad de catorce años para completar su educación. Desde ese momento es presa de un tedio inexpresable, de un gusto pronunciado por la soledad, y muy pronto se apodera de ella un deseo de morir que nada puede disipar. “Permanece durante horas enteras inmóvil, con la mirada fija en el suelo, el pecho oprimido, y en el estado de la persona que teme un acontecimiento siniestro. Con la firme resolución de arrojarse al río, busca los lugares más apartados a fin de que nadie pueda acudir en su socorro”. Sin embargo al comprender mejor que el acto que medita es un delito, renuncia a él por un tiempo. Pero al cabo de un año el impulso suicida rebrota, esta vez con más fuerza, y las tentativas se suceden a poca distancia una de otra. Con frecuencia se sobreponen a esta desesperación general alucinaciones e ideas delirantes que conducen directamente al suicidio. Sólo que no son inestables como las que señalábamos hace un momento en los maníacos; por el contrario, son fijas, así como es fijo el estado general del cual provienen. Los temores que agobian al sujeto, los reproches que se hace, los pesares que lo acongojan nunca varían de manera que si este tipo de suicidio es determinado por razones imaginarias, lo mismo que el precedente, se distingue, sin embargo, de aquél por su carácter crónico. También es muy tenaz. Los enfermos de esta categoría preparan con calma sus medios de ejecución incluso despliegan en la prosecución de su propósito una perseverancia y, en ocasiones, una astucia increíble. Nada se asemeja menos a esta perseverancia que la perpetua inestabilidad del maníaco. Mientras que en éste se dan tan solos arranques pasajeros, sin causas durables, en el otro hay un estado permanente que está ligado al carácter general del sujeto.

3.- *Suicidio obsesivo*. En este caso, el suicidio no es causado por ningún motivo, real o imaginario, sino solamente por la idea fija de la muerte que, sin razón aparente, se ha adueñado de la mente del enfermo. Éste se halla obsesionado por el deseo de matarse, por más que sepa perfectamente que no tiene una razón valedera para hacerlo. Se trata de una necesidad instintiva contra la que nada pueden la reflexión ni el razonamiento, análoga a la necesidad de matar o de

robar, o de incendiar, en las que también se ha querido ver otras tantas monomanías. Como el individuo se da cuenta del carácter absurdo de su obsesión, en un principio intenta luchar. Más durante todo el tiempo que se prolonga su resistencia permanece triste y oprimido, y siente en la cavidad epigástrica una ansiedad que aumenta día a día. Por tal motivo se ha dado a veces a esta clase de suicidios el nombre de *suicidio ansioso*.

He aquí la confesión que un enfermo hizo, en la que dicho estado se describe perfectamente: “Empleado en una casa de comercio, cumplo convenientemente con las obligaciones de mi profesión; no obstante, actúo como un autómatas, y cuando me dirigen la palabra, me parece resonar en el vacío. Mi mayor tormento proviene del pensamiento del suicidio, del que no consigo librarme un solo instante. Hace un año que estoy expuesto a este impulso; al comienzo era poco pronunciado; desde hace dos meses, aproximadamente, me persigue por todas partes; sin embargo, no tengo ningún motivo para darme muerte. Mi salud es bueno; nadie en mi familia ha tenido una afección parecida; no he sufrido pérdidas, mis ingresos me alcanzan y me permiten las distracciones propias de mi edad” (p.35). Pero desde el momento en que el enfermo renuncia a seguir luchando, desde que resuelve matarse, la ansiedad cesa y vuelve la calma. Si la tentativa aborta, a veces puede bastar, aunque fallida, para apaciguar por algún tiempo ese deseo enfermizo. Se diría que el sujeto ha satisfecho su deseo.

4.- *Suicidio impulsivo o automático*. No es más motivado que el anterior, no tiene razón de ser ni en la realidad ni en la imaginación del enfermo. Solo que, en lugar de ser determinado por una idea fija que persigue a la mente durante un tiempo más o menos largo, y que solo progresivamente se apodera de la voluntad, resulta de un impulso brusco e irresistible en el momento. Es un abrir y cerrar de ojos, la idea surge en toda su plenitud y suscita el acto o, cuando menos, un comienzo de ejecución. Esta subitaneidad recuerda lo que hemos observado antes en la manía, sólo que el suicidio maniaco obedece invariablemente a alguna razón, por insensata que sea, pues tiene origen en las concepciones delirantes del sujeto. Aquí por el contrario, el impulso suicida irrumpe y produce sus efectos con un

verdadero automatismo sin estar precedido por ningún antecedente de tipo intelectual. La vista de un cuchillo, el paseo al borde de un precipicio, etc., hacen nacer instantáneamente la idea del suicidio, y el acto le sigue con total rapidez que ha menudo los enfermos no tienen conciencia de lo sucedido. “Un hombre conversa tranquilamente con sus amigos; de pronto se abalanza, franquea un parapeto y cae al agua. Lo sacan inmediatamente y le preguntan por los motivos de su conducta: no sabe nada; cedió a una fuerza que lo arrastró a pesar suyo”. “Lo extraordinario dice otro es que me resulto imposible recordar en que forma escalé la ventana y cuál era la idea que me dominaba, por que yo no pensaba de ningún modo en darme muerte o, al menos, no tengo actualmente el recuerdo de un pensamiento semejante” (p.36). Si bien con menos frecuencia, suele ocurrir que los enfermos sientan el impulso y consigan escapar a la fascinación que ejerce sobre ellos el instrumento de la muerte, huyéndole inmediatamente.

De todos los suicidios que acabamos de caracterizar, el que parecería más difícil de reconocer entre los que observamos en los hombres de mente sana es el suicidio melancólico; en efecto cuando un hombre normal se mata, suele hallarse en el mismo estado de abatimiento y depresión que el alienado. Pero entre ambos se da siempre esta diferencia esencial mientras que en el primero tanto su estado como el acto a que da lugar provienen de una causa objetiva, en el segundo no tiene ninguna relación con las circunstancias exteriores. O sea, que los suicidios vesánicos se distinguen de los otros, así como las ilusiones y las alucinaciones se distinguen de las percepciones normales, y los impulsos automáticos de los actos deliberados. Subsiste como hecho cierto el que unos y otros se suceden sin solución de continuidad; mas si ello fuera una razón para identificarlos, sería menester también que confundiéramos, de una manera general, ya que esta última no es más que una variedad de aquélla. Aun cuando se hubiera establecido que los sujetos medios nunca se matan, y que solamente se destruyen aquellos que presentan ciertas anomalías, todavía no sería lícito considerar la locura como una condición necesaria del suicidio, por que un alienado es algo más que un

hombre que piensa o actúa en forma un tanto distinta que el común de los hombres. (Durkheim, 1971).

1.3.2 Clasificación Contemporánea

En una perspectiva más actual Chávez (2005) menciona que en todas las culturas y los tiempos han existido las muertes por suicidio, y clasifica los suicidios en dos tipos: los suicidios que sorprenden y desconciertan a los demás, para los cuales se ha elegido la denominación de Suicidios Desafiantes. Y por otro lado, los suicidios que no sorprenden, ni a los otros ni a la normatividad establecida, a los que se denominaran Suicidios Regulados

Suicidios desafiantes, son los suicidios que desconciertan a los sobrevivientes, son las muertes auto-inflingidas que se manifiestan con acciones individuales, decisiones personales; son verdaderos actos de creación que dan forma al destino de su autor. Estos, sorprenden y desconciertan, incomodan, principalmente por que representa una trasgresión a la administración de ciertos dispositivos y poderes hegemónicos que controlan la vida y la muerte, como son la iglesia, el Estado, la Familia, Sociedad, etc. Además sorprenden y lastiman a las personas allegadas que han manifestado su afecto y aprecio al suicida, quienes además del extrañamiento derivado del cariño, pueden sentirse traicionadas en el mismo.

Suicidios regulados son los suicidios que cumplen con el destino del colectivo, es decir son los suicidios “regulados”, porque son muertes que siguen una regulación que provienen de lo social y colectivo, y por tanto, no sorprenden, sino que pueden incluso ser valorados por el grupo social que los produce; en estos, la autoridad del grupo es tan fuerte sobre el individuo que pierde su identidad personal y opta por sacrificar su vida por el colectivo. El “yo” ya no se pertenece a sí mismo y se encuentra en los grupos de que forma parte el individuo. Como ejemplo tenemos a lo largo de toda la historia, grupos de

personas que estando reunidos por motivos diversos, en cierto momento de su caminar grupal, percibieron alguna amenaza exterior y consideraron que “debían morir” para salvaguardar otro valor de mayor peso. Este es el caso, de varios grupos de colonizados de diversas nacionalidades, que no aceptando ser conquistados por grupos combatientes prefirieron suicidarse individual o colectivamente. o los kamikases (pilotos suicidas de Japón) de la segunda guerra mundial, o personas que pertenecen a grupos terroristas, los héroes de historia nacional, suicidios ceremoniales como el Sutte (muerte en que la viuda del fallecido debía inhumarse en la pira funeraria de su marido, en la India hasta a finales del siglo XIX), etc. Asimismo, con cierta frecuencia podemos observar noticias en los medios masivos de comunicación acerca de individuos que se matan públicamente denunciando lo que ellos consideran un imperdonable mal social y concluyeron que con su muerte recibirían atención. Estos suicidios regulados se presentan como rituales con sentidos normativizados, y que por tanto, no desconciertan, puesto que más bien afirman la ideología hegemónica de su grupo, siendo regulados por los poderes hegemónicos del colectivo al que pertenecen. Así este tipo de muertes son realizadas por personas que encuentran sus motivaciones sólidas y congruentes con el fin colectivo que pretenden obtener a través de su sacrificio mortal. Generalmente, si la persona presenta dudas o temor del acto de muerte próximo a realizar, existe una contención por parte de los miembros de su grupo, que les permite tener valoración, claridad y certeza del sentido del mismo, y que surte efecto precisamente por la fuerza de cohesión y coerción grupal. En estos casos, los participantes y aún los dirigentes del estado, religión y/o familia aprueban y comprenden las muertes de los suicidas que se realizan para “salvaguardar” los valores colectivos que se encuentran en cierta forma amenazados (Chávez, 2005).

Como vemos estas clasificaciones engloban a los sujetos en forma individual, en forma grupal, pero finalmente no se sabe con certeza que es lo que orilla a algunos seres humanos a suicidarse ya que desgraciadamente los personajes principales de esta obra ya no están con nosotros.

1.4 Comportamiento Suicida

El suicidio es una cadena de comportamientos no necesariamente secuenciales o indispensables lo que significa que el suicidio puede comenzar por la ideación, es decir, por pensamientos acerca de la posibilidad de acabar con la propia vida, seguir con la imaginación del acto suicida, después con la elaboración de planes y preparación, hasta llegar a la ejecución de un intento que puede culminar en el suicidio consumado. Pero también un suicidio puede implicar aparentemente tan solo el acto mismo de acabar con la propia vida : ¡Que es entonces lo que diferencia cuando se presentan señales tales como la ideación, de cuando tan solo se lleva a cabo el acto suicida, sin que aparentemente medie ningún aviso! Si bien se han identificado algunas características generales que acompañan a todo acto suicida, tal como la distorsión cognitiva y la desesperanza “percepción negativa del futuro por parte del individuo” cada acto suicida corresponde a una historia particular. Lo que sitúa tanto la necesidad de identificar particularidades de cada caso, como los factores comunes que comparten los suicidas. Ya que pueden suceder que una persona que aparentemente nunca dio señales de riesgo suicida y llevó a cabo un acto suicida, lo que realmente sucedió es que o bien no hubo quien prestara atención a las señales que tal persona emitió antes de cometer tal acto, o bien que por causa de la impulsividad no haya habido oportunidad de emitir tales señales (Rosales, 2007).

Algunas de las señales que deben tomarse en cuenta para detectar el comportamiento suicida son descritas por Pérez (2004), donde menciona algunas manifestaciones de este comportamiento:

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 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.- Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación que a continuación se enlistan

- 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, expresadas 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 el 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 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.

1.4.1. Ideación Suicida

La ideación suicida, ha sido poco estudiada, pero es un importante predictor del intento suicida. Además, hay investigaciones que demuestran 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 o alcohol (Mondragón, Saltijeral, Bimbela, Borges, 1998).

Pérez (2007), menciona que la idea suicida consiste en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden aceptar las siguientes formas de presentación:

-Idea Suicida sin un método específico, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle como lo va a llevar a efecto, responde: “no se como pero lo voy a hacer”.

-Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo.”

-Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en que preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.

-El plan suicida o idea suicida planificada, en la cual el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

González-Forteza, García, Medina-Mora, y Sánchez, (1998) Mencionan que la ideación suicida es como “tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte” (p.1) y comparte que la ideación suicida ha sido menos estudiada que el intento suicida o el suicidio consumado, relaciona también a la ideación

suicida con la desesperanza y la falta de autoestima; con conflictos interpersonales con la pareja o con los padres; con los fracasos escolares o laborales; con la depresión, el intento de suicidio y el abuso de drogas.

Hernández (2007), Señala que la ideación suicida es una idea recurrente e intrusa sobre quitarse la vida. Y considera la ideación suicida como tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte, además de que comparte la opinión de algunos otros autores anteriormente señalados que la ideación suicida a sido menos estudiada que el intento suicida o el suicidio consumado.

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 se 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 que 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.

Así mismo, la ideación suicida se ha relacionado con la desesperanza y la falta de autoestima; con conflictos interpersonales con la pareja o con los padres; con los fracasos escolares o laborales, con la depresión, el intento de suicidio y el abuso de droga. Debido a que la ideación suicida se relaciona con el acto suicida, además de ser un constructo frecuente en los adolescentes, es conveniente llevar a cabo estudios que amplíen e investiguen esta problemática en diferentes sectores de la población (González-Forteza, García, Medina-Mora, y Sánchez, 1998).

1.4.2. Intento de Suicidio

La organización mundial de la salud define el intento de suicidio como “un acto de resultado no fatal, en el cual un individuo inicia deliberadamente un comportamiento no habitual que, sin la intervención de los demás le causa daño, o deliberadamente ingiere una sustancia en exceso de lo prescrito o reconocido generalmente de la dosis terapéutica, de lo cual está dirigido a conseguir cambios deseados por el sujeto por medio de las consecuencias reales o esperadas” (p.2) En esta definición tan larga se observa la omisión cuidadosa de cualquier mención al deseo de morir y se prefiere el empleo de la palabra daño.

La intencionalidad es un acto de daño a sí mismo es difícil definir en niños y adolescentes, por eso es útil que se consideren a estos actos como potencialmente suicidas para que aumenten las posibilidades de implementar medidas dirigidas a salvar la vida (Sucedá, Lara, y Fócil, 2008)

Por su parte Ballas (2007), nos dice que las conductas suicidas pueden acompañar a muchos trastornos emocionales como la depresión, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Más del 90% de todos los suicidios se relacionan con trastornos emocionales u otras enfermedades psiquiátricas. Y que también las conductas suicidas a menudo ocurren como respuesta a una situación que la persona ve como abrumadora, tales como el aislamiento social, la muerte de un ser querido, un trauma emocional, enfermedades físicas graves, el envejecimiento, el desempleo o los problemas económicos, los sentimientos de culpa y la dependencia de las drogas o el alcohol. Y menciona que los intentos de suicidio que no resultan en muerte sobrepasan por mucho a los suicidios verdaderos, muchos intentos de suicidio no exitosos se llevan a cabo en una forma en que el rescate sea posible, lo cual a menudo representa un grito desesperado buscando ayuda. Explica también que los métodos de intento de suicidio varían desde los relativamente no violentos, como envenenamiento o sobredosis, hasta los violentos (como dispararse así mismo con un arma). Los hombres tienen mayor probabilidad de escoger métodos violentos, lo cual puede explicar el hecho de que

los intentos de suicidio en hombres tengan más éxito. Y menciona que los intentos de suicidio siempre deben tomarse en serio y se debe hacer una consulta siquiátrica inmediatamente. No hacerles caso y verlos como un acto para llamar la atención puede tener consecuencias devastadoras. Finalmente comenta que los parientes de las personas que han cometido un intento de suicidio fallido o exitoso, a menudo se culpan o se enojan mucho ya que ven el intento o el acto como una actitud egoísta. Sin embargo, cuando las personas tienen una conducta suicida, con frecuencia piensan erróneamente que les están haciendo un favor a sus amigos y parientes al irse de este mundo y esta creencia irracional los lleva a tener este comportamiento.

1.4.3. Suicidio Consumado

La persona que ya tuvo una ideación suicida, posteriormente una conducta suicida y no tuvo ayuda, llega a esta tercera y última etapa, donde logra la culminación de su cometido; es donde se concretiza lo que en algún momento de su vida y por diversas razones, surgió como una posible idea de solucionar situaciones individuales (Romero, 2002).

De Acuerdo a los datos proporcionados por El Instituto Nacional de Estadística Geografía e informática (INEGI) menciona que durante el año 2003, la mayor incidencia de suicidio se observó en los jóvenes de entre 17 y 29 años, siendo en 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.

Menciona Gonzalez-Forteza (1999), que se ha observado casi en todo el mundo que los hombres suelen suicidarse en mayor número que las mujeres (en una proporción de tres por uno), en tanto que las mujeres lo intentan más. Además de las diferencias cuantitativas, existen otras con relación a los métodos

utilizados: los hombres tienden a emplear el ahorcamiento y las armas de fuego, mientras que las mujeres se inclinan por las sustancias.

Así por ejemplo Kolb, (1995, citado en Romero H, 2002) menciona que el principal método para suicidarse es la automedicación, sobre todo en cantidades exageradas y cortadura de venas y muñecas.

Por su parte, Menninger, (1972, citado en Romero H, 2002) concuerda con otros autores que los hombres prefieren, estadísticamente hablando, armas de fuego, mientras que las mujeres optan por los fármacos, relacionando dichos resultados al papel masculino (actividad agresiva) y al rol femenino (receptividad pasiva). Otros métodos mencionados por este autor son: autoincineración, ahogamiento, dejarse atropellar por camión, tren, metro (método de moda en México), ahorcamiento y envenenamiento

Como se observa los métodos empleados son tan variados como la imaginación humana permita el privarse de la vida, lo que lleva a la reflexión sería de cuestionarse el perfil del suicida, es decir, quien es esa persona capaz de idear y actuar su propia muerte (Romero, 2002).

1.5. Factores de Riesgo Suicida

Los factores de riesgo suicida, se sabe que son múltiples, varían de acuerdo a la edad, el sexo, el contexto histórico-social y la individualidad. Se sabe que existen factores comunes a un alto riesgo tales como la depresión, la desesperanza, las distorsiones cognitivas, el déficit para la solución de problemas interpersonales, las actitudes disfuncionales o esquema (Reinecke y Franklin-Escott, citados en Rosales, 2007).

Otros factores importantes de riesgo son los antecedentes personales de la conducta suicida, Y los antecedentes familiares de conducta suicida, problemas

siquiátricos tales como la depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno límite de personalidad (Cohen, citado en Rosales, 2007).

Menciona Rosales (2007), que el identificar los factores de riesgo nos va a llevar al reconocimiento de grupos de riesgo, de lo que sigue la identificación de los casos específicos, lo que implica la tarea de distinguir claramente entre personas que son afectadas por múltiples factores de riesgo, pero que no desarrollan riesgo suicida, y de las que sí lo desarrollan como sería el caso de una persona que bajo las condiciones de riesgo y con vulnerabilidad suicida, presenta solo ideación suicida con pensamientos de muerte, pero sin llegar a elaborar un plan específico. Otro caso sería que una persona este expuesta a condiciones de riesgo, con vulnerabilidad y que presenta ideación suicida con un plan elaborado. Un tercer caso se describiría como a una persona expuesta a factores de riesgo suicida, con vulnerabilidad que desarrolla un intento suicida, que puede convertirse en un suicidio consumado. Y finalmente el último y cuarto caso, que se refiere a una persona expuesta a factores de riesgo suicida, pero sin vulnerabilidad suicida, la cual no desarrolla ninguno de los componentes de la conducta suicida. Lo que refiere el reto de vincular los factores de vulnerabilidad con los factores de riesgo para desarrollar mejores procedimientos de pronóstico del comportamiento suicida en sus diferentes niveles y con ello contribuir al desarrollo tanto de la evaluación como de la investigación del riesgo suicida para evitar de esta forma que se llegue a un desenlace final que tendría como consecuencia un suicidio consumado.

En el siguiente capítulo se abordará la Ideación Suicida en términos más específicos.

CAPÍTULO 2. IDEACIÓN SUICIDA DE RIESGO

En el caso de la investigación del suicidio, el primer problema consiste en el reconocimiento preciso de que pensamientos tiene el sujeto suicida y que tanto estos influyen en que se de el suicidio consumado, ya que se tiene información de que no siempre que se reporta ideación suicida subyace realmente la intención de quitarse la vida.

2.1 Concepto de Ideación Suicida

Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges (1998) declaran que la ideación suicida ha sido poco estudiada, pero que es un importante predictor del intento suicida. Además, de que hay investigaciones que demuestran que la ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno relacionado con la desesperanza, la depresión, al igual que el consumo de drogas o alcohol. Lo anterior demuestra la necesidad de crear programas de prevención para el suicidio y más específicamente para la ideación suicida.

Según Beck, Kovacs, y Weissman (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.

Rotherman-Borus (1993 en Hernández, 2007) señala que la ideación suicida es un constructo cognoscitivo directamente vinculado con el intento de suicidio, el cual se ha identificado como el mejor predictor del suicidio consumado entre adolescentes y población adulta; los pensamientos suicidas son comunes entre niños y adolescentes de ambos sexos y no precisamente siempre se asocian a otros rasgos de psicopatología.

Garrison y Cols. (1991 en González-Forteza, C., García G., Medina-Mora, M. E., y Sánchez, M.A. 1998) mencionan que la ideación suicida es como “tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte”, y que ha sido menos estudiada que el intento suicida o el suicidio consumado. Así mismo, la ideación suicida se ha relacionado con la desesperanza y la falta de autoestima; con conflictos interpersonales con la pareja o con los padres; con los fracasos escolares o laborales; con la depresión, el intento de suicidio y el abuso de drogas.

