



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MEXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**“IDEACIÓN SUICIDA EN  
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS  
CON DEPENDENCIA AL  
ALCOHOL”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A:**

**KARLA LORELY ÁGREDA GUZMAN**

**DIRECTORA:**

**DRA. LEONILA R. DÍAZ MARTÍNEZ**

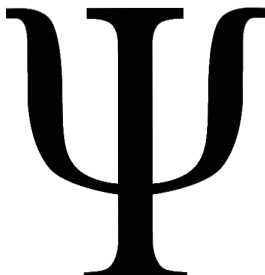
**SINODALES:**

**MTRA. LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE**

**DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES**

**MTRO. MIGUEL A. MEDINA GUTIÉRREZ**

**DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ**



**MEXICO D.F. 2011**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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:**

Quiero dedicar este trabajo a todas las personas que lo hicieron posible:

### ***Dra. Leonila Rosa Díaz Martínez***

Mi entero agradecimiento, por su tiempo, apoyo y valiosa contribución en éste proyecto de investigación.

### ***Al jurado***

Mtra. Leticia Echeverría San Vicente, Dra. Lydia Barragán Torres, Mtro. Miguel A. Medina Gutiérrez, Dra. Silvia Morales Chainé, agradezco su colaboración a través de sus correcciones y comentarios.

### ***A mis padres***

Manuel Ágrede Lara y Araceli Guzmán Canales, que siempre me han dado su apoyo incondicional y a quienes debo este triunfo profesional...gracias por confiar en mi y por ayudarme a alcanzar cada uno de mis sueños sin importar los obstáculos que se presenten...los amo.

### ***A mi hermana Herandy Ágrede G.***

Por tu apoyo en todo momento y por ser esa persona que siempre me escucho...te quiero hermanita.

### ***A mi sobrina Michelle Gavia Ágrede***

Gracias por esos momentos de alegría y esas sonrisas que en muchas ocasiones me motivaron a seguir adelante.

***A mi amor Alberto Morales Vásquez***

Por ser esa fuerza que me impulse día con día a lograr mis sueños, por esas noches de desvelo y por tu paciencia. Gracias por ser parte de mi vida; eres lo mejor que me ha pasado....Te amo...

***A Dios***

Por llenar mi vida de dicha y bendiciones

## RESUMEN

## INTRODUCCION

### CAPITULO 1. ALCOHOL

#### 1.1 Antecedentes

1.1.1 El consumo Internacional.....	6
1.1.2 El consumo de alcohol en México.....	7
1.1.3 El consumo de alcohol en estudiantes.....	10

#### 1.2 Marco teórico

1.2.1 Historia del alcohol.....	13
1.2.1.2 Modelo Moral.....	14
1.2.1.3 Modelo Médico.....	15
1.2.2 Características generales del alcohol.....	15
1.2.3 Absorción, distribución y eliminación del etanol	
1.2.3.1 Rutas de administración y absorción.....	16
1.2.3.1.1 Distribución del etanol.....	18
1.2.3.1.2 Eliminación del etanol.....	18
1.2.4 Metabolismo del etanol.....	19
1.2.5 Conceptos de alcoholismo.....	20
1.2.6 Aspectos neurobiológicos del consumo agudo de alcohol.....	23
1.2.7 Instrumentos de evaluación	
1.2.7.1 Test de Identificación de Desordenes del Uso de Alcohol (Alcohol Use Disorder Identification Test, AUDIT).....	26

1.2.7.2 Cedula Diagnostica Internacional compuesta (Composite International Diagnostic Interview, CIDI).....	29
1.2.7.3 Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA).....	31

## **CAPITULO 2. LA IDEACION SUICIDA**

### 2.1 Antecedentes

2.1.1 La conducta suicida.....	33
2.1.2 El suicidio.....	33
2.1.3 La ideación suicida.....	36

### 2.2 Marco teórico

2.2.1 La ideación suicida.....	38
2.2.2 La ideación suicida en estudiantes.....	39
2.2.3 Factores neurobiológicos de la conducta suicida.....	43
2.2.4 Instrumentos de evaluación	
2.2.4.1 Escala de Ideación Suicida de Beck.....	46
2.2.5 La Ideación suicida y el consumo de alcohol	
2.2.5.1 El consumo de alcohol y el suicidio en México.....	50
2.2.6 Factores involucrados en el alcoholismo y suicidio.....	51
2.2.7 El consumo de alcohol en estudiantes y la ideación suicida.....	53

## **CAPITULO 3. MÉTODOLOGIA**

### Objetivos

Objetivo general.....	56
Objetivos específicos.....	56
Participantes.....	57
Instrumentos.....	60
Procedimiento.....	69

#### **CAPITULO 4. RESULTADOS**

Severidad de la adicción.....	71
Ideación suicida.....	72

#### **CAPITULO 5. DISCUSION Y CONCLUSIONES**

Sugerencias.....	80
Limitaciones.....	80

#### **REFERENCIAS**

#### **ANEXOS**

# IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON DEPENDENCIA AL ALCOHOL

## Resumen

El objetivo de esta investigación fue examinar si la dependencia al alcohol es un factor que interviene para que se presente la ideación suicida, teniendo como hipótesis, que la ideación se presenta con mayor prevalencia en los estudiantes dependientes al alcohol frente a los que tienen un consumo moderado o son abstemios, y que a mayor severidad de la dependencia mayor nivel de ideación suicida. La muestra constó de 115 sujetos (70 dependientes al alcohol y 45 con un consumo moderado de alcohol y abstemios), se aplicó la Escala de Ideación Suicida de Beck a los dos grupos y la Breve Escala de Dependencia al Alcohol, solo al primero. El estudio ratificó la existencia de diferencias estadísticamente significativas ( $t=3.792$ ) entre los puntajes obtenidos en la Escala de Ideación Suicida de Beck por los estudiantes dependientes y los no dependientes; se obtuvo una media de 2.87 y una media de .20, respectivamente. Por lo cual se concluyó que los sujetos dependientes tienen de manera significativa mayor ideación suicida. En cuanto al nivel de severidad de la dependencia al alcohol encontrado en los estudiantes fue bajo; se obtuvo una media de 8.58 y una correlación directamente proporcional baja (.301) entre la severidad de la dependencia y la ideación suicida.



## INTRODUCCION

Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008, indican la existencia de 27 millones de mexicanos entre los 12 y 65 años que consumen bebidas alcohólicas en grandes cantidades (hombres; 5+ copas por ocasión y mujeres; 4+ copas por ocasión), reportando como bebida preferente la cerveza, seguida por los destilados, los vinos de mesa, coolers, aguardiente, pulque y alcohol del 96<sup>0</sup>. En relación con el abuso/dependencia al alcohol se observa que 4 millones de mexicanos cumplen con los criterios para estos trastornos.

El consumo elevado de alcohol puede provocar graves consecuencias, que a su vez se reflejan en un alto costo económico y social; algunos problemas asociados son la violencia, las enfermedades, los accidentes y las lesiones autoinflingidas; como la conducta suicida (Borges y cols., 2003).

Las dos formas más representativas de la conducta suicida son el suicidio consumado y el intento suicida, pero no son las únicas. Desafortunadamente en algunas investigaciones sólo se toman en cuenta estos dos aspectos, y no se consideran otros (ideación suicida), que detectándolos oportunamente evitarían que ambos ocurrieran. Beck, Rush, Shaw y Gary (1983) consideran que la etiología que interviene en el intento

suicida es un ciclo, por lo que es importante prestar atención a los deseos y planes (ideas suicidas).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2002) se define la ideación suicida como los deseos, pensamientos y planes para cometer un acto suicida; refiriéndose con acto suicida a las acciones por las que el individuo se causa daño, independientemente del grado e intención.

La dependencia al alcohol y la intoxicación alcohólica son factores de riesgo importantes en la conducta suicida. En un estudio cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de ideación suicida se evaluaron a cerca de 3 000 pacientes atendidos en servicios médicos de atención primaria, se les aplico el PRIME-MD para identificar la presencia de ideación suicida y se identifico que el 9% de la muestra total presento esta conducta; siendo más significativa en el sexo masculino, en personas de menor edad, con un nivel menor de educación, sin relación actual de pareja y con la presencia de un trastorno como depresión, ansiedad o dependencia al alcohol (Jonguitud, 2004).

De acuerdo con los criterios de la CIE 10 (1994) tras el consumo reiterado del alcohol se desarrolla un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos conocido como dependencia, que incluye deseo intenso de consumir la sustancia, dificultades para controlar el

consumo a pesar de las consecuencias dañinas, prioridad dada al consumo sobre otras actividades, aumento de la tolerancia, y se puede presentar un cuadro de abstinencia, es decir, síntomas y signos relacionados con la suspensión del consumo de la sustancia.

Como se ha visto, el suicidio se presenta actualmente como un problema de salud pública mundial debido al considerable incremento de su incidencia, y parece ser una forma frecuente de morir entre las personas que tienen patrones de consumo excesivo de alcohol y entre los alcohólicos, por ello, se reconoce la necesidad de estudiar la frecuencia con que se presenta la ideación suicida en la población estudiantil que presenta el síndrome de dependencia al alcohol, y determinar si a mayor severidad de la adicción mayor presencia de ideación suicida.

En México se han realizado investigaciones que mencionan la prevalencia de la conducta suicida y su relación con el uso de sustancias tóxicas como el alcohol (López y cols., 1995; Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges, 1998); también se ha observado que en la población adolescente se presenta con mayor frecuencia la ideación suicida y el consumo excesivo de alcohol. Sin embargo, poco se sabe sobre la relación entre estas variables (ideación suicida y dependencia alcohólica en población universitaria) cuando la problemática de ingesta asciende hasta un nivel de dependencia en esta

población, ya que como se es sabido, el problema de la epidemiología cambia dependiendo de la población que se estudia.

El suicidio parece ser una forma frecuente de morir entre adolescentes y personas alcohólicas, por ello, el objetivo de esta investigación es examinar si la dependencia al alcohol es un factor que interviene para que se presente la ideación suicida.

Por medio del “Proyecto para el tratamiento de bebedores con dependencia al alcohol en estudiantes de la UNAM de Bachillerato y Licenciatura” es factible estudiar la asociación entre la dependencia al alcohol y la Ideación suicida; ya que permite valorar a los estudiantes que son portadores del síndrome de dependencia al alcohol, y dar un tratamiento terapéutico a aquellos que lo requieran, evitando de ésta manera que se presenten problemas académicos (deserción escolar, bajo rendimiento, etc.) sociales y familiares.

## **CAPITULO 1. ALCOHOL**

### **1.1 Antecedentes**

#### **1.1.1 El consumo Internacional**

La Organización Mundial de la Salud (2006), estima que hay cerca de dos billones de consumidores de alcohol en todo el mundo y 76,3 millones de ellos tienen problemas relacionados a su uso. El consumo de alcohol contribuye más que cualquier otro factor de riesgo a enfermedades, traumatismos, discapacidades y muertes prematuras en los países en desarrollo con baja mortalidad. A escala mundial se estima que el alcohol ha causado 1,8 millones de muertes, lo que equivale a un 3,2% del total de fallecimientos registrados en el año 2000.

En América Latina durante el 2002, el alcohol fue el factor de riesgo más importante para la salud en países de ingresos medios y bajos (Brasil, México y una gran parte de países latinoamericanos) y el segundo factor para países más desarrollados como EE.UU. y Canadá (Rehem y Montero, 2005).

### **1.1.2 El consumo de alcohol en México**

En nuestro país, el abuso y dependencia de sustancias psicoactivas como el alcohol constituye un grave problema social y de salud pública, con importantes consecuencias negativas que trascienden en el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad (Consejo Nacional contra las Adicciones, 2009).

Uno de los indicadores mas utilizados para evaluar el nivel de consumo anual de una población es el consumo per cápita. Para estimar el consumo per cápita de alcohol se requiere, en primer término, conocer la cantidad de bebidas con alcohol que circulan o se venden cada año en el territorio nacional (incluyendo las bebidas importadas y excluyendo las que se exportan). Los diferentes tipos de bebidas contienen distintas concentraciones de alcohol puro o etanol por volumen (la cerveza 4.5%, el vino de mesa 12% y los destilados 38%, generalmente). Por ello, se convierten los litros de bebidas a litros de etanol y se divide esa cantidad entre el número total de habitantes o sólo entre los mayores de 15 años, quienes están más expuestos a beber. En México el consumo per cápita (anual) es de 5L de alcohol absoluto para la población mayor de 15 años. En cuanto a la población total se ha observado un aumento importante al pasar de 2.06 L (1970) a 3.5 L (1994). El indicador del consumo per cápita de alcohol, tiene una importante limitación al homogeneizar el consumo y asumir

un promedio de ingesta en la población, debido a que hay proporciones considerables de abstemios, de bebedores moderados y de bebedores excesivos (Tapia, 2001).

En México se tiene información de la producción y venta de las bebidas que están sujetas a controles sanitarios, comerciales y fiscales, pero se desconocen los volúmenes de la producción doméstica o artesanal, de ciertas bebidas regionales y de las pequeñas industrias de ciertos aguardientes o mezcales. Otro ejemplo de bebidas de producción artesanal o tradicional son el pulque y las bebidas "pirata", que imitan a las de marca pero que no cumplen con las normas ni pagan impuestos. Se ha estimado que este mercado paralelo de bebidas con alcohol representa un 37% adicional a lo que vende la industria formal. No se cuenta con estimaciones sobre las bebidas que son introducidas clandestinamente al país. Por estas razones de subregistro, México parece tener un consumo per cápita de alcohol bajo, si se le compara con el de otros países; sin embargo, las tasas de ciertos problemas asociados al consumo excesivo, agudo y crónico, son altas (Tapia, 2001).

El consumo per cápita en México tiene un nivel bajo en comparación con otros países como Francia, España, E.U. y Chile, esto se debe a que el alcohol disponible no se consume de manera homogénea por la población (Tapia, 2001).

En un estudio realizado por Mariño, Berenzon y Medina-Mora (2005) con 211 hombres y 100 mujeres que acudieron a la Clínica para Atención de Problemas Relacionados con el Alcohol (CAPRA), encontraron que el 60.7% de los hombres y el 52% de las mujeres bebían todos los días y que el 21.3% de hombres y el 19.0% de mujeres consumían alcohol con una frecuencia de 5-6 días por semana. Los hombres mostrando un consumo promedio de 11.7 copas por ocasión y las mujeres de 4.2 copas. Con relación a las bebidas consumidas con mayor frecuencia se reportaron para los hombres los destilados; tequila, mezcal, alcohol del 96<sup>o</sup> y la cerveza, mientras que para las mujeres fue el pulque, la cerveza y los destilados. En cuanto al síndrome de dependencia al alcohol se observó que la proporción de sujetos que cumplían este criterio fue de una mujer por cada 11 hombres.

Por otra parte, los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, indica que el patrón de consumo en nuestro país se caracteriza por ser en grandes cantidades (hombres; 5+ copas por ocasión y mujeres; 4+ copas por ocasión). En total 26 828 893 millones de mexicanos de entre los 12 y los 65 años beben conforme a este patrón y 3 986 461 millones beben grandes cantidades una vez a la semana o con una frecuencia mayor (usuarios consuetudinarios). Por lo cual se dice que, aunque beben con poca frecuencia, cuando lo hacen ingieren grandes cantidades de alcohol (consumo explosivo).



En cuanto a la población que presentó abuso/dependencia al alcohol se observó que 4 168 063 millones de mexicanos cumplieron los criterios para este trastorno; de éstos, tres millones y medio fueron hombres y poco más de medio millón fueron mujeres.

### **1.1.3 El consumo de alcohol en estudiantes**

La ingesta excesiva de bebidas alcohólicas en población universitaria ha sido objeto de estudio en prácticamente todos los continentes. Las investigaciones de este tipo iniciaron a mediados de los setenta en los países industrializados y a partir de 1980, diferentes estudios revelaron los altos niveles de consumo y los problemas asociados a su abuso en los estudiantes (O'Connell y Patterson, 1989).

El alcohol es una sustancia que se utiliza con mayor frecuencia en los jóvenes. En Estados Unidos se estima que el consumo excesivo de bebidas alcohólicas entre estudiantes universitarios se puede relacionar anualmente con la muerte de 1 100 estudiantes, 500 000 lesiones, 600 000 agresiones físicas y 70 000 agresiones sexuales (Karam, Kypri y Salamoun, 2007).

En lo que respecta al continente Europeo, en un estudio realizado a 3 564 estudiantes en un periodo de noviembre de 1995 a abril de 1996 en la Universidad Católica de Louvain (Bélgica), se observó que 373 sujetos

cumplieron con los criterios del DSM-IV para abuso de alcohol y 128 para dependencia (301 hombres cumplieron los criterios para abuso de alcohol, 96 para dependencia y 72 y 32 mujeres respectivamente); (Aergeerts, et al., 1999).

En México, el consumo de alcohol en estudiantes ha creado gran interés desde una visión de salud pública por los problemas relacionados con su consumo. Johnston, O' Malley y Bachman (1995) señalaron que el consumo alto o explosivo de alcohol en universitarios tiende a ser mayor que en otros jóvenes, ubicándose el periodo de mayor consumo entre las edades de 18 a 21 años.

De igual forma, Medina-Mora, Natera, Juárez (2005) realizaron un estudio sobre las expectativas relacionadas con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios, encontrando que el consumo alto se presenta entre los 20 y 22 años, con una mayor frecuencia y cantidad entre los jóvenes del sexo masculino.

