

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

TESIS DE MAESTRIA EN CIENCIAS MÉDICAS (PSIQUIATRÍA)

**TITULO: MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO Y FACTORES DE RIESGO
ASOCIADOS A DESESPERANZA E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS**

PRESENTA:

DANIA NIMBE LIMA SÁNCHEZ

TUTORA: DRA. MARÍA DEL CARMEN LARA MUÑOZ



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.

*Para Adrián, mis padres y mi tutora, que
estuvieron apoyándome en cada momento.*

INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCION	4
ANTECEDENTES	5
JUSTIFICACION	15
MATERIAL Y METODOS	17
RESULTADOS	23
DISCUSION	33
CONCLUSIONES	38
ANEXOS	37
REFERENCIAS	55

RESUMEN

La salud mental de los estudiantes ha sido un fenómeno altamente estudiado, ya que se encuentran bajo altas cargas de estrés secundario a las exigencias académicas, cambios en el estilo de vida y nuevas perspectivas en cuanto a forma de existencia. El estrés académico, factores personales y sociales pueden hacer que los estudiantes presenten desesperanza que los puede llevar hacia presentar ideación suicida. En esta tesis se evaluó los mecanismos de afrontamiento, estos son los recursos tanto cognitivos como conductuales que utiliza el estudiante para afrontar el estrés. Los mecanismos de afrontamiento basados en la emoción generan más estrés que los basados en la resolución de problemas sin embargo en este estudio no se encontró asociación con el riesgo suicida. Se encontró que los estudiante con ideas suicidas presentaban acoso escolar y mayor nivel de desesperanza así como más psicopatología. El resto de los factores no se encontró asociado

Palabras clave: riesgo suicida, mecanismos de afrontamiento, estudiantes universitarios

ABSTRACT

Mental health of students was studied highly phenomenon as charges are high stress low secondary academic requirements for changes in lifestyle and new prospects as a form of existence. Academic stress, personal and social factors may introduce students to despair that may lead to suicidal ideation. In this thesis are school coping mechanisms of these resources are both cognitive behavioral as used by the student to deal with stress. Coping mechanisms based on the affect that generate more stress that based on the resolution of problems. In this study not found association with the suicide risk or suicidal ideal and the mechanisms coping. We found that the student bullying presents ideation suicidal and highest level of psychopathology. Other factors associated not found.

Key words: suicide risk, coping mechanisms, college students

INTRODUCCIÓN

La salud mental de los estudiantes ha sido un fenómeno altamente estudiado, ya que se encuentran bajo altas cargas de estrés secundario a las exigencias académicas, cambios en el estilo de vida y nuevas perspectivas en cuanto a forma de existencia. El estrés académico, factores personales y sociales pueden hacer que los estudiantes presenten desesperanza que los puede llevar hacia presentar Ideación Suicida. Uno de los factores estudiados son los mecanismos de afrontamiento, estos son los recursos tanto cognitivos como conductuales que utiliza el estudiante para afrontar el estrés. Los mecanismos de afrontamiento basados en la emoción generan más estrés que los basados en la resolución de problemas por lo que es probable que se encuentren asociados con la presencia de Ideación Suicida, el conocerlos nos hará posible realizar maniobras de intervención para disminuir riesgos de ideación suicida, disminuir la presencia de psicopatología y mejorar finalmente el rendimiento académico.

ANTECEDENTES

El suicidio se ha convertido en la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 24 años en el Distrito Federal y tercera causa de muerte en el país (INEGI 2008), por lo que se ha vuelto un tema de vital importancia. La ideación suicida presenta una tasa de alrededor del 41% al 47% en los estudiantes universitarios mostrando una asociación con sexo femenino, pérdidas afectivas, problemas académicos, insatisfacción con la carrera y dificultad para relacionarse con los compañeros y docentes. (Medina Amézquita M, González R, Zuluaga D, 2003; Medina-Mora M, Villatoro J, Juárez F, Carreño S, Rojas B., 1994),

La conducta suicida puede entenderse como un proceso que comienza con las fantasías e ideas suicidas, pasa por el intento de suicidio hasta concluir con la muerte auto infligida, es decir, el suicidio consumado (González-Forteza C, Berenzon-Gorn S, Tello-Granados AM, Facio-Flores D, Medina-Mora Icaza ME, 1998a). Las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de valor de la vida hasta la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte y, en algunos casos, una intensa ideación suicida (Perales y Sogi, 2000; Gradillas 1998). La ideación suicida previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio, y ha sido mucho menos estudiada que el intento suicida y el suicidio consumado (González Forteza C, García G, Medina Mora ME, Sánchez MA., 1998b).

En la literatura se han descrito diversos factores de riesgo relacionados con las conductas suicidas. En relación con el género se ha observado que las mujeres presentan tasas más altas de conductas e ideación suicida que los hombres: sin embargo las tasas de mortalidad generadas por dichas conductas son mayores en hombres en una relación de 4:1 (OMS 2001). La presencia de aislamiento social, una pobre red de apoyo y los eventos de vida negativos o estresantes también aumentan el riesgo (Youssef, 2004). De igual forma el riesgo es mayor en individuos separados o solteros y con presencia de patología psiquiátrica (Miller A,

Glinski J, 2000). También se ha relacionado con el suicidio el consumo de sustancias, principalmente alcohol (Pérez-Olmos I, Rodríguez-Sandoval E, Dussán-Buitrago MM, Ayala-Aguilera JP, 2007).

Otro factor relevante en la evaluación del riesgo suicida es la historia de intentos de suicidio previos, teniendo en cuenta que cerca de 15 % de los individuos con intentos de suicidio no fatales mueren finalmente a causa de un suicidio (Youssef, 2004). Igualmente, se han descrito diversos factores asociados a las conductas suicidas tales como la facilidad de acceso a métodos letales (Heikkinen M, Isometsa ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lonnqvist JK, 1995), los antecedentes familiares de suicidio (aspectos genéticos) (Moscicki, 1999), los eventos negativos en la vida como la violación y el maltrato infantil, el tener información sobre suicidio de personas cercanas o conocidas, la desesperanza, aislamiento o soledad y la irritabilidad, conductas agresivas e impulsivas (Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen P, 2002, Botega, 2005, Calvo JM, Sánchez R, Tejada P. , 2003).

La desesperanza parece ser un factor predisponente en la ideación suicida. La pobreza de expectativas y los sentimientos de futilidad conducen a la depresión que aunada a otros factores puede originar la ideación suicida (Beck AT, Steer RA, Beck JS, Newman CF. , 1993; Mondragon L. Saltijerral T, Bimbela A, Borgues G., 1998)

El principal generador de esta desesperanza es el estrés. En el caso de los estudiantes, el principal motivo de estrés es la actividad académica que afecta a variables tan diversas como el estado emocional, la salud física y las relaciones interpersonales. La repercusión del estrés es sistémica porque afecta las funciones conductual, cognitiva y fisiológica. Al evaluar el impacto del estrés Lazarus y Folkman establecieron que el individuo tiene una serie de procesos cognitivos y conductuales para lidiar con el estrés que se realizan de manera inconsciente llamados mecanismos de afrontamiento (D´Zurilla y Nezu, 1990; Chang, 2002).

El proceso de afrontamiento tiene dos vertientes, una dirigida a modificar el problema, superar la situación, aumentar la capacidad de ajuste y que se caracteriza por ser más eficiente. La otra dirigida a la emoción, limitándose a los recursos disponibles, sufriendo la situación sin resolver el problema siendo más ineficiente y con mayor presencia de estrés (Lazarus R.R y Folkam S, Gruen RJ. DeLongis A.,1986)

Un número creciente de estudios han comenzado a establecer el vinculo entre un afrontamiento ineficiente del estrés y la conducta suicida, especialmente en la presencia de ideas suicidas (Bonner y Rich 1988; Dixon, Heppner y Anderson 1991. D'Zurrillan, Chang, Nottingham, Faccini 1998, Priester y Clum 1993, Chang 2002 , González Forteza y cols., 1998a).

Se ha intentado establecer también un modelo explicativo del ajuste que realiza el afrontamiento de problemas ante el estrés y el desarrollo de la ideación suicida. Chotte plantea que los individuos con un déficit en el afrontamiento de problemas, bajo un estrés alto tienden a presentar un mayor riesgo de conductas suicidas (Chotte y Clum 1982).

El modelo propuesto por Chang (2002) muestra que el estrés percibido y el tipo de resolución de problemas son predictores importantes de la ideación suicida.

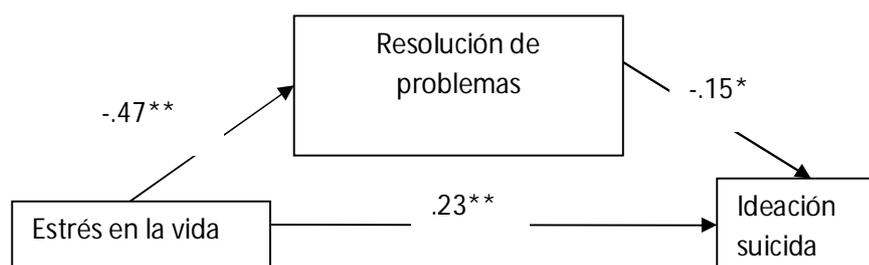


Figura 1. Modelo de predicción de ideación suicida. Los números representan la carga beta estandarizada * P<0.01. ** P<0.01.

Modificado de E.C. Chang. Personality and Individual Differences 32 (2002): 1286.

Universidad y estrés académico

Esta interacción se corrobora en estudiantes universitarios, en quienes el efecto del estrés aumenta los niveles de depresión, los síntomas obsesivos y disminuye la concentración (Fisher & Hood, 1987).