Pérez (2007) menciona que las ideas suicidas, consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y además sugiere que pueden adoptar alguna de las siguientes formas de presentación, de las cuales solo se mencionaran ya que en el capítulo anterior se describieron, idea suicida sin un método específico, idea suicida con un método inespecífico o indeterminado, idea suicida con un método específico no planificado y el plan suicida o idea suicida planificada.

Por su lado, Mosquera y cols, (citado en Rosales y Caballero, 2005) proponen que la ideación suicida se refiere a un deseo de morir evidente. Se considera más severa si el paciente ha contemplado un plan concreto.

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) deben 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 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 Adolescentes y Jóvenes

Barcelata (2006) señala que los adolescentes son el grupo tal vez más vulnerable de la población. La serie de cambios por la que atraviesan, así como la rapidez con la que los transitan, impone al adolescente la necesidad de enfrentarse y resolver una serie de situaciones para las cuales aun no cuenta con los suficientes recursos biológicos, psicológicos (cognitivos, conductuales, emocionales), psicosociales, económicos. De entre algunas estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes para hacer frente a dichas demandas están el despliegue de conductas consideradas de riesgo. Por tanto los adolescentes suelen ser considerados como un grupo en constante riesgo. Los diversos cambios que se presentan en esta etapa en distintas dimensiones de su vida, pueden ser percibidas como difíciles surgiendo con ello conflictos emocionales, y dificultades de adaptación en general, se ha observado que las características personales del propio adolescente, así como la dinámica familiar, las relaciones extrafamiliares pueden ser identificadas como posibles factores de riesgo o bien de protección en el desarrollo de problemas de conducta.

Machamer y Gruber (1998) han reportado que ciertas áreas como la escolar y la familiar, parecen estar relacionadas más que otras, con posibles problemas emocionales.

En otros estudios González-Forteza y Andrade (1995) han confirmado dichos hallazgos encontrando que la falta de apoyo familiar, al parecer se encuentra asociada con la sintomatología depresiva e ideación suicida en mujeres y no en hombres, aun que para ambos géneros la preferencia por los amigos se daba en función de la comunicación y afecto por los padres; cuando la relación es positiva con ellos la búsqueda del apoyo se inclina hacia la familia.

Entre una de las consignas de la Federación Mundial de la Salud Mental (World Federation for Mental Health) (2003) están el aumentar la conciencia a nivel mundial de los graves trastornos emocionales y conductuales de los niños y adolescentes, dada la prevalencia de ellos. De entre los problemas de salud mental de graves consecuencias se encuentran la depresión y la ideación suicida, ya que como algunos autores anteriormente han expresado, las cifras a nivel mundial muestran que el suicidio es la tercera causa de muerte en la población adolescente.

Por otra parte Canino (1999) afirma que la ideación suicida es un fenómeno muy habitual durante la infancia y la adolescencia. Tal es su magnitud de la presencia de este fenómeno en niños y adolescentes, que en algunos países como por ejemplo Estados Unidos empiezan a considerarla como algo normal.

Gómez (2008) comenta que numerosos países han mostrado, durante las últimas tres décadas, un significativo aumento de la frecuencia de suicidio en los jóvenes de ambos sexos, específicamente en el tramo de 15 a 24 años. Lo cual ha elevado el riesgo de suicidio en los grupos juveniles llegando a constituir este problema una de las principales causas de muerte.

2.2. Factores de Riesgo Vinculados a la conducta suicida

El problema del suicidio ha cobrado mayor relevancia en años recientes, esto se debe a la magnitud que ha alcanzado. El suicidio tiene un carácter multifactorial, es complejo, dinámico y creciente en nuestro país. A su vez, la autoestima baja y el malestar depresivo se han vinculado con la conducta suicida en la adolescencia; los individuos vulnerables enfrentados a factores estresantes o que implican riesgo pueden llegar a presentar ideación o alguna conducta suicida. El malestar depresivo se ha identificado como el factor de riesgo más importante para la ideación suicida. Esta se presenta de manera diferente en hombres y en

mujeres, por lo que se cree que su impacto está matizado por las características de los roles de género (Jiménez, Mondragón y González-Forteza, 2007).

Por otro lado Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006) menciona que la presencia de un trastorno psiquiátrico está también íntimamente ligado al suicidio ya que más del 50% de los suicidios son consumados por personas con trastornos depresivos. El abuso o dependencia de alcohol está presente en alrededor de 20 a 25% de quienes se suicidan y también ocurren tasas elevadas de suicidio en la esquizofrenia. La ansiedad es otro trastorno asociado de manera relevante con el suicidio, de modo que la comorbilidad de ansiedad con depresión multiplica el riesgo. Todo ello implica una alerta clínica que debe llevar al médico al manejo terapéutico farmacológico adecuado y a tener mayor vigilancia cuando se detecta la ideación suicida, sobre todo si hay antecedentes de depresión y de ansiedad. Los factores de riesgo en los suicidas incluyen aislamiento, salud precaria, depresión, alcoholismo, baja autoestima, desesperanza, sentimientos de rechazo familiar y social. También es importante considerar el antecedente de daño dirigido hacia sí mismos y la incapacidad para resolver problemas, principalmente de los de tipo social

A continuación Gómez (2008) menciona algunos factores de los cuales su efecto se traduce en un aumento de la susceptibilidad a la conducta suicida:

Enfermedades Psiquiátricas: Donde se ha demostrado que la presencia de una enfermedad mental eleva notablemente la probabilidad de suicidarse. Esquizofrenia, depresión, y abuso y/o dependencia del alcohol y drogas presentan las más elevadas tasas de autoeliminación. En pacientes con trastornos de pánico se ha constatado una importante incidencia de ideas e intentos suicidas. Estudios basados en “autopsias psicológicas” han revelado que entre el 93 y el 100 por ciento de los suicidas presentan un trastorno psiquiátrico diagnosticable al momento de autoeliminarse.

Personalidad: Diversos rasgos de personalidad tienden a caracterizar a quienes efectúan intentos suicidas, entre los que podemos citar: Impulsividad, hostilidad (hacia el mismo y hacia los demás), tendencia a la actuación (acting-out), irritabilidad, inmadurez, dependencia e inestabilidad emocional. Algunos estudios sugieren que los patrones conductuales auto y heteroagresivos están con relación a cambios neuroquímicos, específicamente de la serotonina, neurotransmisor que entre otras funciones tendría un rol en la regulación de estas tendencias. La presencia de trastornos de la personalidad en alrededor del 70% de estos sujetos parece conferir mayor gravedad a las tendencias suicidas elevando tanto la probabilidad de repetición como la severidad de los intentos. Algunas dimensiones de la personalidad, parecen afectar de diferente modo a la suicidalidad: la extraversión atenuaría las inclinaciones suicidas, y el psicoticismo ejercería un efecto inverso.

Enfermedades Somáticas: Ciertas enfermedades somáticas, tales como cáncer (especialmente respiratorio y gastro intestinal) insuficiencia respiratoria crónica, epilepsia, corea de Huntington y sida, entre otras, presentan tasas mas elevadas de suicidio que la población de referencia. En pacientes con cáncer, factores especialmente relevantes serían la presencia de depresión, pérdidas efectivas y aislamiento social. Los enfermos renales sometidos a diálisis presentan un elevado riesgo suicida, que parece relacionarse con el impacto de la enfermedad sobre su calidad de vida. En los pacientes con sida el suicidio parece ocurrir en las etapas tempranas de la enfermedad, con frecuencia pocos meses después de la notificación; también estarían aquí involucradas otras complicaciones neuropsiquiátricas, relativamente comunes en estos pacientes.

Factores Cognitivos: la desesperanza es la principal característica cognitiva de la personas suicidas esta puede ser definida como un sistema de esquemas que comparten el elemento de expectativas negativas sobre el futuro y una visión desfavorable de el sí mismo. Más que la depresión *per se*, es la desesperanza el estado que más íntimamente se asocia a las ideas y deseos

suicidas. Se correlaciona con la severidad de las tentativas suicidas, es más intensa cuando predominan motivaciones más claramente autodestructivas y es un predictor de repetición. Niveles más elevados de desesperanza son característicos de grupos con mayor riesgo suicida a largo plazo. Otros atributos cognitivos son: rigidez cognitiva, expresada en incapacidad para la resolución de problemas que requieren enfoques alternativos, carencia de habilidades activas para resolver problemas interpersonales y una tendencia a percibir las situaciones en términos bipolares extremos. También expresan menos razones para vivir, acogiendo más fácilmente al suicidio como una alternativa posible.

Factores psicosociales: ocurrencia de acontecimientos vitales negativos y disminución del soporte social están vinculados al desencadenamiento de la conducta suicida. Eventos vitales negativos anteceden, en relación próxima (meses) o inmediata (días o semanas) al episodio suicida. Tales eventos son descritos como muy disruptivos, incontrolables y perturbadores. Pueden abarcar diversas áreas (legal, laboral, familiar, pareja) pero habitualmente implican conflictos o pérdidas interpersonales. Algunos estudios revelan una relación entre evaluación negativa del matrimonio y conducta suicida. La precipitación por problemas conyugales y familiares parece ser característica de la crisis, superponiéndose a los factores de riesgo preexistentes. Con gran regularidad ha ocurrido un suceso precipitante inmediato, experimentado como especialmente traumático o lesivo. Investigaciones han destacado un rol relevante para el soporte social percibido. El soporte social modera el efecto de los estresores sobre las personas contribuye a el ajuste positivo y al desarrollo personal; así mismo influye sobre el estado de la salud, y tiene efectos preventivos y rehabilitadores. Existe evidencia de que el efecto conjunto de un alto nivel de estrés y un soporte social disminuido predicen mortalidad por diversas causas. Quienes efectúan tentativas de suicidio se caracterizan por tener una escasa red social, en lo que se refiere a amistades y relaciones significativas, pertenencia a grupos u organizaciones y frecuencia de contactos interpersonales. Además las tentativas más severas tienden a ocurrir en quienes se representan más aislados y desprovistos de apoyo

esto también es válido para los suicidas, que en una frecuencia significativamente mayor que sus controles vivos se encuentran viviendo solos en el momento de autoeliminarse.

Otros factores se encuentran en estudio e incluyen el efecto de estresores infantiles, tales como, pérdidas tempranas, violencia intrafamiliar, abuso físico y sexual, y diversos patrones de crianza, la exposición a modelos de conducta suicida podrían influir, de modo aún no precisado sobre la probabilidad de responder de modo autodestructivo ante el estrés.

Por su parte Shaffi (1985 en Casullo, 2003) en sus investigaciones encuentran los siguientes factores antecedentes y concomitantes del suicidio en adolescentes:

- Uso de alcohol y drogas,
- Intentos suicidas anteriores,
- Trastornos afectivos de tipo maníaco-depresivos,
- Comportamientos violentos y antisociales,
- Historias familiares con suicidios,
- Acceso a armas de fuego.

Fremouw (1993 en Casullo, 2003) señala que entre los adolescentes con alto riesgo de suicidarse es factible encontrar:

- 1.- Preocupaciones exageradas en torno al tema de “la muerte”.
- 2.- Fracazos escolares reiterados.
- 3.- Ausencia de vínculos con los pares.
- 4.-Familias severamente “disfuncionales”.
- 5.- Exposición a situaciones familiares estresantes.
- 6.- Experiencias de abuso sexual y violencia paternas.
- 7.-Presencia de psicopatologías severas en uno o ambos padres.

- 8.- Comportamiento suicida del padre o la madre.
- 9- Haber sufrido varios accidentes personales serios.
- 10.- Intentos de suicidio recientes.

Entre los adolescentes suicidas se ha encontrado la presencia de distorsiones cognitivas importantes:

- Rigidez (incapacidad para aceptar información nueva),
- Intolerancia a las situaciones inciertas,
- Posiciones extremas frente a la resolución de problemas,
- Hipergeneralizaciones.

Menciona Casullo (2003) que una investigación realizada por psiquiatras canadienses ordena los principales factores de riesgo de la siguiente manera:

- 1) nivel de desesperanza,
- 2) ideación o plan de suicidio,
- 3) intentos previos.
- 4) Estado emocional y afectivo,
- 5) Baja densidad de las redes de apoyo social,
- 6) Signos y síntomas de depresión,
- 7) Desintegración social
- 8) Pérdidas afectivas recientes (soledad),
- 9) *Status* mental,
- 10) Deseo de ayuda.

Y finalmente Blumenthal y Kupfer (1990 en Casullo, 2003) proponen el “Modelo umbral de las conductas suicidas” en el que señalan la presencia de cuatro tipos de variables:

- 1) *Factores predisponentes*
 - Historia genética familiar.

- Factores biológicos perinatales.
- Rasgos o estilos de personalidad.

2) *Factores de riesgo*

Determinan la vulnerabilidad de un sujeto para cometer actos suicidas; incluyen lo que denominan situaciones contextuales socioculturales y la presencia de psicopatologías específicas.

3) *Factores protectores*

- Flexibilidad cognitiva.
- Fuertes redes de apoyo social.
- Ausencia de eventos estresantes inesperados en el ciclo vital.
- Ausencia de soledad.
- Existencia de un proyecto de vida.
- Tratamiento oportuno de las patologías psiquiátricas.
- Tratamiento adecuado de los desordenes de personalidad.

4) *Factores precipitantes*

- Accesibilidad a un método para quitarse la vida.

Estados o situaciones de soledad y aislamiento provocados por hechos específicos del ciclo vital.

La relevancia de la problemática suicida como factor precipitante de muertes prematuras, vuelve imperativo el trabajo de investigación para explicar y comprender mejor los elementos que lo originan y el conocer algunos de los factores sociales, psicológicos y biológicos que lo originan, permiten estructurar y poner en marcha mecanismos de intervención y prevención que ayuden a reducir las nefastas consecuencias de el suicidio en adolescentes y jóvenes.

2.3 La ideación suicida y la perspectiva Cognitivo Conductual

Según González (2000, citado en Chanto, 2005) menciona que en las últimas dos décadas se ha observado en diversas regiones del mundo un incremento paulatino, pero constante, de la conducta suicida en la población adolescente, inclusive llegando a convertirse el suicidio en una de las tres causas principales de muerte dentro de la población joven. Es por ello que nos dice, que es necesario trabajar dentro de un marco teórico que nos brinde el mejoramiento de la calidad de vida y la promoción de la salud integral de los adolescentes. En esta investigación se abordara el tema del suicidio desde una perspectiva cognitiva, pues en las cogniciones del adolescente es donde podemos encontrar el inicio de procesos internos que pueden o no llevar a un adolescente al suicidio, ya que una conducta suicida es el eslabón final de una larga cadena de acontecimientos psicológicos internos, llevados a cabo en función de la ideación del sujeto.

El modelo de la terapia cognitivo conductual se basa en el concepto de mediación cognitiva, expresado con la frase: *“No son los hechos, sino lo que pensamos sobre los hechos, lo que nos perturba”*; concepto originalmente propuesto por Epicteto, en el siglo I. Su concepción de la génesis de la perturbación emocional se ilustra mediante el modelo A-B-C, donde se acepta la importancia de las emociones y de las conductas, pero pone un énfasis especial en el papel de las cogniciones, es decir, pensamientos e imágenes mentales (Ellis & Bernard 2006).

Lega, Caballo y Ellis (2002) mencionan que para el estudio de todo lo que implica el conocer ¿qué pensamientos tienen las personas antes de suicidarse? Y de esta manera evitar que se llegue a el suicidio consumado, es importante tener

una teoría que explique lo que la gente piensa para llegar a tomar tal determinación, y es la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) la cual fue formulada inicialmente por Albert Ellis durante el Congreso de la American Psychological Association en Chicago, Estados Unidos, en 1956, bajo el nombre de terapia racional.

El marco teórico de la terapia racional (actualmente terapia racional emotivo-conductual) se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad Ellis, (1962 citado en Lega, Caballo y Ellis, 2002).

Por esta razón, la meta primordial de la TREC es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos “irracionales” o disfuncionales y ayudarlo a reemplazar dichos pensamientos por otros más racionales o eficientes, que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal como ser feliz, establecer relaciones con otras personas, etc. La TREC examina, además de las inferencias sobre uno mismo, sobre los demás y sobre el mundo en general, la filosofía básica del individuo, en la cual se basan estas inferencias.

El modelo ABC (“A” acontecimientos activantes, “B” creencias irracionales y “C” consecuencias) para la TREC es publicado en 1958 y se utiliza para explicar los problemas emocionales y determinar la intervención terapéutica para ayudar a resolverlos, teniendo como eje principal la forma de pensar del individuo, la manera como el paciente interpreta su ambiente y sus circunstancias, y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre otras personas y sobre el mundo en general.

Si estas interpretaciones o creencias son ilógicas, poco empíricas y dificultan la obtención de las metas establecidas por el individuo, reciben el nombre de “irracionales”. Esto no significa que la persona no razone, sino que razona mal, ya que llega a conclusiones erróneas. Si por el contrario, las interpretaciones o inferencias del individuo están basadas en datos empíricos y en una secuencia científica y lógica entre premisas y

conclusiones, sus creencias son racionales, ya que el razonamiento es correcto y la filosofía básica de esa persona es funcional. Por esta razón, este modelo terapéutico hace responsable al paciente de su forma de pensar, sentir y comportarse, y no a su pasado o a otras personas.

Ellis (2006) enumero una serie de 11 ideas irracionales que perturban al sujeto y no lo dejan vivir satisfactoriamente y a continuación se resumen de la siguiente manera:

- Es una necesidad extrema, para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno.
- Para considerarme a mi mismo como una persona valida, debo ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga.
- Las personas que no actúan como “deberían” son viles, malvadas e infames y deberían ser castigadas por su maldad.
- Es terrible y catastrófico que las cosas no funcionen como a uno le gustaría.
- La desgracia y el malestar humano están provocados por las circunstancias externas y la gente no tiene capacidad para controlar sus emociones.
- Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
- Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente.
- Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte en quién confiar.
- Lo que me ocurrió en el pasado seguirá afectándome siempre.
- Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás.
- Existe una solución perfecta para cada problema y si no la hallamos sería catastrófico.

Describe también que, además de las creencias irracionales que pueda tener el consultante, las personas emocionalmente perturbadas se traban en demandas rígidas y absolutistas, que no pueden más que crear necesidades falsas y perturbantes y menciona que estas exigencias versan sobre:

- Uno mismo: “Debo hacer las cosas bien” o “No debo hacer el ridículo”
- Los demás: “Las personas deben tratarme con amabilidad y ser siempre justos conmigo”
- El futuro: “El mundo debería ofrecerme una vida cómoda”

Si estas exigencias no se cumplen, surgen una serie de consecuencias, como son el tremendismo, la poca tolerancia a la frustración (PTF) y condena (hacia los demás o uno mismo) ira, culpa, etc.

Vale la pena mencionar que no es que se pase por alto la importancia del medio ambiente en el aprendizaje ni que se cuestione la influencia de la adquisición de ideas y emociones inapropiadas. Sin embargo se rechaza el concepto de que, debido a su pasado, la persona esta condenada a pensar ,actuar y sentir de manera irracional, sin que tenga ningún control sobre ello , ni la esperanza de poder modificarlo por un largo período de tiempo. El cambio y la velocidad con la que ocurra dependen, en su mayoría, del trabajo y esfuerzo del paciente.

Por otro lado existe la falsa creencia de que la TREC entrena a los pacientes para que reacciones casi como “robots” racionales, los cuales no sienten mucho ni experimentan emociones fuertes, también existe el error de creer que las personas “sanas” no sienten emociones negativas, pues estas serían inapropiadas e irracionales. Ambas ideas son erróneas. No hay nada de malo en ser emocional, si se es consiente de que es uno mismo quien tiene la responsabilidad sobre sus propios sentimientos, o experimentar emociones negativas apropiadas y funcionales, como la tristeza y el disgusto ante algún contratiempo, Pues pueden servir como factores que motiven al individuo a afrontar y tratar de solucionar las situaciones problemáticas.

Por todo lo anteriormente expuesto esta teoría es una buena opción para tratar uno de los grandes problemas que a la fecha esta aquejando a una gran parte de la población en el mundo, este problema se llama suicidio, y tal vez el cambio de pensamientos, de que nadie me quiere, todo me sale mal, tal vez debería desaparecer de la faz de la tierra podrían ser reemplazados por pensamientos racionales, que le impidan centrarse solo en momentos de sufrimiento o preocupación para poder dar una vida de calidad a todos los individuos que tengan la necesidad de vivir una vida plena. (Lega, Caballo, Ellis, 2002).

2.4. Ideación Suicida en Adolescentes y Jóvenes Mexicanos.

La mayor parte de la población de la República Mexicana está constituida por gente joven. Es por ello que la atención de los problemas de salud en este sector se hace más necesaria. En la actualidad el suicidio es uno de los fenómenos que se presenta en un alto porcentaje entre los jóvenes. En 1992 el número de casos en el grupo de 15-20 años fue de 522, para 1995 la cifra aumentó a 958 (González-Forteza, Berenson y Jiménez, 1999).

Gómez y Borges (1996) elaboraron un trabajo para analizar las investigaciones y artículos que se han publicado en nuestro país en las 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 artículos más importantes realizados en los últimos años.