En México las investigaciones sobre el consumo de drogas en estudiantes, se han desarrollado desde 1976, siendo Instituciones precursoras el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) y la Secretaría de Educación Pública (SEP). El estudio realizado en la Encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad

de México, señala que entre los años 2000 a 2003 se ha observado un aumento en el consumo de drogas, principalmente en el consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas. En lo que respecta al consumo de bebidas alcohólicas se encontró que 65.5% de los adolescentes a consumido alcohol alguna vez en su vida y el 35.2 restante lo ha consumido en el último mes. En relación con el abuso de alcohol, se observa que el 23.8% de los adolescentes había consumido por lo menos cinco copas por ocasión durante el ultimo mes previo al estudio (Villatoro y cols., 2005).

Por otra parte, la información obtenida por la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008, indica que el grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es de 18 a 29 años. Los niveles descienden después conforme aumenta la edad, resultando evidente que los adolescentes están copiando los modelos de los adultos y que una proporción importante presenta problemas con su manera de beber.

La población juvenil inicia el consumo a edades cada vez más tempranas y el porcentaje de consumo en mujeres ha aumentado, repercutiendo en los índices de morbilidad y mortalidad, con un alto costo social, laboral y familiar (Consejo Nacional contra las Adicciones, 2009). Entre las bebidas reportadas con un mayor consumo para esta población son la cerveza, los destilados, el vino y las bebidas preparadas (ENA, 2008).

## **1.2 Marco teórico**

### **1.2.1 Historia del alcohol**

Se ha encontrado evidencia del uso de bebidas alcohólicas desde la edad de piedra (periodo cercano a los 4 000 años antes de Cristo). Por lo cual se dice que el hombre ha consumido alcohol desde hace por lo menos 5000 años.

El más antiguo producto que se hizo fermentar fue la miel, y los primeros destilados se hicieron a base del aguamiel de algunas plantas. El alcohol siempre ha sido un acompañante persistente del hombre. Testimonios escritos indican que los egipcios, los griegos y los romanos ya tenían conocimiento acerca del vino y otras bebidas alcohólicas y sabían también de sus efectos inmediatos (Velasco, 1999).

En el México prehispánico, el alcohol era representado por el octlí. La importancia del octlí o pulque; se observa principalmente en el papel que desempeñaban en la religión los dioses de la bebida y la embriaguez. Eran los dioses lunares y terrestres de la abundancia, los Centzon Totochtin y también la diosa del maguey, "Mayahuel". Es importante destacar que desde aquella época se le ha atribuido al pulque un efecto curativo (Velasco, 1999).

### **1.2.1.2 Modelo Moral**

Inicialmente se tenía una explicación sobrenatural sobre el alcoholismo. Se consideraba que el trato que debía tenerse a un alcohólico era restrictivo y en lugares de cautiverio. El modelo moral asumía que quien abusaba del consumo de alcohol era un “pecador intencional”, ya que significaba una debilidad moral y no se consideraban factores físicos, psicológicos y sociales. Esta concepción moralista del alcoholismo como una debilidad fue superada por Jellinek (Tapia, 2001).

A pesar del peso que actualmente tiene el modelo médico, al considerar el alcoholismo como una enfermedad, no podría decirse que se ha superado la concepción moralista. Tapia (2001) menciona que encuestas realizadas en México han demostrado que el 94% de la población está de acuerdo en que el alcoholismo es una enfermedad, el 95% considera que si un alcohólico no busca tratamiento el problema puede empeorar, 87% estima que los alcohólicos deberían abstenerse por el resto de su vida, el 80% opina que el alcohólico es una persona débil moralmente y una proporción ligeramente menor piensa que los alcohólicos beben porque quieren.

### **1.2.1.3 Modelo Médico**

Este modelo entiende el abuso del alcohol como un síntoma primordialmente físico y de disturbio estructural. Una de las principales contribuciones es la de Jellinek (1960), quien debido a la experiencia de trabajar con alcohólicos, propuso el alcoholismo como una enfermedad con distintas fases: prealcohólica, prodromal, crucial y crónica. Considerándolo como cualquier uso de bebidas alcohólicas que ocasionan daño al individuo, a la sociedad o a ambos.

### **1.2.2 Características generales del alcohol**

El alcohol o etanol ingrediente químico de las bebidas alcohólicas, es una sustancia de origen natural que se forma a través de la fermentación del azúcar producida por diversas levaduras. Existen muchos alcoholes, sin embargo el que puede ingerirse en las distintas bebidas alcohólicas es el alcohol etílico. Es una sustancia incolora, inflamable, que tiene un efecto tóxico y ciertas cualidades como antiséptico, por su acción germicida. Puede ser clasificado como alimento, porque contiene calorías, pero no tiene ningún valor nutritivo. Finalmente el alcohol es considerado como una droga (Velasco, 1999).

### **1.2.3 Absorción, distribución y eliminación del etanol**

#### **1.2.3.1 Rutas de administración y absorción.**

La absorción del etanol se produce principalmente en el tracto digestivo y tiene un coeficiente de partición de 0.5, distribuyéndose en el organismo con mayor facilidad en medios acuosos que lipídicos (esta relación es aproximadamente de 30/1). El etanol se absorbe especialmente en el intestino delgado, ya que la existencia de microvellosidades facilita la absorción. El tiempo promedio del proceso gástrico de absorción del etanol es de 1,7 minutos, sin embargo este puede variar dependiendo de la cantidad ingerida (Aragón, Miquel, Correa y Sanchis-Segura, 2002).

Holford (1978), propone cinco factores que afectan el proceso de incorporación-absorción del etanol:

1. El tiempo que el etanol esta en el estomago, provoca un retraso en la absorción del intestino, que a su vez incrementa con factores como la presencia de comida sólida. Sin embargo este aumento se reduce por la gasificación de las bebidas alcohólicas, ya que delimitan la concentración máxima de etanol en sangre, pero no cambian el curso temporal del mismo.

2. Las diferencias genéticas de los enzimas metabolizadores del etanol pueden producir variaciones en la biodisponibilidad de esta sustancia. El hecho de que la enzima alcohol deshidrogenasa (ADH) posea la capacidad de presentarse bajo diversas formas, sin cambiar su naturaleza (polimorfismo) puede generar diferencias considerables en los niveles de etanol en sangre. Debido a que en las mujeres existe un menor nivel de este enzima que en los hombres, origina mayores concentraciones de alcohol a pesar de tener un consumo igual.

3. El tipo de bebida alcohólica. El nivel de concentración de alcohol en las diferentes bebidas alcohólicas origina diferencias en la velocidad de absorción.

4. Flujo sanguíneo. El nivel de circulación es inversamente proporcional a la máxima concentración de etanol a nivel sanguíneo. Esto es, la administración de sustancias que aumentan esta circulación pueden generar modificaciones hasta del 25% en las concentraciones séricas de etanol.

5. El consumo de tabaco genera una reducción de las concentraciones máximas de etanol, probablemente esto se deba a que enlentece el recorrido del etanol del estomago al intestino.



### **1.2.3.1.1 Distribución del etanol**

Como se menciona anteriormente el etanol se disuelve con mayor facilidad en el agua que en los lípidos, lo cual genera diferencias en su distribución dependiendo de la proporción de grasa corporal. Es por eso que el volumen de distribución es distinto entre hombres y mujeres (0.7 L/kg en hombres y 0.6 L/kg en mujeres), lo cual provoca mayores niveles de concentración de etanol en la sangre en mujeres que en hombres (Aragón y cols., 2002).

### **1.2.3.1.2 Eliminación del etanol**

La mayor parte de eliminación del etanol se produce por el metabolismo y solo el 1% se elimina sin sufrir ningún cambio, es decir; mediante la orina, las heces, el sudor y el aire exhalado. La velocidad de eliminación es diferente entre la población, pero se considera que en promedio es eliminado de 10-20 Mg de etanol por cada 100 ml de sangre y hora. El aumento en la frecuencia de episodios de bebida aumenta la capacidad metabólica y la eliminación del etanol (Aragón y cols., 2002).

Existen diversos factores que pueden alterar el tiempo de eliminación del etanol; la presencia de polimorfismos dependientes de la exposición diferencial de los alelos, que se encargan de codificar la síntesis de enzimas

que eliminan el etanol, es uno de los factores genéticos que producen alteraciones en este proceso. De igual forma el consumo de azúcares como la fructuosa, el uso de fármacos como el paracetamol, el ácido acetilsalicílico, el uso de algunas drogas (opiáceos, cocaína, etc.), el consumo de tabaco (superior a 20-25 cigarrillos por día) y la frecuencia en el consumo de alcohol son factores que intervienen en el metabolismo del etanol (Aragón y cols., 2002).

#### **1.2.4 Metabolismo del etanol**

En medicina se utiliza el término “metabolismo” para referirse al proceso que sigue dentro del cuerpo una sustancia desde que ingresa a éste (generalmente por la boca) hasta que se elimina totalmente o se modifica químicamente para transformarse en una sustancia distinta (Velasco, 1999).

El etanol es absorbido en el estómago y en el intestino delgado, pasando al torrente sanguíneo para ser distribuido a los tejidos. Algunos tejidos lo absorben en mayor cantidad (ej. Tiene una mayor concentración en el cerebro que en los músculos). El cerebro es muy sensible al etanol; 30 segundos aproximadamente después de ingerir un trago, comienzan a sentirse los efectos en varias funciones cerebrales. Si no se sigue consumiendo el cerebro vuelve a su funcionamiento normal sin que se haya

provocado ningún trastorno (Echeverría, Ruiz, Salazar, Tiburcio y Ayala, 2005).

El etanol es metabolizado en el hígado, es decir; se transforma en acetaldehído. Este tóxico es altamente irritante y se oxida para convertirse en acetato por la acción de las enzimas, el cual se disuelve en diversos componentes para finalmente convertirse en bióxido de carbono y agua. La tasa de eliminación depende de la actividad enzimática. Solo el 10% no pasa por el proceso de oxidación y se elimina por la orina, los pulmones y la transpiración (Echeverría y cols., 2005).

El tiempo de eliminación de un trago estándar (12 gramos de alcohol puro) es aproximadamente en un lapso de una hora, ya que esto depende del peso corporal. Cuando se consume a mayor velocidad de la que el cuerpo necesita para oxidarlo, se acumula en el torrente sanguíneo y por ende se presenta la intoxicación (Echeverría y cols., 2005).

### **1.2.5 Conceptos de alcoholismo**

Según Velasco (1999), desde que el fenómeno medico-social existe, diferentes disciplinas han intentado definirlo. El Dr. Ford en 1951 lo definió como una enfermedad, física, psíquica y espiritual. Platón en sus diálogos “Las leyes”, escribió que el beber vino no es igual que otros llamados bienes

de la vida, ni malo ni bueno en si, sino que la importancia radica en la responsabilidad con que se hace. Finalmente, ninguna de estas definiciones se aproxima a lo que en realidad es alcoholismo.

Se acepto durante mas de dos décadas en muchos países la definición que dio la Organización Mundial de la Salud (1952), señalando que los alcohólicos son bebedores excesivos cuya dependencia al alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y económico, o bien, que ya presentan síntomas de tales manifestaciones. Con esta definición se trato de introducir la idea de dependencia, se dice que alguien depende de una droga cuando la desea intensamente porque se ha habituado a ella y la necesita; sino la ingiere aparecen síntomas orgánicos que pueden llevar hasta la muerte, se le llama dependencia física cuando al suspender el consumo aparece algún trastorno serio, de no ser así se hablaría de una dependencia psicológica (Velasco, 1999).

Según Tapia (2001), en la antigüedad se hacia distinción entre la dependencia física y la psicológica, que se basaba en el efecto que producían las distintas drogas. La dependencia psicológica se caracterizaba por preocupaciones mentales relacionadas con el efecto de la droga consumida, esto manifestado a través de una conducta de búsqueda persistente; la dependencia física hacia referencia a la adaptación del

organismo a una droga, que al ser suspendida ocasionaba el síndrome de abstinencia. En la actualidad el concepto de dependencia es uno solo con características comunes y propias entre las distintas drogas.

Como ya se menciona, el alcoholismo tiene niveles de gravedad, por ello es de gran importancia mencionar una de las clasificaciones más aceptadas de Jellinek (1960), quien propuso al alcoholismo como una enfermedad crónica y progresiva, compuesta por diferentes fases: prealcohólica, prodromal, crucial y crónica, considerando que el alcoholismo era cualquier uso de bebidas alcohólicas que ocasionara daño al individuo y/o a la sociedad.

De acuerdo con la CIE 10 el síndrome de dependencia al alcohol es descrito por la presencia sincronizada (durante el mismo mes) de tres o más de los siguientes síntomas (si su duración es menor al mes, deben aparecer simultáneamente en un periodo de doce meses): 1) Deseo intenso o compulsión a consumir la sustancia, 2) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, ya sea para evitar el inicio del consumo, para terminarlo o para controlar la cantidad consumida, 3) Cuadro psicológico de abstinencia cuando se tiene una disminución en el consumo o cuando se termina el consumo apareciendo el síndrome de abstinencia (consumo de la sustancia para evitar los síntomas del síndrome de abstinencia), 4) Tolerancia a los efectos del alcohol, reflejada en la necesidad de incrementar

significativamente las cantidades de la sustancia necesaria para conseguir los efectos intoxicantes (disminución del efecto), 5) Preocupación por el consumo de la sustancia, manifestada por el abandono de fuentes de diversión para conseguir la sustancia, o emplear gran parte del tiempo para recuperarse de los efectos del alcohol, 6) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de que el individuo es consciente de las consecuencias perjudiciales.

Además de los criterios generales deben estar presentes los siguientes signos: temblor de la lengua, párpados o de las manos extendidas, sudoración, náuseas o vómitos, taquicardia o hipertensión, agitación, cefalea, insomnio, malestar o debilidad, ilusiones o alucinaciones transitorias visuales, táctiles o auditivas, convulsiones (CIE 10, 1994).

### **1.2.6 Aspectos neurobiológicos del consumo agudo de alcohol**

El etanol es una droga que deprime el Sistema Nervioso Central (SNC) y por su acción reforzante positiva es capaz de crear una dependencia psicofísica, tolerancia y adicción. Cuando se ingiere de forma aguda, activa el circuito de recompensa cerebral provocando una sensación agradable de euforia, desinhibición, sedación e inducción del sueño; efectos reforzadores positivos relacionados con el aumento de la transmisión dopaminérgica. La

ingesta aguda de alcohol puede estimular una sensación de alivio a estados emocionales desagradables (ansiedad, angustia, fobias, disforia, insomnio, mal humor, preocupación, culpabilidad, depresión, inseguridad, síntomas de abstinencia en pacientes con dependencia). El efecto de alivio inmediato del malestar emocional produce un efecto reforzador negativo. Los efectos reforzadores agudos del alcohol juegan un papel importante en el desarrollo de la dependencia al alcohol y son regulados por el sistema de la amígdala ampliada. La concentración aguda de alcohol produce un aumento de las concentraciones de la hormona corticotropina (CRF) y de vasopresina. Cuando se ha desarrollado tolerancia a ésta sustancia, la administración de dosis altas de alcohol puede provocar sensibilización que es caracterizada por un estado de “prominencia incentiva” con un aumento del deseo de beber que pudiera estar relacionado con el “craving” (previo al consumo), “priming” (posterior al consumo) y pérdida de control o consumo compulsivo (Izquierdo, 2002).

En cuanto a la acción aguda del etanol sobre los receptores asociados o canales iónicos, los principales sistemas de neurotransmisores implicados en los efectos agudos del alcohol son el sistema GABA-érgico y el Glutamatérgico. La participación de estos receptores varía según la dosis de alcohol ingerida y la duración de la ingesta. De esta manera, dosis bajas de etanol inhiben los sistemas de neurotransmisión, generando una desinhibición cortical, que a nivel popular es apreciada como un efecto

estimulante del alcohol. Dosis elevadas de etanol, aumentan la depresión central. En las concentraciones mayores a 100 mM el etanol puede interaccionar con los grupos polares de los fosfolípidos de membrana, cambiando los microdominios de algunas proteínas (Izquierdo, 2002).

El ácido GAMMA aminobutírico o GABA es el principal neurotransmisor inhibitorio en el cerebro y se activa por medio de los receptores GABA A y GABA B que se encuentran distribuidos en el cerebro, cerebelo y tronco cerebral. En la intoxicación aguda se potencia la acción del GABA A y favorece el flujo masivo de Aniones Cl en el interior de las neuronas que causan hiperpolarización neuronal y disminución de la excitabilidad, lo cual explica en parte los efectos depresores del alcohol en el SNC. El alcohol potencia el efecto del GABA sobre la actividad neuronal actuando sobre el receptor GABA A, pudiendo ser el mecanismo neurobiológico de la acción ansiolítica del alcohol (Izquierdo, 2002).

Con relación a los canales de calcio o canales dependientes de voltaje, éstos son inhibidos por la administración aguda de alcohol, generando una reducción de la entrada de calcio en las células. Esto podría relacionarse con sus efectos sedativos e hipnóticos (Izquierdo, 2002).

Los receptores serotoninérgicos también sufren alteraciones tras una administración aguda de etanol, induce un aumento de la liberación y



“turnover” de serotonina cerebral, que en la ingesta crónica esta disminuida. Se ha asociado la disminución en la transmisión serotoninérgica cerebral con trastornos de control de impulsos, trastornos afectivos y agresividad (Izquierdo, 2002).