Los trabajos sobre el tema han demostrado la existencia de índices notables de estrés en las poblaciones universitarias, alcanzando mayores cotas en los primeros cursos de carrera y menor en los últimos (Muñoz 1999, Rosenthal y cols 1987, Pozo, 1993). Otras variables son: las tareas, los exámenes y el estudiar para los mismos. (Kohn y Frazee 1986, Celis y cols., 2001, Carlotto y cols, 2005). Finalmente en estudiantes de medicina existe una mayor presencia de ideación suicida comparada con otras carreras (Tyssen R, Per Vaglum N, Grønvold T, Oivind E , 2001; Tyssen, R., Vaglum, P., Grønvold, N.T., Ekeberg, Ø., 2000).

Variables moduladoras

Entre los diferentes factores implicados en el estrés académico cabe incluir a los moderadores biológicos (edad, sexo), psicosociales (patrón de conducta tipo A, estrategias de afrontamiento, apoyo social), psicoeducativos (auto-concepto académico, tipo de estudios, curso) y socioeconómicos (lugar de residencia, disfrute de becas). Dichas variables moduladoras inciden en todo el proceso del estrés, desde la aparición de los factores causales, hasta las propias consecuencias, por lo que unas y otras pueden contribuir a que se afronte el estresor con mayores probabilidades de éxito (Labrador, 1995).

El estrés académico afecta a variables tan diversas como el estado emocional, la salud física o las relaciones interpersonales, pudieron ser vivenciadas de forma distinta por diferentes personas. A partir de la revisión de los estudios sobre el estrés académico, podemos distinguir en éste tres tipos principales de efectos: en el plano conductual, cognitivo y fisiológico. Dentro de cada uno de estos tres tipos encontramos a su vez efectos a corto y largo plazo.

En el plano conductual, Hernández, Pozo y Polo (1994) estudiaron cómo el estilo de vida de los estudiantes se ve modificado según se acerca el periodo de exámenes, convirtiéndose en malos hábitos.

En un estudio realizado en cuarenta estudiantes de Sevilla encontraron que la presencia de exámenes producían diversos desajustes en la salud mental de los estudiantes, así como los niveles de auto concepto académico con un impacto mayor en los estudiantes con un entorno social bajo.

De primera instancia, el estrés inicia de cara al ingreso por primera vez en la institución universitaria. Los estudiantes se encuentran con la necesidad de establecer un cambio de perspectiva en su comportamiento para adaptarse al nuevo entorno o, hablando en términos de Santacreu (1991), al nuevo ecosistema. Esto, en muchos casos, trae consigo la necesidad de que los estudiantes adopten una serie de estrategias de afrontamiento muy distintas a las que disponían hasta ese momento para superar con éxito las nuevas exigencias que se les demandan. Sin embargo, una gran parte de esos nuevos estudiantes universitarios carecen de esas estrategias o presentan unas conductas académicas que son inadecuadas para las nuevas demandas.

Fisher (1984, 1987) considera que la entrada en la Universidad (con los cambios que esto supone) representa un conjunto de situaciones altamente estresantes debido a que el individuo puede experimentar, aunque sólo sea transitoriamente, una falta de control sobre el nuevo ambiente, potencialmente generador de estrés, y en último término, potencialmente generados- con otros factores- del fracaso académico universitario.

El modelo de control, propuesto por este autor (Fisher, 1986), sostiene que los eventos vitales provocan cambios en el nivel de exigencia junto con una reducción del control del individuo sobre varios aspectos del nuevo estilo de vida. Dichos cambios crean discrepancias e introducen novedades que pueden hacer decrecer el nivel de control personal en relación al ambiente.

Desde este modelo se propugna la importancia del control personal en el entendimiento del estrés académico. El control hace referencia al dominio sobre los eventos diarios o situaciones cotidianas, esto es, la habilidad para manejar el ambiente, lo que, si se consigue, es percibido por el individuo como placentero.

Ligado con la capacidad de control uno de los factores más ampliamente estudiados en relación al estrés académico de los universitarios ha sido aquel ligado a la transición del nivel pre-universitario al mundo universitario (Lu, 1994; Fisher, 1994), lo que ha propiciado, incluso, el desarrollo de programas, algunos de ellos preventivos (Pozo, 1986) y la gran mayoría intervenciones (Tinto, 1982; Feiner y cols 1982; Pascarella y cols. 1986) dirigidos todos ellos a ayudar a los estudiantes en ese periodo de transición para que ésta sea lo menos costosa posible.

El cambio o transición de un ambiente a otro son características habituales de la vida, sin embargo, en la mayoría de los casos, dependiendo del mecanismos de afrontamiento subyacente, estos cambios se asociación a estrés e, incluso pueden tener efectos poderosamente negativos sobre algunas personas, resultando en trastornos de ansiedad.

En este sentido, existen varios estudios que ponen de manifiesto la incidencia del estrés académico sobre problemas de salud; por ejemplo, Kiecolt-Glaser y cols (1986) informan de la supresión de células T y de la actividad de las células Natural Killer (NK) durante periodos de exámenes (situaciones percibidas como altamente estresantes) en estudiantes de Medicina. Estos cambios son indicadores de una depresión del sistema inmunitario, y por tanto, de una mayor vulnerabilidad del organismo ante las enfermedades. Otro trabajo posterior (Glaser y cols, 1993) confirma los cambios en la respuesta inmune asociados con el estrés académico, en este caso evidenciados por una baja actividad de los linfocitos T y de su respuesta ante los mutágenos.

Por otro lado, el estilo de vida de los estudiantes se ve modificado según se acerca el período de exámenes, convirtiéndose así sus hábitos en insalubres-exceso en el consumo de cafeína, tabaco, sustancias psicoactivas como excitantes e, incluso, en algunos casos, ingestión de tranquilizantes. Lo que, a la larga puede llevar a la aparición de trastornos de salud (Hernández, Pozo y Polo, 1994).

Otro ejemplo de carácter más general lo representa el trabajo de Fisher y Hood (1987) en el cual presentan los resultados de un estudio longitudinal realizado con estudiantes universitarios escoceses. Todos ellos experimentaron un incremento significativo en niveles de depresión, síntomas obsesivos y pérdida de concentración tras seis semanas de permanencia en la Universidad, aun sin haber realizado exámenes. Esto nos indica que el fenómeno del estrés académico no debe deberse exclusivamente a la realización de exámenes aun siendo éste un elemento de suma importancia.

Sin embargo, no todos los estudiantes universitarios padecen estrés. La respuesta al estrés depende de la disposición personal para hacer frente a las demandas de la situación así como de la situación a la que nos referíamos. Es decir, como un individuo responde a los acontecimientos estresantes depende tanto de la disposición personal de dicho individuo como de la situación en la cual dichos acontecimientos suceden.

La percepción del estrés y su afrontamiento, también tienen que ver con el nivel de educación. En un estudio realizado en Madrid (Pozo, 1993) encontraron diferencias significativas entre los estudiantes del curso de 1º y 3º, siendo menor en los de tercer curso. Al parecer, los estudiantes han adquirido algún tipo de mecanismos de afrontamiento que hace que se produzca una disminución del nivel de estrés percibido. Al parecer existe un mayor nivel de estrés y ansiedad en los estudiantes de primer curso, al parecer por no tener posesión de soluciones a los nuevos requerimientos que tienen que abordar por su entrada a la universidad. Y con el curso del tiempo, los alumnos más experimentados han desarrollado habilidades de afrontamiento, especialmente en relación a las situaciones de evaluación disminuyendo la presencia de ansiedad.

Se han hecho múltiples estudios sobre la salud mental en los universitarios, en el 2003 Medina y cols. Evaluaron una muestra de 625 estudiantes de los diferentes programas académicos de Perú, evaluándolos con los inventarios de ansiedad y depresión de Beck, además de una encuesta semi-estructurada. Encontraron una prevalencia del 49.8% para depresión, 58.1% para ansiedad y 41% para ideación

suicida. Para ansiedad y depresión, resulto significativa la asociación con el sexo femenino, pérdidas afectivas, problemas académicos, económicos y de salud, insatisfacción con la carrera, dificultad en las relaciones con compañeros y docentes, responsabilidades académicas, y comportamiento suicida.

En México Rosete (2003) investigo la relación entre salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios, en las carreras de medicina, psicología y odontología, en general encontró que de los 576 alumnos reportados como positivos en alteraciones a la salud mental, el 32.6% correspondieron a la carrera de Enfermería, el segundo lugar lo ocupó la carrera de Psicología con un 21.8%, el tercer lugar fue ocupado por la carrera de odontología, con un 12%. En la FES Zaragoza, de la UNAM, evaluaron a las carreras de Medicina, Odontología y Psicología, encontraron que existía un alto porcentaje de dificultades emocionales, sobre todo, depresivas y de angustia y con un alto índice de ideas suicidas asociado con elevados índices de bajo desempeño intelectual atribuibles a las perturbaciones emocionales y a una deficiente maduración de la personalidad, que implica poca capacidad para las tareas por deficiencia en la integración psicomotriz, así como en la correlación del pensamiento abstracto con hechos reales, pobre auto-observación y fundamentación del proceso de identidad, no solamente sexual sino también como sujeto sociales, existiendo en muchos casos factores que limitaron el desempeño al estar ocupados en atender su inestabilidad emocional y lo que menos les preocupada es estudiar.

Además los estudiantes con problemas afectivos pertenecían a hogares desintegrados, con alcoholismo en alguno o ambos padres, baja autoestima, poca o nula estimulación para actividades socioculturales, deficientes hábitos de estudio, escasos recursos económicos para satisfacer las necesidades básicas, de educación y aun menos de recreación y esparcimiento. El ambiente de estos estudiantes se hace propicio para adherirse a algún tipo de droga, siendo las más frecuentes el alcohol y el trabajo, sin dejar de estar ausentes la marihuana, los solventes, algún fármaco y la cocaína.

