



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**ANSIEDAD E IDEACIÓN SUICIDA**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:  
GUILLERMO RAFAEL PULIDO ARENAS**

**DIRECTOR DE TESIS:  
MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO  
REVISOR DE TESIS:  
LIC. JORGE VALENZUELA VALLEJO  
ASESOR METODOLÓGICO:  
LIC. LUIS M. GALLARDO RAMÍREZ**



**® Facultad  
de Psicología**

**MÉXICO, D.F.**

**2012**



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.

## **DEDICATORIA**

*A una personita que con su llegada, fue el impulso y el motor para la realización de este trabajo. Ximena Pulido Rangel te amo hija esto es para tí.*

*A mis padres por darme la vida, por educarme dentro de principios y valores, por ser comprensibles y tolerantes conmigo, a mi padre Guillermo Pulido Campos gracias por nunca dudar de mi, a mi madre Teresa Arenas Piña por apoyarme.*

*A mis hermanos: Claudia, José, Joaquín. Esther, Alberto, Elena, Gabriela y Emmanuel por dejarme aprender de todos ellos, por impulsarme a seguir y no flaquear por sus consejos comentarios y apoyo gracias.*

*A mis sobrinos que quiero y estimo Oswaldo, Jesús y Fati.*

*A mis amigos que nunca se olvidaron de mí de darme una sugerencia comentario, una llamada de aliento, a mi amigo Guillermo Garrido, a Zaira Gtz, Juan Ramón Guerrero, y Nora Castro, y a todos los que participaron emotivamente conmigo en este proyecto tan importante para mi. GRACIAS POR TODO.*

## AGRADECIMIENTOS

*Primeramente quiero agradecerle a DIOS por darme la fuerza y la paciencia para realizar este proyecto que es tan importante en mi vida.*

*A la máxima casa de estudios la Universidad Nacional Autónoma de México y en especial a la Facultad de Psicología por darme la oportunidad de formarme y superarme tanto en mi vida profesional como personal.*

*A mi profesor y director de tesis al Mtro. Sotero Moreno Camacho por su enseñanza que me ha dejado por aceptar participar en este proyecto por creer y confiar en mí, por sus grandes y atinadas aportaciones a esta investigación y sobre todo por la paciencia para esta investigación.*

*A la Mtra. Blanca Girón por su amabilidad y tiempo brindado para este proyecto por sus observaciones y sugerencias tan puntuales y por ser participe de esta meta que hoy logro.*

*A la Lic. Araceli Mendoza por el aprendizaje brindado como profesora de esta institución, por sus comentarios amables respetuosos y bien dirigidos para la conclusión de esta tesis.*

*Al Lic. Luis Gallardo por su asesoría metodológica por ser parte fundamental en esta investigación por tus aportaciones consejos y enseñanzas para sobresalir ante las adversidades.*

*Al Lic. Jorge Valenzuela por impulsarme a realizar este logro, por sus consejos, por su confianza por enseñarme que cuando se quiere se puede, por motivarme a la hora que flaqueaba, por su amistad y profesionalismo.*

*A la Lic. Miriam Camacho por facilitarme la aplicación de mis instrumentos para la culminación de esta tesis y en especial a todos los alumnos de esta Facultad que ayudaron contestando.*

*A mis profesores y amigos que me apoyaron moralmente en todo este largo camino a mi prof. del cch vallejo Ariel Martínez, a mi prof. de la Sec. Alejandro Rebolledo.*

*A todos les doy gracias por dejarme aprender de ustedes por su amabilidad, comprensión y sinceridad por sus asesorías consejos y aportaciones y por compartir conmigo esta meta tan deseada.*

GRACIAS

## ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
<b>CAPÍTULO I ANSIEDAD</b>	
1.1 Definición de ansiedad.....	4
1.2 Componentes de la ansiedad.....	5
1.3 Causas de la ansiedad.....	7
1.4 Teorías de la ansiedad.....	8
1.5 Antecedentes de la ansiedad.....	14
1.6 Trastornos de la ansiedad.....	15
1.7 Técnicas para la reducción de la ansiedad.....	16
<b>CAPÍTULO II IDEACIÓN SUICIDA</b>	
2.1 Definición de ideación suicida.....	35
2.2 Conductas suicidas.....	37
2.3 Factores de riesgo para la conducta suicida.....	37
2.4 Definición del suicidio.....	39
2.5 Causas y componentes del suicidio.....	41
2.6 Teorías del suicidio.....	42
2.7 Clasificación internacional del suicidio.....	51
- DSM – IV.....	52
- CIE – 10.....	52
2.8 Correlatos psicosociales de depresión e ideación suicida.....	52
<b>CAPÍTULO III PROCESO METODOLOGICO</b>	
3.1 Justificación.....	54
3.2 Objetivo.....	55
3.3 Hipótesis.....	55
3.4 Variables.....	56
3.5 Muestra.....	57
3.6 Diseño.....	57
3.7 Instrumentos.....	57
3.7.1. I.D.A.R.E.....	58
3.7.2. S.P.S.....	58
3.8 Escenario.....	60
3.9 Procedimiento.....	60
<b>CAPÍTULO IV RESULTADOS</b>	
4.1 Análisis de resultados.....	61
4.2 Conclusiones.....	71
4.3 Limitaciones y sugerencias.....	75
4.4 Bibliografía.....	76
4.5 Anexos.....	79