## **1.2.7 Instrumentos de evaluación**

### **1.2.7.1 Test de identificación de Desordenes del Uso de Alcohol (Alcohol Use Disorder Identification, AUDIT).**

El AUDIT (1992), fue desarrollado como una técnica simple de tamizaje para identificar problemas en el consumo de alcohol. Proporciona un marco en la intervención oportuna para ayudar a los bebedores con un consumo perjudicial o de riesgo, y con ello evitar que se presenten consecuencias futuras (Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro, 2001).

Este instrumento también es utilizado para identificar una dependencia al alcohol, así como las consecuencias provocadas por su consumo. Es decir, mediante la utilización de este instrumento es posible identificar si la persona presenta un consumo de riesgo, consumo perjudicial o una dependencia al alcohol (Babor y cols., 2001).

El consumo de riesgo, es un patrón que aumenta la posibilidad de que se presenten consecuencias adversas para la persona que bebe o para los

demás que la rodean. El consumo perjudicial es aquel que provoca consecuencias para la salud física, mental y consecuencias sociales. La dependencia al alcohol, como se mencionó anteriormente es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que se pueden presentar después de un consumo repetido de alcohol (Babor y cols., 2001).

La información que proporciona este instrumento sobre la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol puede llevar a establecer un diagnóstico del estado actual del paciente, de igual forma permite prevenir sobre la necesidad de informar a los pacientes que el consumo podría afectarle negativamente (Babor y cols., 2001).

El AUDIT fue desarrollado en un periodo de veinte años, esta formado por 10 preguntas sobre consumo reciente de alcohol (últimos doce meses), síntomas de dependencia y problemas relacionados con el consumo (Babor y cols., 2001).

La OMS en 1982, pidió a un grupo internacional de investigadores que desarrollaran una prueba simple de tamizaje, teniendo como objetivo la identificación de personas con problemas en el consumo de alcohol. Para cumplir con este fin, los investigadores reunieron los mejores rasgos de diversas estrategias nacionales de tamizaje, este estudio se llevo a seis países (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y Estados Unidos). El

procedimiento realizado consistió en la selección de las preguntas que ayudaran a distinguir con mayor exactitud a los bebedores de bajo riesgo de aquellos que presentan un consumo perjudicial y una dependencia al alcohol. Se recluto a 2.000 pacientes de los cuales 64% eran bebedores actuales. Los ítems del AUDIT se seleccionaron con base en correlaciones con la ingesta diaria de alcohol, la frecuencia de consumo de seis o mas copas por ocasión y la capacidad para discriminar a los bebedores de riesgo de aquellos que tienen un consumo perjudicial. También se considero para la selección de los reactivos la validez, la relevancia clínica y que cubrieran los dominios conceptuales importantes como; el consumo de alcohol, dependencia al alcohol y consecuencias adversas al consumo (Babor y cols., 2001).

Con relación a la sensibilidad y especificidad de los ítems, se calcularon para criterios como el consumo diario medio de alcohol, intoxicación recurrente, presencia de al menos un síntoma de dependencia, diagnostico de dependencia o abuso de alcohol y auto percepción del problema con la bebida.

Para identificar la sensibilidad (porcentaje de casos positivos identificados de manera correcta) y la especificidad (porcentaje de casos negativos identificados por el instrumento correctamente) óptimas con el objetivo del instrumento, se tomaron en cuenta varios puntos de corte de la puntuación

total. La validez se calculó frente al diagnóstico de consumo perjudicial y dependencia (Babor y cols., 2001).

Después de su publicación, se han realizado algunos estudios (Cherpitel, 1995; Conigrave, Hall y Saunders, 1995) para evaluar su validación y fiabilidad en diversas muestras clínicas. Se ha observado que los puntajes del AUDIT correlacionan bien con medidas de las consecuencias de consumo, actitudes hacia el consumo, vulnerabilidad a la dependencia, estados de ánimo negativos tras el consumo y razones para beber (Babor y cols., 2001).

Este cuestionario fue diseñado para ser utilizado en el ámbito de la atención primaria y debido a que ha sido validado en seis países, es considerado como el único instrumento de tamizaje para uso internacional. Por medio de este cuestionario, se puede identificar el consumo de alcohol riesgoso, perjudicial y dependiente; ya que es consistente con definiciones de la CIE-10 con relación a estos tipos de consumo.

#### **1.2.7.2 Cedula Diagnostica Internacional compuesta (Composite International Diagnostic Interview, CIDI).**

El CIDI es una entrevista estandarizada altamente estructurada para evaluar los trastornos mentales de acuerdo a los criterios Diagnósticos del

DSM-III-R. Fue construido a finales de los años 70 y principios de los 80, cuando personas que trabajan en criterios e instrumentos diagnósticos de la OMS y la Administración para el Alcohol, el Abuso de Drogas y la Salud Mental (1979), pensaron en la posibilidad de combinar los dos instrumentos más utilizados en la investigación de epidemiología psiquiátrica: La Cedula de la Entrevista Diagnostica (DIS) y el Examen del Estado Actual (PSE). El instrumento fue diseñado con el objetivo de poder realizar estudios comparativos de la psicología, que permitieran describir los patrones de comorbilidad, evaluar factores de riesgo y las consecuencias sociales de los trastornos psiquiátricos específicos (Gómez y Caraveo, 1996).

El CIDI es una entrevista altamente estructurada que puede ser utilizada tanto por personal no especializado como por clínicos con previo entrenamiento en su manejo. Este instrumento fue diseñado con el objetivo de poder ser empleado en estudios epidemiológicos en diferentes culturas, sin embargo también puede ser utilizado con fines clínicos. Está integrado por cinco fuentes básicas que permiten obtener diagnósticos a partir de los dos Sistemas de Diagnostico la CIE-10 y el DSM-III-R (Díaz y cols., 2005).

- 1) Cedula de entrevista diagnostica DIS (NIMH)
- 2) Examen del Estado Actual (PSE) (Wing, Cooper y Sartorius, 1974)
- 3) Ensayos transculturales de campo (OMS, 1989)

- 4) Criterio diagnóstico para investigación (CIE-10 DCR)
- 5) Cedula para la evaluación clínica en neuropsiquiatría (SCAN)

### **1.2.7.3 Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA).**

Se han propuesto diversos cuestionarios para evaluar la gravedad del síndrome de dependencia al alcohol. El SADQ (Severity of alcohol Dependence Questionnaire) fue el primer instrumento basado en el concepto del síndrome de dependencia al alcohol formulado por Edwards y Gross (Roberto y Masur, 1985).

La Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA) se derivó de un cuestionario más amplio desarrollado en 1980 (cuestionario de datos de dependencia al alcohol). Se buscaba que fuera más sencilla y más rápida para aplicarse que el Edinburgh Alcohol Dependence Schedule, que requería de 30 minutos para ser contestado.

Raistrick, Dunbar y Davidson (1983) reportan las siguientes características del BEDA:

1. Ideal para bebedores problema que buscan ayuda.
2. La medida proporciona grado de dependencia.
3. Es sensible a cambios que se den con el tiempo.

#### 4. Relativamente libre de influencia sociocultural.

La escala original fue desarrollada utilizando un proceso de ensayo y error para identificar los mejores reactivos que midieran el concepto de dependencia. De los 34 reactivos originales se realizó una reducción a 15 reactivos. La versión breve correlaciona muy alto ( $r=0.92$ ) con la versión más larga en la muestra original de 41 bebedores moderados, 30 pacientes psiquiátricos, y 174 bebedores problema que asistieron a un tratamiento.

Este instrumento está dirigido a población adulta de bebedores problema centrado en aquellas personas con una dependencia media a moderada. La BEDA ha sido utilizada principalmente en pacientes en programas de tratamiento, pero también ha sido aplicada a sujetos que no están en tratamiento.

## **CAPITULO 2. LA IDEACION SUICIDA**

### **2.1 Antecedentes**

#### **2.1.1 La conducta suicida**

La conducta suicida en sus distintas representaciones (suicidio consumado, intento suicida e ideación suicida) es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las culturas y épocas históricas (Organización Mundial de la Salud, 2001).

El suicidio consumado, junto al intento suicida, son las dos formas más distintivas de esta conducta, pero no las únicas. Desafortunadamente en algunas investigaciones sólo se toman en cuenta estos dos aspectos, y no se consideran otros (ideación suicida), que detectándolos oportunamente evitarían que ambos ocurrieran. Beck y sus colaboradores (1983) consideran que la etiología que interviene en el intento suicida es un ciclo, por lo que es importante prestar atención a los deseos y planes (ideas suicidas).

#### **2.1.2 El suicidio**

El suicidio ha estado presente en la vida del hombre desde que éste fue considerado un ser social; desde entonces ha afectado a todo tipo de



personas; sin importar clase social, religión, posición económica, etc., (Guibert, 2002).

De acuerdo con Walter Charleton la palabra fue usada por primera vez en 1635, por Sir Thomas Browne en su Religio Médicis. Sin embargo la época moderna del estudio del suicidio comenzó en 1897 con la publicación del libro “El suicidio de Emilio Durkheim”, quien intento definir esta conducta al igual que muchos otros sociólogos y psicólogos (Guibert, 2002).

En países como China y Japón el suicidio estuvo presente en todas las clases sociales, un ejemplo de esto se observo en los altos funcionarios, que recurrieron a este medio para escapar del tormento. En la antigua Grecia, el suicidio fue considerado como la entrega última y voluntaria a los dioses y solo era ilegítimo cuando el estado lo consideraba así. Los Romanos admitían muchas razones válidas para su práctica, hasta que el emperador Adriano impuso leyes: Se negaban los ritos fúnebres y los bienes del suicida pasaban a manos del estado (Guibert, 2002).

Hacia finales del siglo XIX, Durkheim definió el suicidio como un acto personal, propositivo y consciente, por medio del cual el individuo tiene como objetivo terminar con su propia vida. Es con esta conceptualización que se genero un cambio; se otorgo una mayor importancia a los elementos contextuales que rodean al individuo y a los motivos subyacentes a estos.

Etiológicamente la palabra suicidio proviene del latín *suicidium*, que significa, matarse, así mismo. Esta conducta no solo incluye el suicidio consumado, sino también la ideación suicida (Guibert, 2002).

En la actualidad el impacto del suicidio en México ha generado gran preocupación y es considerado como un problema de salud, ya que de acuerdo con los registros de la Secretaría de Salud, las tasas de mortalidad por esta causa se han incrementado de manera notoria en los últimos años (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001).

De acuerdo a la OMS, aproximadamente 10,2 millones de personas en el mundo realizan algún tipo de conducta autolesiva que requiere atención médica, cerca de 30 millones estarían en riesgo de tener este tipo de conductas, aunque no reclamen atención médica (García, 2002).

No es posible determinar cuales son las causas que originan la conducta suicida, aunque se ha determinado la existencia de factores que contribuyen para que se presente (factores de riesgo). Los factores de riesgo son un concepto estadístico que relaciona a determinadas variables de la persona y del ambiente con la frecuencia de aparición de un trastorno. Cuando esta relación es significativa, entonces es considerada como factor de riesgo. Souris (1975) clasifica estos factores en diez categorías: 1) La edad y sexo, 2) Síntomas de depresión, ansiedad y alcoholismo 3) Situaciones de estrés

(perdida de una persona significativa por muerte o separación, enfermedad grave, problemas económicos, aumento de responsabilidad), 4) La agudeza a cronicidad de síntomas específicos de una enfermedad, 5) El proyecto suicida (meditado, especificidad temporal, método), 6) Recursos de apoyo y su disponibilidad (ausencia de todo tipo de recursos, familia amigos, apoyo medico y soporte social), 7) Antecedentes de tentativas suicidas (número y letalidad), 8) El estado físico (enfermedad crónica, fracaso terapéutico previo), 9) Los aspectos de la comunicación (ruptura y rechazo de la comunicación, exposición de sentimientos de culpa y de incapacidad), 10) las relaciones del entorno (rechazo, incomprensión, falta de empatía).

### **2.1.3 La ideación suicida**

La etiología del suicidio de acuerdo con Beck y colaboradores (1983), involucra un continuo que inicia con el deseo y los planes de cometer el suicidio (ideación suicida), una segunda fase que implica participar en intentos de quitarse la vida, hasta llegar a una tercera y última fase que es el suicidio consumado. Esta última fase (suicidio consumado) ha sido la más estudiada, sin embargo mediante las investigaciones se encontró que pocas veces las personas llegan al suicidio en forma abrupta; es decir, que generalmente comienzan haciendo fantasías y pensando en ello como una forma de solucionar los conflictos (González y cols., 2000) por lo que es

importante que si hay dos fases previas, podrían abordarse éstas como una forma de prevención, sobre todo en la fase de inicio (ideación suicida).

De acuerdo con Banner y Rich (1988) el proceso suicida está integrado por varias etapas que inician con una ideación suscitada previa, pasan por etapas más activas de contemplación del propio suicidio, por la planeación, por la ejecución del intento, hasta llegar a la consumación. Beck y cols. (1983), aseveran que la etiología involucrada en el intento suicida es un continuo, en el que hay que darle gran importancia a los deseos y planes para cometerlo (ideas suicidas).

La ideación suicida comprende un extenso campo de pensamientos que pueden alcanzar diversas representaciones: 1) El deseo de morir, 2) La representación suicida, 3) La idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción, 4) La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún, 3) La idea suicida con una adecuada planeación (Pérez, 1999).

Mondragón y colaboradores (1998), mencionan que la ideación suicida ha sido poco estudiada, sin embargo; es un importante predictor del intento suicida. Además de ser un síntoma que refleja un conflicto interno que se relaciona con la desesperanza, la depresión y con el consumo de drogas y alcohol. De igual forma Hawley, et al., (1991) señalan que los suicidios consumados y parasuicidios han sido extensamente estudiados (Martunen,

Henriksoon y Lonqvist, 1991; Roy, Lambarski, Dejong, Morre, Linnoila, 1990), pero no de esta manera la ideación suicida.

La importancia de abordar esta conducta es reforzada por Lazard (1998) quien señala que cuando el paciente piensa y ensaya un método, se crea un proceso autónomo que va cobrando fuerza hasta que comete el acto suicida.

## **2.2 Marco teórico**

### **2.2.1 La ideación suicida**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2002) se define la ideación suicida como: los “deseos, pensamientos y planes para cometer un acto suicida”; refiriéndose con acto suicida a las acciones por las que el individuo se causa daño, independientemente del grado e intención.

El término “ideación suicida” se usa con frecuencia en la bibliografía técnica y se refiere a pensamientos de autodestrucción con diversos grados de intensidad y elaboración, desde simplemente el deseo de morir, pero sin una planeación específica de cómo lograrlo, hasta el deseo de morir de una forma particular con cierto instrumento y en determinado lugar; esta última manifestación como puede observarse está orientada por acciones muy concretas. En la bibliografía, el término se refiere también al sentimiento de

estar cansado de la vida, la creencia de que no vale la pena vivir y el deseo de no despertar del sueño (Kessler, et al., 1999; Paykel, et al., 1974).

Este concepto engloba muchos factores como: 1) La intensidad y duración de los deseos de morir del individuo, 2) El grado en que el deseo de morir sobrepasa el deseo de vivir, 3) El grado en el que el individuo ha transformado un “libre flotamiento” ó deseo de morir, en la conducta formulada o plan de matarse y 4) El grado en que el individuo ha sido capaz de sobreponer impedimentos a los deseos de suicidio (miedo a lo desconocido, fallar el intento, sentimientos de culpa con relación a los sobrevivientes, objeciones morales y religiosas); (Beck y Kovacs, 1979).

### **2.2.2 La ideación suicida en estudiantes**

La prevalencia de la conducta suicida entre los jóvenes es alta (Guibert, 2002). Durante las últimas décadas, en Europa, ha incrementado la conducta suicida en las personas de 15 a 29 años, con un mayor índice en los hombres. Esta incidencia también se observa en países como Estados Unidos, Asia, Oceanía y en algunos países latinoamericanos. En ciertos países el suicidio se encuentra entre la segunda y tercer causa de muerte para los grupos de edades de los 15 a los 19 años y de entre los 20 a 24, lo cual confirma que las tentativas de suicidio son más frecuentes en los jóvenes (Sarro y De La Cruz, 1991).

En nuestro país, Eguiluz (1995) aplicó una encuesta a 100 estudiantes de primer semestre de la FES-Iztacala, con edades comprendidas entre 18 y 26 años. El objetivo de la investigación fue conocer la ideación suicida, así como las ideas de los alumnos respecto al suicidio. Encontró que el 27% de los sujetos encuestados, habían pensado alguna vez en el suicidio; el 11% lo había intentado al menos en una ocasión, el 78% había conocido al menos a una persona que se había suicidado, el 52% de los jóvenes consideró que el suicidio era una forma aceptable de salir de los problemas y el 60% consideró que recurrir al suicidio era una opción de valentía cuando no había más opciones.

Otra investigación sobre el suicidio en jóvenes fue la realizada por Olivares y Sánchez (2004), quienes aplicaron la Escala de Ideación Suicida de Beck (1983) y la Escala de Clima Social Familiar de Moss (1995) a una muestra aleatoria de 100 estudiantes, de las carreras de odontología, medicina, psicología y enfermería. Encontrando que el 23% de los jóvenes habían pensado alguna vez en quitarse la vida, el 52% mencionó que las razones de realizar un intento suicida eran poner fin a los problemas o para escapar de ellos y el 62% dijo que sí había pensado seriamente en las consecuencias que tendría la autodestrucción. Con relación al sentido de capacidad para llevar a cabo un intento de suicidio el 22% mencionó que si podría llegar a hacerlo. Cabe señalar que quienes respondieron afirmativamente a este reactivo fueron alumnos de medicina y psicología.