Cuando los estudiantes muestran altos niveles de ansiedad, en la carrera de medicina también muestran un mayor número de módulos no acreditados, o abandonan la carrera. En cuanto a los estudiantes de psicología, se observó que acudían con mayor frecuencia a recibir atención psicológica, presentaban diferentes tipos de adicciones y problemáticas centradas en disfunciones familiares, se observó que lograban percibir su situación fantaseando que a través de la carrera resolverían su neurosis y los enigmas familiares.

En un estudio realizado en Perú en 435 estudiantes universitarios, evaluaron la presencia de ansiedad y depresión, encontrando que presentaban ansiedad en mayor medida las mujeres con una media de 9.25 frente a una media de 8.97, utilizando la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Riveros, 2007). En estudiantes de Odontología, se observó que la presencia de ansiedad es más alta en los alumnos de primer curso que los alumnos del quinto curso, los autores refieren que la presencia de estas diferencias es que los alumnos se van adaptando progresivamente a las situaciones que producen ansiedad en su formación académica, y por lo tanto, los niveles disminuyen, existiendo además amplias diferencias entre hombres y mujeres, obteniendo las mujeres las medias más altas.

JUSTIFICACIÓN

El suicidio es uno de los problemas de salud mental más importante, entre los factores que se han asociado a su presencia el que ha demostrado tener mayor peso es la presencia de alguna enfermedad mental. Dentro de este contexto los estudiantes universitarios han sido ampliamente estudiados en cuanto a la presencia de psicopatología, estrés percibido, depresión e ideación suicida. Uno de los factores más importantes para el desarrollo de riesgo suicida es la presencia de estrés, generalmente asociado a la entrada a la universidad, presión ante las expectativas paternas, la presencia de exámenes, altas cargas de trabajo y el primer año de ingreso a la universidad. Esto aunado a mecanismos de afrontamiento poco eficientes producen que el estudiante pueda tener un riesgo importante de Ideación Suicida. Estudiar los factores asociados resulta primordial para evaluar para realizar maniobras de intervención en población susceptible y tener mayor información sobre el fenómeno con el fin de disminuir el fenómeno y mejorar el pronóstico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Los mecanismos de afrontamiento basados en la emoción se encontraran asociados a la Ideación Suicida y la presencia de desesperanza en estudiantes universitarios?

OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluar el tipo de afrontamiento en estudiantes universitarios y su predicción de ideación suicida y desesperanza.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

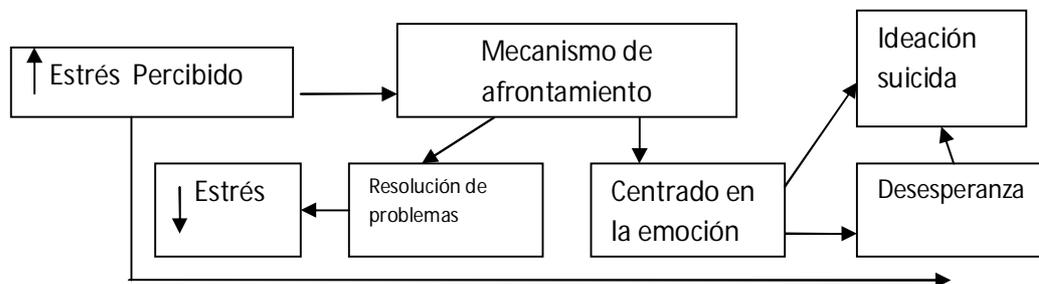
Evaluar los factores demográficos, clínicos y académicos asociados a la presencia de ideación suicida y desesperanza en estudiantes universitarios.

Evaluar la psicopatología general en estudiantes universitarios y observar si existe asociación con la Ideación Suicida y Desesperanza.

HIPÓTESIS

Los estudiantes con mecanismos de afrontamiento basados en la emoción tendrán mayor riesgo de desarrollar desesperanza e ideación suicida durante el primer año de la carrera, comparados con los estudiantes con mecanismos de afrontamiento basados en la resolución de problemas.

El modelo propuesto se plantea en la siguiente figura.



- El aumento de estrés percibido aumenta los niveles de desesperanza
- El estrés conduce a utilizar mecanismos de afrontamiento basados en la resolución de problema o centrado en la emoción.
- El mecanismo de afrontamiento basado en la resolución de problema disminuye el estrés.
- El mecanismo de afrontamiento centrado en la emoción aumentará la desesperanza e ideación suicida.

MATERIAL Y MÉTODOS.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio longitudinal, comparativo, observacional.

UNIVERSO DEL ESTUDIO

Estudiantes universitarios de la facultad de medicina que se encuentren cursando el primer año de la carrera

SELECCIÓN DE LA SUJETOS

Se realizó un cálculo formal del tamaño de la muestra en base a una confianza del 95%, una potencia del 90% y tomando en cuenta la tasa referida de ideas suicidas en población universitaria del 47% (González Forteza C, García G, Medina Mora ME, Sánchez MA, 1998b) se obtuvo un tamaño de muestra de 96 sujetos, que se redondeará a 130 tomando en cuenta la pérdida por el seguimiento. Serán elegidos en función de su accesibilidad.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Que acepten participar en el estudio
2. Que se encuentren cursando actualmente el primer año de la carrera

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. No se consideran criterios para excluir a los participantes.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Instrumentos con más del 10% de respuestas en blanco.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Definición	Definición conceptual	Instrumento de medición	Tipo de variable
MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO	Conductas cognitivas y conductuales ante situaciones estresantes	Escala de Afrontamiento de Lazarus y Folkman	Dicotómica Afrontamiento basado en la emoción Afrontamiento basada en la resolución.

DESESPERANZA.	Percepción y actitud negativa frente a los eventos venideros	Escala de desesperanza de Beck	Variable dicotómica. La calificación tiene un rango de 0 a 20, punto de corte 9.
IDEACIÓN SUICIDA. Se obtendrá un índice con riesgo e ideación suicida.	Conducta o factor que lleve como propósito el morir o aumente su riesgo	Escala de Riesgo suicida de Plutchick	Variable ordinal, no existe punto de corte propuesto, entre mayor puntuación mayor riesgo.
		Escala de ideación suicida de Beck	Variable ordinal, se considera presencia de ideación a partir de 2 puntos.
Síntomas psicológicos	Patrones de síntomas presentes que causen malestar emocional evidente.	SCL-90	Calificación obtenida en la escala SCL. Ordinal
Estrés percibido	Percepción subjetiva sobre una situación que el sujeto considera estresante.	Escala de estrés percibido de Levenstein.	Índice de 0 a 1 de bajo a alto nivel de estrés percibido.

INSTRUMENTOS:

ENCUESTA SOCIO DEMOGRÁFICA. Realizada ad-hoc para tomar tanto variables sociales como demográficas.

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK. Desarrollada por A. T. Beck, consiste en 20 reactivos estructuradas como falso-verdadero, de los cuales 9 son falsos y 11 verdaderos. Los reactivos estructurados como verdaderos son los relacionados con la desesperanza y los estructurados como falsos se relacionan más con la

afectividad. Cada uno de estos veinte reactivos se le ha dado una calificación de 0 a 1, el puntaje total es la suma de todas las calificaciones de los reactivos individuales. La calificación puede ir de 0 a 20. El punto de corte es mayor o igual a 9 (Beck, 1993), en población mexicana ha mostrado una confiabilidad de 0.65 (Mondragón y cols, 1998).

ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHICK. La Escala de Riesgo Suicida fue diseñada por Plutchick (1989) con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Está formada por una serie de variables que otros autores han relacionado con el suicidio. Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación suicida, en la versión en español el valor de consistencia interna es $\alpha = .96$, la sensibilidad es de 74%, la especificidad de 95% para distinguir entre controles y pacientes con un punto de corte de 6, y con una sensibilidad y especificidad del 88% para sujetos con antecedente de intento suicida y sin intento suicida (Rubio G, 1998).

ESCALA DE MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO DE LAZARUS-FOLKMAN. (Folkman 1986). Es auto-aplicable, conteniendo 67 frases afirmativas sobre aspectos conductuales, emocionales y sociables que son posibles de ser utilizados para afrontar situaciones estresantes. Cada afirmación debe ser contestada de acuerdo a un valor conceptual que describe el grado de utilización de la actitud allí descrita. Cada valor es traducido a un puntaje. El puntaje mayor corresponde a tres. Los índices de fiabilidad alfa para las diferentes sub-escalas van de 0.61 a 0.79, con una correlación moderada a baja entre las escalas ($r=0.39$) (17). Tiene una confiabilidad interna adecuada en la versión en español (Frydenberg, 1997).

SCL-90 (Derogatis, 1973). Este inventario se desarrollo para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Cada uno de los ítems que lo integran se responden sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico: 1. Somatización, 2. Obsesiones y compulsiones, 3.

Sensibilidad interpersonal, 4. Depresión, 5. Ansiedad, 6. Hostilidad, 7. Ansiedad fóbica, 8. Ideación paranoide y 9. Psicoticismo. Se encuentra validado en México con una consistencia interna de $\alpha > .80$ en todas sus sub-escalas, con una correlación alta entre sus sub-escalas, de .25 a .5) (Lara Muñoz, 2005; Cruz Fuentes 2005).

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (Beck y cols, 1979). Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas. Consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semi-estructurada. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidas. Cada reactivo se registra en un formato de respuestas de 3 opciones. El rango va de 0 a 38. La consistencia interna en la validación mexicana en estudiantes fue $\alpha = .84$, obteniéndose la misma estructura factorial propuesta por Beck que incluye: Características de las actitudes hacia la muerte, características de los pensamientos/Deseos de suicidio, características del intento, actualización del intento. La concordancia diagnóstica con el juicio clínico fue de 95.7% (García Macip y cols, 2000)

ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO DE LEVENSTEIN (LEVENSTEIN, 1993).