Se ha realizado una intensa serie de investigaciones orientadas a explorar los factores que pudieran identificar los elementos conductuales que colocan a los adolescentes en riesgo de suicidarse. La búsqueda para comprender el suicidio abarca diversos campos. Así mismo, se han postulado diversos modelos explicativos los cuales proponen que la ideación y el riesgo suicida, se incrementan cuando una persona con

baja capacidad de enfrentamiento o rigidez cognoscitiva, vive situaciones estresantes que le producen sentimientos de depresión, desesperanza y conductas suicidas. Otros factores de riesgo son el desequilibrio en los neurotransmisores y predictores genéticos, trastornos psiquiátricos, baja capacidad para resolver problemas, abuso sexual y físico, problemas de identidad y de preferencias sexuales, acceso a armas de fuego, abuso de sustancias, desempleo, problemas laborales y las fases de la luna y finalmente mediante el uso de la autopsia psicológica se han identificado intentos suicidas anteriores, conducta antisocial o agresiva, antecedentes familiares de suicidio y disponibilidad de una arma de fuego. Se ha señalado que debe practicarse algún tipo de intervención con los jóvenes que están relacionados con uno o varios de estos factores sin importar que se encuentren o no en riesgo inminente de cometer un acto suicida (Gonzalez-Forteza, Borges, Gómez y Jiménez, 1996)

Por lo común, el ser humano se desarrolla adecuadamente a lo largo de su vida, pero existen factores socioambientales como los descritos anteriormente con los cuales, o a pesar de ellos, debe desenvolverse. Entre ellos destaca el estrés, el cual, como ocurre con la mayoría de la estimulación excesiva de cualquier tipo, genera serios problemas entre los niños o adultos. El estrés hace referencia a la tensión física, mental o emocional ocasionada por presiones y demandas ambientales, situacionales o personales, en que los sucesos impredecibles e incontrolables ocasionan más estrés que los hechos sobre los cuales los individuos tienen un mayor control. El estrés interviene en todos los ámbitos en los que se desenvuelve el individuo y ejerce un impacto psicofisiológico perjudicial que desempeña un papel desencadenador, regulador o exacerbador de diferentes síntomas (problemas para respirar con facilidad, taquicardia, insomnio, gastritis, colitis, dermatitis, migraña, etc.), así como estados emocionales perjudiciales (poca tolerancia a la frustración, ansiedad, depresión, temor, etc.). Así pues, los sucesos estresantes se asocian al incremento de la conducta suicida. Tal relación se explica por el incremento de estresores psicosociales que experimenta la gente joven en el mundo actual. (Serrano y Flores, 2005).

En México, Gonzalez-Forteza (1996) estudio la ocurrencia de estresores familiares, sociales y relativos a la sexualidad entre los jóvenes. Encontró que los varones con

estudios de secundaria reportan un mayor porcentaje de estresores familiares (prohibiciones de sus padres, problemas con estos por malas calificaciones, hermanos que han interferido en sus vidas), mayor ocurrencia de estresores sociales (problemas con su mejor amigo, sentimientos de ser criticados y ofendidos) y mayor estrés en el área de la sexualidad (prejuicios que les han impedido gozar de su sexualidad, evitación de relaciones sexuales por temor al desprestigio o a contagios, problemas con sus parejas). Así mismo, halló que los varones en el nivel de bachillerato reportaron mayor estrés en el área de la sexualidad debido a que habían querido tener novia o no tenían en ese momento.

En lo que respecta a los jóvenes universitarios menciona que se hallaron diferencias por sexo en cuanto a los motivos para suicidarse siendo estos, en los hombres, los problemas existenciales, la pérdida de un ser querido y los problemas económicos, mientras que en las mujeres son los problemas familiares y escolares. Como se aprecia en las investigaciones revisadas, el papel del estrés es fundamental, pues se considera como un primer detonante, a partir del cual el estado emocional resulta afectado.

En un trabajo realizado por González-Forteza, García, Medina y Sánchez (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 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 la 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, Ramos, Vignau y Ramirez (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 llevo 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 de malestar depresivo y de la ideación suicida actualmente en los hombres fue de 14% y de 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% presento malestar depresivo e ideación suicida y en las mujeres que habían sido atacadas sexualmente y que habían intentado suicidarse se presento 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 la prevalencia de ideación suicida son similares a las observadas en otros países, por ejemplo, las prevalencias internacionales de la ideación suicida va 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.

Menciona Gonzalez-Forteza, Borges, Gómez y Jiménez, (1996) que las experiencia humillantes, el arresto policiaco, el fracaso escolar o laboral, el rechazo, los conflictos interpersonales con la pareja o con los padres, la humillación y la frustración por

conflictos en las preferencias sexuales, discusiones con el (la) novio (a), con los padres, problemas escolares, así como el abuso físico o sexual en el caso de las mujeres, todos han sido identificados como factores precipitantes de la conducta suicida.

González-Forteza (1992) realizó estudios para identificar los indicadores protectores y de riesgo de la ideación suicida en estudiantes de secundaria entre 13 y 15 años de edad en la ciudad de México, sugieren modelos conceptuales que enfatizan la perspectiva de género, tales modelos diseñados a partir de otros preexistentes señalan que el estado emocional está asociado con el interjuego del impacto estresante de las situaciones conflictivas cotidianas, mediatizado por los recursos psicológicos personales y los recursos externos del entorno social, sobre las respuestas de enfrentamiento y por tanto, sobre las consecuencias emocionales a corto y largo plazo. En este proceso, se asume que las condiciones psicosociales dependen no sólo del contenido, sino también del contexto sociocultural en el cual ocurren y se mantienen. Los modelos resultantes permitieron identificar que los adolescentes varones con pensamientos suicidas, fueron quienes se sintieron estresados por la violencia dentro del ambiente familiar y por los castigos físicos de los padres. Las adolescentes con pensamientos suicidas fueron quienes tendían a sentirse en desventaja con sus amigas a preferir no buscar ayuda cuando tenían algún problema, quienes gustaban de hacer cosas impulsivamente, quienes tendían a no creer que los logros se alcanzan por ser agradables y simpáticas con los demás, cuyo padre no se interesaba en sus contactos sociales, cuya madre no establecía lazos facilitadores para comunicarle sus experiencias e inquietudes y quienes se percibían sin características positivas de autoestima, como se puede apreciar, estas diferencias por género permiten considerar que la problemática parasuicida requiere de distintas aproximaciones para incidir adecuadamente en las necesidades y demandas de los adolescentes, en función de intervenir y/o prevenir oportunamente la ideación suicida. El panorama presentado hace evidente la necesidad de considerar a los adolescentes estudiantes como una población de riesgo, con demandas de prevención y de tratamiento, considerando las semejanzas y las diferencias por género.

Es así que la ideación suicida es un problema de salud pública que todavía no alcanza grandes magnitudes, pero que está en constante aumento, requiere de esfuerzos

preventivos oportunos para implementar y evaluar los programas de educación para la salud mental, a fin de incidir en la prevención de la ideación y el acto suicida en adolescentes y jóvenes, considerando las particularidades de cada tipo de población.

En el siguiente capítulo se abordara la metodología de la presente investigación.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

En el presente capítulo se aborda el planteamiento del problema, las preguntas de investigación, los objetivos, hipótesis, método y procedimiento de la investigación que nos ocupa.

3.1 Planteamiento del problema.

El suicidio es un problema de salud pública que da cuenta de al menos 0.9% de todas las muertes en todo el mundo. En México la tasa de mortalidad por suicidio en sujetos masculinos en 2000 fue de 5.9 por cada 100,000 habitantes, y constituyó la decimoséptima causa de muerte en el mismo año. Mediante el análisis de las defunciones registradas en el Servicio Médico Forense del Estado de Querétaro, se calcularon las tasas anuales de suicidio para la población mayor de 10 años de edad, además se analizaron en forma retrospectiva, las muertes médico legales para crear una base de datos que incluyo la información sociodemográfica y variables como la edad, el genero. El lugar de residencia la fecha y la hora de la muerte, encontrando en este análisis que la tasa de suicidio fue mayor entre los sujetos varones con una edad de entre 20 y 29 años y que la tasa de suicidios en los sujetos de más de 50 años también se incrementó, por lo tanto se detectó que el riesgo de cometer suicidio tiene una relación inversa con la edad y que el suicidio se incremento en los últimos siete años en el estado de Querétaro. A partir de estos estudios se considera que el suicidio es 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. (Espinosa, Almeida, Cortés y Leo 2003).

En México no abundan los estudios acerca de suicidios en adolescentes, es evidente de orientar una mayor atención a este problema, pues por otra parte, se ha observado reiteradamente que las personas con pensamientos suicidas pueden tener una mayor tendencia a intentar suicidarse, y que quien lo intenta una

vez, es probable que lo intente de nueva cuenta en menos de un año, con consecuencias fatales, por lo anterior se considero pertinente realizar este trabajo (Mondragón, saltijeral, Bimbela y Borges, 1998).

A partir de lo mencionado anteriormente surgen las siguientes preguntas de investigación:

Pregunta General de Investigación:

¿Habrá diferencia en la incidencia de la ideación suicida de riesgo y su relación con respecto al estado emocional, el abuso sexual, el desempeño académico y la vivencia de experiencias trastornantes entre los hombres y mujeres de la Universidad Tecnológica de Querétaro (UTEQ)?

Preguntas específicas de Investigación:

En los estudiantes de la Universidad Tecnológica del estado de Querétaro:

¿Las mujeres presentan un porcentaje mayor de ideación suicida de riesgo que los hombres?

¿Se relaciona la ideación suicida de riesgo con el estado emocional?

¿Se relaciona la ideación suicida de riesgo con haber sufrido abuso sexual?

¿Se relaciona la ideación suicida de riesgo con el desempeño académico?

¿Se relaciona la ideación suicida de riesgo con haber vivido experiencias trastornantes?

Objetivo General:

Comparar la incidencia de ideación suicida de riesgo entre hombres y mujeres de la UTEQ así como la relación entre ideación suicida de riesgo con el estado emocional, abuso sexual, el desempeño académico y la vivencia de experiencias trastornantes.

Objetivos Específicos:

- Identificar la ideación suicida de riesgo con respecto al estado emocional de los estudiantes de la UTEQ.
- Identificar la ideación suicida de riesgo con respecto a abuso sexual en los estudiantes de la UTEQ.
- Identificar la ideación suicida de riesgo con respecto al desempeño académico de los estudiantes de la UTEQ.
- Identificar la ideación suicida de riesgo con respecto a alguna experiencia trastornante que hayan vivido los estudiantes de la UTEQ.

Hipótesis de investigación

En los jóvenes de la Universidad Tecnológica de Querétaro se encontrara que:

- Las mujeres presentarán un porcentaje mayor de incidencia de ideación suicida de riesgo que los hombres.
- El Estado emocional se relacionará con la ideación suicida.
- El abuso sexual se relacionará con la ideación suicida de riesgo.
- La percepción de un desempeño académico malo se relacionará con la ideación suicida de riesgo.
- La vivencia de experiencias trastornantes se relacionará con la ideación suicida de riesgo.

3.2. Método

Definición de la Población:

- Los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Querétaro de las carreras de administración, comercialización, tecnologías de la información y comunicación, electrónica y automatización, tecnología ambiental y procesos de producción de los inscritos en el periodo escolar 2008-1

Descripción de la muestra:

- La muestra fue no aleatoria intencional. En un inicio la muestra estuvo compuesta de 394 estudiantes, 188 hombres y 205 mujeres, con edades de entre 18 y 24 años, matriculados en el segundo, y quinto cuatrimestre de la Universidad Tecnológica de Querétaro. Se uso el criterio de exclusión: aquellos estudiantes que estaban bajo tratamiento terapéutico, quedando en total 388 estudiantes.

Descripción de los Materiales:

- Hojas blancas para realizar listados de nombres, lápices, gomas, plumas, sacapuntas, engrapadora.

Descripción de los Instrumentos y Aparatos:

- Instrumento de Riesgo Suicida y Salud en Jóvenes (ver anexo 1), Computadora Pentium IV, impresora, programa SPSS, Excel y Word.

Descripción del lugar:

- Universidad Tecnológica del Estado de Querétaro (UTEQ), la cual se encuentra ubicada en Av. Pie de la Cuesta sin número, en la Col. San Pedrito Peñuelas en el Estado de Querétaro, la cual cuenta con amplios jardines, una biblioteca con acervo bibliográfico para todas las carreras que ahí se imparten, un conjunto de cinco edificios de dos plantas contando cada edificio con una oficina equipada como dirección de cada carrera, existen aproximadamente 60 salones de clases con una medida de 5x6 metros, los cuales contaban con luz artificial y natural, los salones tenían ventilación natural, había 20 sillas por salón y un escritorio para el maestro.

Descripción de Variables:

- Las variables que se emplearon pueden verse en la tabla 1, en la cual se llevaron a cabo tres tipos de definición: La técnica, metodológica y operacional.

Tabla 1: Definición de Variables

Variable	Nombre	Teórica	Metodología	Operacional

1	Ideación Suicida	Considerada como los pensamientos asociados al deseo de morir, de quitarse la vida y de planeación del acto (Escala de Roberts 1988).	Variable dependiente	Se utilizaron cuatro reactivos de la Escala de Roberts
2	Sexo	Identificación Biológica	Variable Independiente	Lo que respondieron en el reactivo 1.2 de la sección 1.
3	Estado Emocional	Referido como la percepción del estado emocional identificado con las polaridades nervioso-calmado, triste-abatido-feliz. (Berwick, Murphy, Goldam, Ware, Barsky y Weinstein, 1991), probada en población mexicana por Lara, Acebedo y luna (2001) (se usa escala completa)	Variable Independiente	Se usan los cinco reactivos de la sección tres (se usa escala completa)
4	Abuso Sexual	Percepción personal de haber sido abusado sexualmente.	Variable independiente	Se utiliza el reactivo 1.18 de la sección 1.
5	Desempeño Académico	Percepción personal de su desempeño académico.	Variable independiente	Se utiliza el reactivo 1.7 de la sección 1. Se utiliza el reactivo 1.14 y
6	Experiencias trastornantes	Percepción personal de haber vivido alguna experiencia trastornante.	Variable independiente	el reactivo 1.15 de la sección 1.

3.3 Procedimiento

Diseño de investigación: Observacional, prolectivo, transversal, descriptivo.
Esta descripción se realiza de acuerdo a lo planteado por (Mendoza 1998).

- Observacional: Donde el investigador sólo describe o mide el fenómeno sin intervenir a voluntad en la variable independiente.
- Prolectivo: Donde la información que se obtiene es específicamente para el estudio.
- Transversal: Donde el fenómeno se mide una sola vez, por lo que se presenta una fotografía situacional del fenómeno.
- Descriptivo: El estudio incluye sólo una población, cuyo objetivo es sistematizar y cuantificar hechos con el fin de conocer con mayor precisión el fenómeno.

Diseño de muestreo: muestreo intencional

Fases y sesiones:

- Se solicitó el permiso a las autoridades escolares del UTEQ para poder tener acceso a sus instalaciones explicándoles la intención de la investigación.
- Las autoridades educativas de la UTEQ definieron el criterio de los días y horario que en que se podía realizar la investigación y decidieron que solo se daría un día para la aplicación del instrumento, delimitando el horario de las 9:00 am a las 15:00 hrs.
- Las autoridades educativas definieron a que población se iba a aplicar el instrumento.
- El día de la aplicación se habló con cada director de carrera explicando la intención de este proyecto ya que muchos de ellos no lo sabían y por cuestiones académicas no permitían que se pasara a su grupo.
- Una vez obtenido el permiso del responsable del grupo, se procedió a la sesión de aplicación.

- La sesión de aplicación tuvo una duración aproximada de 30 min. Y se dividió de la siguiente manera:

1. Para comenzar la sesión se llevó a cabo la presentación de la tesista, enfatizando que la jefatura de la 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 del cuestionario que contestarían y que se muestra a continuación:

“Somos un grupo de investigación cuyo interés es conocer lo que viven, sienten y piensan jóvenes como tú, para generar alternativas de ayuda y atención a aquellos que lo necesiten. Por lo que necesitamos tu cooperación contestando el presente cuestionario. No tienes por que preocuparte, por la confidencialidad de la información que nos proporcionas ya que el cuestionario es anónimo, y si estas de acuerdo en participar te pedimos que contestes todas las preguntas pensando en lo que has vivido y has sentido últimamente. Si tienes alguna duda pregúntale al aplicador”.

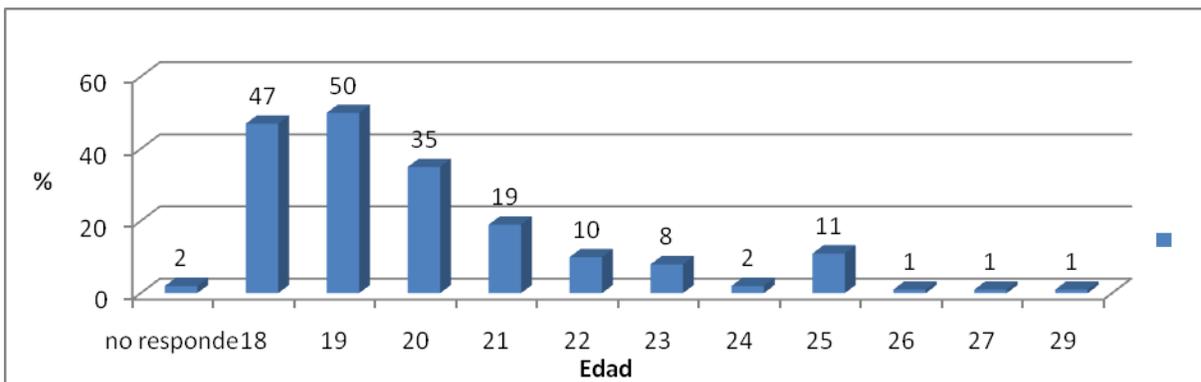
- Una indicación fue que no dejaran sin respuesta ninguna de las preguntas ya que no había respuestas correctas o incorrectas.
- Se enfatizó que todos los datos que proporcionaran serían confidenciales y que serían tratados de manera automatizada.
- Se pidió la utilización de lápiz para responder ya que de esta manera podría borrar fácilmente. Si no lo tenía se le dijo que pidiera uno a la persona que le entregó los cuestionarios.
- Al terminar y entregar su cuestionario se les pidió se anotarían su nombre en una lista, la cual solo iba a servir para fines administrativos.

CAPÍTULO 4. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente capítulo se describen las características sociodemográficas, seguidas de las características psicométricas, así como la comprobación de cada una de las hipótesis.

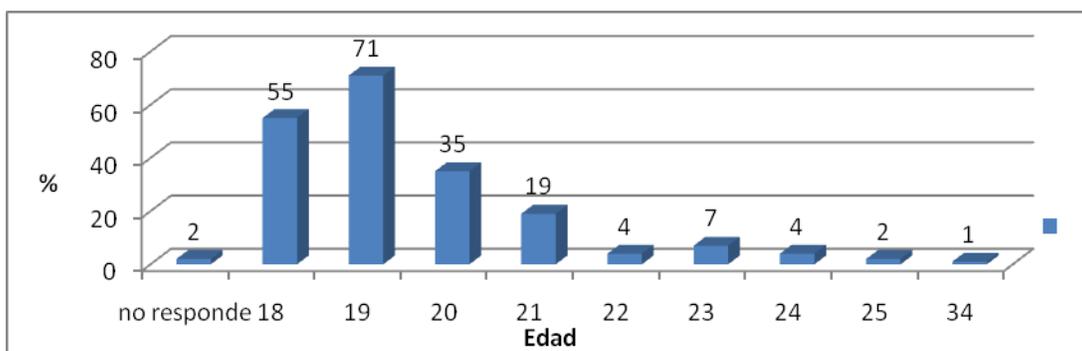
4.1 Sociodemográficos:

Figura 1.- Edad de los hombres



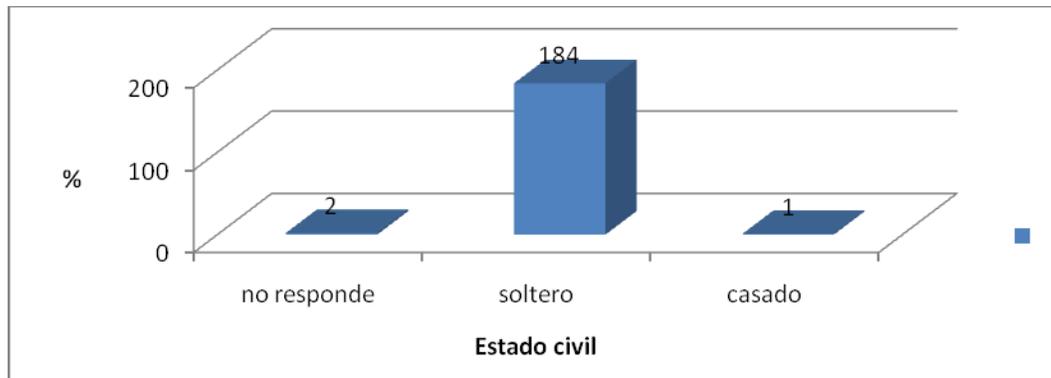
La gráfica muestra las edades de los sujetos de sexo masculino que participaron en la muestra, su edad fluctuaba entre 18 a 29 años, siendo mayoría los sujetos de 19 años representando esto un 27% del total, siguiéndole los de 18 y 20 años, también se puede observar que sujetos mayores de 26 años son muy pocos ya que solo representan el .5%

Figura 2.- Edad de las mujeres



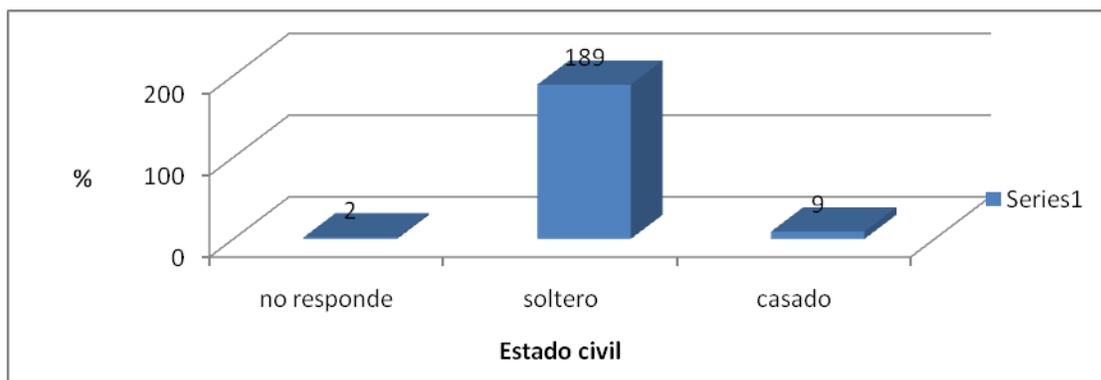
La edad de la población femenina abarcaba desde los 18 años hasta los 34, siendo las jóvenes de 19 años la mayoría, seguidas por las de 18 y 21 años, y un sujeto de 34 años muy por arriba de la edad encontrada en la muestra masculina.