El suicidio entre los adolescentes es un tema complejo que puede ser abordado desde diferentes ángulos. La ideación suicida es una conducta que permite aproximarnos a este fenómeno, ya que es un factor de riesgo para el planeamiento suicida, así como también para el intento inesperado (Runeson, et al., 1996; Soloff, et al., 2002).

Mondragón y colaboradores (2001), con el objetivo de obtener datos más precisos sobre el intento y la ideación suicida en la población mexicana, realizaron un análisis de los resultados arrojados por varios estudios en diferentes poblaciones de México, mediante encuestas representativas de muestras de hogares y escuelas, así como estudios en escenarios clínicos. Encontrando que la prevalencia de ideación suicida es similar a la observada en otros países, por ejemplo; las prevalencias internacionales de ideación suicida van desde 3.4% hasta 52.9% en los adolescentes y en los adultos, mientras que en México el rango es de 1% a 40% en los mismos grupos, siendo más elevada en la población adolescente que en la adulta.

Es frecuente que se presente la ideación suicida en la población joven, ya que en esta etapa del desarrollo son experimentados factores psicológicos y ambientales como el estrés, cambios fisiológicos, el consumo de drogas y alcohol (Celis, 2003; Kelly, 2002). Por ello, han sido de gran importancia las investigaciones que se han realizado en este campo.



En un estudio realizado a estudiantes de enseñanza media y media superior (n=3,459) se encontró que una proporción importante (47%) presentó por lo menos un síntoma de ideación suicida en el año anterior al estudio, 17% reportó haber pensado en quitarse la vida y 10% respondió afirmativamente a los cuatro reactivos de la Cedula de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD, versión para adolescentes); (López, et al., 1995).

Amézquita y colaboradores (2003), en una investigación sobre la prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en estudiantes de la Universidad de Caldas (n = 625), aplicaron los inventarios de ansiedad y depresión de Beck, encontrando que el 41% de los estudiantes presentó ideación suicida, hallándose los puntajes más altos en los programas de derecho con un 11,2% y en medicina y veterinaria con un 10,0%.

El consumo de alcohol de alta graduación en jóvenes varones es un factor de riesgo de tentativas de suicidio, generalmente con trastorno depresivo concomitante, historia previa de otras tentativas, aislamiento, marginación social o patologías graves. Aproximadamente del 15 al 20% de los suicidios consumados se dan en personas con problemas de alcohol. La ingesta excesiva de alcohol en pacientes depresivos inicialmente produce efectos desinhibidores, pero después menor capacidad de juicio, mayor

agresividad e impulsividad siendo posible que el paciente decida el suicidio como mejor salida a su situación vital. Se ha observado que los pacientes inicialmente se muestran hostiles, pero al descender los niveles de alcoholemia comienzan a mejorar su actitud y afloran sentimientos de desesperanza y culpa (Izquierdo, 2002).

### **2.2.3 Factores neurobiológicos de la conducta suicida**

Los investigadores y clínicos han enfatizado la importancia de los marcadores biológicos, ya que pueden ayudar a identificar a pacientes con riesgo de suicidio. Se ha observado una relación importante en los niveles de serotonina (5-HT) y el comportamiento suicida. En pacientes con trastorno depresivo o con un historial previo de intentos de suicidio se han encontrado niveles bajos de ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo (LCR). Algunas de las estrategias empleadas para el estudio de la relación entre el sistema serotoninérgico y el comportamiento suicida son la determinación de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo y tejidos de cerebros postmortem, así como subtipos de receptores de serotonina en las plaquetas de pacientes suicidas. De igual forma se ha empleado la estrategia neuroendocrina denominada la “ventana del cerebro”, que permite evaluar el compromiso del sistema serotoninérgico en el suicidio (Kaplan y colaboradores, 1992).

La primera investigación sobre el papel que juega la serotonina a nivel central en pacientes con conductas suicidas, fue realizada por el Instituto Karolinska, encontrando que en los pacientes con depresión e intento de suicidio el nivel de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) contenido en el líquido cefalorraquídeo, era más bajo en comparación con los pacientes depresivos que no intentaron suicidarse, por lo cual se propuso que los niveles bajos de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo podrían vincularse con el comportamiento suicida (Kaplan y cols., 1992).

Brunner, et al. (1999) señalan que el 5-HIAA se encuentra reducido en los pacientes que cometieron un intento de suicidio de tipo violento, (ahorcamiento, inmersión, arma blanca de fuego o gas), pero no en los que utilizaron otros métodos más pasivos (Ej. sobredosis). Es importante señalar que esta reducción resultó independiente del diagnóstico previo, por lo cual es un fuerte predictor de futuros intentos de suicidio.

Por medio de los estudios postmortem del tejido cerebral de pacientes suicidas, se ha identificado un aumento en la densidad de los receptores serotoninérgico del subtipo 5-HT<sub>1A</sub> en la corteza prefrontal y una disminución de los sitios de unión del transportador serotoninérgico en esta misma región. En pacientes suicidas jóvenes se ha observado un aumento de los receptores 5-HT<sub>2A</sub> en las células piramidales de la capa V de la corteza

prefrontal “hot spot” y en hipocampo, no siendo así en personas de mayor edad (Gutiérrez y Contreras, 2008).

Se ha observado que el GABA y los receptores benzodiazepínicos, están modificados en el cerebro postmortem de las víctimas de suicidio (Pandey, et al., 1997), es muy probable que los niveles altos de 5-HT<sub>2A</sub> en los receptores de las células piramidales causen un desequilibrio entre la 5-HT<sub>2A</sub> y el sistema GABA-érgico, desempeñando ambos un papel importante en el comportamiento suicida (Koob, 1992).

Westrin, Ekman y Transkman-Bendz (2005) para comprender el papel que juega el estrés en los pacientes depresivos con intento de suicidio, evaluaron en el plasma el neuropéptido Y (NPY) y la hormona liberadora de corticotropina (CRH). Encontrando un aumento de la hormona liberadora de corticotropina ( $p < 0,001$ ) y bajas concentraciones del neuropéptido Y ( $p < 0,001$ ). Los pacientes que habían intentado suicidarse en varias ocasiones tuvieron una menor cantidad de neuropéptido Y. Estos resultados sugieren que el estrés produce alteraciones en este sistema en los pacientes con trastornos del estado de ánimo he intento de suicidio. Siendo la hiperactividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) un factor de riesgo de suicidio.

Los marcadores biológicos antes descritos, buscan identificar a aquellos individuos con un alto potencial de riesgo de suicidio, con el objetivo de establecer medidas de prevención. Entre los más destacadas están los bajos niveles de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo (Kaplan, et al., 1992; Brunner, et al., 1999), aumento de la densidad de los receptores 5-HT1A en la corteza prefrontal (Gutiérrez y Contreras, 2008), aumento de los receptores 5-HT2A en las células piramidales de la capa V, modificación del sistema GABA-érgico y los receptores benzodiazepínicos (Koob, 1992), hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (Sher, et al., 2005) y correlación entre el aumento de la hormona liberadora de corticotropina y las bajas concentraciones de neuropéptido (Westrin, et al., 2005).

## **2.2.4 Instrumentos de evaluación**

### **2.2.4.1 Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI).**

El SSI es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck en 1979, que se construyó con el objetivo de poder cuantificar y evaluar la ideación suicida, así como el grado de severidad e intensidad con el que el paciente pensó o está pensando en suicidarse (Comeche, Díaz y Vallejo, 1995).

Su validez fue respaldada por dos estudios de diferentes investigadores, enfocados en la relación entre desesperanza, depresión e ideación suicida, y

demostrando la existencia de una relación significativa entre los niveles altos de ideación y actitudes acerca de la vida. Por lo que se reconocen tres factores significativos: deseo suicida activo, planes específicos de suicidio y deseo de suicidio pasivo.

La construcción de esta escala fue impulsada por el creciente aumento en los índices de mortandad por suicidio en los E. U., siendo considerado como una de las diez causas principales de muerte. Debido a ello, se considero necesario un instrumento que permitiera identificar a aquellas personas propensas a realizar una tentativa de suicidio (Comeche y colaboradores, 1995).

De acuerdo a la literatura (Brown & Sheran, 1972), algunas pruebas psicológicas estandarizadas como el Rorschach, el TAT y el MMP-I no pueden diferenciar pacientes suicidas de no suicidas y no han resultado útiles predictores del riesgo suicida. Actualmente es bien sabido que la mejor manera de identificar aspectos del comportamiento suicida es mediante la utilización de escalas construidas específicamente para medir las características que engloban esta conducta. En este sentido, dos de los más grandes problemas conciernen a la validación de instrumentos de medida y a la definición de grupos de criterio, ya que en muchos estudios prospectivos la información recabada después del intento de suicidio o suicidio consumado,

en realidad nos da los factores subsecuentes al suicidio más que los predictores del comportamiento suicida.

La definición de grupos de criterio ha resultado favorecida por la clasificación de comportamiento suicida propuesta por la Fuerza de Tareas del Instituto de Salud Mental (Centro de Salud de Prevención de Estudios Suicidas). Las tres categorías son: suicidio consumado, intento de suicidio e ideas suicidas. Se construyó una escala para intentos de suicidio y una sección que es también aplicable a los suicidios consumados. Se investigó sobre el papel de la letalidad en intentos de suicidio no fatal y se extendió una categoría de comportamiento suicida llamada: ideación suicida (Brown & Sheran, 1972).

Los ideadores suicidas son individuos que actualmente tienen planes y deseos de cometer un suicidio pero no han cometido ninguna tentativa reciente, desde que la ideación suicida precede lógicamente a un intento de suicidio o suicidio consumado esta parece apropiada para enfocarse en la intensidad y características de la ideación suicida, ya que esta puede predecir riesgos posteriores. Por lo anterior, surgió la necesidad de construir una escala que permitiera cuantificar las fases relevantes del intento de suicidio. Para el desarrollo de la escala se puso énfasis en variables psicológicas relevante como; la naturaleza de los deseos suicidas opuesto a las variables demográficas (sexo, edad, raza), que son útiles para determinar

grupos de individuos de alto riesgo de suicidio, pero que podrían tener poca precisión en la investigación clínica al estudiar correlaciones psicológicas significativas de intención suicida o cambios en el comportamiento como: función del tiempo o intervención del tratamiento (Brown & Sheran, 1972).

En un estudio sobre fiabilidad realizado por los autores sobre una muestra de sujetos hospitalizados, se obtuvo una consistencia interna alta (coeficiente alfa de Cronbach de .89) y una fiabilidad inter-examinador de 0.83. Este estudio apoya la validez de constructo, validez concurrente y capacidad discriminativa de las escalas (Beck, et al., 1979).

Los índices de fiabilidad encontrados para esta escala son de 0,53 y 0,93 (Soriano & García, 1997). Por lo que sugiere una aceptable fiabilidad de la escala.

Este instrumento debe aplicarse por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semi-estructurada. Esta formado por 19 reactivos, que se puntúan de 0-2. La puntuación total de la escala es la suma del valor asignado a las 19 preguntas y se sitúa en un rango de 0-38 puntos (Mondragón, et al., 1988). Se considera que una puntuación igual o mayor que uno es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación un mayor riesgo.



## **2.2.5 La ideación suicida y el consumo de alcohol**

### **2.2.5.1 El consumo de alcohol y el suicidio en México**

El consumo elevado de alcohol puede provocar graves consecuencias, algunos problemas asociados son la violencia, las enfermedades, los accidentes y las lesiones autoinflingidas; como la conducta suicida (Borges, et al., 2003).

En un estudio realizado en población adulta (N=80) con el objetivo de conocer la relación entre el consumo de alcohol y el suicidio, se encontró que el 55% de la población ingería bebidas alcohólicas, el 43% eran alcohólicos, el 94.7% permanecía en estado de embriaguez en días hábiles, el 78.9% bebía en las mañanas, el 68.4% se sentían ansiosos y descontentos si no bebían y el 57% prefería beber que comer (Terroba, Saltijeral y Del Corral, 1986).

De acuerdo a las investigaciones antes mencionadas (Borges, et al, 2003; Terroba y colaboradores, 1986) se observa que el uso de alcohol desempeña un papel importante para que se presente la conducta suicida. Dentro de la morbilidad psiquiátrica, el alcoholismo es el segundo factor causante del suicidio, del 15% al 23% de los casos han presentado problemas relacionados al consumo de alcohol (Robins, Murphy, Wilkinson, Gassner y Kaves, 1959).

### **2.2.6 Factores involucrados en el alcoholismo y suicidio**

Se ha identificado que el alcoholismo puede ser un factor de riesgo en la conducta suicida, además de ser una forma de conducta suicida crónica (Sarro & De la Cruz, 1991).

Según la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad mental (FEAFEST, 2006) se ha encontrado una fuerte correlación entre la ideación suicida y diversas variables. Aproximadamente el 90% de los suicidios se relacionan con un trastorno mental. Las enfermedades mentales relacionadas con una mayor tasa de suicidio son la esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar, de ansiedad, de personalidad, de abuso de sustancias y de conducta alimentaría. El trastorno por abuso de sustancias, principalmente el alcohol, se ha asociado al suicidio, tanto como factor de riesgo, como precipitante de estas conductas.

La dependencia al alcohol y la intoxicación alcohólica son factores de riesgo importantes en la conducta suicida. En diversos estudios se ha encontrado que la conducta suicida se presenta con mayor frecuencia en personas que tienen patrones de consumo excesivo de alcohol. En un estudio cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de esta conducta se evaluaron cerca de 3,000 pacientes atendidos en servicios médicos de atención primaria, se les aplicó un instrumento de tamizaje (PRIME-MD) y se

identifico que el 9% de la muestra total presento ideación suicida, siendo más significativa en el sexo masculino, en personas de menor edad, con nivel menor de educación, sin relación actual de pareja y con la presencia de un trastorno como depresión, ansiedad o alcoholismo (Jonguitud, 2004).

Al analizar los resultados obtenidos por medio de la Escala de Desesperanza y de Ideación Suicida de Beck, así como un cuestionario sobre el consumo de alcohol y drogas a una muestra total de 1, 094 pacientes que asistieron a los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias del Hospital general “Dr. Manuel Gea González” (segundo nivel de atención), se encontró que 110 pacientes habían presentado ideación suicida. En este mismo estudio se observo que el riesgo de presentar ideación suicida es tres veces mayor en las personas que presentaron un patrón de consumo de alcohol frecuente (Mondragón y colaboradores, 1998).

Se ha encontrado que el uso crónico del alcohol desempeña un papel importante para la etiología de los pensamientos y acciones suicidas; ya que su efecto toxico en el sistema nervioso causa una alteración del juicio, la cognición, el humor y al disminuir la inhibición, puede precipitar el suicidio (Mondragón y colaboradores, 1998).

Debido a la mutabilidad y eficacia relativa de los factores psicosociales empleados para identificar el riesgo de suicidio, se ha generado una

búsqueda de marcadores biológicos que indiquen el riesgo suicida (Sarro y De la Cruz, 1991).

Se ha observado que las alteraciones en el sistema de neurotransmisión serotoninérgica y dopaminérgico cumplen un papel importante en la patogénesis del suicidio (Gutiérrez, et al., 2008). A nivel sistema nervioso central, se observa una disminución del 5-HI AA, metabolito de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo, en pacientes que realizaron una tentativa de suicidio y una disminución de la actividad serotoninérgica en el córtex frontal, en los suicidios consumados; lo cual confirma la relación entre la disminución del metabolismo de la serotonina y los actos suicidas (Sarro y De la Cruz, 1991).

Como se menciona antes, uno de los resultados mas interesantes arrojado por diversas investigaciones fue el referente al consumo de alcohol, en donde se observa una clara tendencia que indica que a mayor consumo de bebidas alcohólicas hay mayor riesgo de ideación suicida.

### **2.2.7 El consumo de alcohol en estudiantes y la ideación suicida**

Se ha observado que el consumo de alcohol es un factor importante para que se presente la ideación suicida. López y colaboradores (1995) en un estudio realizado con los datos provenientes de la Encuesta Nacional sobre

uso de Drogas en la Comunidad Escolar, en estudiantes de enseñanza media y media superior; encontraron que los alumnos que consumen alcohol y otras drogas presentan con más frecuencia ideación suicida, en comparación con aquellos que no consumen ninguna de estas sustancias.

En un estudio realizado con 775 alumnos de dos Universidades Particulares de la Ciudad de México, se aplicó un cuestionario para evaluar los hábitos de consumo de drogas, alcohol e intentos de suicidio, observándose que el 14.83% de alumnos ha consumido bebidas alcohólicas hasta intoxicarse en los últimos 30 días, el 17.31% en los últimos 12 meses, el 47.6% se ha intoxicado alguna vez y el 20.24% nunca lo ha hecho. La frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas es de 1-2 veces por semana y de 2-3 veces al mes. En cuanto a la prevalencia actual, lápsica y total de pensamiento e intento suicida, se encontró que la cantidad de pensamientos suicidas es superior a la cantidad de intentos. El 1.97% de alumnos ha pensado en suicidarse en los últimos 30 días, el 2.23% en los últimos 12 meses, el 28.59% lo ha pensado alguna vez y el 67.19% nunca lo ha pensado. Con relación al número de alumnos que han intentado suicidarse se encontraron los siguientes porcentajes: 0.40% lo intento en los últimos 30 días, 0.26% en los últimos 12 meses, 28.59% lo intento alguna vez y 67.19% no lo ha intentado nunca. Los resultados del presente estudio indican que existe un incremento notable en el consumo de alcohol al salir del Bachillerato e ingresar a la Universidad. Es importante mencionar que en

cuanto a la relación entre consumo de alcohol e intoxicación se encontró que para una cantidad significativa de alumnos los eventos de consumo son sumamente intensos e involucran grandes cantidades de alcohol. Un mes antes de realizarse el estudio 68.15% de alumnos consumió alcohol y cerca del 18% lo hicieron hasta llegar a la intoxicación (Pulido y colaboradores, 2002).