Se trata de un instrumento auto administrado de 30 ítems, que se puntúan con una escala tipo Likert de 4 grados (1 = casi nunca, 4 = casi siempre). Se obtiene un índice que puede oscilar de 0 (probablemente estamos en presencia de un caso de muy bajo nivel de estrés percibido) a 1 (probablemente se trata de un caso de muy alto nivel de estrés percibido). La fiabilidad test-retest para el Índice PSQ-General fue de 0.82. La medida de consistencia interna mostró una alfa de Cronbach > 0.90 . Los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos en la prueba de validez convergente fueron: con ansiedad ($r = 0.75$), Escala de Estrés Percibido de Cohen ($r = 0.73$), depresión ($r = 0.56$) y estrés comunicado ($r = 0.56$). Sucesos vitales estresantes ($p < 0.005$). Se encuentra validado al español (Sanz, 2002).

PROCEDIMIENTO

El proyecto se presentó a la comisión de ética e investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México para su evaluación y aprobación.

Los estudiantes fueron evaluados durante el primer año lectivo en dos ocasiones, la primera evaluación fue dentro del primer mes del año, la segunda evaluación fue durante el décimo mes del primer año. Para ello se solicitó la cooperación de los profesores de Psicología Médica I del primer año de la carrera. Se acudió al grupo y se solicitó su participación en la investigación, a los alumnos presentes en el momento de la evaluación y que acepten participar en el estudio se les distribuyeron los cuestionarios, leyéndoles el consentimiento informado, dándoles el tiempo necesario para contestar los Instrumentos. Experiencias previas en la aplicación de los instrumentos han mostrado un tiempo de aplicación de aproximadamente 40 minutos. Los datos obtenidos fueron codificados y analizados para realizar los resultados y realizar su presentación en formato de tesis.

ANALISIS DE RESULTADOS:

Se presenta la descripción de los sujetos y los resultados de las evaluaciones con promedios, porcentajes, desviación estándar, rango y porcentaje. Se realizó con la primera evaluación un análisis de asociación y correlaciones para observar variables asociadas al fenómeno de ideación suicida a su ingreso.

Se realizó un modelo de regresión lineal incluyendo como variable dependiente desesperanza, como variables independientes el tipo de mecanismo de afrontamiento y estrés percibido agregado las siguientes variables de ajuste: sexo, psicopatología general, estrés percibido, riesgo suicida.

Se realizó un modelo de regresión lineal incluyendo como variable dependiente ideación suicida, como variables independientes el tipo de mecanismo de

afrontamiento y estrés percibido con las siguientes variables de ajuste: sexo, psicopatología general, estrés percibido, riesgo suicida.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en México en Materia de Investigación para la Salud, Título 2; Capítulo 1, Artículo 17, Fracción III, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de Enero de 1987, el presente estudio se considera como una investigación con riesgo mínimo debido a que el diseño del estudio contempla un estudio observacional que no involucra asignación de maniobras ni intervenciones, pero implica la aplicación de los instrumentos que pueden generar ansiedad o incomodidad al participante.

Cada uno de los sujetos que sean susceptibles de participar en el estudio se les explicó detalladamente el motivo del mismo, los procedimientos a los que serán sometidos, los riesgos, inconvenientes o molestias y/o beneficios posibles derivados del mismo y una vez aclaradas sus dudas decidieron libremente su participación, firmando una hoja de consentimiento informado.

Los estudiantes con alto riesgo suicida que fueron detectados durante el estudio fueron enviados a los servicios de salud mental, en dado caso de que algún estudiante sin riesgo solicite atención psicológica será enviado a los servicios de salud mental para su evaluación.

Resultados

El grupo de estudio incluyó a 131 sujetos evaluados durante el primer mes del ciclo escolar, se re-evaluó antes de los exámenes finales a 98 sujetos.

Las características demográficas de la primera evaluación se presentan en el cuadro 1.

Cuadro 1. Características socio demográficas y clínicas de la sujetos (Primera evaluación n=131)

Variable	Promedio o Frecuencia
Edad	18.44 (\pm 1,3)
Mujeres	86 (65.6%)
Hombres	45 (34.4%)
Lugar de residencia	
DF	101 (77%)
Fuera de DF	30 (33%)
Privada	33 (25.5%)
Pública	98 (74.8%)
Solteros	131 (100%)
Uso de antidepresivos previamente	6 (4.6%)
Antecedente de otra carrera	3 (2.3%)
Atención psicológica	17 (13%)
Promedio de preparatoria	9.01 (\pm .53)
Tabaquismo	15 (11.5%)
Refiere consumir alcohol	51 (38.9%)
Refiere consumir alguna sustancia	8 (6.1%)

La escolaridad de los padres se presenta en el siguiente cuadro. Podemos observar que la mayor parte tenían licenciatura.

Cuadro 2. Escolaridad de los padres

Escolaridad	Padre	Madre
Posgrado	13 (12.3%)	10 (9%)
Licenciatura	56 (42.7%)	43 (32.8%)
Preparatoria	22 (16.8%)	20 (15.3%)
Técnico	7 (5.3%)	23 (17.6%)
Secundaria	20 (15.3%)	20 (15.3%)
Primaria	3 (2.3%)	10 (7.6%)
Ninguna	0	1 (.8%)
No referido	6 (4.6%)	1 (.8%)
Total	131	100.0

La mayor parte de los estudiantes vivían con sus padres, 103 (78.6%), 16 (12.2%) vivían sólo con su madre, cuatro compartían vivienda con amigos (3.1%), uno con su casero (.8%), 5 con familiares o hermanos (4%) y dos vivían solos (1.5%)

La psicopatología en general de los estudiantes era baja a su ingreso, mostrando los mayores promedios en depresión y obsesiones y compulsiones que aumento de manera significativa en la segunda evaluación

Cuadro 3. Resultados de la escala SCL-90 en las evaluaciones

Área evaluada de psicopatología	Primera evaluación		Segunda evaluación	
	Rango	Promedio (DE)	Rango	Promedio (DE)
Somatizaciones	.00- 2.5	.41 (±.45)	.00- 3.58	.68 (±.64)
Obsesiones y compulsiones	.00-2.2	.69 (±.54)	.00-3.5	.98 (±.77)
Sensitividad interpersonal	.00- 2.22	.44 (±.43)	.00-3.11	.67 (±.63)
Depresión	.00- 3.35	.59 (±.606)	.00-3.85	.82 (±.78)
Ansiedad	.00-2.3	.49 (±.44)	.00-3.2	.69 (±.64)
Hostilidad	.00-3.1	.41 (±.49)	.00-3.5	.60 (±.64)
Ansiedad Fóbica	.00- 1.83	.17 (±.33)	.00- 3.9	.39 (±.81)
Ideación paranoide	.00-2	.30 (±.42)	.00-3.33	.43 (±.66)
Psicoticismo	.00-1.5	.18 (±.30)	.00-2.9	.35 (±.55)

El promedio usado por cada tipo de afrontamiento se presenta a continuación, podemos observar que el mayor promedio en los sujetos se obtuvo en la redefinición cognitiva y el menor promedio en la descarga emocional.

Cuadro 5. Promedio por tipo de afrontamiento usado obtenido en la sujetos durante la primera evaluación (n=131)

Tipo de afrontamiento	Primera evaluación	Segunda evaluación
	Promedio (DE)	Promedio (DE)
Aceptación con resignación	1.18 (±.67)	1.22 (±.95)
Análisis lógico	1.38 (±.59)	1.71 (±.59)
Control afectivo	1.43 (±.71)	1.43 (±.71)
Desarrollo de gratificaciones	1.51 (±.7)	1.45 (±.69)
Descarga emocional	1.67 (±.78)	1.07 (±.78)
Ejecución de acciones	1.0 (±.53)	1.0 (±.53)
Evitación cognitiva	.93 (±.55)	1.07 (±.55)
Redefinición cognitiva	1.08 (±.65)	1.76 (±.65)
Requerimiento de información	1.37 (±.59)	1.24 (±.59)

En cuanto a los niveles de estrés en se encontró un rango 0 a 94.5 con un promedio de .51 (\pm .14). La escala de Riesgo Suicida tuvo un promedio 1.71 (\pm 2.28). Se presentaron cinco sujetos con ideación suicida, que fueron los mismos sujetos que presentaron desesperanza. En la segunda evaluación tuvieron un promedio de riesgo suicida de 1.91 (\pm 2.71). La presencia de Desesperanza era de 1.66 (\pm 2.35) y de la escala de Ideación Suicida de Beck el promedio fue de .77 (\pm 2.8), con 7 casos con presencia de Ideación suicida.

Se realizó una correlación en la primera evaluación entre la puntuación de ideación suicida encontrándose una correlación significativa ($p < .05$) con Desesperanza ($r = .644$), Riesgo suicida ($r = .292$), estrés total ($r = .273$), evitación cognitiva ($r = .298$), ansiedad ($r = .463$), hostilidad ($r = .388$), Ansiedad fóbica ($r = .404$), síntomas paranoides ($r = .508$), Psicoticismo ($r = .509$), Somatización ($r = .504$), Sensitividad personal ($r = .403$) y depresión ($r = .400$).

El uso de afrontamiento basado en la resolución de problemas se asoció significativamente a tener padres con educación de Licenciatura ($\chi^2 = 16.9$, $p = .05$). El sexo femenino se asocio con el uso de descarga emocional como mecanismo de afrontamiento ($\chi^2 = 23.75$, $p = .01$)

En la segunda evaluación además de aplicarse la totalidad de los instrumentos, se realizó una evaluación sobre otros factores que pudieran incidir en el estrés como y la psicopatología. Los resultados se muestran a continuación.