Figura 3.- Estado civil Hombres



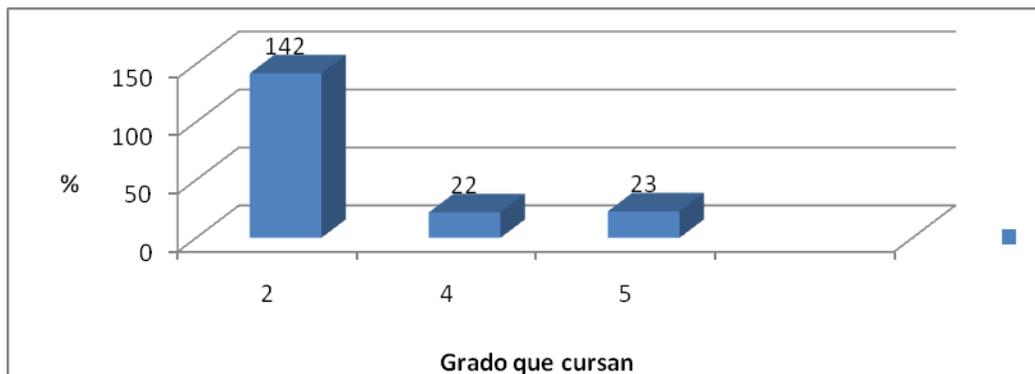
El 98% de los sujetos masculinos son solteros, absteniéndose de contestar el 1% siendo este porcentaje igual a los que contestaron que eran casados.

Figura 4.- Estado civil mujeres



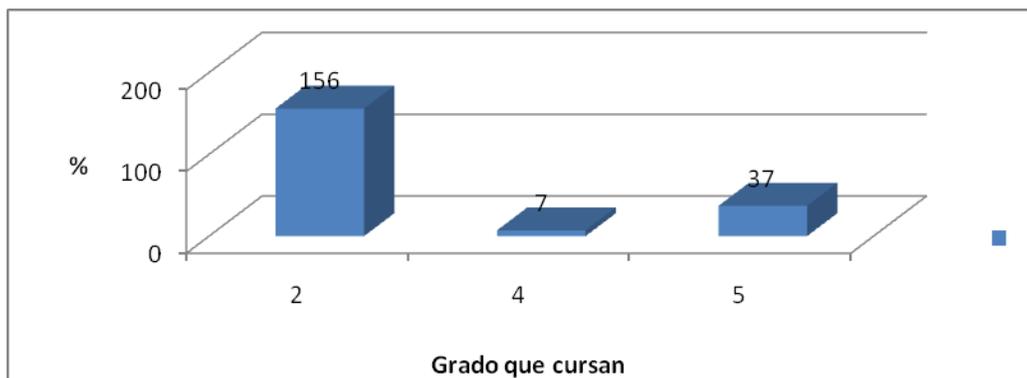
En la figura No 4. Se observar que la población femenina soltera es de 94%.

Figura 5. Cuatrimestre que cursan los hombres



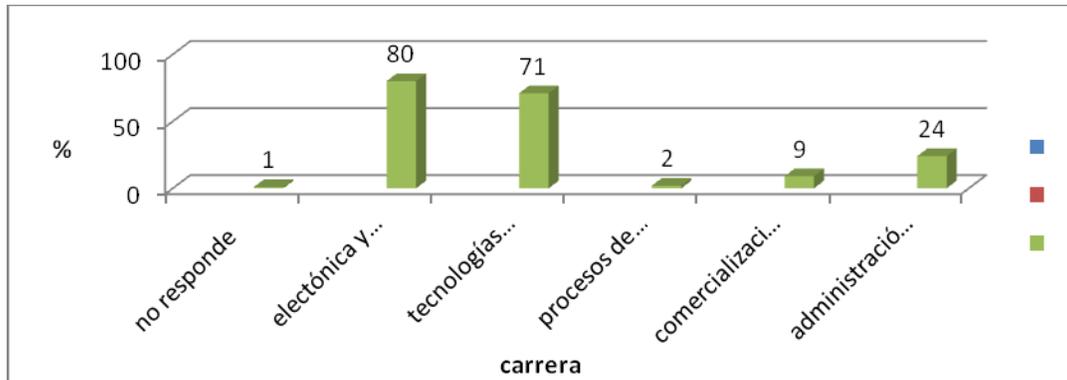
El 75% de la población cursaba el segundo año siendo estos mayoría, el 11% el y el 12% quinto.

Figura 6.- Cuatrimestre que cursan las mujeres



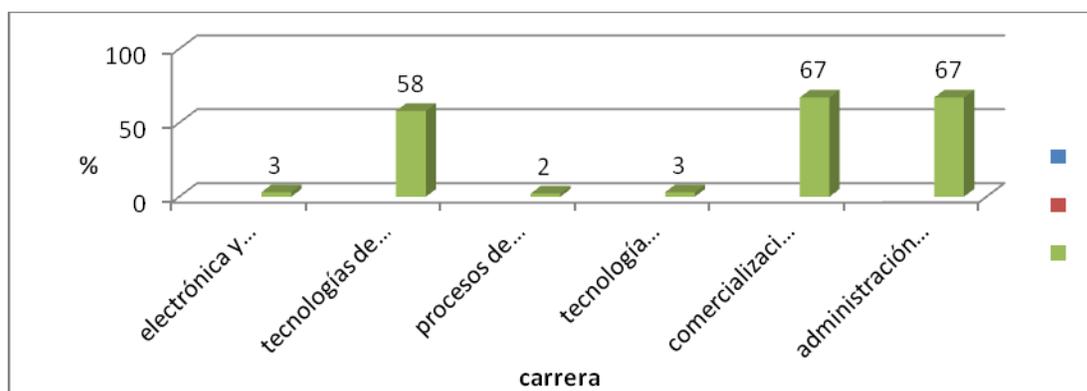
El 78% de la población cursaba el segundo año siendo estos mayoría, el 11% cursaba cuarto el y el 12% quinto año.

Figura 7.- Tipos de carreras en los hombres



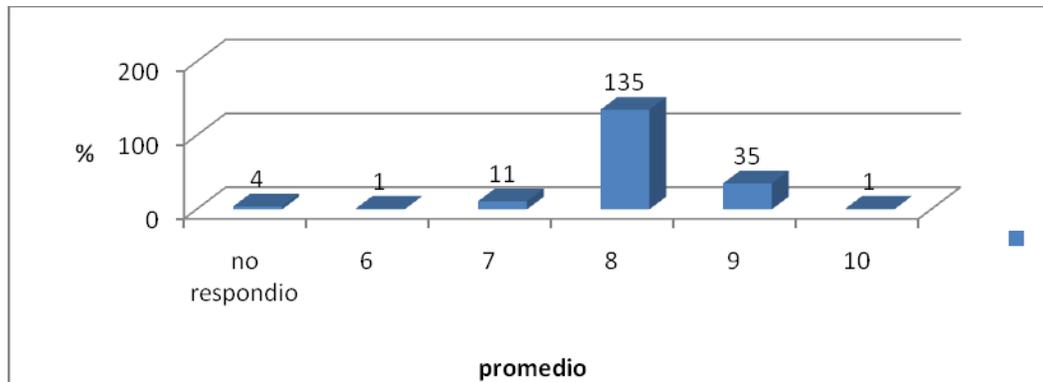
Las carreras que cursan los jóvenes de la universidad tecnológica de Querétaro que tienen mayor demanda son electrónica automotriz con un 43%, siguiéndole tecnologías de la información con un 38%, de las carreras de menor demanda esta administración con un 13%, comercialización con 4.8%, procesos de producción con el 1% (fig.7).

Figura 8.- Tipos de carreras en las mujeres.



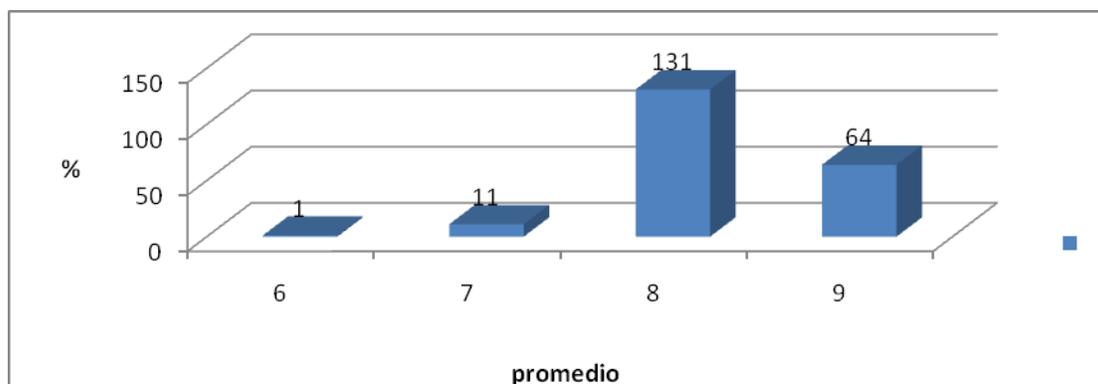
Las carreras de mayor demanda son comercialización y administración con un 33.5%, siguiéndole tecnologías de la información con el 29%, de las de menor demanda son electrónica automotriz y tecnología ambiental con un 1.5%, siendo la de más baja demanda la carrera de procesos de producción con el 1% (fig. 8).

Figura 9.- Promedio de calificación en hombres



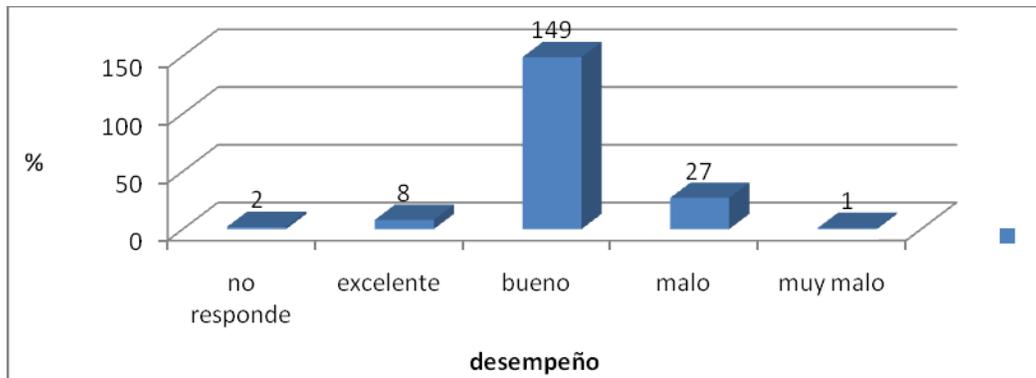
La figura 9 muestra que gran parte de la población masculina a la que se aplicó el instrumento de ideación suicida de riesgo, tiene un promedio escolar de ocho lo cual representa el 72.2% de la calificación general. La calificación que le sigue son los sujetos con promedio de nueve representando esto solo el 18.7%, el promedio de siete solo alcanza el 5.9% y el promedio de calificación de seis y diez solo lo alcanza el .5% de la muestra.

Figura 10.-Promedio de calificación en mujeres



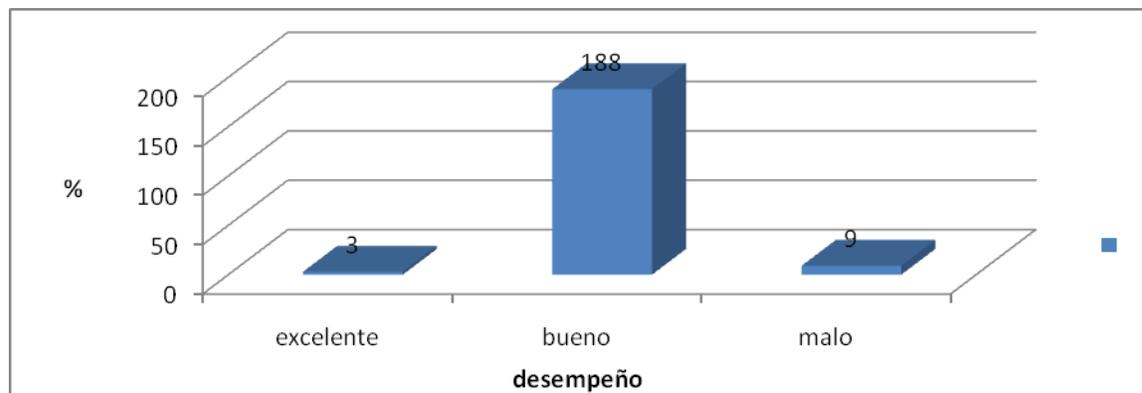
La figura 10 muestra que la población femenina el promedio más alto de calificación es de ocho lo cual corresponde al 65.5% seguida de el promedio de nueve el cual representa el 32.0 de la muestra, en los promedios de siete y seis solo se detecto el 2% y el .5% respectivamente.

Figura 11.-Percepción del desempeño académico (hombres)



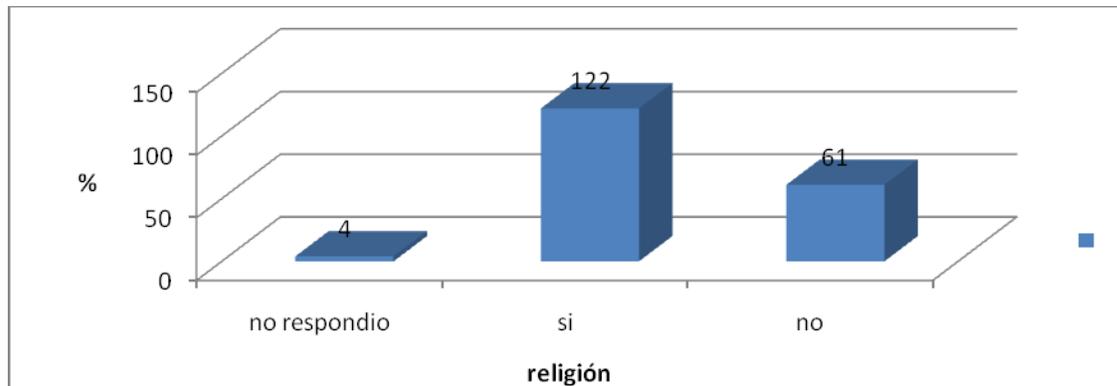
En la figura 11 los sujetos consideran que su desempeño académico es bueno por lo cual el porcentaje en ese reactivo fue el más alto con 79.7%, el desempeño académico malo con 14.4%, finalmente los que consideraron que su desempeño académico es excelente 4.3% y por ultimo el desempeño muy malo fue de .5%.

Figura 12.- Percepción del desempeño académico (mujeres)



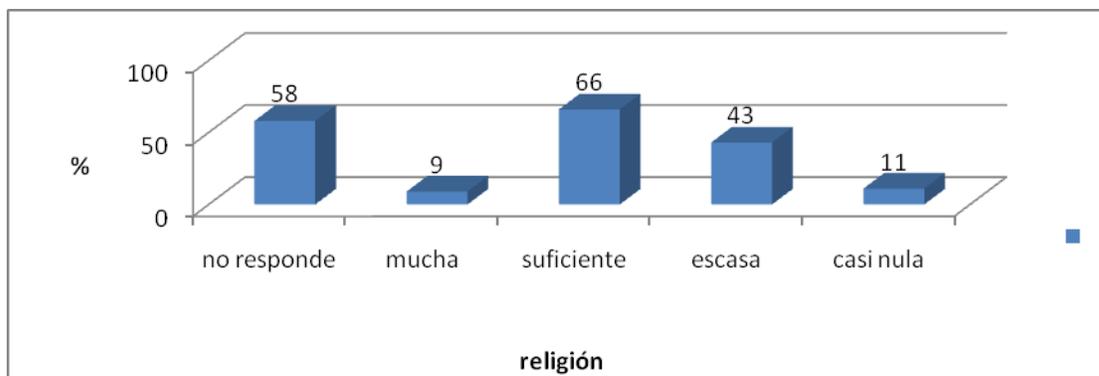
La figura 12 nos muestra que las mujeres consideran el 94% de su desempeño académico como bueno, en comparación con la gráfica de los hombres aquí el mal desempeño solo fue de 4.5% y el excelente de 1.5%, en el reactivo muy malo y no responde no hubo respuestas.

Figura 13.- Religión (hombres)



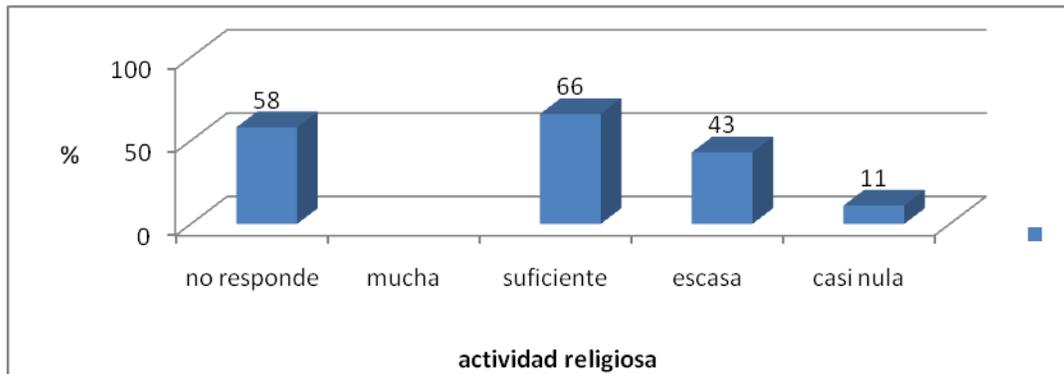
La figura 13 muestra que el 65% de los sujetos practican alguna religión, el 32.6% no practica ninguna y el 2.1% no respondió

Figura 14.- Religión (mujeres)



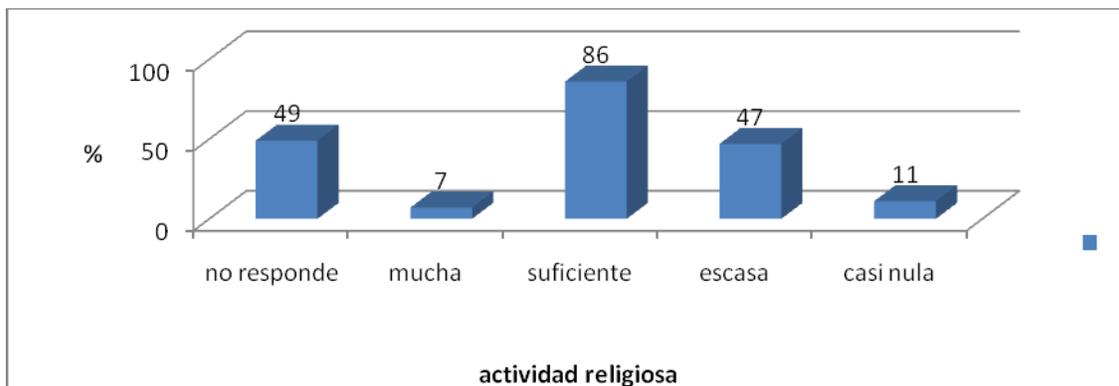
La figura 14 muestra que el 73% de las mujeres a las que se les aplico el instrumento de ideación suicida de riesgo manifestaron tener alguna religión, el 47% contestó que no pertenecía a ninguna religión y solo el 3.5% no respondió

Figura 15.- Actividad religiosa que practican los hombres.



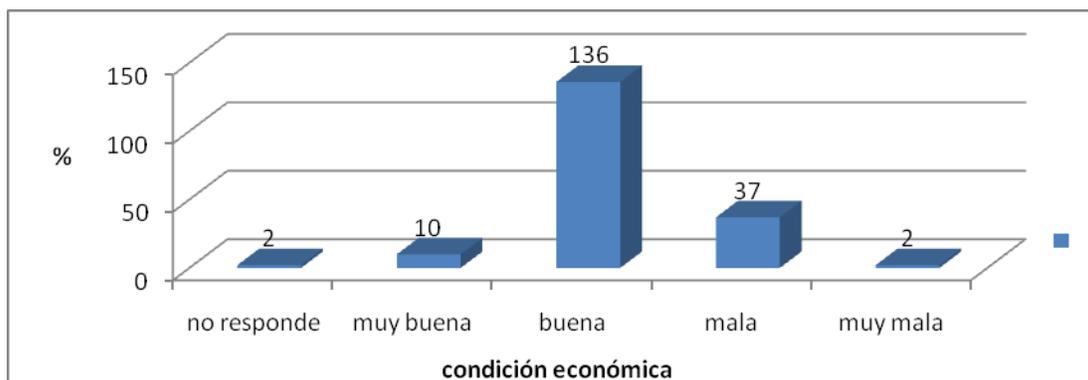
En la figura 15 se puede observar que la actividad religiosa de los hombres de la muestra a la que se aplicó el instrumento de ideación suicida de riesgo el 35% consideran que es suficiente, siguiéndole con el 31% que no respondió a este ítem, el 23% de los hombres responde que su actividad religiosa es escasa, seguido por el 5.9% donde mencionan que es casi nula, y finalmente el 4.8% responden que es mucha su actividad en la religión.