Como hemos visto, en México se han realizado numerosas investigaciones que mencionan la prevalencia de la conducta suicida, y su relación con el uso de sustancias tóxicas como el alcohol; también se ha observado que en la población adolescente se presenta con mayor frecuencia la ideación suicida y el consumo excesivo de alcohol. Sin embargo, poco se sabe sobre la relación entre estas variables (ideación suicida y dependencia alcohólica en población universitaria), ya que como se es sabido, el problema de la epidemiología cambia dependiendo de la población que se estudia. Debido a ello, surge la necesidad de conocer la frecuencia en que se presenta la ideación suicida en estudiantes universitarios (población en riesgo) con dependencia al alcohol, por lo que nos interesa conocer: ¿Con qué frecuencia se reporta la ideación suicida en estudiantes de Licenciatura de la UNAM portadores del síndrome de dependencia al alcohol? en comparación con los estudiantes universitarios que tienen un consumo moderado o abstinencia y ¿Qué relación existe entre la severidad de la dependencia al alcohol y la ideación?

## **CAPITULO 3. METODOLOGIA**

### **Objetivos**

#### **Objetivo general**

Examinar si la dependencia al alcohol es un factor que interviene para que se presente la ideación suicida y observar si existe relación entre la severidad de la adicción y la ideación suicida.

#### **Objetivos específicos**

1) Identificar la prevalencia de ideación suicida en estudiantes de licenciatura y bachillerato de la UNAM que presentan dependencia al alcohol.

2) Identificar la prevalencia de ideación suicida en estudiantes de licenciatura y bachillerato de la UNAM que no presentan dependencia al alcohol.

3) Evaluar si la ideación suicida es más significativa en los estudiantes con dependencia al alcohol que en los que no la tienen.

4) Evaluar si existe una correlación entre la ideación suicida y la severidad de la adicción.

## **Participantes**

Se realizó un muestreo no probabilístico (ó dirigido) por cuotas, debido a que se trata de un procedimiento en donde se seleccionaron sujetos que se consideran “típicos” representativos de una población.

La muestra final estuvo constituida por 115 estudiantes universitarios; de los cuales el 60.9% corresponde a los sujetos con diagnóstico de dependencia al alcohol, identificados por medio del CIDI en el “Programa para el tratamiento de bebedores con dependencia al alcohol en estudiantes de la UNAM” y el 39.1% restante a los clasificados mediante el AUDIT con un consumo moderado de alcohol o abstemios (no dependientes); (ver tabla 1).

En cuanto a la distribución por sexo de la población total; 63 sujetos corresponden al sexo masculino y 52 al sexo femenino. El primer grupo (dependientes) está constituido por 21 mujeres y 49 hombres y el segundo (no dependientes) por 31 mujeres y 14 hombres (ver tabla 1).

Con relación al nivel académico de la muestra total (N=115) se puede observar que 29 sujetos tienen una escolaridad de bachillerato y 86 sujetos de Licenciatura. El grupo 1 (dependientes) estuvo compuesto por 15 sujetos de bachillerato y 55 de licenciatura, en el segundo grupo 14 sujetos corresponden al bachillerato y 31 sujetos a la licenciatura (ver tabla 1).

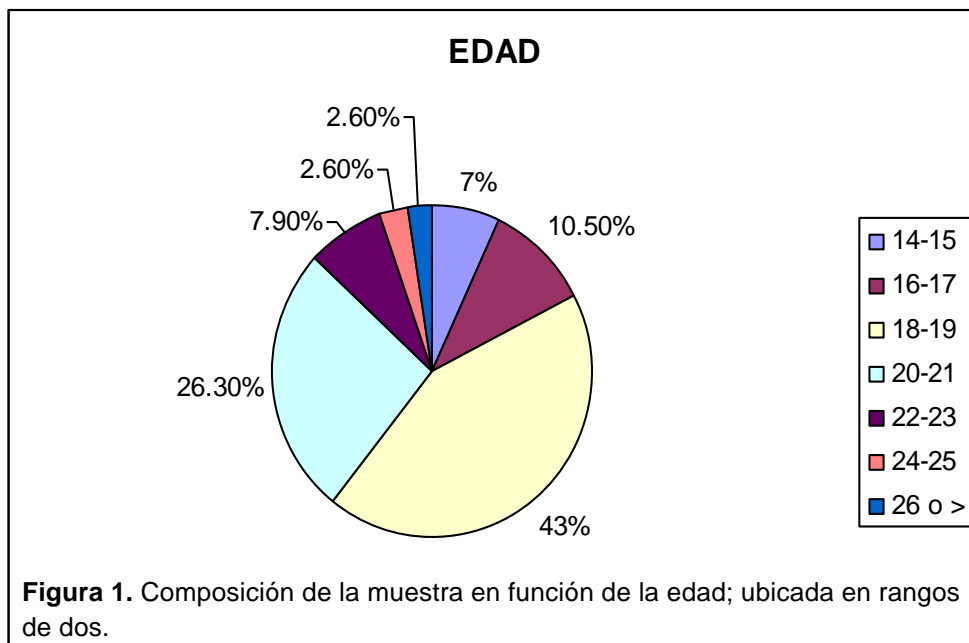


**Tabla 1.** Características demográficas de los grupos de comparación de variables.

<b>N. de Grupo</b>	<b>N. de sujetos</b>	<b>Sexo</b>	<b>Escolaridad</b>
<b>1</b>	70	H=49	L=55
		M=21	B=15
<b>2</b>	45	H=14	L=31
		M=31	B=14
<b>Total</b>	115	H=63	*L=86
		M=52	**B=29

\*L (Licenciatura) \*\* B (Bachillerato)

Con relación a las edades de los participantes fueron ubicadas en rangos de dos. El rango mínimo está ubicado de los 18-19 años y el máximo de los 26 en adelante. Los porcentajes obtenidos para cada rango son: El 43.0% de 18 a 19 años, el 26.3 % de 20 a 21 años, el 10.5 % de 16 a 17 años, el 7.9% de 22 a 23 años, el 7.0% de 14 a 15 años, el 2.6% de 24 a 25 años y el 2.6% de 26 en adelante. Los grupos de edad con un mayor número de sujetos son de 18 años (37 sujetos), 21 años (17 sujetos) y 20 años (13 sujetos). La media de edad para la población total es de 18.46 (ver figura 1).



**Criterios de inclusión:**

1) Alumnos identificados como dependientes al alcohol en el “Proyecto para el tratamiento de bebedores con dependencia al alcohol en estudiantes de la UNAM de Bachillerato y Licenciatura”.

2) Estudiantes Universitarios identificados con un consumo moderado de alcohol o abstemio.

### **Criterios de exclusión:**

1) Que el paciente se niegue a contestar alguno de los instrumentos de evaluación.

### **Instrumentos**

#### **1) Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI).**

Este instrumento mide la intensidad y dimensión (grado y severidad) de los pensamientos, deseos, preocupaciones y amenazas de suicidio, además de las características y las expectativas del paciente a intentarlo. Es decir, los reactivos miden la frecuencia y duración de los pensamientos suicidas, así como la actitud del sujeto hacia ellos. Evalúa el grado del deseo de morir y del deseo de vivir, el deseo de intentar suicidarse, los planes para ello (si es que los hay) y los sentimientos subjetivos de control ante la idea de suicidio. La escala esta formada por 19 reactivos, que se califican en un rango de 0 a 2 puntos de acuerdo con la intensidad. La suma de los 19 reactivos indica la severidad de las ideas suicidas y la puntuación máxima que puede obtenerse es de 38 puntos. Mediante los reactivos 4 y 5 se evalúan los deseos de intentar el suicidio y por medio de ellos se define si se sigue o suspende la entrevista, ya que los sujetos cuya puntuación sea cero en ambas preguntas

no serán considerados con intencionalidad suicida, sin embargo esto no significa que no exista presencia de ideación suicida. Las preguntas se encuentran distribuidas en cuatro apartados: De la pregunta 1 a la 5 “Actitud hacia la vida y la muerte”, de la pregunta 6 a la 11 “Pensamientos o deseos suicidas”, de la pregunta 12 a la 15 “Proyecto de intento de suicidio” y de la pregunta 16 a la 19 “Realización del intento proyectado” (Beck, et al., 1979).

Esta escala (Ideación Suicida de Beck) será utilizada con un punto de corte de uno, esto es; los pacientes que obtengan un puntaje menor a uno serán considerados sin ideación suicida y aquellos que obtengan un puntaje mayor o igual a uno serán considerados con la presencia de ideas suicidas.

Con relación a las características psicométricas que posee la escala, en un estudio de fiabilidad realizado por los autores (Beck, et al., 1979) sobre una muestra de sujetos hospitalizados, se obtuvo una consistencia interna alta (coeficiente de alfa de Cronbach de 0.89) y una fiabilidad ínter examinador de 0.83. Éste y otros estudios (Ranieri, et al., 1978) apoyan la validez de constructo, validez concurrente y capacidad discriminativa de la escala.

Por otra parte, en nuestro país González y colaboradores (2000) realizaron un estudio con el fin de conocer las características psicométricas de la escala, se sometieron los reactivos a un análisis de confiabilidad para

medir la consistencia interna del instrumento y se obtuvo un coeficiente de Cronbach = .84.

En cuanto a la estructura factorial conformada por las cuatro dimensiones propuestas por la escala original, se obtuvo lo siguiente: Para la sub-escala I: las características de sus actitudes hacia la vida y la muerte (5 reactivos), conformada por un factor y con una consistencia interna de  $\alpha = 0.90$ . La sub-escala II: las características de los pensamientos y de los deseos de suicidarse arrojó dos factores y un coeficiente de  $\alpha$  de 0.65 en el primero y de 0.45 en el segundo. La sub-escala III: las características del intento suicida (4 reactivos), se integraron en un solo factor y alcanzaron una consistencia interna de  $\alpha = 0.61$  y la sub-escala IV: la actualización del intento suicida (2 reactivos), que se considera como un indicador y obtuvo un coeficiente  $\alpha$  de 0.45 (González, et al., 2000).

## **2) La Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA).**

Para medir la severidad de la adicción se empleó la Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol, derivada de la Escala de Dependencia al Alcohol, ADD (Raistrick, et al., 1983).

La BEDA se diseñó como un instrumento de autoreporte, sin embargo puede ser aplicado como parte de una entrevista estructurada. Es un

instrumento que puede ser administrado de manera confiable por personal no necesariamente clínico, el tiempo de aplicación requerido es de cinco minutos aproximadamente.

Las instrucciones que se encuentran en la parte superior del cuestionario son:

Las siguientes preguntas cubren una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta, pero no piense mucho en su significado exacto.

Considerando sus hábitos de beber más recientes, conteste cada pregunta marcando con una "X" la opción más adecuada. Si tiene alguna duda al contestar, por favor pregunte al entrevistador.

Los 15 reactivos se contestan en una escala de cuatro puntos: "Nunca" si nunca ha estado en esa situación, "Algunas veces" si algunas veces ha estado en esa situación, "Frecuentemente" si ha estado en esa situación con frecuencia y "Casi siempre" si ha estado casi siempre en esa situación (Raistrick, et al., 1983).

Para determinar la confiabilidad de la BEDA se administro una versión brasileña a 25 pacientes de un programa de tratamiento en dos ocasiones.

Primero se les dio una versión de autorreporte de esta escala y fueron entrevistados, y posteriormente fue aplicada la misma escala, en una segunda ocasión. La confiabilidad test-retest para ambos grupos fue alta (Grupo 1, Spearman rho = 0.90; Grupo 2, Spearman rho = 0.81). La confiabilidad test-retest para la mayoría de los reactivos en la escala fue muy alta.

No se ha calculado una medida global de consistencia interna, pero para la muestra original de bebedores moderados, pacientes psiquiátricos y otras personas con problemas de adicción, todos los reactivos de la BEDA muestran una alta correlación con el puntaje final (Raistrick, et al., 1983).

La validez de contenido de la medida es alta. La BEDA fue desarrollada para medir todos los rangos del Síndrome de dependencia al alcohol formulado por Edwards y Gross (1976). Los reactivos de la escala cubren aspectos subjetivos y conductuales de dependencia, síntomas de retiro, tolerancia, incapacidad de control, grado de dependencia, limitación del repertorio para beber (busca reflejar el grado en el cual una persona ha desarrollado un estilo de vida donde la principal actividad es el beber). A pesar de que la escala incluye un solo reactivo para medir este constructo, análisis estadísticos realizados por los autores apoyaron el uso de un único reactivo.

### **3) Test de Identificación de Desordenes del Uso de Alcohol (AUDIT).**

Es un instrumento que permite identificar un consumo perjudicial, de riesgo o una dependencia al alcohol. Esta formado por 10 preguntas de opción múltiple y tienen un valor de 0-4 puntos. Para determinar si el consumo es moderado, en caso de ser hombre la puntuación de las preguntas 1-3 no debe ser mayor a tres puntos, en el caso de las mujeres la sumatoria no debe rebasar los dos puntos, y las preguntas 4-10 no deben ser mayores a dos; para determinar un consumo peligroso en los hombres la puntuación de las preguntas 1-3 debe ser de cuatro puntos o mayor, en las mujeres la puntuación debe ser de tres puntos en adelante y para ambos casos en las preguntas 4-10 el total debe ser menor a 2; se considera un consumo dañino (sin considerar el sexo), si en los items 4-6 se obtiene un puntaje menor a dos y en los items 7-10 un total de dos o mayor a éste. Cabe mencionar que dicho instrumento solo fue utilizado para identificar a los estudiantes con un consumo moderado o abstemio (grupo control); (Babor, et al., 2001).

Se ha establecido un punto de corte de 8 y se ha observado una sensibilidad muy favorable y una especificidad muy baja; sin embargo resulta aceptable para los trastornos debidos al consumo de alcohol actuales de la CIE-10, así como para el riesgo de futuros daños (Babor, 2001).



Se ha observado que éste cuestionario tiene una precisión igual o superior cuando se compara con otros cuestionarios de tamizaje. Bohn y colaboradores (1995) encontraron alta correlación entre el AUDIT y el MAST ( $r=.88$ ) tanto para hombres como mujeres y correlaciones de .47 y .46 para hombres y mujeres, respectivamente. Se halló que las puntuaciones del AUDIT correlacionaban bien con medidas de las consecuencias del consumo, actitudes hacia el consumo, vulnerabilidad a la dependencia de alcohol, estados de ánimo negativos tras el consumo y razones para beber.

Un estudio de fiabilidad realizado por Sinclair, Mc Ree y Babor (1992) indicó una alta fiabilidad ( $r=.86$ ) en una muestra compuesta por bebedores sin consumo de riesgo, sujetos con abuso de cocaína y alcohólicos.

Por medio de un estudio metodológico realizado para investigar el efecto del orden de las preguntas, los cambios en los términos sobre las estimaciones de prevalencia y la fiabilidad de consistencia interna; se observó que los cambios en el orden de las preguntas y en los términos no afectaron a las puntuaciones del AUDIT, por lo cual puede ser aplicado con cierta flexibilidad en el orden de las preguntas (Ivis, Adlaf y Rehm, 2000).

Por último, en cuanto a las normas de aplicación es importante que el paciente: 1) No este intoxicado o requiera atención médica de urgencia en el momento de la entrevista, 2) Se recalque la importancia que éste instrumento

tiene para la salud del paciente, 3) Se proporcione la información adecuada para que el paciente comprenda las preguntas, 4) Se haga énfasis sobre la confidencialidad de las respuestas (Babor, et al., 2001).

#### **4) Composite International Diagnostic Interview (CIDI).**

Esta escala esta formada por trece secciones clínicas; sin embargo para este estudio solo se aplico la Sección I (Alcohol), ya que permite identificar si el paciente cumple con los criterios del DSM-III-R para ser diagnosticado con el síndrome de dependencia al alcohol. Las respuestas de este instrumento son registradas por el entrevistador de forma precodificada: 1 (No), 2 (Con gravedad, significancia clínica), 3 (Debido a medicación drogas o alcohol), 4 (A causa de enfermedad física o lesión) y 5 (Posible síntoma psiquiátrico). Para el diagnostico de dependencia se requiere una puntuación de 5 en al menos 3 respuestas de las preguntas **I 11** a la **I 20** (con excepción de la **I 19**); (Gómez & Caraveo, 1996).

Es una entrevista estandarizada altamente estructurada que se utiliza para evaluar los trastornos mentales, de acuerdo a las definiciones y criterios de la CIE 10 y el DSM-III-R (Robins, et al., 1988).

Se han realizado varios estudios sobre la confiabilidad; para adecuarla a la CIE 9 y hasta la versión final para la CIE 10. En una primera fase, se utilizo

una técnica de test-retest, en la que tres estudios independientes mostraron kappas alta con excepción del trastorno bipolar II, la distimia y la fobia simple. En la segunda fase, con un diseño de confiabilidad entre entrevistadores se hizo un estudio internacional para explorar la aceptabilidad transcultural, la confiabilidad y su adaptación a distintos campos y países. Se entrevistó a 575 pacientes de 19 centros de todo el mundo; la mayoría pacientes psiquiátricos internados y ambulantes. Los grados de acuerdo con los entrevistadores y los niveles de kappa fueron muy altos con excepción del trastorno por somatización ( $k = .67$ ). Por lo cual es considerado como un instrumento con una confiabilidad aceptable (Gómez & Caraveo, 1996).