Cuadro 6. Factores clínicos y uso de sustancias en la segunda evaluación.

Factores clínicos y sustancias	Frecuencia
Uso de algún tipo de antidepresivo o tranquilizante	5 (3.8%)
Citalopram	2(1.5%)
Fluoxetina	1(.8%)
Paroxetina	1 (.8%)
Sertralina	1 (.8%)
Atención psiquiátrica o psicológica previa	10 (2.3%)
Atención psiquiátrica o psicológica actual	3 (2.3%)
Fumas	16 (12.1%)
Alcohol	35 (26.5%)
Droga	11 (8.3%)
Cocaína	2 (1.5%)
Mariguana	9 (6.8%)
Ideas de muerte	14 (10.6%)
Intentos suicidas	2 (1.5%)

Se les preguntó cuál era la materia que los preocupaba más. En primer lugar se encontró embriología con 37 (28%), anatomía 21 (15.9%), bioquímica 20 (15.2%), histología 5 (3.8%), salud pública 3 (2.3%), todas 3 (2.3%), básicas 2 (1.5%), ninguna 1 (.8%). En promedio iban a presentar 3.2 (± 1.9) finales, su promedio durante el primer año era de 7.9 ($\pm .89$)

Refirieron que habían tenido un problema recientemente 24 (18.2%), 16 (12.1%) habían pensado en abandonar la carrera, 10 (7.6%) se habían sentido acosado por sus compañeros o maestros, 18 no se sentían integrados a su grupo (13.6%).

Se realizó un análisis bivariado para muestras pareadas con t de Student encontrando diferencias significativas en todas las evaluaciones de psicopatología con excepción de ideación paranoide ($p=.059$)

Cuadro 7. Comparación entre psicopatología entre la primera evaluación y la segunda evaluación.

Síntomas Psicológicos (SCL-90)	Diferencias entre pares						T	G L	Sig.
	Prom	Desviación estándar	Promedio en el error estándar	Diferencia en el intervalo de confianza al 95%.					
				Límite inferior	Límite superior				
Somatizaciones	-0.26	.55	.05	-.37	-.156	-4.78	97	.000	
Obsesiones compulsiones	-0.30	.62	.06	-.43	-.171	-4.5	97	.000	
Sensitividad personal	-0.23	.55	.055	-.34	-.123	-4.1	97	.000	
Depresión	-0.26	.70	.071	-.408	-.125	-3.7	97	.000	
Ansiedad	-0.20	.53	.054	-.307	-.092	-3.6	97	.000	
Hostilidad	-0.21	.58	.059	-.328	-.093	-3.5	97	.001	
Ansiedad fóbica	-0.22	.80	.081	-.38	-.058	-2.7	97	.008	
Ideación paranoide	-0.11	.58	.059	-.23	.004	-1.9	96	.059	
Psicoticismo	-.17	.46	.047	-.26	-.076	-3.6	97	.000	

La escala de afrontamiento mostro que sólo existían diferencias significativas en aceptación con resignación.

Cuadro 8. Comparación entre la primera y segunda evaluación con la escala de Lazarus-Folkman para mecanismos de afrontamiento

Mecanismo de afrontamiento (Escala de Lazarus-Folkman)	Diferencias entre pares						T	GL	Sig.
	Promedio	Desviación estándar	Promedio en el error estándar	Diferencia en el intervalo de confianza al 95%.					
				Límite inferior	Límite superior				
Requerimiento de información	-.022	.81	.082	-.18	.14	-.279	97	.781	
Ejecución de acciones	-.097	.64	.065	-.22	.032	-1.49	97	.138	
Desarrollo de gratificaciones	-.017	.78	.079	-.17	.14	-.21	97	.831	
Análisis lógico	-.15	.91	.091	-.33	.02	-1.67	98	.098	
Redefinición cognitiva	-.06	.82	.082	-.22	.10	-.76	97	.444	
Descarga emocional	-.08	.623	.062	-.213	.03	-1.40	97	.163	
Aceptación con resignación	-.13	.66	.067	-.26	.003	-1.93	97	.056	
Control afectivo	-.13	1.00	.101	-.334	.06	-1.3	97	.194	

Solo mostraron diferencias significativas el estrés percibido y los niveles de desesperanza.

Cuadro 9. Diferencia entre estrés percibido, riesgo suicida, desesperanza e ideación suicida en los sujetos.

	Diferencias entre pares						T	GL	Sig.
	Promedio	Desviación estándar	Promedio en el error estándar	Diferencia en el intervalo de confianza al 95%.					
				Límite inferior	Límite superior				
Estrés percibido	.11	.26	.026	.065	.17	4.46	97	.000	
Riesgo suicida	-.35	3.27	.33	-1.01	.30	-1.07	97	.284	
Desesperanza	-1.00	3.06	.30	-1.61	-.38	-3.23	97	.002	
Ideación suicida	-.20	2.75	.27	-.75	.34	-.734	97	.464	

El número de sujetos que presentaron afrontamiento basado en la resolución de problemas fueron 102 (79.1%) y los que utilizaron el afrontamiento basado en la emoción fueron 27 (20.6%) en la primera evaluación, el resto de los sujetos no dieron respuestas validas (n=2). En la segunda evaluación 74 (76.3%) sujetos utilizaron el tipo de afrontamiento basado en la resolución de problemas, 23 (23.7%) sujetos utilizaron el tipo de afrontamiento basado en la emoción (n=97).

Se presentaron 7 casos con ideación suicida, de los cuales 4 (3.1%) fueron nuevos, dos mujeres y dos hombres. De estos cuatro casos, tres tuvieron un afrontamiento basado en la resolución de problemas y uno basado en la emoción (Control emocional).

Cuadro 10. Número de casos con ideación suicida y tipo de afrontamiento

	Afrontamiento basado en la emoción	Afrontamiento basado en la resolución de problemas
Con ideación suicida	1	3
Sin ideación suicida	22	71
	23	74

Se asoció a la presencia de los nuevos casos el haber realizado otra carrera ($X^2=9.51$, $p=.002$), el sentirse acosado en la escuela ($X^2=10.92$, $p=.004$), así como mayores niveles de Somatización ($U=113.5$, $p=.05$), Hostilidad ($U=81,00$, $p=.05$) y Psicoticismo ($U=68.5$, $p=.027$).

El tipo de afrontamiento no modificó de manera significativa los niveles de desesperanza ($t= -.176$; $p=.243$). Los mayores niveles de desesperanza se correlacionaron con mayor sintomatología, mayores niveles de ideación suicida, riesgo suicida y estrés percibido. En relación a la hipótesis planteada esta se rechaza.

Se realizó un análisis de regresión lineal para observar las variables predictoras de la presencia de nuevos casos encontrándose sólo valores significativos para Riesgo Suicida. El ajuste al modelo fue de $R^2= .518$ con un valor de 17.504 de verosimilitud.

Cuadro 11. Modelo de Regresión lineal para ideación suicida

		Variables en la ecuación					
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
1(a)	Estrés percibido	-7,947	6,357	1,563	1	,211	,000
	Riesgo Suicida	,858	,343	6,237	1	,013	2,358
	Tipo de afrontamiento	1,616	1,701	,903	1	,342	5,032
	Constante	-5,948	3,211	3,432	1	,064	,003
	Síntomas psicológicos	.035	.088	.233	1	.418	.368

a Variable(s) ingresado en paso 1: Estrés percibido, Riesgo Suicida, tipo de afrontamiento.

Se realizó un análisis de regresión lineal para la presencia de desesperanza, las cuales mostraron que sólo resulta significativa dentro del modelo ingresado los niveles de riesgo suicida. El modelo mostro un ajuste de $R^2=.238$

Cuadro 12. Modelo de regresión lineal tomando como variable dependiente desesperanza.

Modelo		Coeficientes sin estandarizar		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	Psicopatología	.103	,124	.103	.830	,409
	Estrés percibido	2,086	1,688	,124	1,236	,220
	Riesgo Suicida	,369	,086	,429	4,282	,000
	Tipo de afrontamiento	,693	,489	,126	1,415	,160

A. Variable Dependiente: Desesperanza

DISCUSIÓN

El suicidio, se ha vuelto una de las principales causas de muerte en jóvenes. Dentro de ello, la ideación suicida ha mostrado altas tasas de prevalencia que van desde el 41 al 47% (Medina Amézquita M, González R, Zuluaga D, 2003; Medina-Mora M, Villatoro J, Juárez F, Carreño S, Rojas B., 1994). Sin embargo estos datos se han planteado dentro de instrumentos no sistematizados para evaluar la ideación suicida y con preguntas abiertas que no toman en cuenta la temporalidad de la ideación. En nuestro estudio encontramos que este porcentaje disminuía al 6%, esta disparidad entre las cifras reportadas y las encontradas puedan deberse al tipo de evaluación, que se realizó con un instrumento estructurado y que toma en cuenta en ese momento la presencia de ideación.

La ideación suicida se ha visto asociada a múltiples causas en los jóvenes, dentro del contexto universitario las más importantes son: ser mujer, tener un pobre desempeño escolar, poca inclusión dentro del grupo y la presencia de un intento suicida previo (González-Forteza C, Berenzon-Gorn S, Tello-Granados AM, Facio-Flores D, Medina-Mora Icaza ME, 1998a). En esta investigación se planteó evaluar un nuevo factor que podría incidir en la presencia de ideación suicida bajo una situación estresante como el ingreso a la universidad y los recursos del individuo para afrontarlos. Estar en un medio nuevo con todo lo que implica: nuevas exigencias académicas, cambios en forma de vida, mayor competencia genera en el estudiante altos niveles de estrés. Youssef (2004) plantea que la presencia de estrés puede aumentar la presencia de ideación suicida en sujetos vulnerables. Dentro de un modelo multicausal podemos establecer que un sujeto con mayor vulnerabilidad, bajo una situación estresante, podría presentar desesperanza e ideación suicida.