Figura 16.- Actividad religiosa que practican las mujeres



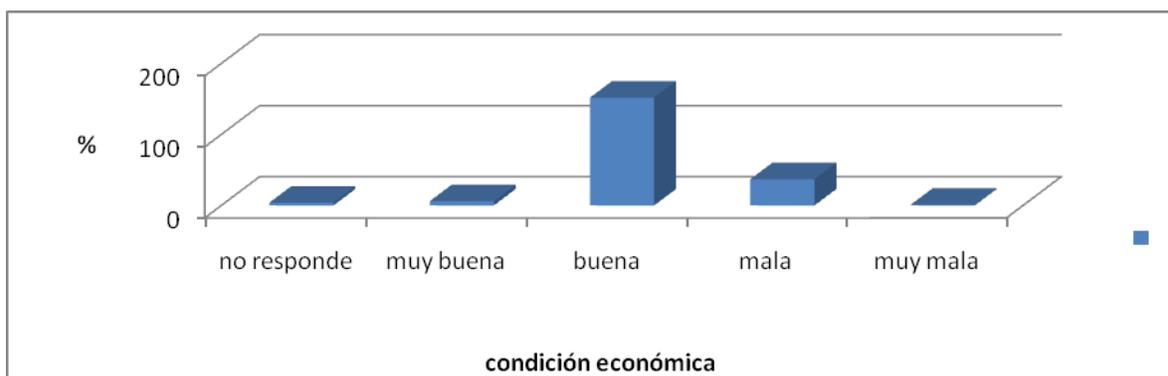
Como se observa en la figura 16 las mujeres de la muestra a la que se aplicó el instrumento de ideación suicida de riesgo respondieron que su actividad religiosa es suficiente en un 42% del total el 24% respondió que su actividad religiosa era escasa, así como también las que no respondieron, el 65% de la muestra respondió que su actividad religiosa es nula y solo el 4% respondió que su actividad religiosa era mucha.

Figura 17.- Condición económica de la familia (Hombres)



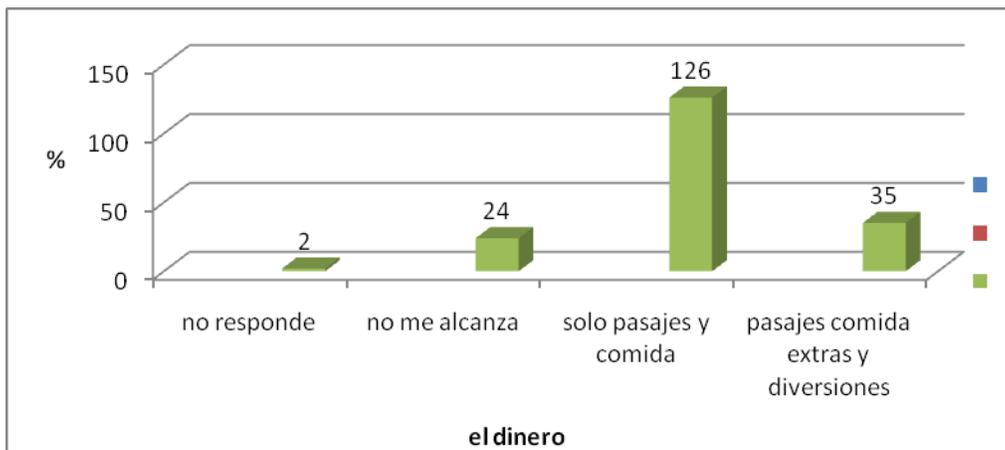
La figura 17 muestra la condición económica de la familia de los sujetos de la muestra de los cuales se observa que el 72.7% tienen una economía buena representada por el 72.7%, seguida por el reactivo de mala condición económica con el 19.8%, de los jóvenes que gozan de una muy buena condición económica solo es el 5.3% y la condición muy mala solo se presentó el 1.1%, así como los que no respondieron.

Figura 18.- Condición económica de la familia (Mujeres)



La figura 18 muestra de sujetos que respondió que la condición económica de su familia es buena lo cual representa el 76% del total de la muestra, a diferencia del 18.5% que respondió que su economía es mala, el 3% respondió que su economía es muy buena, el 2% no respondió y solo el .5% respondió que su economía es muy mala.

Figura 19.- El dinero con el que cuentas regularmente alcanza para... (Hombres)



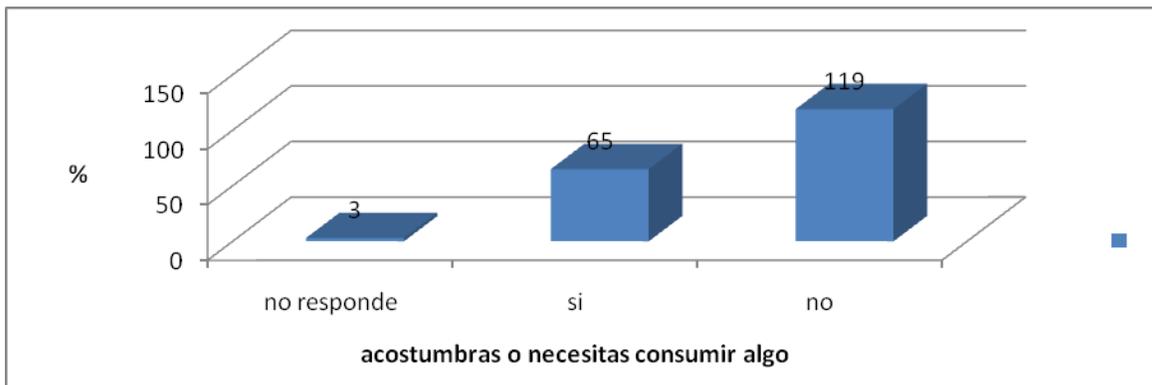
El poder de adquisición que tiene los jóvenes de la muestra analizada donde el 67.4% respondieron que el dinero con el que cuentan regularmente les alcanza solo para pasajes y comida, el 18.7% contestó que el dinero con que cuentan les alcanza para pasajes, comida, extras y diversiones, el 12.8% respondieron que este dinero no les alcanza y solo el 1.1% no respondió (ver figura 19).

Figura 20.- El dinero con el que cuentas te alcanza para... (Mujeres)



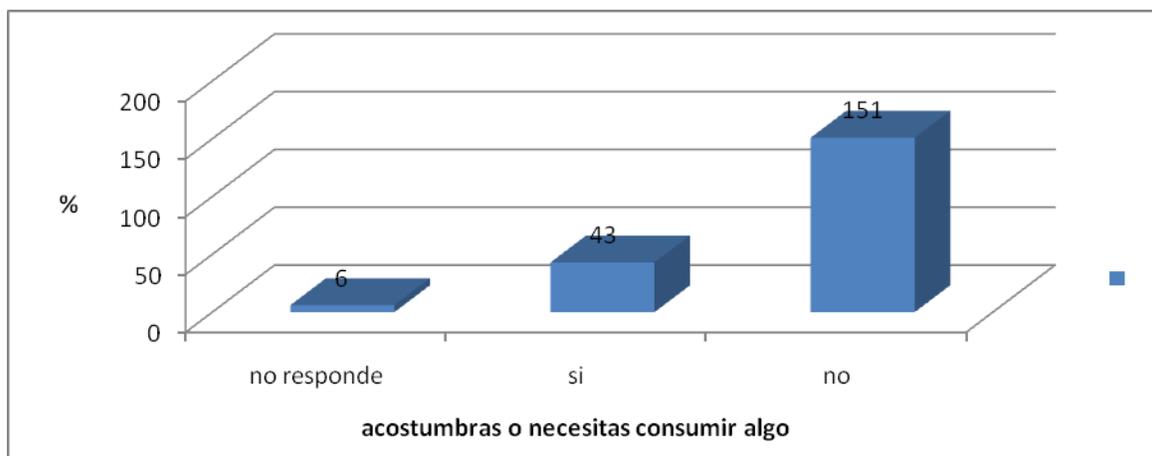
En la figura 20 se puede observar que para el 72.5% de las mujeres de la muestra solo les alcanza para los pasajes y la comida, para el 17.5% manifestaron que les alcanza para sus pasajes, su comida extras y algunas diversiones, para el 8.5% de la población respondió que no le alcanzaba y solo el 1.5% no respondió.

Figura 21.- Acostumbras consumir o tomar algo para sentirte bien café, cigarros, etc. (Hombres)



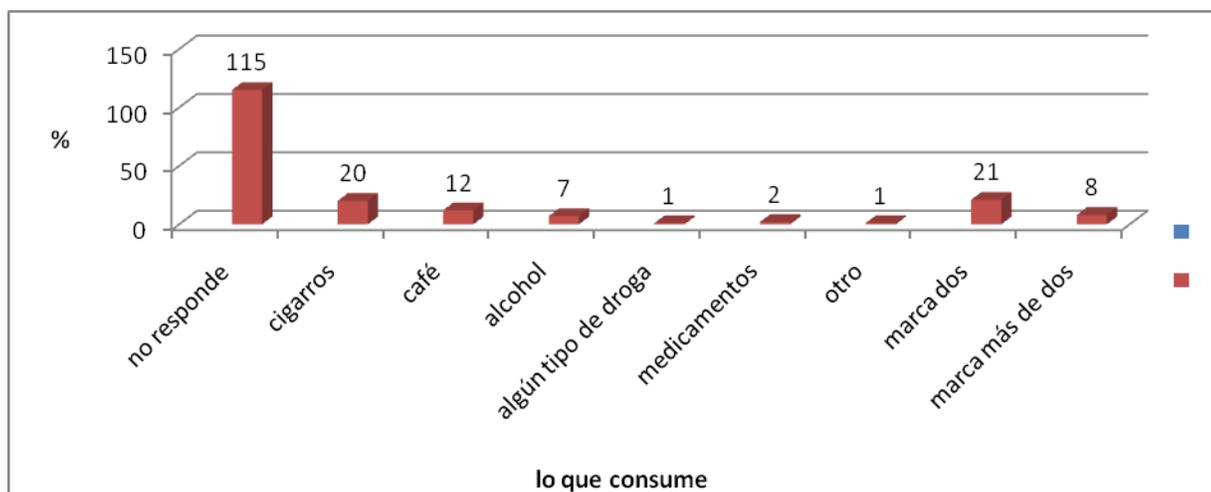
El 63% de la población no acostumbra o necesita consumir o tomar algo para sentirse bien, el 35% de la población responde que si tiene la necesidad de consumir algo (figura 21).

Figura 22.- Acostumbras consumir o tomar algo para sentirte bien café, cigarros, etc. (Mujeres)



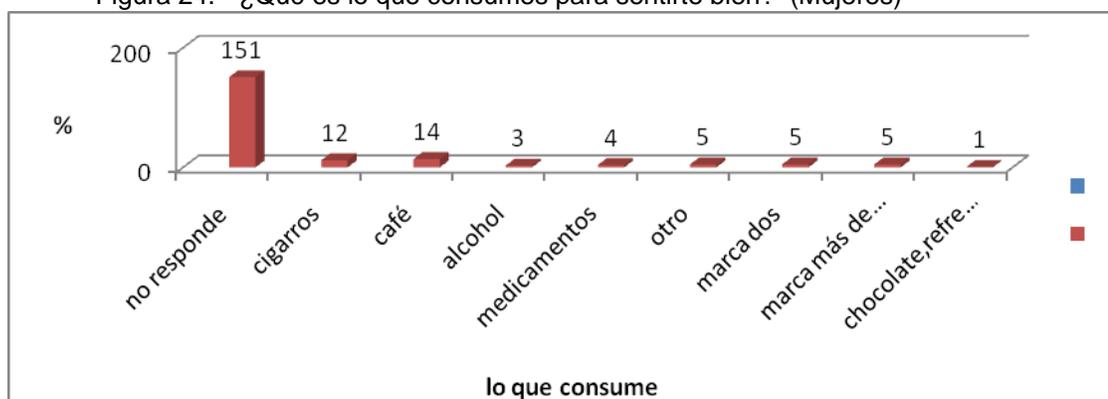
La figura 22 muestra que el 75% de la población a la que se aplico el instrumento de ideación suicida de riesgo no acostumbra consumir o tomar algo para sentirse bien, solo el 22% de la muestra responde que si utiliza algo para sentirse bien.

Figura 23.- ¿Qué es lo que consumes para sentirte bien? (Hombres)



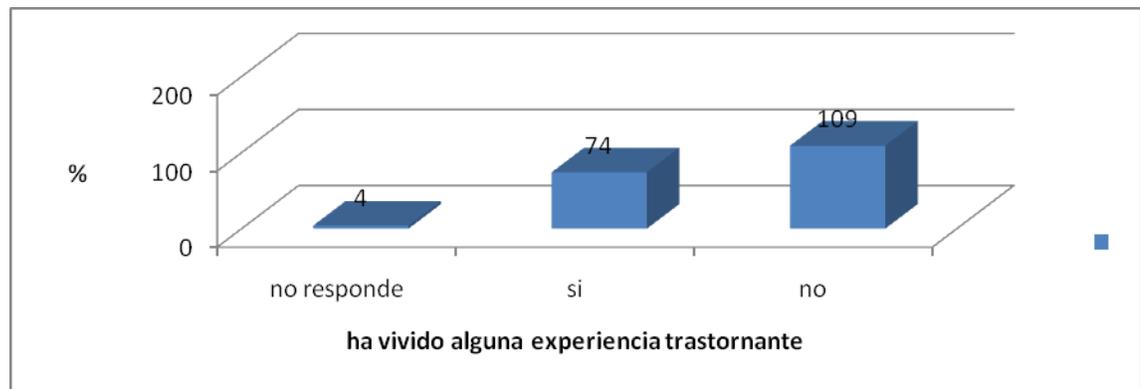
El 61% de la población masculina no responde a la pregunta ¿Qué es lo que consumes para sentirte bien? el 10% consumen cigarro, 11% marca dos opciones, el 6.4% marca el café, el 3.7% marca el alcohol, el 1% marca algún tipo de medicamento y solo el .5% menciona que utiliza algún tipo de droga (figura 23).

Figura 24.- ¿Qué es lo que consumes para sentirte bien? (Mujeres)



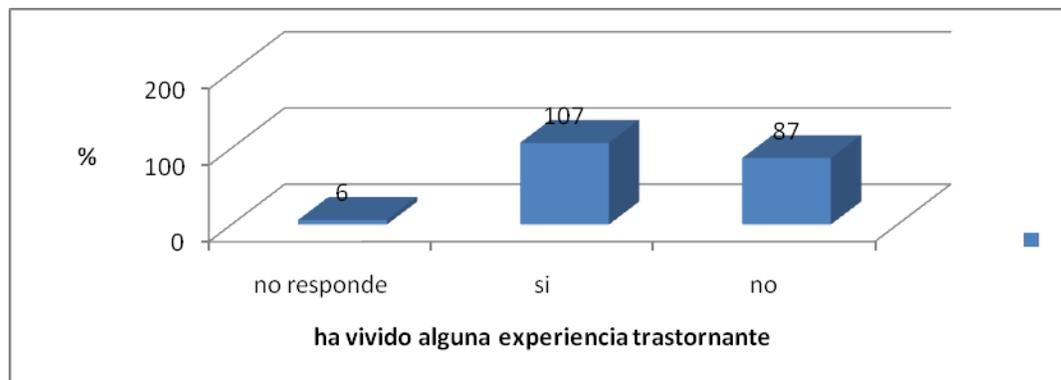
La figura 24 muestra que el 75% de la población femenina no responde, el 7% consumen café, el 6% marca cigarros, el 2.5 % marca dos o más de dos opciones, el 2% marca algún tipo de medicamento y solo el .5% menciona que consume chocolates, refrescos y comida chatarra.

Figura 25.- En los últimos meses has vivido alguna (as) experiencia (as) que han trastornado o alterado tu vida (hombres)



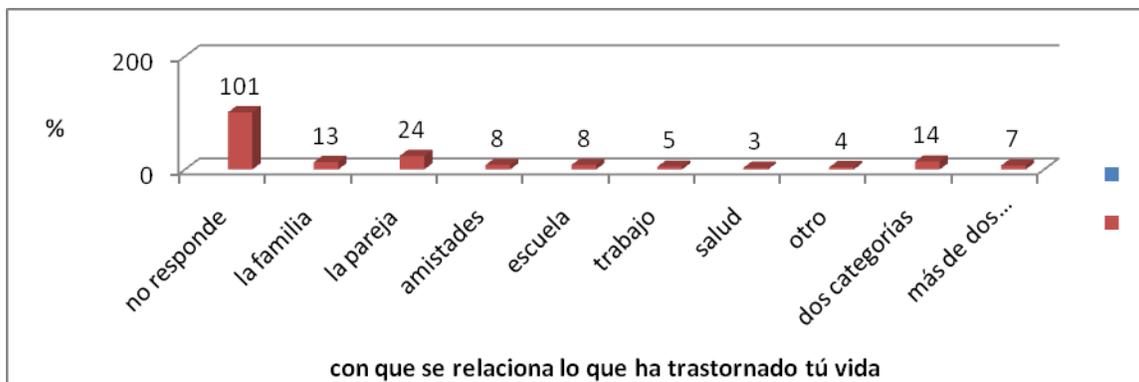
La figura 25 nos muestra que el 39.6% de la población respondió que si ha sufrido alguna experiencia trastornante, el 58% respondió que no.

Figura 26.- En los últimos meses has vivido alguna (as) experiencia (as) que han trastornado o alterado tu vida (mujeres)



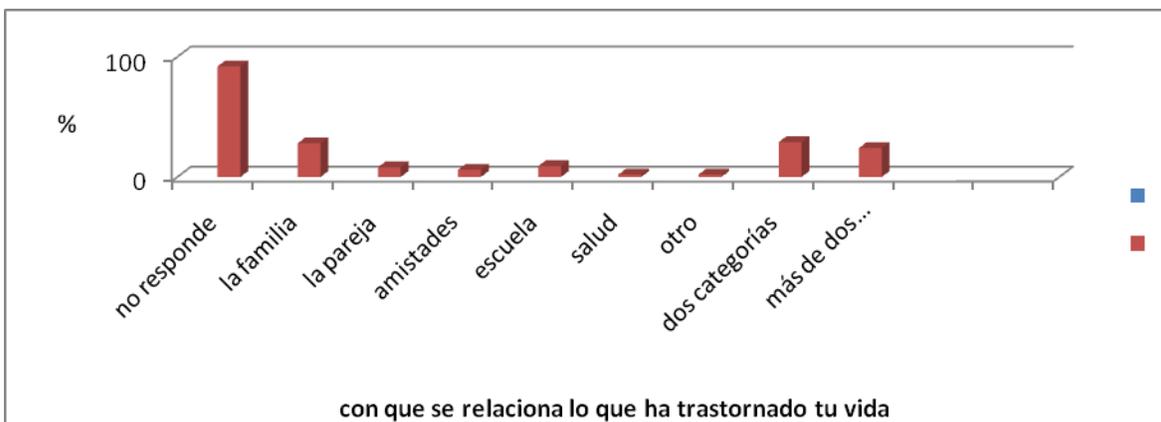
La figura 26 nos muestra que el 39.6% de la población respondió que si ha sufrido alguna experiencia trastornante, el 58% respondió que no.

Figura 27.- Lo que ha trastornado tu vida se relaciona con... (Hombres)



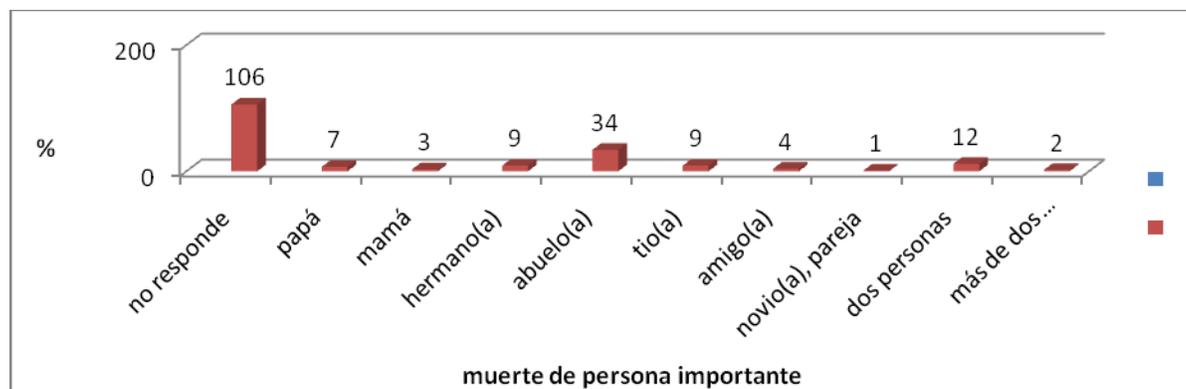
El 12% de la muestra respondió que su principal problema es con la pareja, el 7.5% marco más de dos opciones, el 7% menciona que es la familia, el 4.3% respondió que las amistades y la escuela, el 54% no respondió (figura 27).

Figura 28.- Lo que ha trastornado tu vida se relaciona con... (Mujeres)



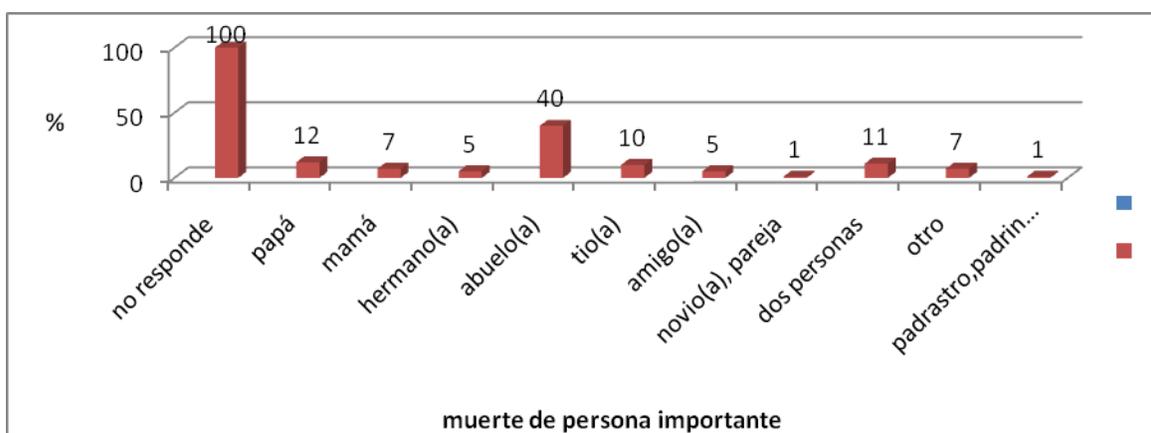
El 14.5% respondió más de dos categorías, el 14% la familia, el 12% más de dos categorías 4.5% la escuela, el 4% respondió problema con la pareja, el 7.5% marco más de dos opciones, el 7% menciona que es la familia, el 3% respondió que las amistades y el 1% la salud, el 46% no respondió (figura 28).