Los estudios internacionales de campo identificaron algunos problemas con el CIDI; como ciertas ambigüedades y deficiencias transculturales en determinadas preguntas, tal es el caso de personas con baja escolaridad que presentaron dificultad para responder algunas secciones. De acuerdo a los entrevistadores el promedio de tiempo en la aplicación es muy extenso; para pacientes con un solo diagnóstico es de 78-103 minutos dependiendo de la práctica que se tenga en la aplicación de dicho instrumento (Gómez & Caraveo, 1996).

Finalmente el CIDI fue considerado como un instrumento con buena aceptación y apropiado para la mayoría de los lugares y las personas en que

se aplico; especialmente para pacientes psiquiátricos externos y los centros de atención primaria (Gómez & Caraveo, 1996).

### **Procedimiento**

Se realizó un estudio no experimental, correlacional causal.

1. Se identifico por medio del AUDIT a 45 estudiantes que pudieran ser clasificados con un consumo moderado de alcohol o que fueran abstemios; (grupo 2).

2. Se contacto vía telefónica a los sujetos del grupo 1 (identificados por medio del “Programa para el tratamiento de bebedores con dependencia al alcohol en estudiantes de la UNAM”) y del grupo 2 (consumo moderado y abstemios), informándoles sobre la necesidad de completar información para su expediente médico. Se requirió de dos sesiones (una para cada grupo).

3. En la primer sesión se evaluó a los estudiantes con diagnostico de dependencia al alcohol (grupo 1). Se enfatizo la confidencialidad de la información proporcionada y se les pidió que respondieran las preguntas de la Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA), para lo cual se les dio un tiempo de aproximadamente 10 minutos.

4. Posteriormente por medio de una entrevista heteroaplicada se evaluaron los pensamientos suicidas, el tiempo aproximado de aplicación fue de 15 a 30 minutos, esto dependió de la gravedad de la ideación suicida.

5. En la segunda sesión se evaluó a los estudiantes universitarios (45 sujetos) que fueron clasificados por medio del AUDIT con un consumo moderado de alcohol o abstemio. Se les aplicó de manera individual la Escala de Ideación Suicida de Beck, el tiempo requerido fue de 15 a 30 minutos aproximadamente para cada sujeto.

### **Análisis de datos**

Las pruebas estadísticas empleadas fueron:

- 1) T-Student
- 2) Correlación de Pearson
- 3) Análisis de frecuencias

Estos procedimientos estadísticos se realizaron con el programa SPSS + versión 15.

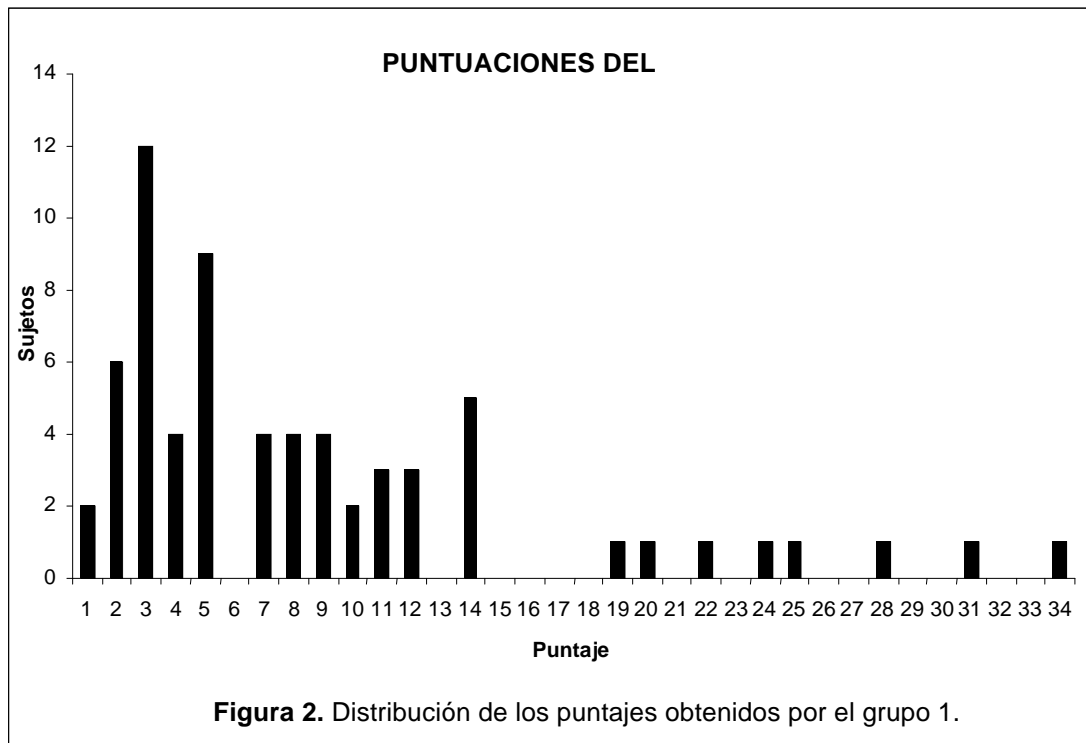
## CAPITULO 4. RESULTADOS

Se realizo un análisis de frecuencias para identificar la prevalencia de ideación suicida en los dos grupos; obteniendo una media de 2.87 para el grupo 1 (dependientes) y una media de .20 para el grupo 2 (no dependientes). Se utilizo una T-Student para determinar si es significativa la diferencia de los puntajes obtenidos en la Escala de Ideación Suicida de Beck en los estudiantes universitarios con dependencia y en los no dependientes; obteniendo una  $t = 3.792$ , un total de Grados de libertad (Df) de 114 y una significancia de .003. Cabe señalar que no se pudieron asumir varianzas iguales u homogéneas a pesar de que existe significancia en los resultados.

Para identificar si existe relación entre la ideación suicida y la severidad de la adicción se realizo una correlación de Pearson; obteniendo un valor de .301 y una significancia de .011, lo cual indica la existencia de una asociación lineal directamente proporcional y baja; existe una covarianza baja.

### **Severidad de la adicción**

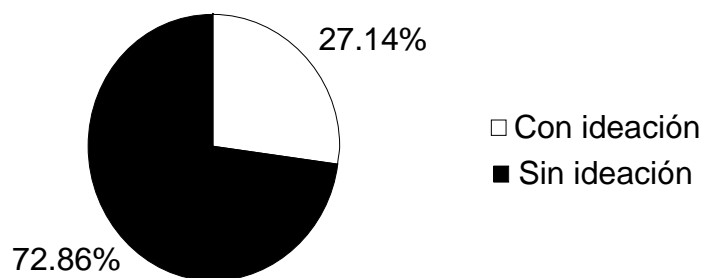
Las puntuaciones obtenidas en el BEDA para el grupo 1 (dependientes) se puede observar en la Figura 2; el puntaje mas alto es de 34 puntos (un sujeto) y el mas bajo de 1 (dos sujetos). La media obtenida fue de 8.58.



### Ideación Suicida

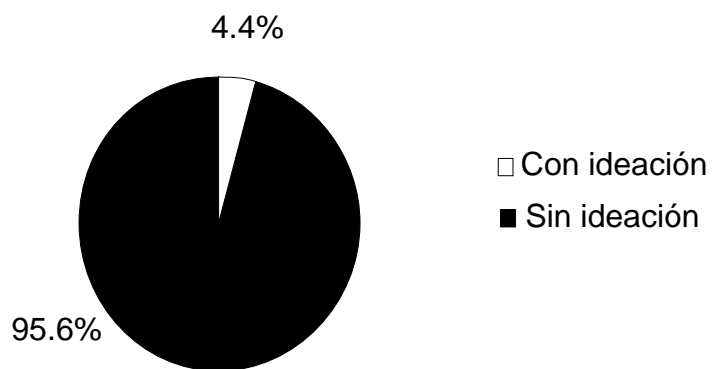
De acuerdo con la puntuación obtenida en el SSI se observa que el 18% de la muestra total presento ideación suicida. Con respecto al puntaje obtenido en el SSI por grupo, se encontró que solo el 4.4% de los sujetos que conforman el grupo 2 presenta ideación suicida (figura 4), mientras que en el grupo 1 el 27.14% presenta ideación (figura 3).

### PUNTAJE OBTENIDO POR EL GRUPO 1



**Figura 3.** Porcentaje de sujetos dependientes al alcohol que presentan ideación suicida.

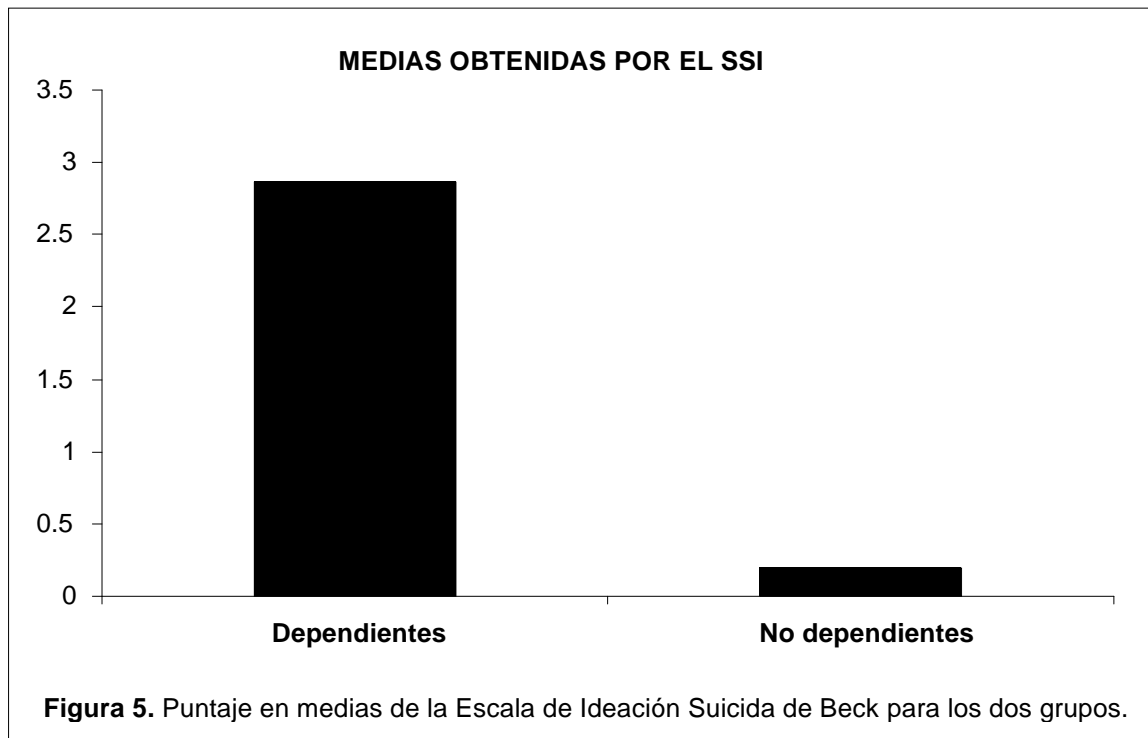
### PUNTAJE OBTENIDO POR EL GRUPO 2



**Figura 4.** Porcentaje de sujetos no dependientes que presenta ideación suicida.



Se calculo una media para cada grupo de acuerdo a la puntuación obtenida en la Escala de Ideación Suicida de Beck; observándose un puntaje de 0.20 para los estudiantes no dependientes y un puntaje de 2.87 para los portadores del síndrome de dependencia al alcohol (Figura 5).



Finalmente, con relación a las pruebas estadísticas, se obtuvo una significancia de .011 y una correlación de .301 (Tabla 2).

		TOTAL IDEACION
TOTAL IDEACION	Correlación de Pearson	1
	Significancia	
	N	70
TOTAL	Correlación de Pearson	.301
	Significancia.	.011
	N	70

**Tabla 2.** Correlación entre la ideación suicida y el nivel de severidad de la adicción.

Mediante los resultados descritos con anterioridad se observa que la prevalencia de ideación suicida encontrada en los estudiantes que presentan dependencia al alcohol fue alta (27%) en comparación con los estudiantes que presentan un consumo moderado de alcohol o son abstemios (5%). Con respecto a la correlación entre la severidad de la adicción y la ideación suicida se obtuvo una asociación lineal directamente proporcional y baja (.301), es decir; la ideación suicida se incremento en los sujetos que presentaron un mayor nivel de severidad de la dependencia al alcohol, pero la covarianza obtenida fue baja. Por lo tanto podemos concluir que se aceptan las dos hipótesis alternas establecidas.

## CAPITULO 5. DISCUSION Y CONCLUSIONES

El objetivo de esta investigación fue examinar si la dependencia al alcohol es un factor que interviene para que se presente la ideación suicida. Así mismo, observar si existe relación entre la severidad de la adicción y la ideación suicida. Estos objetos se pudieron realizar por medio de la comparación de la puntuación obtenida por los estudiantes dependientes al alcohol y los no dependientes en la Escala de Ideación Suicida de Beck, de igual forma se correlaciono el nivel de ideación suicida con la severidad de la adicción por medio de la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA).

Con relación al tipo de población estudiada en esta investigación, coincide con la utilizada por López y colaboradores, 1995, quienes determinaron la relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias en población estudiantil de nivel medio y medio superior, sin embargo; en ninguno de los estudios revisados en la bibliografía se toma como punto de comparación a estudiantes dependientes al alcohol frente a aquellos que tienen un consumo moderado o abstemio, con el fin de observar en cual de estos grupos existe una mayor prevalencia de ideación suicida.

En este estudio, la prevalencia de ideación suicida encontrada en estudiantes universitarios que presenta dependencia al alcohol fue alta en comparación con los estudiantes que presentan un consumo moderado de

alcohol o son abstemios. Estos hallazgos coinciden con los reportados en la bibliografía por diversos estudios, López y colaboradores (1995), encontraron en un estudio realizado con los datos provenientes de la Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas en la Comunidad Escolar, que los estudiantes que consumen alcohol y otras drogas son aquellos que presentan con mayor frecuencia ideación suicida. De igual forma Borges, et al., (2003) y Terroba (1986), observaron que el uso de alcohol desempeña un papel importante para que se presente la conducta suicida. Esto también puede verse reflejado en las estadísticas, ya que dentro de la morbilidad psiquiátrica, el alcoholismo es considerado como el segundo factor causante del suicidio; del 15% al 23% de los casos han presentado problemas relacionados al consumo de alcohol (Robins, 1959).

Algunos autores atribuyen lo anterior a que el efecto tóxico del alcohol en el sistema nervioso altera el juicio, la cognición, el humor y al disminuir la inhibición, se puede precipitar la conducta suicida; así mismo el alcohol influye por sus efectos tóxicos en la manipulación de los neurotransmisores responsables del humor y del juicio (Mondragón y colaboradores, 1998).

Es sabido que tras una administración aguda de alcohol, los receptores serotoninérgicos sufren alteraciones; induce un aumento de la liberación y “turnover” de serotonina cerebral, en cambio en la ingesta crónica se encuentra disminuida (Izquierdo, 2002) por lo que podría favorecer la

presencia de ideación suicida; ya que como es mencionado por Kaplan (1992), se ha observado una relación importante entre los niveles de serotonina (5-HT) y el comportamiento suicida.

Se ha observado que el ácido GABA (que se encuentra distribuido en el cerebro, cerebelo y tronco cerebral) es el principal neurotransmisor inhibitorio en el cerebro, y que la ingesta crónica de alcohol produce alteraciones en éste receptor (Izquierdo, 2002), que podrían estar relacionadas con la conducta suicida, ya que se ha visto que el GABA está modificado en el cerebro postmortem de las víctimas de suicidio (Pandey, et al., 1997).

Por medio de los marcadores biológicos antes descritos y de los resultados obtenidos en el presente estudio; en donde se observa que los estudiantes que son portadores del síndrome de dependencia al alcohol presentan ideación suicida con mayor prevalencia (27.14%) frente a los que tienen un consumo moderado de alcohol o son abstemios (4.4%), podemos considerar que el consumo crónico de etanol es un factor importante para que se presente la ideación suicida.

Es claro que la dependencia al alcohol no es un factor necesario ni suficiente para que se presente la ideación suicida o se lleve a cabo un intento de suicidio, sin embargo; puede desempeñar un papel facilitador. A pesar de que no se puede responder con exactitud el papel que desempeña

el alcohol en la ideación suicida, si puede considerarse como una primera aproximación en éste sentido.

En cuanto a la correlación obtenida entre la severidad de la dependencia al alcohol y la ideación suicida fue baja (.301), lo cual significa que existen otras variables que es importante estudiar además de la dependencia al alcohol, como por ejemplo; que la mayoría de los sujetos son jóvenes de 18-21 años que presentan un nivel de severidad bajo ( $X= 8.58$ ) debido a que el tiempo de exposición a la sustancia es relativamente corto. Es bien sabido que entre mayor sea el consumo de alcohol existe un mayor daño en el sistema nervioso; como en el sistema de neurotransmisores serotoninérgicos, que de igual forma cumple un papel importante en la patogénesis de la conducta suicida (Gutiérrez & Contreras, 2008).

Los resultados de este trabajo tienen implicaciones a nivel preventivo y de intervención. Por ejemplo, los esfuerzos preventivos deberán dirigirse a la población universitaria que sea considerada con un mayor riesgo de ideación suicida, en este caso a los estudiantes que presentan un consumo excesivo de alcohol, creando programas psicoeducativos que contribuyan a disminuir el riesgo de desarrollar una dependencia (factor de riesgo en la conducta suicida) y que no solo impliquen a los jóvenes, sino también a los padres, proporcionándoles información adecuada sobre las consecuencias negativas

del consumo. A nivel intervención es necesario enfatizar la importancia de programas diseñados para jóvenes que presentan ideación suicida.