El primer punto a plantear es observar entonces como fue que intervinieron todos los factores estudiados sobre la presencia de ideación suicida. El primer hallazgo y objetivo de esta tesis fue evaluar el impacto del tipo de afrontamiento sobre la presencia de ideación suicida, podemos observar que el tipo de afrontamiento

usado por los estudiantes fue claramente el basado en la resolución de problemas, siendo en menor proporción los mecanismos basados en el control emocional. Este tipo de afrontamiento caracterizado por Lazarus (1986) como eficiente, hace notar que los estudiantes que acceden a la facultad ya muestran rasgos de resolución mejor adaptado a medios estresantes y tiende a permanecer constante o volverse más eficiente durante los años posteriores. El tipo de afrontamiento ha sido considerado por muchos autores como preponderante para lidiar con el estrés, considerando que pueden existir dos tipos principales de afrontamiento. El basado en la emoción, centrado en la resolución de la angustia y el basado en la resolución del problema, que busca todas las herramientas para resolver o minimizar los afectos. Se considera en general que el afrontamiento basado en la resolución de problemas tendera a disminuir el nivel de estrés de una manera más eficiente y minimizar las consecuencias del evento (Lazarus R.R y Folkam S, Gruen R.J. DeLongis A., 1986, Bonner y Rich 1988; Dixon, Heppner y Anderson 1991. D'Zurrillan, Chang, Nottingham, Faccini 1998, Priester y Clum 1993, Chang 2002, González Forteza y cols., 1998a). Estos hallazgos nos pueden sugerir que los estudiantes de nuestro estudio tienen en la mayor parte un afrontamiento eficiente y que esto podría actuar como un factor protector que podría explicar la baja frecuencia de ideación suicida frente a los estudios previos.

En el modelo propuesto por Chang (2002) para explicar la presencia de ideación suicida asociada a estrés y resolución de problemas, podemos observar que estas dos últimas variables predijeron la ideación suicida. Sin embargo nuestros hallazgos no son consistentes, entre los factores que pueden explicar esta falta de concordancia se encuentra que la resolución de problemas sea un constructo diferente al tipo de afrontamiento, basado probablemente más en resolver el problema en sí, independiente del tipo de afrontamiento. Otra explicación podría ser que el número de sujetos evaluados y que la baja presencia de ideas suicidas no alcance a demostrar el tamaño del efecto, sin embargo la tendencia del estudio parece plantear que el tipo de afrontamiento no tiene injerencia en la presencia de ideación suicida. Si bien el número de casos con ideación suicida aumento, así como los síntomas psicológicos en general, sólo uno de los sujetos con ideación

suicida en la segunda evaluación tenía un afrontamiento basado en la emoción. Lo que mostro significancia como predictor de la ideación suicida fue el puntaje obtenido en la escala de riesgo suicida de Plutchick. Esta escala toma en cuenta los factores que en población abierta se han asociado significativamente a la presencia de un intento suicida, y observamos su validez en nuestra muestra, ya que predice de manera significativa los casos nuevos de ideación suicida y desesperanza. La escala podría en un futuro ser usada como tamizaje para evaluar a estudiantes que bajo una situación estresante, como es el ingreso a la universidad, tendrían un riesgo mayor de desarrollar ideas suicidas y usarse con fines pronósticos.

La presencia de desesperanza tampoco se encontró asociada a los mecanismos de afrontamiento pero como ya se menciona si con la escala de riesgo suicida. Sin embargo los niveles de síntomas psicológicos tampoco mostraron una significancia en relación a la presencia de desesperanza, ni los niveles de estrés percibido. Esto llama la atención, pues aunque los estudiantes aumentan significativamente los niveles de psicopatología al término del año, muestran también menores niveles de estrés. Es probable que estos niveles de psicopatología no lleguen a incidir de manera tan importante para condicionar desesperanza ni ideas suicidas, siendo un proceso de ajuste ante los cambios al afrontar una nueva situación de vida.

Aun así la interacción estrés, afrontamiento y psicopatología no debe ser denostada, pues el estrés aumenta significativamente los niveles de depresión, síntomas obsesivos y disminuye la concentración (Fisher & Hood, 1987). Además aunque el estilo de afrontamiento no mostro cambios significativos, podemos observar que este parecía que existía una tendencia a utilizarse en mayor medida la resolución de problemas que los basados en el afecto (Pozo, 1993).

Este cambio en los síntomas psicológicos es claramente asociado al estrés. Se da por hecho que la carrera de medicina maneja altos niveles de estrés, pero una limitante del estudio fue que se centro en ésta carrera, quizás si hubiéramos evaluado otras carreras podríamos observar tanto los niveles de estrés así cierto

tipo de vulnerabilidad por licenciatura. Otros factores que mostraron interés es el aumento en el consumo de sustancias, tanto de alcohol, tabaco y otro tipo, y si bien no es el objetivo de este estudio, podría plantearse como un tipo de afrontamiento para disminuir el estrés presente a lo largo de la carrera. Además de que existe un aumento en la búsqueda de atención psicológica y el uso de antidepresivos al finalizar el ciclo escolar. Dentro de los factores que si mostraron asociación se encontraron fue la percepción de no inclusión al grupo y acoso por parte de los compañeros o maestros algo ya reportado en estudios previos (González-Forteza C, Berenzon-Gorn S, Tello-Granados AM, Facio-Flores D, Medina-Mora Icaza ME, 1998a). Esta falta de integración puede aumentar el aislamiento, tener menos recursos sociales a los cuales acudir ante esta situación estresante y finalmente generar mayores niveles de desesperanza e ideación suicida. Esto nos plantea la posibilidad de que realicen mayores estudios sobre acoso escolar y la repercusión que pueda tener en la salud mental de los estudiantes.

Si bien el tipo de afrontamiento no mostro un impacto en ideación suicida ni desesperanza quizás pueda mostrar asociación con otras variables de rendimiento escolar, se encontró una asociación en mayores niveles de estrés y el número de exámenes finales que se presentarían, pero esto formaría parte de otros estudios sobre el impacto en fracaso escolar y psicopatología.

Podemos concluir que el tipo de afrontamiento en nuestro estudio no predijo la presencia de ideación suicida asociado al estrés, ni mayores niveles de desesperanza. La variable predictora de ideación suicida y desesperanza mayor nivel en la escala de riesgo suicida de Plutchick

Conclusiones.

El tipo de afrontamiento no se encontró asociado a la presencia de ideación suicida ni desesperanza en los sujetos evaluados en el estudio.

Mayores niveles de riesgo suicida predijeron la presencia de sujetos con ideación suicida y desesperanza.

No existieron diferencias significativas entre las variables socio demográficas y la presencia de ideación suicida y desesperanza.

La presencia de síntomas psicológicos no predijo la existencia de ideación suicida ni desesperanza.

ANEXO 1

MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DESESPERANZA E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Carta de consentimiento informado.

México D. F. a _____ de _____ del año 2009

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación arriba mencionado. Los objetivos de este estudio son:

1. Evaluar si el tipo de mecanismos de afrontamiento y el estrés percibido se encuentran asociados a la intensidad de la ideación suicida.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Responder en dos ocasiones (al ingreso del primer año y en el último mes del ciclo escolar), en una sesión de aproximadamente 40 minutos los siguientes cuestionarios: SCL-90 que evalúa síntomas psicológicos, Escala de desesperanza de Beck, mide desesperanza entendida como percepción negativa ante el futuro, Escala de Riesgo Suicida de Plutchick que aprecia conductas asociadas a suicidio, Escala de Mecanismos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman que valora el tipo de mecanismo tanto de conducta o pensamiento que se utiliza para hacer frente a un problema, la escala de ideación suicida de Beck que evalúa pensamientos sobre el suicidio y la escala de estrés percibido de Levenstein para evaluar el estrés.

He recibido información ampliamente sobre los inconvenientes o molestias que son: Ansiedad o malestar generado por las preguntas durante la aplicación de los cuestionarios o a largo plazo presencia de preocupación por la detección de síntomas o ideas suicidas.

En el caso de presentar ansiedad o malestar durante la aplicación del instrumento, puedo suspender su aplicación y/o solicitar orientación al investigador. Si posterior a la aplicación siento inquietud o preocupación por alguna de las áreas evaluadas puedo contactarme directamente con el investigador para recibir orientación y en dado caso, si estoy de acuerdo, canalizarme a un servicio de salud mental.

Además he recibido información sobre los beneficios del estudio que son:

Evaluar de manera objetiva la presencia de conductas suicidas, desesperanza y sintomatología psiquiátrica.

Si deseo recibir atención de salud mental puedo contactar al investigador colaborador para ser canalizado y recibir orientación sobre los servicios de salud mental.

En caso de que se detecte que exista un alto riesgo suicida, el investigador colaborador se contactará conmigo para explicarme los riesgos y canalizar, en caso de que yo esté de acuerdo, a un servicio de salud mental.

Entiendo que conservo mi derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi situación escolar ni tendrá ningún tipo de consecuencia, además de que toda la información que hubiera proporcionado será destruida en mi presencia y no se utilizará para el estudio. El investigador me ha explicado que todos mis datos serán tratados con estricta confidencialidad, solo serán conocidos por el investigador, mi nombre será asignado a un número de folio y los resultados se guardaran en sobre cerrado. Los resultados sólo me los entregará personalmente, si los solicito.