Figura 29.- ¿En tu infancia o adolescencia ocurrió la muerte de una persona muy importante?
(Hombres)



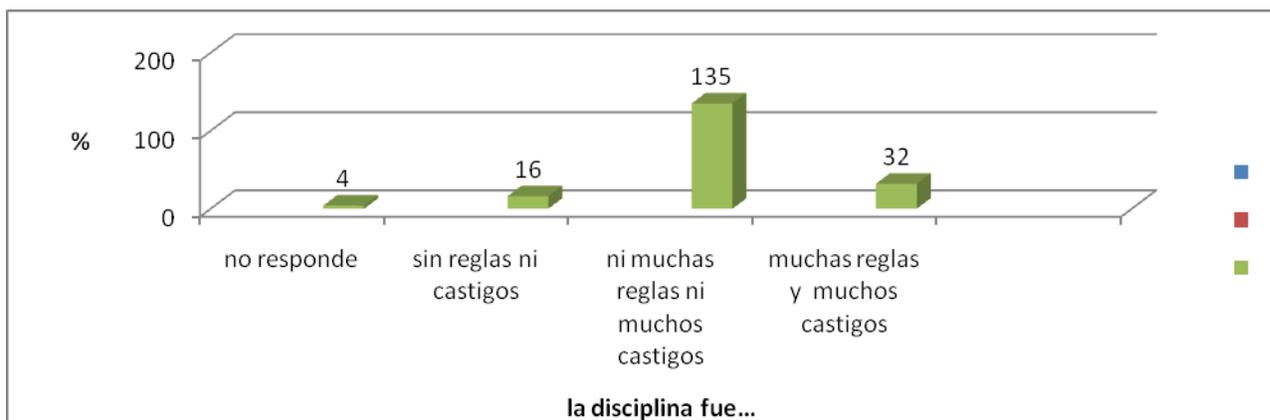
El 18% menciona que su abuela(a), el 6.4% menciona que dos personas, el 4.8% algún tío(a), el 3.7% papá, el 2.1% mamá, el 1.6% la mamá, el .5% el novio(a) o pareja (figura 29).

Figura 30.- ¿En tu infancia o adolescencia ocurrió la muerte de una persona muy importante?
(Mujeres)



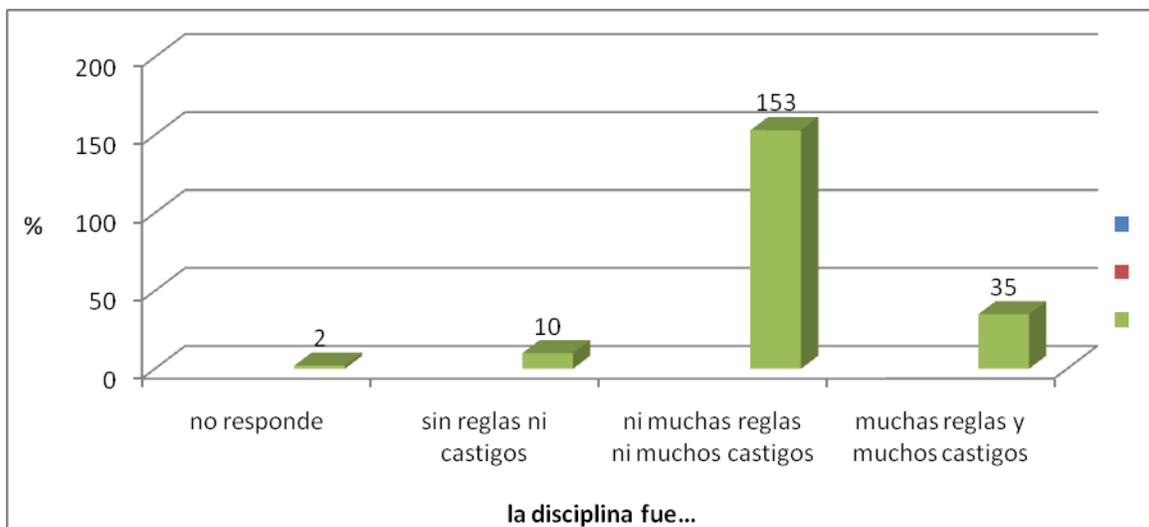
En la figura 30 el 20% menciona que su abuelo(a), el 6% menciona que su papá, el 5.5% dice que dos personas, el 5% tío(a), el 3.5% la mamá y otro, el 2.5% hermano(a), y el .5% el novio(a) o pareja, más de dos personas, padrastro, padrino, etc.

Figura 31.- ¿La disciplina que ejercieron sobre de ti en la infancia y adolescencia fue...?
(Hombres)



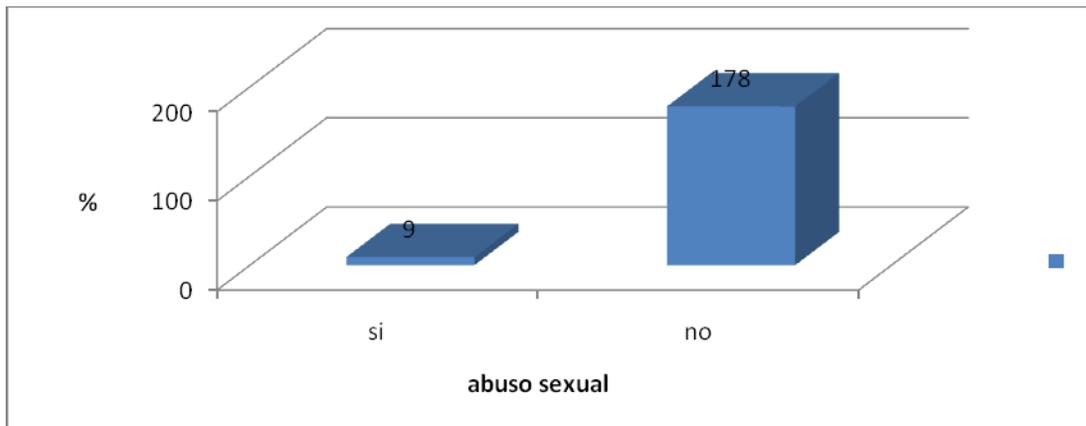
La figura 31 muestra que el 72.2% de la población responde que no hubo ni muchas reglas ni muchos castigos, el 17.1% menciona que si hubo muchas reglas y castigos, el 8.6% dice que su disciplina fue sin reglas ni castigos y el 2.1% no responde.

Figura 32.- ¿La disciplina que ejercieron sobre de ti en la infancia y adolescencia fue...? (Mujeres)



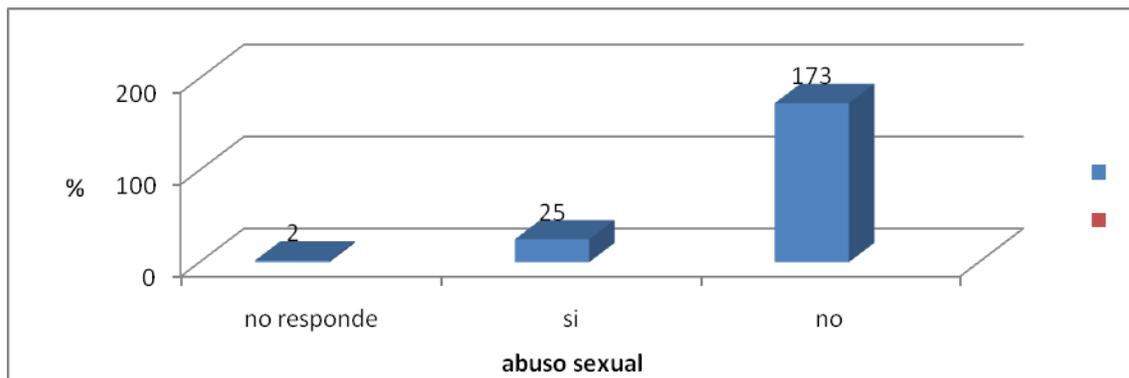
La figura 32 muestra que el 76.5% de la población responde que no hubo ni muchas reglas ni muchos castigos, el 17.5% menciona que si hubo muchas reglas y castigos, el 5% dice que su disciplina fue sin reglas ni castigos y el 1% no responde.

Figura 33.- ¿Has sufrido alguna forma de abuso sexual? (Hombres)



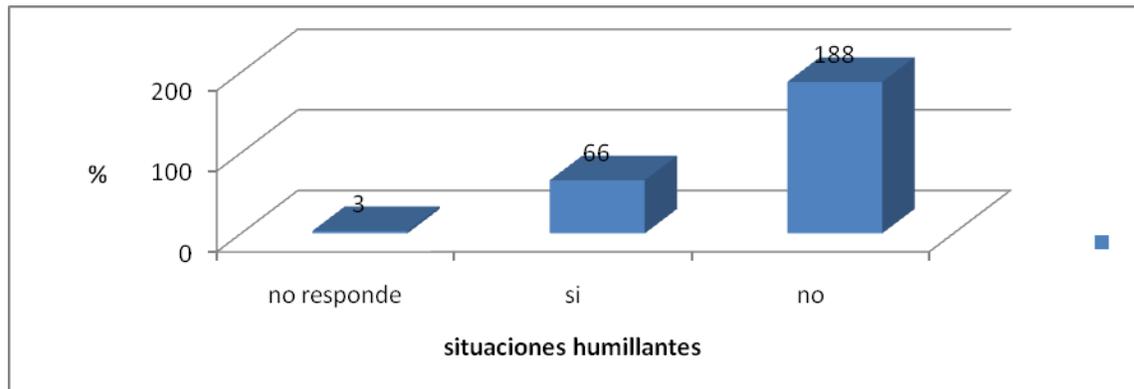
En la figura 33 se observa que el 4.8% si ha sufrido alguna forma de abuso sexual, y el 95.2% no ha sufrido abuso sexual.

Figura 34.- ¿Has sufrido alguna forma de abuso sexual? (Mujeres)



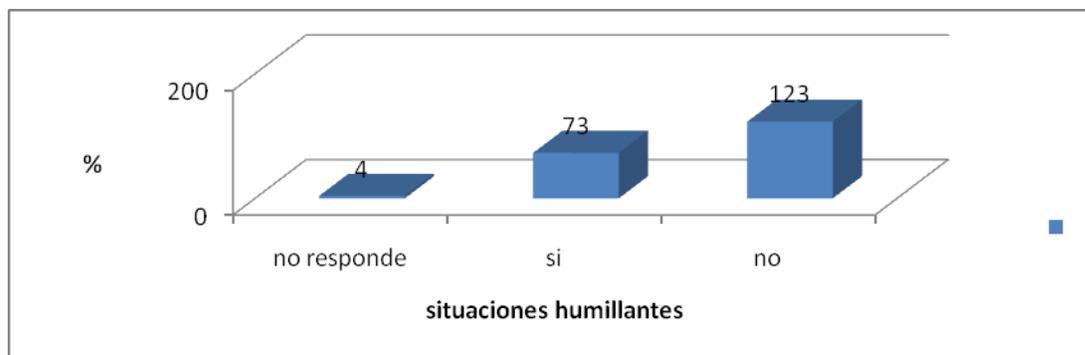
En la figura 34 se observa que el 12.5% si ha sufrido alguna forma de abuso sexual, el 86.5% no ha sufrido abuso sexual.

Figura 35.- ¿Has sido víctima de situaciones humillantes? (Hombres)



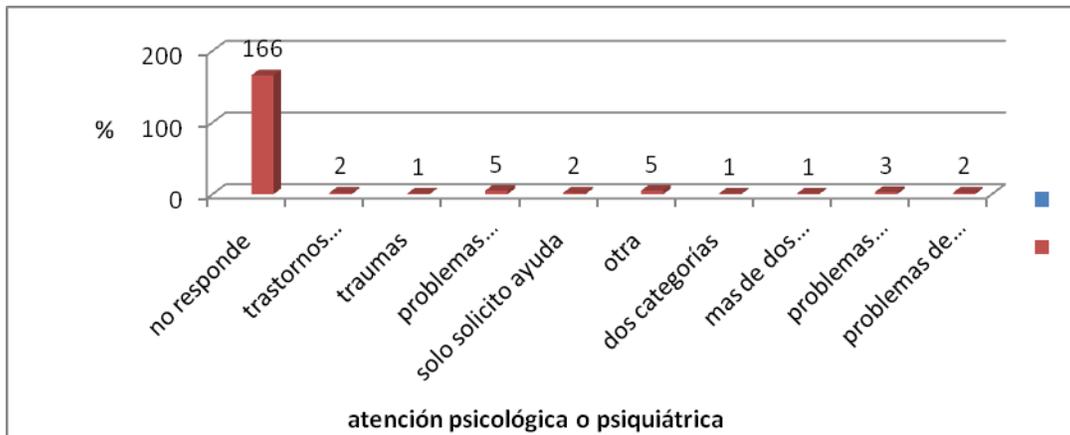
La figura 35 nos muestra que el 35.3% de los sujetos responde que si ha sido víctima de situaciones humillantes, el 63.1% no.

Figura 36.- ¿Has sido víctima de situaciones humillantes? (Mujeres)



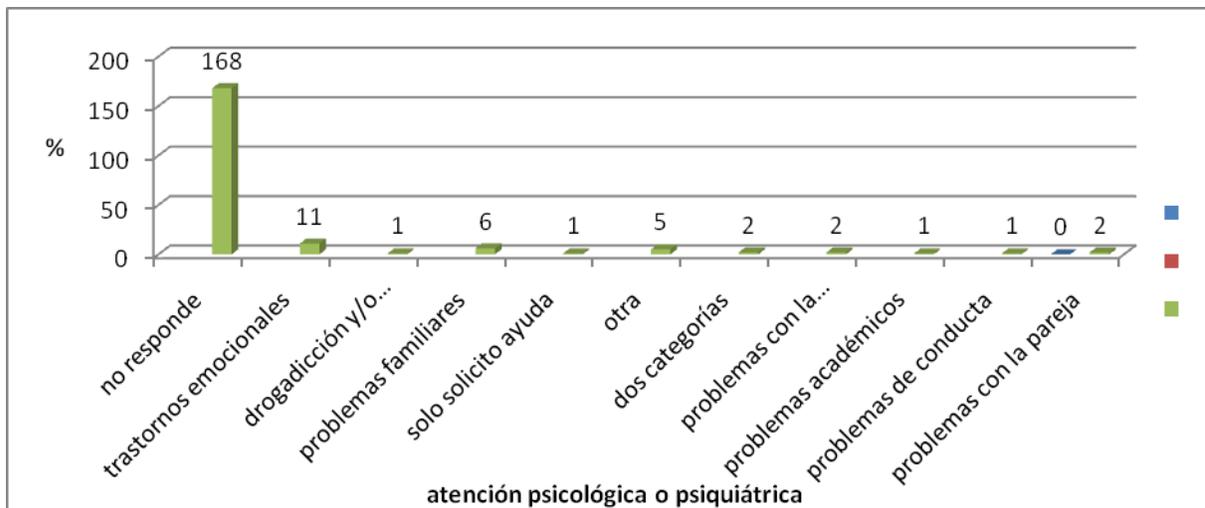
La figura 36 nos muestra que el 36.5% de los sujetos responde que si ha sido víctima de situaciones humillantes, el 65.5% no.

Figura 37.- ¿Causa por la que has recibido atención psicológica o psiquiátrica? (Hombres)



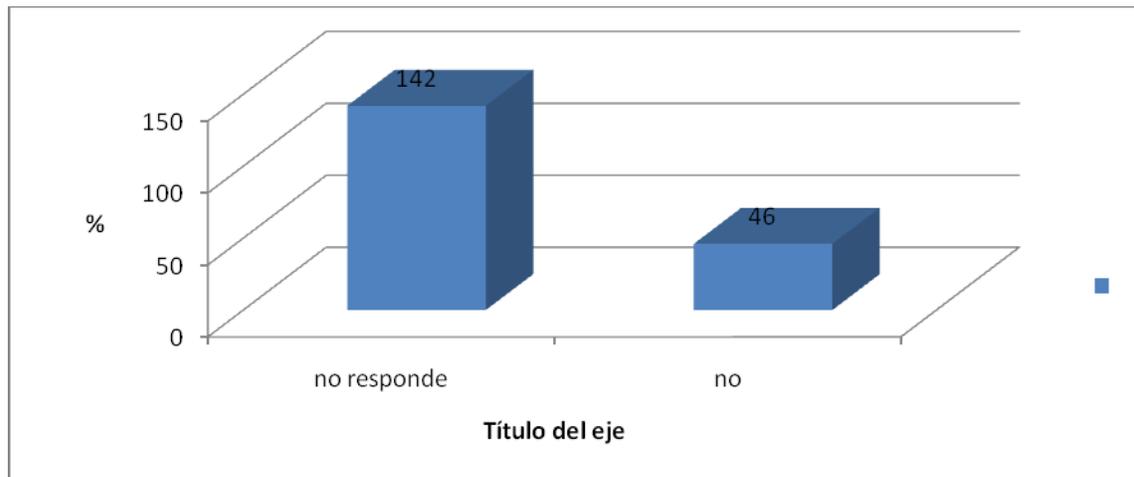
La figura 37 muestra que el 2.7% que ha recibido atención psicológica a sido debido a problemas familiares, el 1.6% debido a problemas académicos, y el 1.1% debido a problemas de conducta, trastornos emocionales, y que solo solicito ayuda y finalmente el .5% por traumas y más de dos categorías.

Figura 38.- ¿Has recibido atención psicológica o psiquiátrica? (Mujeres)



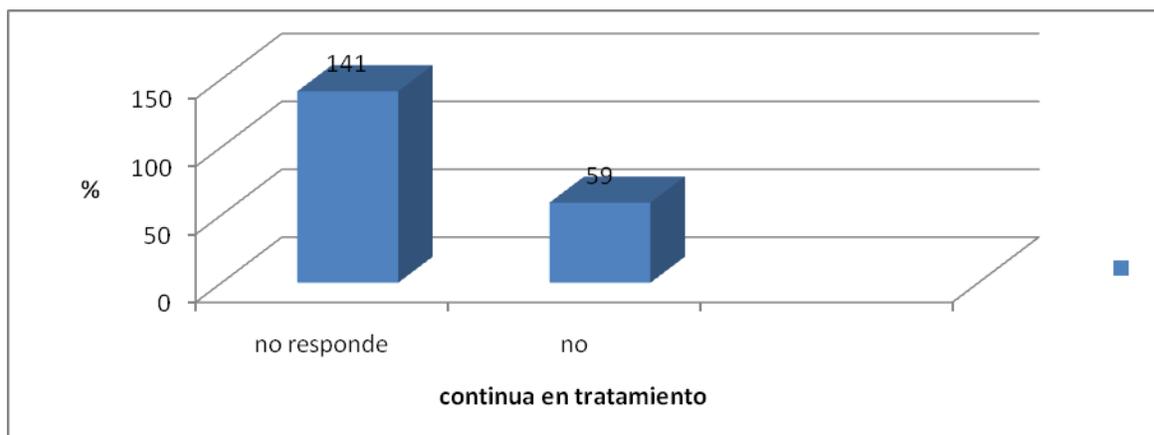
La figura 38 muestra que el 5.5% que ha recibido atención psicológica a sido debido a trastornos emocionales, el 3% problemas familiares, el 2.5% debido a otras causas, el 1% por problemas con la pareja y el .5% por drogadicción, problemas académicos, problemas de conducta y por que solo solicito ayuda.

Figura 39.- ¿Actualmente sigues en tratamiento psicológico o psiquiátrico? (Hombres)



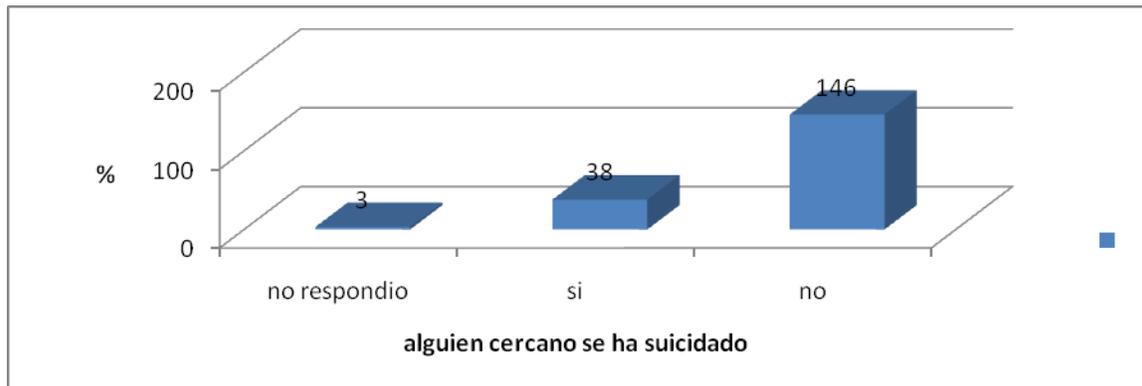
En la figura 39 la respuesta fue que el 24.6% de la muestra masculina no continúa en ningún tratamiento y el 75.4% no respondió.