## **SUGERENCIAS**

Los resultados obtenidos en este estudio indican la necesidad de profundizar el análisis de la asociación entre estas variables; ideación suicida y dependencia al alcohol en población universitaria, con el objetivo de elaborar programas que se enfoquen en la prevención, la identificación y el tratamiento de la ideación suicida.

## **LIMITACIONES**

Las limitaciones de éste estudio están relacionadas con el tamaño de la muestra, ya que sería de suma importancia realizar investigaciones en población universitaria utilizando una muestra homogénea con un mayor número de sujetos tanto dependientes al alcohol como no dependientes.

Finalmente, es importante mencionar que por medio de este estudio además de haber detectado a los estudiantes que tienen ideación suicida, se canalizo a un programa de tratamiento integral en el Departamento de psiquiatría y salud mental de la UNAM, a todos aquellos que fueron detectados con ideación suicida.

# **ANEXOS**



## Test de Identificación de Desordenes del Uso de Alcohol (AUDIT)

Pregunta	Criterios de valoración
1. ¿Que tan frecuente toma bebidas alcohólicas?	<p><b>(0)</b> Nunca.</p> <p><b>(1)</b> Una vez al mes o menos.</p> <p><b>(2)</b> Dos o cuatro veces al mes.</p> <p><b>(3)</b> Dos o tres veces por semana.</p> <p><b>(4)</b> Cuatro o más veces por semana.</p>
2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe? (cubas o equivalentes como cerveza, vasos de pulque, cócteles, coolers).	<p><b>(0)</b> 1-2.</p> <p><b>(1)</b> 3-4.</p> <p><b>(2)</b> 5-6.</p> <p><b>(3)</b> 7-9.</p> <p><b>(4)</b> 10 ó mas.</p>
3. ¿Qué tan frecuente toma 6 ó más copas en la misma ocasión? (en un mismo día, evento o reunión).	<p><b>(0)</b> Nunca.</p> <p><b>(1)</b> Menos de una vez al mes.</p> <p><b>(2)</b> Mensualmente.</p> <p><b>(3)</b> Semanalmente.</p> <p><b>(4)</b> Diario, casi a diario.</p>
4. Durante el último año ¿Le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?	<p><b>(0)</b> Nunca.</p> <p><b>(1)</b> Menos de una vez al mes.</p> <p><b>(2)</b> Mensualmente.</p> <p><b>(3)</b> Semanalmente.</p> <p><b>(4)</b> Diario, casi a diario.</p>

<p>5. ¿Qué tan frecuente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber? (como no ir al trabajo o a la escuela)</p>	<p><b>(0)</b> Nunca.  <b>(1)</b> Menos de una vez al mes.  <b>(2)</b> Mensualmente.  <b>(3)</b> Semanalmente.  <b>(4)</b> Diario, casi a diario.</p>
<p>6. Durante el último año ¿Le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?</p>	<p><b>(0)</b> Nunca.  <b>(1)</b> Menos de una vez al mes.  <b>(2)</b> Mensualmente.  <b>(3)</b> Semanalmente.  <b>(4)</b> Diario, casi a diario.</p>
<p>7. Durante el último año ¿Qué tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?</p>	<p><b>(0)</b> Nunca.  <b>(1)</b> Menos de una vez al mes.  <b>(2)</b> Mensualmente.  <b>(3)</b> Semanalmente.  <b>(4)</b> Diario, casi a diario.</p>
<p>8. Durante el último año ¿Qué tan frecuente olvidó algo de lo que había hecho cuando estuvo bebiendo?</p>	<p><b>(0)</b> Nunca.  <b>(1)</b> Menos de una vez al mes.  <b>(2)</b> Mensualmente.  <b>(3)</b> Semanalmente.  <b>(4)</b> Diario, casi a diario.</p>
<p>9. ¿Se ha lesionado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de una ingestión de alcohol?</p>	<p><b>(0)</b> No.  <b>(1)</b> Si, pero no es el último año.  <b>(2)</b> Si, en el último año.</p>
<p>10. ¿Algún familiar, amigo o médico se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que deje de beber?</p>	<p><b>(0)</b> No.  <b>(1)</b> Si, pero no es el último año.  <b>(2)</b> Si, en el último año.</p>

## CIDI SECCION I CONSUMO DE ALCOHOL

**I1** Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su uso de bebidas alcohólicas, como **(BEBIDAS DE USO LOCAL- CERVEZA, VINO O LICORES)**. A lo largo de toda su vida, ¿A tomado usted al menos doce tragos (copas) o vasos de cualquier clase de bebida alcohólica? Por favor, cuente los tragos como aparecen en esta tarjeta **(MUESTRE LA TARJETA A)**.

**No...(PREGUNTE A)...1**

**Si...(PASE A I2).....5**

**A.** ¿Aún teniendo en cuenta, tomar bebidas alcohólicas con la comida, durante un acontecimiento especial o en una festividad?

**CORRECTO, NUNCA HA TOMADO 12+ TRAGOS (FIN)...1**

**HA TOMADO 12+ TRAGOS.....5**

**I2.** Durante los últimos doce meses Tomó usted al menos doce tragos (copas) o vasos de cualquier tipo de bebida alcohólica?

**No...(PREGUNTE A)...1**

**Si....(PASE A I3).....5**

**A.** Durante cualquier periodo de un año a lo largo de toda su vida ¿Tomó al menos doce tragos (copas o vasos) de cualquier tipo de bebida alcohólica?

**NO.....(FIN).....1**

**SI.....(PASE A I5 A)...5**

**I3.** Durante los últimos doce meses en que usted consumió alcohol, generalmente, ¿Bebía al menos un poco (**CODIFIQUE LA PRIMERA RESPUESTA POSITIVA**)...

#### **FRECUENCIA**

**casi a diario?.....1**

**3 ó 4 días a la semana?.....2**

**1 ó 2 días a la semana?.....3**

**de 1 a 3 días al mes?.....4**

**menos de 1 vez al mes?.....5**

**14.** En los días en que usted consumía bebidas alcohólicas durante los últimos doce meses, ¿Cuántos tragos (copas o vasos) tomaba habitualmente en un solo día? Por favor, cuente los tragos como aparecen en la Tarjeta.

**PROMEDIO NÚMERO DE TRAGOS EN 24 HORAS. \_\_\_ / \_\_\_**

**15.** ¿Ha habido algún período en su vida en que tomó más alcohol del que había tomado en los últimos doce meses?

**NO...(PESE A C).....1**

**SI.....5**

**A.** Piense en el periodo de tiempo en que usted tomó con más frecuencia. ¿Bebió usted... **(CODIFIQUE LA PRIMERA RESPUESTA POSITIVA)...**

**FRECUENCIA**

**casi a diario?.....1**

**3 ó 4 días a la semana?.....2**

**1 ó 2 días a la semana?.....3**

**de 1 a 3 días al mes?.....4**

**menos de 1 vez al mes?.....5**

**B.** Durante ese período en que usted tomó con más frecuencia, ¿Cuántos tragos (copas o vasos) tomaba habitualmente en un solo día? Por favor, cuente los tragos (copas o vasos) como aparecen en la tarjeta.

**PROMEDIO NÚMERO DE TRAGOS EN 24 HORAS. \_\_ / \_\_**

**C.** ¿Alrededor de qué edad tenía cuando empezó a tomar por primera vez **(FRECUENCIA Y CANTIDAD EN A Y B; O SI SE OMITIO EN I3 Y EN I4).**

**INI: 1 2 3 4 5 6**

**EDAD INI: \_\_ / \_\_**

**D.** ¿Alrededor de que edad tenía usted cuando dejó de tomar así?

**REC: 1 2 3 4 5 6**

**EDAD REC: \_\_ / \_\_**

**I6.** ¿A veces hubo quejas u objeciones sobre su forma de beber por parte de:

1. su familia (cualquier pariente, su esposo (a) e hijos)

**NO.....1**

**SI.....5**

2. sus amigos, su medico o el sacerdote (o ministros de su iglesia)

**NO.....1**

**SI.....5**

3. Su forma de beber, ¿Alguna vez le causó problemas en el trabajo o la escuela?

**NO.....1**

**SI.....5**

4. ¿Alguna vez se metió en peleas mientras bebía?

**NO.....1**

**SI.....5**

5. ¿Le ha arrestado la policía, detenido o llevado a un centro de tratamiento porque esta ebrio (a)?

**NO.....1**

**SI.....5**

6. Su consumo de bebidas alcohólicas, ¿Alguna vez ha provocado una ruptura (corte) entre usted y algún miembro de su familia o amigo?

**NO.....1**

**SI.....5**

7. ¿Tuvo problemas económicos debido al dinero que gastaba en la bebida?

**NO.....1**

**SI.....5**

**SI NO SE CODIFICO NINGUN "5" DE 1-7, PASE A I7.**

**REC: ¿Cuándo fue la última vez que tuvo (LEA LOS 5 CODIFICADOS DEL 1-7)?**

**REC: 1 2 3 4 5 6**

**EDAD REC: \_\_/\_\_**



A. ¿Continuó usted bebiendo aún después de saber que esto le causaba cualquiera de estos problemas?

**NO.....1**  
**SI.....5**

17. ¿Alguna vez se ha metido en problemas mientras conducía (manejaba) como tener un accidente o ser arrestado (a) por conducir (manejar) ebrio (a) (borracho/a)?

**NO...(PASE A I8).....1**  
**SI.....5**

A. ¿Ocurrió esto varias veces?

**NO.....1**  
**SI.....5**

**REC: 1 2 3 4 5 6**

**EDAD REC: \_\_/\_\_**

**18.** ¿Alguna vez se lastimó (lesionó) accidentalmente mientras bebía (y estaba bajo los efectos del alcohol) como por ejemplo, sufrir una mala caída o herida, lastimarse (lesionarse) en un accidente de tránsito (tráfico) o algo similar?

**NO....(PASE A I9).....1**

**SI.....5**

**A.** ¿Volvió a beber después de saber que la bebida le causó el accidente?

**NO.....1**

**SI.....5**

**REC: 1 2 3 4 5 6**

**EDAD REC: \_\_/\_\_**

**19.** ¿Ha estado bajo la influencia del alcohol en situaciones en que corría más riesgo de hacerse daño, es decir, mientras corría en bicicleta, conducía (guiaba) un automóvil, lancha u operaba una maquinaria?

**NO.....1**

**SI.....5**

**REC: 1 2 3 4 5 6**

**EDAD REC: \_\_/\_\_**

**I10.** La bebida o el efecto de la bebida al día siguiente (resaca, ¿Le ha impedido a menudo trabajar, asistir a la escuela u ocuparse de sus hijos?

**NO.....1**

**SI.....5**

**REC: 1 2 3 4 5 6**

**EDAD REC: \_\_/\_\_**

**I11.** Alguna vez se dio cuenta de que empezaba a necesitar tomar mucho más para obtener el mismo efecto que antes?

**No....(PREGUNTE A)...1**

**Si....(PASE A REC).....5**

**A.** ¿Notó alguna vez que tomar la cantidad acostumbrada de alcohol tenía menos efecto en usted?

**No....(PASE A I12).....1**

**Si.....5**

**REC:** ¿Siente que todavía necesita tomar más que antes para obtener el mismo efecto? **SI RESPONDE “SI” CODIFIQUE “1”. SI ES “NO”,**

**PREGUNTE:** ¿Cuándo dejó de necesitar más alcohol?

**REC: 1 2 3 4 5 6**

**EDAD REC: \_\_/\_\_**

**I12.** ¿Alguna vez sintió un deseo o una urgencia tan fuerte de beber que no pudo resistirlo?

**No....(PREGUNTE A)...1**

**Si....(PASE A REC).....5**

**A.** Alguna vez ha necesitado (deseado) tanto un trago (copa o vaso) que no podía pensar en nada más?

**No... (PASE A I13).....1**

**Si.....5**

**REC: 1 2 3 4 5 6**

**EDAD REC: \_\_/\_\_**

**I13.** ¿Tomaba a menudo mucho más alcohol de lo que esperaba consumir, cuando empezaba a beber, o por mucho más tiempo de lo que se proponía?

**No....(PREGUNTE A)...1**

**Si....(PASE A REC).....5**

**A.** ¿Con frecuencia comenzaba a beber y se daba cuenta de que le era difícil dejarlo antes de estar ebrio (a) (borracho/a)?

**NO....(PASE A I14).....1**

**SI.....5**

**REC: 1 2 3 4 5 6**

**EDAD REC: \_\_/\_\_**

**I14.** ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar o disminuir la bebida pero no ha podido?

**No....(PASE A I15).....1**

**Si.....5**

A. En más de una ocasión, ¿intentó dejar de tomar o reducir la cantidad sin que lo lograra?

**NO, SOLO UNA VEZ....1**

**Si.....5**

**REC: 1 2 3 4 5 6**

**EDAD REC: \_\_/\_\_**

I15. ¿Alguna vez ha tenido un periodo en que pasaba mucho tiempo bebiendo o recuperándose de los efectos del alcohol?

**No...(PASE A I16).....1**

**Si.....5**

A. ¿Duró este periodo al menos un mes?

**NO.....1**

**SI.....5**

**REC: 1 2 3 4 5 6**

**EDAD REC: \_\_/\_\_**

**I16.** ¿Alguna vez dejó o disminuyó considerablemente actividades importantes, (como deportes, trabajo, o compartir tiempo con amigos o familiares), para poder beber?

**No...(PASE A I18).....1**

**Si.....5**

**A.** Las abandonó usted durante al menos un mes o varias veces durante un periodo de tiempo más largo?

**NO.....1**

**SI.....5**

**REC: 1 2 3 4 5 6**

**EDAD REC: \_\_/\_\_**

**I17 ELIMINADA**

**I18.** Suspender o disminuir el consumo de alcohol, ¿Alguna vez le causo problemas como:

1. temblores (temblor en las manos)

**NO.....1**

**SI.....5**

2. que no pudiera dormir?

**NO.....1**

**SI.....5**

3. sentirte nervioso (a) o inquieto (a)

**NO.....1**

**SI.....5**

4. sudores?

**NO.....1**

**SI.....5**

5. que su corazón latiera rápido?

**NO.....1**

**SI.....5**



6. nauseas o vómito?

**NO.....1**

**SI.....5**

7. dolor de cabeza?

**NO.....1**

**SI.....5**

8. debilidad?

**NO.....1**

**SI.....5**

9. ver u oír cosas que otros no podían ver o escuchar?

**NO.....1**

**SI.....5**

10. ataques o convulsiones?

**NO.....1**

**SI.....5**

**SI NINGUN “NO” FUE CODIFICADO DE 1-10, PASE A I19**

**REC:** ¿Cuándo fue la última vez que tuvo (**LEA LOS “5” DEL 1 AL 10 ARRIBA**) después de no beber por un tiempo?

**REC: 1 2 3 4 5 6**

**EDAD REC: \_\_/\_\_**

**B.** ¿Ha tenido en varias ocasiones problemas como estos al suspender o disminuir el consumo de alcohol?

**NO.....1**

**SI.....5**

**C.** ¿En alguna ocasión tomó un trago (copa o vaso) para evitar estos problemas o hacerlos desaparecer?

**No.....(PASE A I19).....1**

**Si.....5**

**REC: 1 2 3 4 5 6**

**EDAD REC: \_\_/\_\_**

**119.** Hay varios problemas de salud que pueden ser provocados por la bebida. La bebida, ¿alguna vez le causó...

1. una enfermedad del hígado o hepatitis?

**NO.....1**

**SI.....5**

2. enfermedad del estómago o sangre al vomitar?

**NO.....1**

**SI.....5**

3. hormigueo o entumecimiento en los pies?

**NO.....1**

**SI.....5**

4. problemas de memoria aún cuando no estaba bebiendo?

**NO.....1**

**SI.....5**

5. pancreatitis?

**NO.....1**

**SI.....5**

6. cualquier otra enfermedad?

¿Cuál?\_\_\_\_\_

**NO.....1**

**SI.....5**

**SI SE CODIFICO "1" DEL 1 AL 6, PASE A 120.**

**REC:** ¿Cuándo fue la última vez que tuvo cualquiera de estos

**REC: 1 2 3 4 5 6**

**EDAD REC: \_\_/\_\_**

**A.** ¿Continuó usted bebiendo aún después de haberse dado cuenta que le causaba alguno de estos problemas de salud?

**No....(PASE A I20).....1**

**Si..(PREGUNTE REC)..5**

**REC: 1 2 3 4 5 6**

**EDAD REC: \_\_/\_\_**

**B.** ¿Bebió usted en más de una ocasión después de haberse dado cuenta que le causaba alguno de estos problemas de salud?

**NO.....1**

**SI.....5**

**I20.** ¿Alguna vez ha continuado bebiendo aún sabiendo que tenía alguna (otra) enfermedad física seria que podría empeorarse por la bebida?

**No...(PREGUNTE A)....1**

**Si.....(PASE A REC).....5**

**A** ¿Alguna vez continuó usted bebiendo mientras tomaba un medicamento que sabía que era peligroso mezclarlo con alcohol?

**No....(PASE A I21).....1**

**Si.....5**

**REC: 1 2 3 4 5 6**

**EDAD REC: \_\_/\_\_**

**I21.** El tomar alcohol, ¿Alguna vez le a causado problemas emocionales (nerviosos) o psicológicos, como...

1. falta de interés en las actividades acostumbradas?