Nombre y Firma del alumno Nombre y firma del investigador principal

Testigo _____

Testigo _____

Anexo II

ANEXO HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICO E
INSTRUMENTOS

Hoja de datos. Escuela:

_____ Turno: _____

Nombre: _____ Grupo:

_____ Numero de cuenta: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Lugar de origen: _____ Lugar de
residencia: _____ Escolaridad del padre: _____

Escolaridad de la madre: _____ Número de hermanos: _____ Lugar
entre los hermanos: _____ Preparatoria de origen: Publica () Privada: ()

Promedio de la preparatoria: _____ Estado civil actual: _____ Te han
recetado algún tipo de antidepresivo, tranquilizante: Si () No ()
¿Cuál?: _____

¿Has cursado otra carrera previamente? Si () No () ¿Cuál?
: _____

¿Actualmente con quién vives?: _____

¿Has recibido atención psicológica previamente? _____ Fumas: Si ()
) No () Cuántos cigarrillos al día: _____ Tomas alcohol: Si () No ()
¿Cuántas veces a la semana? _____

¿Qué cantidad de alcohol?: _____ ¿has usado alguna droga? Si () No ()
¿Cuál? _____

Te presentamos una serie de cuestionarios, contéstalos completamente, recuerda que no hay preguntas correctas o incorrectas y que ninguna de estas preguntas afectará tu permanencia o tus calificaciones universitarias. Todos los datos serán manejados con estricta confidencialidad, Gracias.

A continuación te mostramos una lista de problemas que tiene la gente. Lee cada uno de ellos y marca tu respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo te sentiste, en qué medida ese problema te ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días). Tienes cinco posibilidades de respuesta. No dejes frases sin responder.

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Criticar a los demás.					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado/a por mí falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					
16. Escuchar voces que otras					

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
24. Explotar y no poder controlarme.					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					
34. Sentirme herido en mis sentimientos.					
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tener problemas para dormir.					
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.					
54. Perder las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pensar que me estoy por morir.					
60. Comer demasiado.					
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de					

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
mí.					
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesitar romper o destrozar cosas.					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/a aun estando con gente.					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

Lee cada uno de los ítems que se indican a continuación. Cada uno de ellos describe formas de actuar frente a los problemas. Piensa en el último problema en relación a la escuela, describe brevemente tu problema:

Selecciona la categoría que exprese en qué medida actúas en relación al problema	No lo utilizo	Lo utilizo un poco	Lo utilizo a veces	Lo utilizo mucho
Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación (en el próximo paso)				
Intente analizar el problema para comprenderlo mejor.				
Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.				
Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.				
Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación.				
Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.				
Intente encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.				
Hable con alguien para averiguar más sobre la situación.				
Me critiqué o me sermoneé a mí mismo.				
No intente quemar mis naves sino que deje alguna posibilidad abierta				
Confié en que ocurriera un milagro				
Seguí adelante con mi destino (Simplemente, algunas veces tengo mala suerte)				
Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.				
Intente guardar para mí mis sentimientos				
Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo, intenté mirar las cosas por su lado bueno.				
Dormí más de lo habitual en mí.				
Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema				

Selecciona la categoría que exprese en qué medida actúas en relación al problema	No lo utilizo	Lo utilizo un poco	Lo utilizo a veces	Lo utilizo mucho
Acepte la simpatía y comprensión de alguna persona				
Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentirme mejor				
Me sentí inspirado para hacer algo creativo				
Intenté olvidarme de todo				
Busque la ayuda de un profesional				
Cambié, maduré como persona.				
Espere a ver lo que pasaba antes de hacer nada.				
Me disculpe o hice algo para compensar				
Desarrolle un plan de acción y lo seguí.				
Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería				
De algún modo expresé mis sentimientos				
Me di cuenta de que yo fui la causa del problema				
Salí de la experiencia mejor de lo que entré.				
Hable con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema				
Me aleje del problema por un tiempo, intenté descansar o tomarme unas vacaciones.				
Intente sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos				
Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado				
Intente no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso				
Tuve fe en algo nuevo				
Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara				
Redescubrí lo que es importante en la vida.				
Cambie algo para que las cosas fueran bien				
Evite estar con la gente en general				
No permití que me venciera, rehusé pensar en el problema mucho tiempo				
Pregunte a un pariente o amigo y respeté su consejo.				
Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas				
No tome en serio la situación, me negué a considerarla en serio.				
Le conté a alguien como me sentía				

Selecciona la categoría que exprese en qué medida actúas en relación al problema	No lo utilizo	Lo utilizo un poco	Lo utilizo a veces	Lo utilizo mucho
Me mantuve firme y pelee por lo que quería				
Me desquite con los demás				
Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar.				
Sabía lo que había que hacer, así que redoble mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.				
Me negué a creer lo que había ocurrido				
Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez				
Propuse un par de soluciones distintas al problema				
Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.				
Intenté que más sentimientos no interfirieran demasiado en otras cosas				
Deseé cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía				
Cambié algo de mí.				
Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.				
Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo				
Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas				
Recé				
Me preparé para lo peor				
Repasé mentalmente lo que haría o diría				
Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo.				
Intente ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.				
Me recordé a mí cuánto peor podrían ser las cosas				
Hice caminata u otro ejercicio.				
Intente algo distinto de todo lo anterior				

Contesta con referencia al último mes marcando con una cruz

	ÚLTIMO MES			
	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
1. Te sientes descansado				
2. Sientes que recaen sobre ti excesivas tareas				
3. Estás enfadado o irritable				
4. Tienes demasiadas cosas que hacer				
5. Te sientes solo o aislado				
6. Te encuentra ante situaciones conflictivas				
7. Sientes que estás haciendo cosas que realmente desea				
8. Te sientes cansado				
9. Temes que no vas a poder alcanzar sus objetivos				
10. Te sientes tranquilo				
11. Tienes demasiadas decisiones que tomar				
12. Te sientes frustrado				
13. Te sientes lleno de energía				
14. Te sientes tenso				
15. Tus problemas parecen amontonarse				
16. Tienes la sensación de ir demasiado deprisa				
17. Te sientes seguro y protegido				
18. Tienes muchas preocupaciones				
19. Estás bajo presión de otras personas				
20. Te sientes desalentado				
21. Te diviertes				
22. Tienes miedo del futuro				
23. Sientes que tienes que hacer las cosas porque tiene que hacerlas no porque quiera hacerlas				
24. Te sientes criticado o juzgado				
25. Te sientes alegre				
26. Te sientes mentalmente exhausto				
27. Tienes dificultad para relajarte				
28. Te sientes cargado de responsabilidades				
29. Tienes bastante tiempo para ti mismo				
30. Te sientes bajo presión de fechas (plazos)				

Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO".

	Si	No
1. ¿Tomas de forma habitual algún medicamento, como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tienes dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces notas que podrías perder el control sobre ti mismo/a?		
4. ¿Tienes poco interés en relacionarte con la gente?		
5. ¿Ves tu futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Te has sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ves tu futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Te has sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo querías meterte en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Estás deprimido/a ahora?		
10. ¿Estás separado/a, divorciado/a, viudo/a?		
11. ¿Sabes si alguien de tu familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez te has sentido tan enfadado/a que habrías sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Has pensado alguna vez en suicidarte?		
14. ¿Le has comentado a alguien, en alguna ocasión, que querías suicidarte?		
15. ¿Has intentado alguna vez quitarte la vida?		

Este cuestionario se compone de 20 frases. Si la frase describe tu actitud DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUYENDO HOY, marca V (verdadero), y si no, marca F (falso). Lee cuidadosamente cada frase.

	Verdadero	Falso
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo		
2. Puedo darme por vencido/a, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo/a		
3. Cuando las cosas van muy mal, me alivia saber que las cosas no pueden permanecer siempre así		
4. No puedo imaginar cómo podrá ser mi vida dentro de 10 años		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que pudiera querer hacer		
6. En el futuro espero conseguir lo que más me interesa		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. Sucede que soy especialmente afortunado, y espero más cosas buenas de la vida de lo que la gente suele conseguir por término medio		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para el futuro		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí, es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora		
14. Las cosas no van a funcionar como yo quisiera		
15. Tengo una gran confianza en el futuro		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. Es muy improbable que pueda lograr alguna satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. Espero más bien épocas buenas que malas		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que deseo, porque probablemente no lo conseguiré		

Selecciona con una cruz una opción con respecto a cada pregunta en relación al último mes

1.-Dirías que tu deseo de vivir es....	Débil	Moderado a intenso	Ninguno
2.- Tu deseo de morir es...	Débil	Moderado a intenso	Ninguno
3.- Si compararas las razones para vivir contra las razones para morir ...	Las razones para vivir son superiores a las de morir	Las razones para morir son superiores a las de vivir	Iguales
4.- ¿Has sentido deseos de realizar un intento suicidio?	Frecuentemente	A veces	Nunca
En caso de no contestar nunca a la pregunta 4, agradecemos tu colaboración, no es necesario contestar el resto de preguntas, en caso de contestar frecuentemente o a veces por favor continua.			
5.- Contesta verdadero o falso	Tomaría precauciones para salvar su vida F V	Dejaría mi vida / muerte en manos del azar (por ej.: cruzar descuidadamente una calle muy transitada) F V	Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ej.: un diabético que deja de tomar la insulina) F V
6.- ¿La idea de hacerte daño o morir cuánto tiempo te dura?	Breve, períodos pasajeros	Períodos más largos	Continuo (crónico), o casi continuo
7.- ¿La idea de suicidio que tan frecuente es?	Rara, ocasional	Intermitente	Persistente o continuo
8.- ¿Qué sientes frente a la idea del suicidio?	Rechazo	Ambivalencia indiferencia	Aceptación
9.- ¿Cómo te sientes con respecto a la idea de suicidio?	Siento que puedo controlarla	No estoy seguro de controlar la idea	No siento que la controle