Figura 40.- ¿Actualmente sigues en tratamiento psicológico o psiquiátrico? (Mujeres)



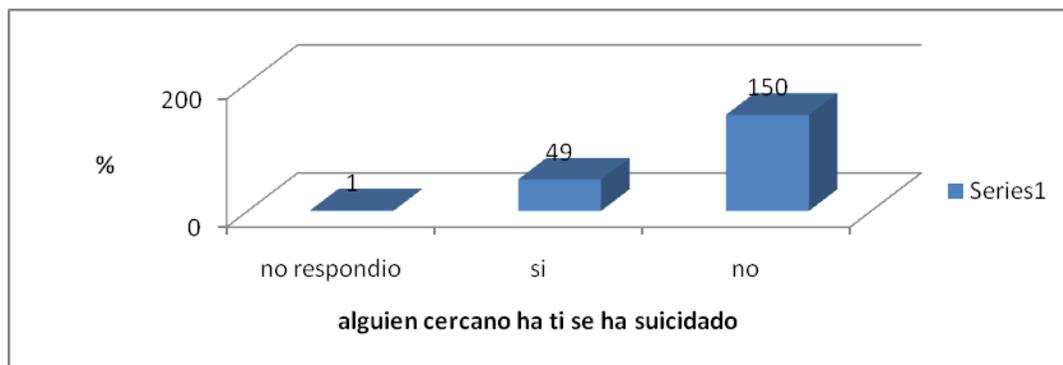
En la figura 40 la respuesta fue que el 29.5% de la muestra femenina no continúa en ningún tratamiento y el 70.5% no respondió.

Figura 41.- ¿Alguna persona cercana a ti se ha suicidado o ha intentado suicidarse? (Hombres)



En la figura 41 se observa que el 20.3% de la muestra responde que si ha tenido cerca a alguien que a intentado suicidarse o que se a suicidado, el 78% menciona que no.

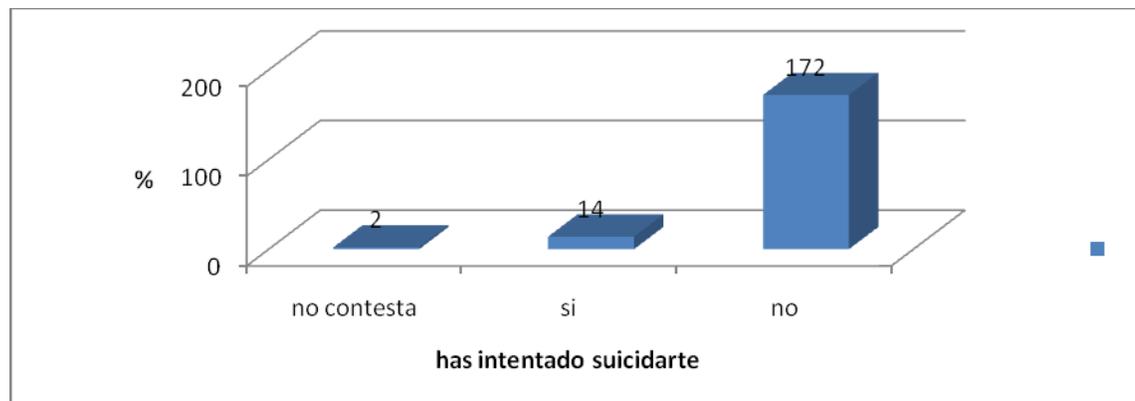
Figura 42.- ¿Alguna persona cercana a ti se ha suicidado o ha intentado suicidarse? (Mujeres)



En la figura 42 se observa que el 24.5% de la muestra responde que si ha tenido cerca a alguien que a intentado suicidarse o que se ha suicidado, el 75% menciona que no.

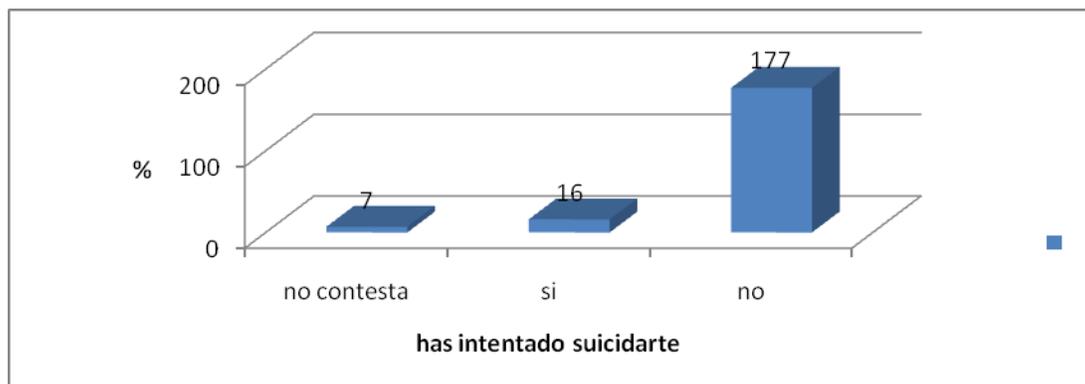
Por ultimo vamos a revisar el intento de suicidio

Figura 43.- ¿Has intentado suicidarte? (Hombres)



La figura 43 muestra que el 7.5% de la muestra masculina responde que si ha intentado suicidarse, el 9.2% menciona que no, el 5% no respondió.

Figura 44.- ¿Has intentado suicidarte? (Mujeres)



En la figura 44 se observa que el 8% de la muestra femenina responde que si ha intentado suicidarse, el 8.5% menciona que no y el 3.5% no respondió.

4.2 Descripción de las características psicométricas de las escalas de Ideación suicida y Estado Emocional.

En este apartado, se muestran las características de sensibilidad, discriminación, confiabilidad y validez de las escalas de Ideación Suicida y Estado Emocional.

4.2.1 Escala de Ideación Suicida (IS)

- Sensibilidad

La sensibilidad de la escala de Ideación Suicida se representa en la (tabla 2). Los reactivos de la escala de IS se midieron por medio de la frecuencia de los pensamientos de muerte, tomando como base el número de días de la semana anterior a la aplicación del instrumento. Las opciones de respuesta para los cuatro reactivos fueron las siguientes: 0 días, 2-3 días, 3-4 días y 5-7 días.

Tabla 2. Características de sensibilidad de la escala de Ideación Suicida.

Reactivos	Media	Desviación estándar	Curtosis	Sesgo
1.- Que no podían seguir adelante	,83	1,18	3,20	1,85
2.- Tenía pensamientos sobre la muerte	,39	1,02	10,44	3,24
3.- Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto	,25	,90	17,60	4,18
4.- Pensé en matarme	,15	,72	31,99	5,60

A partir de la tabla 2 se puede señalar que los datos se comportan como sería lo esperado de manera teórica, es decir, respecto a la media se puede decir que en el primer reactivo (número 1), la media es mayor que en el último (reactivo 4), de tal manera que va descendiendo el valor de la media conforme el reactivo asciende, lo que indica que en el primer reactivo hubo una mayor respuesta

(tuvieron el pensamiento “que no podía seguir adelante” casi un día de la semana pasada), no así el pensamiento “pensé en matarme” (que es cercano a cero). La desviación estándar también disminuye indicando una menor variabilidad en los últimos reactivos, esto también se ve reflejado en la curtosis y el sesgo.

- Discriminación

Para saber si los reactivos de la escala discriminaban entre puntajes altos (cuartil 75) y bajos (cuartil 25) se aplicó la prueba t de student (ver tabla 3)

Tabla 3. Prueba t de student para la escala de Ideación Suicida

Reactivos	t de Student	Grados de libertad	Nivel de Significancia
1.- Que no podían seguir adelante	-19,18	194,00	,00
2.- Tenía pensamientos sobre la muerte	-4,42	298,42	,00
3.- Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto	-5,37	198,05	,00
4.- Pensé en matarme	-4,05	194,00	,00

Los resultados obtenidos en la significancia de la prueba, indican una diferencia significativa (.000) lo que indica que los puntajes bajos y altos son discriminados por la escala de Ideación Suicida.

- Confiabilidad y validez

En cuanto a la confiabilidad para esta escala se obtuvo un Alfa de Crombach de .67

Para obtener la validez de la escala primero se utilizó la Prueba de Esfericidad de Bartlett y los datos se muestran en la (tabla 4).

Tabla 4. Prueba de KMO y prueba de Bartlett

Chi cuadrada	336.83
gl	6
significancia	.00

El resultado obtenido en la prueba ji cuadrada nos indica que se puede hacer un análisis de factores. Este se llevó a cabo a través del análisis de componentes principales con el método de rotación: Varimax y Káiser y se obtuvieron los siguientes resultados (ver tabla 5).

El constructo teórico de Ideación Suicida puede ser explicado por el instrumento en un 54.27% (varianza explicada) por lo anterior el constructo de Ideación Suicida se agrupa en un solo factor que mide Ideación Suicida.

Tabla 5. Análisis de factores de la escala de Ideación Suicida.

Reactivo	Componente 1
IS 3 Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto (a	.83
IS 2 Tenía pensamientos sobre la muerte	.80
IS 4 pensé en matarme	.78
IS 1 Qué no podía seguir adelante	.46

Con los datos anteriores se puede concluir que la escala de la Ideación Suicida tiene confiabilidad y validez en la población de UTEQ.

4.2.2 Estado Emocional

- Sensibilidad

Las características de sensibilidad de la Escala de Estado Emocional se muestran en la (tabla 6). Los reactivos de la Escala de Estado Emocional se midieron por medio de la frecuencia de un estado emocional abatido o calmado, tomando como base el porcentaje de tiempo, en el que los evaluados manifestaban tener determinado estado emocional, las opciones de respuesta fueron las siguientes: 100% del tiempo, 80% del tiempo, 60% del tiempo, 40% del tiempo, 20% del tiempo y 0% del tiempo.

Tabla 6. Sensibilidad de la escala de Estado Emocional

Reactivos	Media	Desviación estándar	Curtosis	sesgo
1.- he estado nervioso	3,26	1,28	-,92	,26
2.-Me he sentido calmado (a) y en paz	3,29	1,26	-,92	,11
3.-Me he sentido triste y melancólico	2,86	1,46	-,77	,48
4.-Me he sentido abatido(a) que nada me puede animar	2,20	1,43	,01	,97
5.-Me he sentido feliz	2,57	1,33	-,28	,69

En el esta do Emocional la media de los reactivos oscila entre 3.29 y 2.20 lo que indica que el Estado Emocional que reporta el reactivo se presentó entre el 20% al 40% del tiempo. La desviación estándar es similar en los 5 reactivos por lo que indica que no cambia mucho su variabilidad. Respecto a la curtosis como no tiene un valor mayor de -1 podemos decir que no tiene aplanamiento y finalmente el sesgo hay que considerarlo en los reactivos 4 y 5.

- Discriminación

Los reactivos del instrumento de Estado Emocional de acuerdo a la t de student indican que los reactivos discriminan valores altos (cuartil 25) y bajos (cuartil 75) ver la (tabla 7).

Tabla 7. Prueba t de Student para la escala de Estado Emocional

Reactivos	t de Student	gl	Significancia
1.- he estado nervioso	-21,06	230,24	,00
2.-Me he sentido calmado (a) y en paz	-13,26	248,24	,00
3.-Me he sentido triste y melancólico	-8,056	255,82	,00
4.-Me he sentido abatido(a) que nada me puede animar	-10,71	221,19	,00
5.-Me he sentido feliz	-18,88	203,19	,00

- Confiabilidad y Validez

Para la confiabilidad se obtuvo una Alpha de Crombach de .73 que indica que esta escala del instrumento es confiable y que si se vuelve aplicar, en la misma población existe una probabilidad de .73 de que los resultados obtenidos sean similares.

Para obtener la validez, primero se obtuvo la prueba de esfericidad de Bartlett y los datos se muestran en la siguiente tabla (ver tabla 8).

Tabla 8. Prueba de KMO y prueba de Bartlett

Chi cuadrada	73
gl	10
significancia	,00

El dato que se obtuvo en la prueba ji cuadrada indica, que es viable hacer un análisis de factores para obtener la validez de constructo, para esto se realizó un análisis de componentes principales con el método de rotación: varimax y káiser y se obtuvieron los resultados que se muestran en la (tabla 9).

El constructo teórico de Estado Emocional puede ser explicado por el instrumento en un 71.07% (varianza explicada) y este se subdivide en dos factores

Tabla 9. Análisis de factores de la escala de Estado Emocional

Reactivo	Componente 1	Componente 2
EEM3 Me he sentido triste y melancólico(a)	,87	
EEM4 Me he sentido abatido(a), que nada me puede animar	,86	
EEM1 He estado muy nerviosos(a)	,66	
EEM2 Me he sentido calmado(a) y en paz		,88
EEM5 Me he sentido feliz		,82

Con los datos anteriores se puede concluir que la escala de Estado Emocional, tiene confiabilidad y validez en la muestra de la UTEQ.

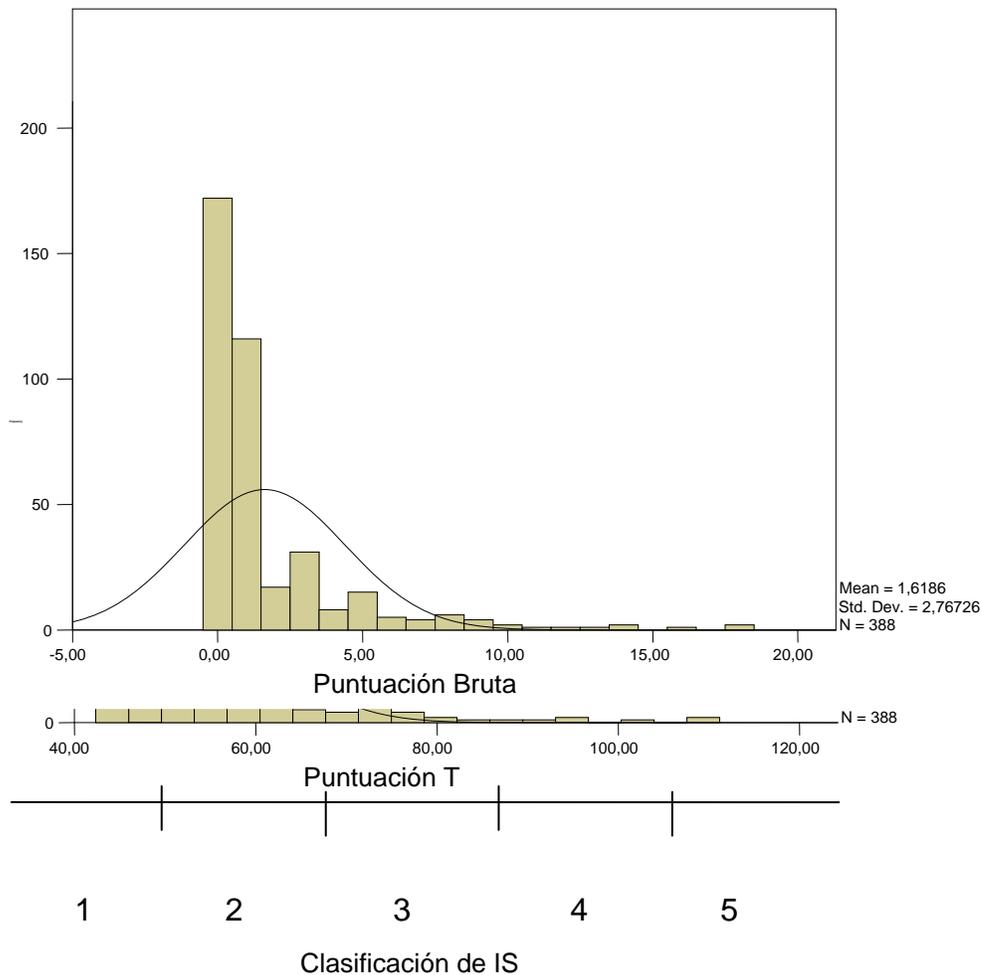
4.3. Descripción de resultados por escala

En esta sección se describirán los resultados que se obtuvieron en la UTEQ, de las escalas de Ideación Suicida y Estado Emocional

4.3.1 Escala de Ideación suicida (IS)

Para poder describir que es lo que pasa en esta población, se compararon los datos de las siguientes puntuaciones (figura 44).

Figura 44. Comparación de puntuaciones de la escala de Ideación Suicida



- a) Puntuaciones brutas de Ideación Suicida (PBIS) son las puntuaciones totales de los datos originales, de los valores de esta escala. Donde se muestra que la media de ideación suicida es de 1.6

- b) Puntuaciones T de Ideación Suicida (PTIS). Es la transformación de los datos brutos a puntuaciones estandarizadas, de acuerdo a la siguiente formula: $50 + 10 \times (PB - \text{media de la PB}) / (\text{desviación estándar de la PB})$.
- c) Puntuaciones Clasificadas de Ideación Suicida: se convirtieron las puntuaciones T en códigos, los cuales se muestran en la (tabla 10).

Tabla 10. Clasificación de las puntuaciones “t”

Código	Puntuación “t”	Nombre del Código
1	≤ 45	Sin Ideación Suicida
2	$\geq 45, \leq 50$	Ideación Suicida baja
3	$\geq 50, \leq 60$	Ideación Suicida Regular
4	$\geq 60, \leq 70$	Ideación Suicida Alta
5	≥ 70	Ideación Suicida Muy Alta

4.3.2 Estado Emocional

La siguiente tabla nos muestra la transformación de puntuaciones totales en puntuaciones T y a su vez en códigos, (ver tabla 11)

Tabla 11. Puntuaciones totales en puntuaciones T, y estas a su vez en códigos

Código	Puntuación T	Nombre del Código
1	≤ -2	Sin manifestación de estado emocional
2	$\geq -2, \leq 1$	Estado emocional bajo
3	$\geq -1, \leq 1$	Estado emocional negativo regular
4	$\geq 1, \leq 2$	Estado emocional negativo alto
5	≥ 2	Estado emocional negativo muy alto

4.4 Comprobación de hipótesis de investigación

En el siguiente apartado se presentan los análisis estadísticos que se llevaron a cabo para la comprobación de las hipótesis de investigación planteadas en este trabajo.

Hipótesis 1.

Las mujeres presentarán un porcentaje mayor de incidencia de ideación suicida de riesgo que los hombres.

Para llevar a cabo la comprobación estadística de esta hipótesis se realizó el siguiente procedimiento: para conocer que tanta incidencia de ideación suicida de riesgo hay entre las mujeres y los hombres, se realizó una tabla de contingencias con dos variables: sexo e ideación suicida. Esta última variable se dividió en dos; sin IS (donde se tomaron en cuenta las dos primeras clasificaciones que son “sin ideación suicida” e “ideación suicida baja”) e IS de riesgo (donde se tomaron las dos últimas clasificaciones “ideación suicida alta” e “ideación suicida muy alta”) clasificación que se considerara en lo subsiguiente (ver tabla 12).

Tabla 12. Frecuencia de ideación suicida de riesgo en hombres y mujeres

		Sin IS	IS de Riesgo (IS alta y IS muy alta)
Sexo	Masculino	93 (frec)	18 (frec)
	Femenino	79 (frec)	26 (frec)

Posteriormente se calculó una ji cuadrada obteniendo lo siguiente:

$\chi^2 = 2.42$, $gl=1$, $\alpha > 0.05$, razón por la cual se rechazó la hipótesis de investigación con una confiabilidad del 95%, esto quiere decir que las mujeres no presentan un porcentaje mayor de incidencia de ideación suicida de riesgo que los hombres.

Hipótesis 2

El Estado Emocional se relacionará con la ideación suicida.

Para llevar a cabo la comprobación estadística de esta hipótesis se realizó lo siguiente: Se usaron los puntajes brutos de Ideación Suicida (PBIS) y Estado Emocional (PBEEM), y se llevó a cabo un coeficiente de correlación de Pearson, encontrando lo siguiente: $r = 0.453$ ($\alpha < 0.001$)

Por lo cual se confirma que hay una relación positiva entre en estado emocional y la ideación suicida por lo que se comprueba la hipótesis de investigación, la cual plantea que conforme se incrementa el puntaje de Estado Emocional, se incrementa el puntaje en la Ideación Suicida.

Hipótesis 3

El abuso sexual se relacionara con la ideación suicida de riesgo.

Para saber que tanto se relaciona la ideación suicida de riesgo con el abuso sexual se realizó un cuadro de contingencia (ver tabla 13).

Tabla 13. Relación del abuso sexual con la ideación suicida de riesgo

	Sin IS		IS de riesgo
Abuso Sexual	Si	14 (frec)	6 (frec)
	No	158 (frec)	38 (frec)

Posteriormente se calculó una ji cuadrada obteniendo lo siguiente:

$\chi^2 = 1.20$, $gl=1$, $\alpha > 0.05$, por lo tanto el abuso sexual, no se relaciona con la Ideación Suicida de Riesgo.

Hipótesis 4

La percepción de un desempeño académico malo se relacionará con la ideación suicida de riesgo.

Para saber que tanto se relaciona la ideación suicida de riesgo con el desempeño académico se realizó un cuadro de doble entrada (ver tabla 14).

Tabla 14. Relación de la ideación suicida de riesgo con el desempeño académico

		Sin IS		IS de Riesgo
Percepción del desempeño académico	Bueno	157 (frec)	38 (frec)	
	Malo	15(frec)	6 (frec)	

Posteriormente se calculo una ji cuadrada obteniendo lo siguiente:

$\chi^2 = .95$ $gl=1$, $\alpha > 0.05$ no hubo diferencia entre la percepción del desempeño académico malo y la ideación suicida de riesgo

Hipótesis 5

La vivencia de experiencias trastornantes se relacionará con la ideación suicida de riesgo.

Para saber que tanto se relaciona la ideación suicida de riesgo con la vivencia de experiencias trastornantes se realizó un cuadro de contingencia (ver tabla 15).

Tabla 15. Relación de la ideación suicida de riesgo con la vivencia de experiencias trastornantes.

	Sin IS		IS de Riesgo
Si ha vivido alguna experiencia trastornante	Si	68 (frec)	32 (frec)
	No	104 (frec)	12 (frec)

Posteriormente se calculó una ji cuadrada obteniendo lo siguiente:

$\chi^2 = 15,52$, $gl=1$, $\alpha < 0.01$ por lo tanto si hay relación entre la ideación suicida y la vivencia de experiencias trastornantes esto se confirma con una confiabilidad del 99%.

CAPÍTULO 5. CONCLUSION Y DISCUSIÓN

Tal, como se mencionó al principio de este trabajo, en México al igual que en la mayor parte del mundo, el suicidio en la actualidad es objeto de estudio, pues es considerado uno de los problemas más complejos que aquejan a la sociedad, y es importante conocer a ciencia cierta los motivos que tienen los seres humanos 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 concretamente, a quienes tiene ideación suicida, pues se ha comprobado que es un buen predictor del suicidio.