**NO.....1**

**SI.....5**

2. sentirse triste o deprimido (a)?

**NO.....1**

**SI.....5**

3. sentirse suspicaz o desconfiado (a) de otros?

**NO.....1**

**SI.....5**

4. tener pensamientos extraños?

**NO.....1**

**SI.....5**

**SI SE CODIFICO "1" DEL 1 AL 4, PASE A I22**

**REC: ¿Cuándo fue la última vez que tuvo (LEA LOS "5" DEL 1 AL 4 ARRIBA) a causa de la bebida?**

**REC: 1 2 3 4 5 6**

**EDAD REC: \_\_/\_\_**

**A.** ¿Continuó usted bebiendo aún después de darse cuenta de que el alcohol le creaba cualquiera de estos problemas emocionales (nerviosos)?

**No....(PASE A I20).....1**

**Si..(PREGUNTE REC)..5**

**REC: 1 2 3 4 5 6**

**EDAD REC: \_\_/\_\_**

**I22. ¿SE CODIFICO AL MENOS UN 5 DESDE I6?**

**NO.....(FIN)**

**SI.....5**

**I23. Usted dijo que... (LEA LOS ITEMS CODIFICADOS “5” DE LAS PREGUNTAS I6 A LA I21). ¿Cuándo fue la primera vez que el alcohol le causó cualquiera de estos problemas?**

**INI: 1 2 3 4 5 6**

**EDAD INI: \_\_/\_\_**



## **TARJETA A (CIDI)**

**1 medida = 1 trago (12 gramos de alcohol absoluto).**

**LICORES** (Aproximadamente 40%)

1 / 2 botella de licor= 12 tragos

1 botella de licor=24 tragos

**VINO** (Aproximadamente 10%)

1 vaso de vino = 1 trago

1 caña= 2 tragos

1 botella de vino= 6 tragos

3 botellas de vino= 20 tragos

1 litro de vino= 18 tragos

**CERVEZA** (aproximadamente 5%)

1 botella chica de cerveza= 1 trago

1 caja de cervezas chicas= 24 tragos

1 botella grande de cerveza= 2 tragos

## BREVE ESCALA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (BEDA)

**INSTRUCCIONES:** Las siguientes preguntas cubren una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta, pero no piense mucho su significado exacto. Considerando sus hábitos de beber más recientes, conteste cada pregunta marcando con una “x” la opción mas adecuada. Si tiene alguna duda al contestar, por favor pregunte al entrevistador.

	<b>NUNCA</b>	<b>ALGUNA S VECES</b>	<b>FRECUENTE MENTE</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>
1. ¿Tiene Dificultad para dejar de pensar en beber?				
2. ¿Es más importante beber en exceso que su próxima comida?				
3. ¿Organiza su vida de acuerdo a cuando y dónde puede beber?				
4. ¿Bebe por la mañana, tarde y noche?				
5. ¿Bebe por el efecto del alcohol sin importar le qué bebida es la que toma?				

6. ¿Bebe la cantidad que desea independientemente de lo que tenga que hacer al otro día?				
7. ¿Bebe en exceso aun sabiendo qué muchos problemas pueden ser causados por el alcohol?				
8. ¿Sabe que una vez que empieza a beber no podrá dejar de hacerlo?				
9. ¿Trata de controlar su forma de beber, dejando de tomar algunos días o semanas?				
10. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, siente la necesidad de una copa para poder funcionar?				
11. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, se despierta con temblor en las manos?				
12. ¿Después de haber bebido en gran cantidad, se despierta y vomita?				

13. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, evita a la gente?				
14. ¿Después de una ocasión de beber en exceso ve cosas que lo asustan, aún cuando después se da cuenta que eran imaginarias?				
15. ¿Sale a tomar y al otro día olvida lo que ocurrió la noche anterior?				

## ESCALA DE IDEACION SUICIDA (SCALE FOR SUICIDE IDEATION, SSI)

<p><b>1. Deseo de vivir</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. Moderadamente</li><li>1. Débil</li><li>2 Ninguno</li></ul>
<p><b>2. Deseo de morir</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>0.Ninguno</li><li>1. Débil</li><li>2. Moderado a fuerte</li></ul>
<p><b>3. Razones para vivir/morir</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. Porque seguir viviendo vale más que morir</li><li>1. Aproximadamente iguales</li><li>2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo</li></ul>
<p><b>4. Deseo de intentar activamente el suicidio</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>0.Ninguno</li><li>1. Débil</li><li>2. Moderado a fuerte</li></ul>
<p><b>5. Deseos pasivos de suicidio</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida</li><li>1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad</li><li>2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida</li></ul>
<p><b>6. Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. Breve, periodos pasajeros</li><li>1. Por amplios periodos de tiempo</li><li>2. Continuo (crónico) o casi continuo</li></ul>
<p><b>7. Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. Raro, ocasional</li><li>1. Intermitente</li><li>2. Persistente o continuo</li></ul>

**8. Actitud hacia la ideación/deseo**

- 0. Rechazo
- 1. Ambivalente, indiferente
- 2. Aceptación

**9. Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out**

- 0. Tiene sentido del control
- 1. Inseguro
- 2. No tiene sentido del control

**10. Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)**

- 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
- 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
- 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos

**11. Razones para el intento contemplado**

- 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
- 1. Combinación de 0 y 2
- 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta

**12. Método (especificidad/planificación del intento contemplado)**

- 0. No considerado}
- 1. Considerado, pero detalles no calculados
- 2. Detalles calculados/bien formulados

**13. Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)**

- 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
- 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
- 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

**14. Sentido de <<capacidad>> para llevar adelante el intento**

- 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
- 1. Inseguridad sobre su valor
- 2. Seguro de su valor, capacidad

**15. Expectativas/espera del intento actual**

- 0. No
- 1. Incierto
- 2. Si

**16. Preparación actual para el intento contemplado**

- 0. Ninguna
- 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
- 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)

**17. Nota suicida**

- 0. Ninguna
- 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
- 2. Nota terminada

**18. Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)**

- 0. Ninguno
- 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
- 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales

**19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado**

- 0. Reveló las ideas abiertamente
- 1. Frenó lo que estaba expresando
- 2. Intentó engañar, ocultar, mentir

## BIBLIOGRAFIA

Aergeerts, B., Buntinx, F., Vandermeulen, C., Roelants, M., Fevery, J., Ansoms, S. (1999). Prevalence of alcohol abuse and alcohol dependence according to DSM-IV criteria in first year university students. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 143 (52), 2621-2624.

Amézquita, M. M., González P. R., Zuluaga, M. D. (2003). 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*. XXXII (4), 341-356.

Aragón, C., Miquel, M., Correa, M., Sanchis-Segura, C. (2002). Alcohol y metabolismo humano. *Adicciones*, 14 (1): 23-42.

Babor, T. F., Higgins-Biddle, C. J., Saunders, B. J., Monteiro, G. M. (2001). AUDIT *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria*. OMS. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias.

Banner, R. y Rich, A. (1988). A prospective investigation of suicidal ideation in collage student: A test model. *Suicide Life Threat Behave*, 18, 245-258.



Beck, A. T., Kovacs, M. (1979). Assessment of Suicidal Ideation: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B., Gary, E. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. Biblioteca de Psicología Desclee De Browwer S.A. Bilbao.

Bohn, M. J., Babor, T. F., Kranzler, H. R. (1995). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol* 56, 423-432.

Borges, G., Mondragón, L., Casanova, L., Rojas, E., Zambrano, J., Cherpitel, CH., Gutiérrez, I. (2003). Substance and alcohol use and dependence in a sample of patients from an emergency department in Mexico City. *Salud Mental*, 26 (1), 23-31.

Brown, T. R. & Sheran, T. J. (1972). Suicide prediction: A review. *Life-Threatening Behavior*, 12, 67-298.

Brunner, J., Bronish, T. (1999). Neurobiological correlates of suicidal behavior. *Fortschr Neural Psychiatry*, 67(9), 391-412.

Celis, A., Gómez, Z., Armas, J. (2003). Tendencias de mortalidad por traumatismos y envenenamientos en adolescentes: México 1979-1997. *Salud Pública de México*, 1, 8-15.

Comeche, M. I., Díaz, M. I., Vallejo, M. A. (1995). *Cuestionarios, inventarios, escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 194-200.

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. (2006). *Afrontando la realidad del suicidio. Orientaciones para su prevención* (1ª. Ed.) Madrid, España: Autor.

Conigrave, K., Hall, W., Saunders, J. (1995). The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. *Addiction*, 90, 1349-1356.

Cherpitel, C. J. (1995). Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *Journal of Studies on Alcohol* 56, 695-700.

Díaz, M. A., Díaz M. L. R. (2005) *Proyecto para la Identificación Temprana y el Tratamiento oportuno de bebedores excesivos en estudiantes de la UNAM: Manual para la aplicación del CIDI*. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.

Echeverría, S.V. L, Ruiz T. G., Salazar, G. M, Tiburcio S. M, Ayala V. H. (2005) *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones. (1ª Ed.) México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

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

García, E. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25 (3), 87-96.

Gómez, E. M, Caraveo, A. J. (1996). Instrumentos de diagnóstico en la epidemiología psiquiátrica. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 1,60-64.

González, M. S., Díaz, M. A., Ortiz, L. S., González, F. C., González, N. J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21-29.

Guibert, W. (2002). *El suicidio. Un tema complejo e íntimo*. Cuba, La Habana: Científico-Técnica.

Gutiérrez, G. A, Contreras M. C. (2008). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primera parte. *Salud mental*, 31(4), 321-330.

Hawley C, James D, Burkett P, Baldwin D, De Ruiter M, Priest R. (1991). Suicidal ideation as a presenting complaint associated diagnoses and characteristics in a casualty population. *Br J Psychiatry*, 159, 232-238.

Holford H. G. (1987). Clinical Pharmacokinetics of ethanol. *Clin Pharmacokinetics*, 13, 273- 92.

Ivis, F. J., Adlaf, E. M., Rehm, J. (2000). Incorporating the AUDIT into a general population telephone survey: A methodological experiment. *Drug & Alcohol Dependence*, 60, 97-104.

Izquierdo, M. (2002). Intoxicación alcohólica aguda. *Adicciones*, 14 (1), 175-193.

Jellinek, E. (1952). Phases of alcohol addiction. *Q J Stud Alcohol* 13(4), 673-684.

Johnston, L., O'Malley, P., Bachman, J. (1995). *National Survey results on drug use from the monitoring the future study, 1975-1994*, 2, NIH Publication N. 96-4027. Government Printing Office, Washington.

Jongitud, G. (2004). El suicidio: aspectos de prevención y de tratamiento. *Salud Mental. Información Clínica*, 15(10), 55-58.

Kaplan H, Sadock B, Cancro R. (1992). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ediciones, IIKK. Científicas y Técnicas.

Karam, E., Kypri, K., Salamoun, M. (2007). Alcohol use Hmong collage students: an International perspective. *Curr Opin Psychiatry*, 20, 213-221.

Kelly T, Cornelius J, Lynch k. (2002). Psychiatric and substance use disorders as risk factors for attempted suicide among adolescents: a case control study. Suicidal among adolescents: a case control study. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 32(3): 301-310.

Kessler, R. C., Borges, G., Walters, E. E. (1999). Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56, 617–626.

Koob, G. (1992). Drugs of abuse: Anatomy, pharmacology and function of reward pathways. *Trends Pharmacol Sci*, 13, 177-182.

Lazard, S. P. (1998). *Probabilidad de riesgo suicida en adolescentes masculinos que hayan perdido al padre por muerte o por abandono*. Tesis del Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM.

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

Martunen, M., Aro, H., Henriksson, M., Lonqvist, J. (1991). Mental disorders in adolescent suicide *Arch Gen Psychiatry*, 48, 834-839.

Medina-Mora, M., López, E., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon Rojas, E. (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 5, 87-14.

Medina-Mora, J. Natera, G., Juárez, F. (2005). Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes. *Salud Mental*, 28(2), 82-90.

Mariño, C., Berenzon, S., Medina-Mora, M. E. (2005). Síndrome de dependencia al alcohol: Comparación entre Hombres y mujeres. *Salud Mental*, 28 (3), 33-39.

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

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

O' Conell, D. y Patterson, H. (1989). A survey of current college alcohol abuse programs, attitudes and training needs. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 43 (2), 61-69.

Olivares, A. y Sánchez, A. (2004). El suicidio en estudiantes del área de la salud. Tesis para obtener el grado de licenciado en Psicología, FES-Iztacala, UNAM, México.

Organización Mundial de la Salud (1952). Comité de Expertos en Salud Mental, *Reporte núm. 48*, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (1994). *Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. 10ª revisión. Madrid. Ed. Meditor.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Prevención del suicidio: Trastornos Mentales y Cerebrales. Un instrumento para docentes y demás personal Institucional*. Recuperado el 9 de noviembre de 2008, de <http://www.who.int/mentalhealth/media/en/63.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Estudio de prevención multicentro sobre comportamientos suicidas. "Anexo 7. Breve intervención: sesión informativa sobre el suicidio"*, Protocolo de Supre-Miss. E. Rasillo Rodríguez trad. [Ginebra]: OMS. Recuperado el 1 de enero de 2009, de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/supre\\_miss\\_protocol\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supre_miss_protocol_spanish.pdf).

Organización Mundial de la Salud (2006). *Publicaciones y Documentos*. Extraído del sitio electrónico de la Organización Mundial de la Salud: [www.who.int/substance\\_abuse/publications/html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/html).

Pandey, G., Conley, R., Pandey, S., Goel, S., Roberts, R., Tamminga, A., Chute, D., Smialek, J. (1997) Benzodiazepine receptors in the postmortem brain of suicide victims and schizophrenic victims. *Psychiatry Res*; 71,137-149.

Paykel, E. S. et al. (1974). Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 124, 460–469.

Pérez, S. *El suicidio, comportamiento y prevención*. (1999). *Revista cubana Med Gen Integ*, 15 (2), 196-217.



Pulido, M., Arras, M., Beauroyre, Y., Cano, L., Coss, P., Romo, D., Vázquez, D., Villafuerte, D. (2002). Consumo de Drogas y Alcohol en Estudiantes de Licenciatura de dos Universidades Particulares de la Ciudad de México. *Psicología Iberoamericana*, 10 (2), 33-41.

Raistrick, D., Dunbar, G., Davidson, R. (1983). Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 78, 89-95.

Ranieri, W., Steer, R., Kovacs, M. (1987). Relationships of depression, hopelessness, and dysfunctional attitudes to suicide ideation in psychiatric patients. *Psycho Rep*; 61, 967-975.

Rehm, J., Monteiro, M. (2005). Alcohol consumption and burden of disease in The Americas-implications for alcohol policy. *Pan American Journal of Public Health*; 4 (5), 241-248.

Roberto, J., Masur, J. (1985). The Use of the Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) in Brazilian Alcoholic Patients. *British Journal of Addiction*, 80, 301-305.

Robins, E., Murphy, G., Wilkinson, R., Gassner, S., Kaves, J. (1959). Some clinical considerations in the prevention of suicide base don a study of 134 successful suicides. *Amer J Public Health*, 49, 888-898.

Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E. (1988). The Composite International Diagnostic Interview. An Epidemiologic Instrument Suitable for Use in Conjunction With Different Diagnostic Systems and in Different Cultures. *Arch Gen Psychiatry*, 45 (12), 1069-1077.

Roy, A., Lambariski, D., Dejong, J., Moore, V., Linnoila, M. (1990). Characteristics of alcoholics who attempt suicide. *Am J Psychiatry*, 147, 761-765.

Runeson, B., Besknow, J., Waern, M. (1996). The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatry Scand*, 93(1), 35-42.

Sarro, B. & De la Cruz C. (1991). *Los suicidios*. Barcelona: Martínez roca.

Sher, L., Oquendo, M., Galfalvy, H., Zalsman, C., Cooper, J., Mann, J. (2005). Higher cortisol levels in spring and fall in patients with major depression. *Prog Neuro Psychopharmacol Biol Psychiatry*, 29, 529-34.

Sinclair, M., McRee, B., Babor, T. F. (1992). Evaluation of the Reliability of AUDIT. University of Connecticut School of Medicine, Alcohol *Research Center*, (unpublished report).

Soloff, P., Lynch, K., Kelly, T., Malone, K., Mann, J. (2002). Characteristics of suicide attempt of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *Am J Psychiatry*, 157 (4), 601-8.

Soriano, J., García, D. (1997). *La evaluación cognitiva*. In: Caro Gabalda I, Editor. Manual de psicoterapias cognitivas. Paidós: Barcelona.

SS, INSP. *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. Cuernavaca Morelos, México: 2008.

Tapia, R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectiva* (2ª Ed.) México: Manual Moderno.

Terroba, G., Saltijeral, M., Del Corral, R. (1986). El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. *Salud Mental*, 5, 92-97.

Velasco, R. (1999). *Esa enfermedad llamada alcoholismo*. México: Trillas.

Villatoro, J., Medina-Mora, M., Hernández, M., Fleiz, C., Armador, N., Bermúdez, P. (2005). La encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y medio Superior de la Ciudad de México: Noviembre 2003. Prevalencia y Evolución del Consumo de Drogas. *Salud Mental*, 28(1), 38-51.

Westrin, A., Ekman, L., Traskman-Bendz, L. (2005). Alterations of corticotrophin releasing hormone (CRH) and neuropeptide Y (NPY) plasma levels in mood disorder patients with a recent suicide attempt. *Can J Psychiatry*; 48 (5), 289-300.