10.- ¿Existe alguna razón que evitaría que te suicidaras? Anota cual: _____ _____	Tu razón evitaría totalmente que lo intentarás	Quizás evitaría que intentarás suicidarte	Importaría poco o nada para suicidarte
11.- Si has intentado suicidarte alguna vez, ha sido por:	Manipular el medio, atraer atención, venganza	Escapar, acabar, resolver problemas	Combinación de ambos
12.- Has considerado algún método para suicidarte	No lo he considerado	Los he considerado, aunque no sé exactamente como	Sé exactamente como lo haría
13.- En base a como lo has planeado:	No tengo accesible el llevarlo a cabo	Me llevaría tiempo, tendría que planearlo detenidamente	Es fácil, tengo o todo a la mano o Puedo hacerlo de manera fácil pronto.
14.- La sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento es:	No tengo el coraje, me siento demasiado débil, temeroso, incompetente	Me siento inseguro de mi o competencia para hacerlo	Me siento seguro de poder hacerlo
15.- Te sientes capaz de hacer un intento suicida	No	Incierto, no seguro	Sí
16.- Has hecho alguna preparación real.	Ninguna	Parcial (ej.: empezar a guardar pastillas)	Completa (ej.: tener las pastillas, la navaja, la pistola cargada)

17.- ¿Has realizado alguna nota suicida?	No	Empezada pero no completada; solamente pensé en dejarla	Ya está hecha
18.- Has realizado algunos preparativos finales antes de la muerte (ej.: seguro, testamento, donaciones).	Ninguno	He pensado en dejarlos	Ya he dejado todo arreglado
19.- Intentos previos de suicidio.	Ninguno	Uno	Más de uno
20.- ¿En el último intento pensaste en morir?	No, quería no pensar o dormir	Quizás sí, no estoy seguro	Si, realmente deseabas morirme

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

Referencias bibliográficas.

Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen P. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: Tested case-control study. *Br Med J* 2002; 13: 325-355.

Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *J consult Clin Psychol* 1979; 42 (2): 343-352

Beck AT, Steer RA, Beck JS, Newman CF. Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life-Treatan Behav* 1993; 23 (2): 139-145.

Botega N. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(1):45-53

Calvo JM, Sánchez R, Tejada P. Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios *Rev Salud Pública* 2003; 5 (2): 123-143,

Carlotto, MS, Camara SG, Brazil A.M. Predictores del síndrome de Burnout en estudiantes de un curso técnico de enfermería. *Perspectivas en Psicología* 2005; 1: 195-205

Celis J, Bustamante M, Cabrera D, Cabrera M, Alarcón W. Monge E. Ansiedad y estrés académico en estudiantes de medicina humana de primer y sexto año. *Revista Anales de la Facultad de Medicina* 2001; 62: 25-30

Cruz Fuentes CS, López Bello L, Blas García C, González Macías L, Chávez Balderas RA. Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL-90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental* 2005; 28 (1): 72-81,

Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin* 1973; 9 (1): 13-28,

Felner RD, Glster M, Primavera J. Primary prevention Turing school transition: Social support and environmental structure. *American Journal of Community Psychology* 1982; 10: 227-290

Fisher S. *Stress in academic life*. Mental Assembly line. 1986

Fisher S, Hood B. The stress of the transition to university: longitudinal study of vulnerability to psychological disturbance and home-sickness. *British Journal of Psychology* 1987; 79: 1-13.

Fisher, Shirley. *Stress in Academic Life: The Mental Assembly Line*. Society of research into Higher Education and Open University 1994: 110.

Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 50: 571-579.

Frydenberg E. y Lewis R. ACS Escalas de afrontamiento para adolescentes. Adaptación española de Jaime Pereña y Nicolás Seisdedos. Madrid TEA Ediciones 1997.

Glasser R, Lafuse W, Bonneau R, Atkinson C. Stress associated modulation of proto-oncogene expression in human peripheral blood leukocytes. *Behavioral Neuroscience* 1993; 107 (3): 525-529

Goethe JW. *Las desventuras del joven Werther*. Madrid: Ediciones Cátedra S.A.; 1997

González Forteza C, García G, Medina Mora ME, Sánchez MA. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios *Salud Mental* 1998; 21(3):1-9.

González-Forteza C, Berenzon-Gorn S, Tello-Granados AM, Facio-Flores D, Medina-Mora Icaza ME. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública Mex* 1998; 40(5): 430-37.

González Macip G, Díaz Martínez A, Ortiz León S, González Forteza C, González Núñez J. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud mental* 2000; 23 (2): 21-30

Gradillas V. *Psicopatología descriptiva: signos, síntomas y rasgos*. Madrid: Ediciones Pirámide; 1998: 265-76.

Guibert W, Torres N. Intento suicida y funcionamiento familiar. *Rev Cub Med Gen Integr* 2001; 17(5): 452-60.

Hamilton TK, Schweitzer RD: The cost of being perfect: perfectionism and suicide ideation in university students. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34 (5): 829-35

Heikkinen M, Isometsa ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lonnqvist JK. Social factors in suicide. *B J Psychiatry* 1995 ; 167 :747-753.

Hernández JM, Pozo C, Polo A. *La ansiedad ante los exámenes un programa para su tratamiento de forma eficaz*. Valencia: Promolibro1994.

Henning K, Sydney E, Shaw. Perfectionism, the impostor phenomenon and psychological adjustment in medical, dental, nursing and pharmacy students. *Medical Education* 32 (5): 456-464

Kiecolt-Glaser JK, Glaser R, Strain EC et al. Modulation of cellular immunity in medical students. *Journal of Behavioral Medicinal* 1986; 9: 311-320

Kohn JP, Frazer GH. An academia stress scale; Identification and rated importance of academia stressors. *Psychological Reports* 1986; 59 (2): 216-426.

Labrador FJ. *El estrés: nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de Hoy, 1995

Lara Muñoz C, Espinosa de Santillana I, Cárdenas MA, Fócil, Cavazos J. Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental* 28 2005; (3): 43-50.

Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Berto E, Luzi C y Andreoli A. Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research* 1993; 37(1):19-32

Lu L. University transition: Major and minor life stressors personality characteristics and mental health. *Psychological Medicine* 1994; 24 (1): 81-87

Medina Amézquita M, González R, Zuluaga D. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2003; 32 (4): 341-355

Miller A, Glinski J. Youth suicidal behavior: Assessment and intervention. *J Clin Psychol* 2000; 56(9):1131-1152.

Mondragón L; Saltijerral T, Bimbela A, Borgues G. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol. *Salud Mental* 1998; 21 (5): 20-27.

Moscicki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatry Clin North Am* 1999; 20(3): 499-517.

Muñoz, F.J. El estrés académico. Problemas y soluciones desde una perspectiva psicosocial. Huelva: Publicaciones Universidad de Huelva, 2003.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Madrid: Organización Mundial de la Salud; 1992.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Trastornos mentales y cerebrales. Departamento de salud mental y toxicomanías. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2001.

Pascarella ET, Terenzini PT, Wolfe LM. Orientation to College and freshman year persistence/withdrawal decisions. *Journal of Higher Education* 1986; 57 (2):156-157

Perales A, Sogi C. Conducta suicida en estudiantes de medicina. Rev Psiquiatr Perú 2000; 6(1): 8-13.

Pérez-Olmos I, Rodríguez-Sandoval E, Dussán-Buitrago MM, Ayala-Aguilera JP. Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005. Rev. Salud Pública (Bogotá) 2007; 9(2):230-240.

Plutchick R, van Praag HM, Conte HR, Picard S. Correlates of Suicide and Violence Risk1: The Suicide Risk Measure. Comprehensive Psychiatry 1989; 30(4): 296-302

Pozo. C. El fracaso académico en la universidad sistema de evaluación intervención preventiva Tesis Doctoral: Manuscrito sin publicar. U.A M. (1996).

Qin P, Agerbo E. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric and familial factors: A national register based study of all suicides in Denmark 1981-1997. Am J Psychiatry 2003; 160(4):765-772.

Riveros M, Hernández V, Rivera B. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. Revista de Investigación en Psicología 2007 (en línea). 10 (1). 91-102.

Rosenthal T. L y Cols. Students self-rating of subjective stress across 30 months of medical school. Behaviour, Research and Therapy 1987; 25 (2): 155-158

Rosete Mohedano. La Salud Mental vs. Rendimiento Académico en los Alumnos de la Carrera de: Médico Cirujano, Psicología y Odontología <http://www.cecunam.mx/ponsemloc/ponencias/56.html> accedido el 12 de octubre del 2008

Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ y Santo Domingo J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchick en población española. Arch Neurobiol 1998; 61 (2): 143-152.

Santacreu, J., "Psicología Clínica y Psicología de la Salud: Marcos teóricos y modelos", *Revista de Psicología de la Salud*; 1991: 3-20

Secretaría De Salud. Ley General De Salud. México 2004

Sanz-Carrillo C, Garcia Campayo J, Rubio MA, Santed MA, Montoro A. Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 52: 167-172.

Tinto, V. Limits of theory and practice in student attrition. *Journal of Higher Education* 1982, 53:687-700

Youssef G. Personality trait risk factors for attempted suicide among young women with eating disorders. *Eur Psychiatry* 2004; 19 (3): 131-139

Yoo Jaimin, Laus A. Maladaptive perfectionism and depressive symptoms among Asian American college students: Contributions of interdependence and parental relations. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 2008; 14 (2): 92-101

Zeger B, Larrain ME, Polaino-Lorente A, Trapp A, Díez I. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Rusell & Sprinkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Rev Chil Neuro- Psiquiatr* 2003; 41(1): 39-54.