El presente trabajo tuvo como objetivo medir si existe diferencia entre hombres y mujeres de la UTEQ con respecto a la ideación suicida de riesgo, así como la relación de esta última con el estado emocional, el abuso sexual, la percepción del desempeño académico y la vivencia de experiencias trastornantes

Con referencia al primer punto de nuestro objetivo se encontró que no existe diferencia en cuanto a la incidencia de ideación suicida de riesgo entre los hombres y mujeres de la UTEQ, en comparación con lo descrito por algunos autores que mencionan que el fenómeno de la ideación suicida se da en mayor porcentaje en mujeres que en hombres, encontrando posiblemente esta diferencia de resultados ya que en este trabajo se midió la ideación suicida de riesgo a partir de una desviación estandar y no solo a la ideación suicida (por reactivos) como se ha hecho en otros estudios. Gómez (2006).

Por otro lado se corroboró que el estado emocional se asocia con la presencia de ideación suicida de riesgo ya que el estado emocional está asociado con el interjuego del impacto estresante de las situaciones conflictivas cotidianas, mediatizado por los recursos psicológicos personales y por los recursos externos del entorno social, sobre las respuestas de enfrentamiento y por tanto, sobre las

consecuencias emocionales a corto y largo plazo como lo menciona Gonzalez-Forteza, Borges, Gómez y Jiménez (1996).

Respecto al abuso sexual o físico Gonzalez-Forteza, Borges, Gómez y Jiménez (1996), mencionan que este es otro de los factores que están relacionados con los factores precipitantes de la conducta suicida, en comparación con este trabajo que no se encontró relación entre la ideación suicida de riesgo y el abuso sexual debido a que la muestra representativa de este trabajo se catalogo como sujetos con ideación suicida de riesgo y no solo como ideación suicida.

El cuanto a la percepción del desempeño académico como malo no se encontraron datos significativos que describieran una relación del desempeño académico con la ideación suicida de riesgo en la población analizada.

Como ya se mencionó anteriormente en el desarrollo del trabajo en lo que respecta a la vivencia de experiencias trastornantes no existe información bibliográfica que nos permita tener un margen de comparación para detectar que tanto influye esta variable para que se presente la ideación suicida de riesgo pero por la breve información que nos proporciona Gonzalez-Forteza, Borges, Gómez y Jiménez (1996), podemos ver que realmente las experiencias humillantes, el arresto policiaco, el fracaso escolar o laboral, el rechazo, los conflictos interpersonales con la pareja o con los padres son identificados como factores precipitantes de la conducta suicida, en el presente trabajo se encontró que si existe relación entre la ideación suicida de riesgo y la vivencia de experiencias trastornantes.

Un aspecto importante a considerar en este trabajo, fue el uso del instrumento de medición ya que nos permitió medir las variables sociodemográficas, así como el área emocional y finalmente el punto medular de este trabajo que es la ideación suicida de riesgo en los estudiantes de la UTEC.

Por todo lo anterior se puede concluir que el objetivo del presente trabajo se cumplió ya que al identificar y reconocer la presencia de la conducta suicida y su asociación con variables tanto emocionales como sociodemográficas (sexo, abuso sexual, desempeño académico y experiencias trastornantes), nos permitió obtener datos más precisos sobre la ideación suicida, lo cual es muy importante para diseñar estrategias de prevención para la detección oportuna y la promoción de la salud mental de la población mexicana.

REFERENCIAS

Ballas, P. (2007). Comportamiento suicida (versión electrónica), Medline plus, Recuperado el 6 de Octubre de 2007, de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001554.htm>

Barcelata, E. B. E. (2006). Influencia De un programa psicoeducativo para padres en la identificación de problemas emocionales en adolescentes, Revista Mexicana de Orientación Educativa. Recuperado el 13 de Febrero de 2008, de: <http://www.remo.ws/revista/n8/n8.barcelata.htm>.

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.

Bertolote, J. El Suicidio, un problema de salud publica y enorme sin embargo prevenible. Recuperado el 3 de Enero de 2008 de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>

Comentario [LJM1]:

Canetto, H.H. (1995). Suicidio: La violencia Autoinfligida (versión electrónica), Revista Trimestral Latinoamericana y Caribeña de Desarrollo Sustentable, 3, 9, 2. Recuperado el 6 de Octubre de 2007, de: http://www.paho.org7spanish/DD/PUB/violencia_2003.htm

Canino, I. A. (1999). Suicidio en la Adolescencia. Conferencia pronunciada en el segundo congreso de la Asociación Española de Psicología clínica y Psicopatología. Murcia.

Casullo, M.M. (2003). *Cuadernos de Evaluación Psicológica*, Buenos Aires: Paidós.

Clemente, M. y González, A. (1996). *Suicidio, una alternativa social*, España: Biblioteca Nueva.

Chávez, H. A. M. (2005). Suicidio: La incertidumbre actual del sentido. En A.M. Chávez (compilador). *Elección final. Ensayo sobre suicidio y Eutanasia en el mundo contemporáneo*. México: Universidad de Guanajuato. Pp.26-28, 35.

Chanto, A.J.D. (2005). Creencias Racionales e Irracionales sobre la Vida y L Muerte y Conductas Suicidas: El caso de los Adolescentes Costarricenses. *Revista Costarricense de Psicología*. 24,36 Recuperado Febrero de 2008, de: <http://www.revistacostarricensedepsicología.com/articulos/36-37/2.creencias.swf>.

Durkheim, E. (1971). *El suicidio*. Buenos Aires: Schapire.

Durkheim, E. (2003). *El suicidio*. México: Ed. Coyoacán.

Ellis, A & Bernard, M. E. (2006). *Rational Emotive Behavioral Approach to Childhood Disorders. Theory, Practice and Research*. Springer Science+Business Media, Inc. EEUU.

Espinosa, F, L, F., Almeida, M, L, G., Cortés, S, F., Leo, A, G, E. (2003). "Análisis de muertes por suicidio en el Estado de Querétaro". *Salud Mental* 26(6) 47-54.

Federación Mundial de Salud Mental (FMSM, 2003) Programa de Educación en Salud Mental de la Federación Mundial de la Salud Mental. Recuperado el 18 de Octubre de: www.hday.net

García, J.E. y Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 25 (3) 87-96. Recuperado el 18 de Octubre Documento en línea, de: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25-3.html>

Gómez, C. y Borges, G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. *Salud Mental* 19 (1) 45-44.

Gómez, Ch. A. (2008). Dimensiones De la Conducta Suicida. *Revista Creces Educación*. Recuperado el 8 de Febrero de 2008 de: <http://www.creces.cl/new/index.asp?imat=++%3E++39&tc=3&nc=5&art=467>

González-Forteza, C. (1992) *Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes*, Tesis para obtener el grado de maestro en Psicología social, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

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

González-Forteza, C. (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., Borge, G., Gómez, C. C., Jiménez, T. A. (1996) Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19, suplemento abril, 33-38.

- 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., Berenzon, S. Y Jiménez, A. (1999). Al borde de la muerte: Problemática suicida en adolescentes. *Salud Mental*, 22 145-153.
- 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) 16-2.
- González, 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.
- Gutiérrez-García, A. G., Contreras, C.M., Orozco, R.R.CH. (2006). El Suicidio Conceptos Actuales. *Salud Mental*, 29, 5, 66-74.
- Hernández, C. Q. (2007). Una Breve Introducción al Tema del Suicidio en México (versión electrónica). Asociación Mexicana de suicidología, A.C. Recuperado el 6 de Octubre del 2007, de: [http:// :www.suicidioadolescente. info](http://www.suicidioadolescente.info).
- INEGI (2004). *Estadística de intentos de suicidio y suicidios*. México: INEGI Cuaderno núm. 9.
- Jiménez, T. A., y González-Forteza, C. (2003). Veinticinco Años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigación

- epidemiológicas y psicosociales del instituto nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 26, 6, 35-46.
- Jiménez, T. A., y Mondragón, B. L., González-Forteza, C. (2007). Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: Results of tree studies. *Salud Mental*, 30, 5, 20-26.
- Lega, L. L. Caballo, V. E. y Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: SIGLO XXI de España Editores, S. A. 2 ed.
- Machamer, A.M. & Gruber, E. (1998) Secondary school, family, and educational risk: Comparing American Indian adolescents and their peers *Journal of Educational research*. 357-369.
- Mendoza, V. (1998). Diseños de Investigación. Tópicos de Investigación y Posgrado, 4,219-222.
- Mondragón, L., Borges, G. y Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*. 26 (6) 4-15.
- Mondragón, L., S., Saltijeral, M. A., Bimbela, A. & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol (versión electrónica). *Salud Mental*. 21, 5, 20-27.
- Pérez, B. S. A. (2007, Noviembre). ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? (Revista Electrónica), Trimestral Latinoamericana y Caribeña de Desarrollo Sustentable. Recuperado el 30 de Noviembre de 2007 de: http://www.revistafuturos.info/futuros14/suicidio_adoles1.htm

- Pérez, B. S.A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 15, 2, 196-217.
- Romero, H. B. (2002). *Comunicación patológica en la familia y su influencia en el suicidio de hijos adolescentes*. Tesina de Licenciatura Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología México.
- Rosales, J.C. (2007). Acerca de la investigación del suicidio. En : Ramírez, M., y Cortés, E. (coord.) (2007) *Psicología Salud & Educación: Avances y perspectivas en América Latina*. AMAPSI, pp. 171-177.
- Rosales, M. M. y Caballero, A. R. (2005) *Relación Entre la ideación suicida desesperanza, soledad y características sociodemográficas en estudiantes universitarios de 17 a 29 años*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Sauceda, G. J. M., Lara, M. M., y Fócil, M. M. (2008). Violencia Autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. *Boletín Médico Hospital Infantil México* 63,4, 1-10.
- Serrano, P. M.G. Y Flores, G. M.M. (2005) Estrés, respuesta de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal* 15, 002, 221-230 recuperado el 6 de Octubre de 2007 de: <http://redalyc.uaemex.mx>
- Shneidman, E. (1985). Suicidio: la violencia autoinfligida (versión electrónica), *Revista Trimestral Latinoamericana y Caribeña de Desarrollo Sustentable*, 3, 9, 2. Recuperado el 6 de Octubre de 2007, de: http://www.paho.org7spanish/DD/PUB/violencia_2003.htm

Stoudemire, A. (1986) Suicidio: la violencia autoinfligida, Revista Trimestral Latinoamericana y Caribeña de Desarrollo Sustentable, 3, 9, 2. (versión electrónica), Recuperado el 6 de Octubre de 2007, de: http://www.paho.org7spanish/DD/PUB/violencia_2003.htm

Szasz, T. (2002) *Libertad Fatal: Ética y política del suicidio* España.

Villardón, G, L. (1993) *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Rontegui

World Federation for Mental Helt (2003) (FMSM, 2003) Programa de Educación en la Salud Mental de la Federación Mundial de la Salud Mental. Recuperado el 13 de Septiembre de 2008, de www.hday.net

ANEXOS



¡Hola!

Somos un grupo de investigación cuyo interés es conocer lo que viven, sienten y piensan jóvenes como tú, para generar alternativas de ayuda y atención a aquellos que lo necesiten. Por lo que necesitamos tu cooperación contestando el presente cuestionario.

No tienes que preocuparte por la confidencialidad de la información que nos proporcionas ya que el cuestionario es anónimo, y si estás de acuerdo en participar te pedimos que contestes todas las preguntas pensando en lo que has vivido y has sentido últimamente. Si tienes alguna duda pregúntale al aplicador(a).

De antemano te agradecemos tu colaboración.

A T E N T A M E N T E

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN RIESGO Y SALUD EN JÓVENES

SECCIÓN 1. Instrucciones: En cada pregunta anota por favor el dato que se te pide o marca (X) la opción que consideres adecuada para ti en la columna de Respuesta.

Pregunta:	Respuesta:
1.1. ¿Edad (en años cumplidos)?	Años: _____
1.2. ¿Sexo?	() 1. Masculino () 2. Femenino
1.3. ¿Estado civil?	() 1. Soltero(a) () 2. Casado(a), Unión Libre
1.4. ¿Trimestre, semestre o año que actualmente cursas?	Trimestre: _____ Semestre: _____ Año: _____
1.5. ¿Carrera?: (solo si te encuentras estudiando una carrera)	_____
1.6. ¿Tu promedio de calificación hasta el momento es de ...?	() 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10
1.7. ¿Tu desempeño académico consideras que es?	() 1. Excelente () 2. Bueno () 3. Malo () 4. Muy Malo
1.8. ¿Prácticas alguna religión?	() 1. Si () 2. No (pasa a pregunta 1.10)
1.9. ¿Estimas que tu actividad religiosa es ...?	() 1. Mucha () 2. Suficiente () 3. Escasa () 4. Casi nula
1.10. ¿La condición económica de tu familia es...?	() 1. Muy Buena () 2. Buena () 3. Mala () 4. Muy Mala
1.11. ¿El dinero con el que cuentas regularmente, te alcanza para ...?	() 1. No me alcanza () 2. Solo pasajes y comida () 3. Pasajes, comida, extras y diversiones
1.12. ¿Acostumbas consumir o tomar algo para sentirte bien? (café, cigarros, etc)	() 1. Si () 2. No (pasa a preg. 1.14)
1.13. ¿Qué es lo que consumes para sentirte bien? (si es más de una opción, coloca 1 a la más importante, 2 a la siguiente, etc.)	() 1. Cigarros () 2. Café () 3. Alcohol () 4. Algún tipo de droga () 5. Medicamentos () 6. Otro: ¿Cuál? _____
1.14. ¿En los últimos meses has vivido alguna(s) experiencia(s) que ha(n) trastornado o alterado tú vida?	() 1. Si () 2. No (pasa a la pregunta 1.16)

1.15. ¿Lo que ha trastornado tú vida se relaciona con...? (si es más de una opción, coloca 1 a la más importante, 2 a la siguiente, etc.)	() 1. Familia () 2. Pareja () 3. Amistades () 4. Escuela () 5. Trabajo () 6. Salud () 7. Otro ¿cuál? _____
1.16. ¿En tu infancia o adolescencia ocurrió la muerte de alguna persona muy importante para ti?	() 1. Si, ¿Quién? _____ () 2. No
1.17. ¿La disciplina que ejercieron sobre de ti en la infancia y adolescencia fue...?	() 1. Sin reglas ni castigos () 2. Ni muchas reglas ni muchos castigos () 3. Muchas reglas y muchos castigos
1.18. ¿Has sufrido alguna forma de abuso sexual?	() 1. Si () 2. No
1.19. ¿Has sido víctima de situaciones humillantes?:	() 1. Si () 2. No
1.20. ¿Has recibido atención psicológica o psiquiátrica?:	() 1. Si () 2. No (pasa a preg. 1.23)
1.21. ¿La causa por la que recibiste atención fue...?:	
1.22. ¿Actualmente sigues en tratamiento psicológico o psiquiátrico?	() 1. Si () 2. No
1.23. ¿Cuál es el problema personal que más te preocupa?	
1.24. ¿Alguna persona cercana a ti se ha suicidado o ha intentado suicidarse?	() 1. Si () 2. No

SECCIÓN 2. Instrucciones: A continuación se te presentan una serie de afirmaciones que pueden reflejar lo que has pensado o como te has sentido últimamente. En cada afirmación marca la columna que identifique tu grado de acuerdo o desacuerdo, conforme a la siguiente escala:

TA **A** **D** **TD**
Totalmente de Acuerdo *De Acuerdo* *En desacuerdo* *Totalmente en Desacuerdo*

Ejemplo:

	TA	A	D	TD
Soy una persona que cumple lo que dice	X			

En este ejemplo, la persona marcó la casilla **TA** indicando que está totalmente de acuerdo en que siempre cumple lo que dice. Ahora marca tu respuesta para cada una de las afirmaciones que siguen.

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
	TA	A	D	TD
2.1. Si desagrado a los demás no puedo ser feliz.	4	3	2	1
2.2. Quiero caerle bien a algunas personas	1	2	3	4
2.3. La gente probablemente me considerará menos si cometo algún error	4	3	2	1
2.4. Solo porque no le agrada a algunas personas, no significa que sea una mala persona	1	2	3	4

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
	TA	A	D	TD
2.5. Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, pienso que soy una mala persona	4	3	2	1
2.6. Es importante que haga bien algunas cosas	1	2	3	4
2.7. Si fracaso en algo, eso lo considero tan malo como ser un completo fracaso	4	3	2	1
2.8. Solo porque haga algunas cosas mal, no significa que sea un fracaso	1	2	3	4
2.9. Si no hago siempre bien las cosas la gente no me respetará	4	3	2	1
2.10. Quiero hacer bien algunas cosas	1	2	3	4
2.11. A veces es terrible cuando no le gusto a la gente	4	3	2	1
2.12. De vez en cuando necesito estar relajado(a)	1	2	3	4
2.13. Para ser una persona valiosa, debo destacar por lo menos en algo importante	4	3	2	1
2.14. A veces es desagradable cuando no le agrado a la gente	1	2	3	4
2.15. Las persona a quienes se les ocurren buenas ideas valen más que aquellas a las que no se les ocurren	4	3	2	1
2.16. Es importante que haga bien algunas cosas	1	2	3	4
2.17. Algunas veces es insoportable cuando estoy tenso	4	3	2	1
2.18. En ocasiones es frustrante cuando no hago las cosas bien	1	2	3	4
2.19. En ocasiones cuando estoy tenso, pienso que siempre estaré de esa manera	4	3	2	1
2.20. De vez en cuando necesito estar relajado(a)	1	2	3	4
2.21. Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás piensen de mí	4	3	2	1
2.22. En ocasiones, cuando estoy tenso, me resulta difícil funcionar	1	2	3	4
2.23. Para agradar a otras personas, lo mejor es renunciar a los propios intereses	4	3	2	1
2.24. Los mejores alumnos son los que tienen suerte	4	3	2	1
2.25. Obtener lo que quiero depende de mi	4	3	2	1
2.26. Todo lo que hago me sale bien, gracias a la suerte	4	3	2	1
2.27. Mis calificaciones dependen de mi	4	3	2	1
2.28. Es mejor tener suerte que ser inteligente	4	3	2	1

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
	TA	A	D	TD
2.29. <i>Mi éxito en la escuela dependerá de que tan agradable sea yo</i>	4	3	2	1
2.30. <i>El éxito depende de mi</i>	4	3	2	1
2.31. <i>Mi familia trata realmente de ayudarme</i>	4	3	2	1
2.32. <i>Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal</i>	4	3	2	1
2.33. <i>Puedo hablar de mis problemas con mi familia</i>	4	3	2	1
2.34. <i>Tengo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia</i>	4	3	2	1
2.35. <i>Mis amigos tratan realmente de ayudarme</i>	4	3	2	1
2.36. <i>Puedo hablar de mis problemas con mis amigos</i>	4	3	2	1
2.37. <i>Mis creencias personales me dan fuerza para enfrentar las dificultades</i>	4	3	2	1
2.38. <i>El dinero con el que cuento regularmente, me alcanza para satisfacer todas mis necesidades</i>	4	3	2	1
2.39. <i>Mis creencias personales me ayudan a entender las dificultades de la vida diaria</i>	4	3	2	1
2.40. <i>Tengo gran fe en el futuro</i>	1	2	3	4
2.41. <i>Mi futuro parece oscuro</i>	4	3	2	1
2.42. <i>Preveo tiempos mejores que peores</i>	1	2	3	4
2.43. <i>No consigo oportunidades y no hay razón para creer que las tenga en el futuro</i>	4	3	2	1
2.44. <i>Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza</i>	1	2	3	4
2.45. <i>Es muy poco probable que logre verdadera satisfacción en el futuro</i>	4	3	2	1
2.46. <i>En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa</i>	1	2	3	4
2.47. <i>Es una estupidez desear algo, pues nunca consigo lo que quiero</i>	4	3	2	1
2.48. <i>Soy muy agresivo(a)</i>	4	3	2	1
2.49. <i>Tengo con frecuencia ideas en la cabeza que no puedo evitar</i>	4	3	2	1
2.50. <i>Generalmente soy calmado(a), tranquilo(a)</i>	1	2	3	4

SECCIÓN 3. A continuación señala que tanto tiempo, durante el mes pasado, te has sentido de la siguiente manera:

	100% del tiempo	80% del tiempo	60% del tiempo	40% del tiempo	20% del tiempo	0% del tiempo
2. 67. He estado muy nervioso(a)	6	5	4	3	2	1
2. 68. Me he sentido calmado(a) y en paz	1	2	3	4	5	6
2. 69. Me he sentido triste y melancólico(a)	6	5	4	3	2	1
2. 70. Me he sentido abatido(a), que nada me puede animar	6	5	4	3	2	1
2. 71. Me he sentido feliz	1	2	3	4	5	6

Pensando en la semana pasada, marca el número de días aproximado en que pensaste o te sentiste de acuerdo a lo que afirma cada una de las siguientes frases:

<i>Pensamiento</i>	Número de días durante la semana pasada			
	0	1-2	3-4	5-7
3.3. Que no podía seguir adelante	0	1	3	5
3.4. Tenía pensamientos sobre la muerte	0	1	3	5
3.5. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)	0	1	3	5
3.6. Pensé en matarme	0	1	3	5

3.7. Finalmente, ¿has intentado suicidarte?:

1. Si () (pasa a la pregunta 3.8) 2. No () (entrega el cuestionario al aplicador(a))

3.8. ¿Cuántas veces has intentado suicidarte?:

1 () 2 () 3 () Más de 3 ()

Si consideras que necesitas ayuda, anota tus datos para que nos comuniquemos contigo:

Nombre: _____

Teléfono: _____ o correo electrónico: _____

Pero si prefieres comunicarte con nosotros, corta la hoja a partir de la línea punteada para que tengas nuestro correo electrónico y así nos hagas llegar tus comunicaciones

Correo para recibir ayuda o comunicarte con nosotros

¡No dudes en pedir ayuda, tú eres muy importante!

apoyo@campus.iztacala.unam.mx

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