## **RESUMEN:**

La presente investigación tuvo como objetivo determinar los diferentes niveles de ansiedad entre los estudiantes de Licenciatura de la Facultad de Psicología de la UNAM, Campus C.U. y si estos niveles de ansiedad están relacionados con ideas suicidas y así poder plantear soluciones para disminuir este tipo de fenómenos que trastornan de diversas formas a los estudiantes.

La muestra para esta investigación estuvo conformada por 250 estudiantes de Licenciatura de ambos sexos. Todos ellos voluntarios de la Facultad de Psicología de la (UNAM), Campus C.U. De primero a noveno semestre ya que la muestra fue tomada en el periodo comprendido de semestre 2011-2 donde solo se cursan semestres impares. Los instrumentos que se utilizaron para esta investigación fueron: El inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE). Spielberger, (1975). Y la Escala de Probabilidad de Riesgo Suicida (SPS). (Lazard, 1988).

Lo que se encontró en esta investigación, fue que si existe correlación entre el nivel de ansiedad y la ideación suicida, en los estudiantes de Licenciatura de la Facultad de Psicología de la UNAM.

También se encontró que nuestra muestra presenta una ansiedad relativamente estable al concepto de ansiedad rasgo descrito por Spielberger, (1975). Y que encontramos presencia de factores de suicidio como lo son desesperanza, hostilidad e ideación suicida.

Se recomienda incluir programas de prevención y tratamiento para la ansiedad entre los que existen diversas técnicas para la reducción de esta, y así poder evitar ideas suicidas en los jóvenes universitarios.

Palabras Clave: Ansiedad, Técnicas de Relajación, Ideación Suicida, Suicidio.

## INTRODUCCION

La vida actual en nuestra sociedad mexicana, en especial en la ciudad de México se caracteriza por una serie de factores que en algún momento son detonantes importantes de ansiedad. Entre la diversidad de estos factores podemos mencionar algunos como lo son: dependencias a horarios, las relaciones de pareja, compromisos sociales, presiones económicas, actividades académicas diversas, la presión por cumplir responsabilidades etc.

En México uno de los sectores mas vulnerables al fenómeno de la ansiedad son los estudiantes que cursan niveles superiores de educación quien ademas de los factores antes mencionados se agregan otros como: problemas familiares, problemas académicos, mayores responsabilidades, incertidumbre sobre el futuro próximo, pocas oportunidades de empleo, violencia, estos factores, pensamientos y sentimientos propios del individuo son detonantes de ansiedad y pueden llegar a convertirse en ideas suicidas en algún momento.

Diversos estudios representativos reportan que los estudiantes de niveles superiores expresan que la preocupación, la ansiedad, y el estrés son temas centrales en sus vidas; y se sabe que interfieren notablemente en la realización de tareas, el rendimiento académico, sus relaciones interpersonales y con sus ganas de vivir inclusive (Baer, 2002).

Con base en lo anterior y el interés propio en la juventud estudiantil especialmente en la población de la Facultad de Psicología de la UNAM, se decidió realizar esta investigación. En la que nuestro objetivo es saber si en los estudiantes de Licenciatura hay niveles de ansiedad que se relacionen con la ideación suicida y así poder contribuir con alguna propuesta que ayude a reducir este tipo de fenómenos.

A continuación se presenta la forma en que se integra esta investigación:

**CAPITULO I: ANSIEDAD.-** Se empieza por mencionar la definición de esta variable, sus componentes, las causas de la ansiedad, diversas teorías de la misma, historia, trastornos y se describen la técnicas que se han utilizado para la reducción de esta.

**CAPITULO II: IDEACIÓN SUICIDA.-** De igual forma se comienza por definir el concepto, conductas suicidas, factores de riesgo de las conductas suicidas, definición del suicidio, causas y componentes del suicidio, teoría del suicidio, clasificación internacional del suicidio y correlatos psicosociales de ideación suicida y depresión.

**CAPITULO III: PORCESO METODOLÓGICO.-** Describe los objetivos, las hipótesis que se plantean, variables, instrumento, escenario, y procedimiento.

**CAPITULO IV: RESULTADOS.-** Se presenta la descripción sociodemográfica, análisis estadísticos obtenidos, datos importantes, tablas, correlaciones, ente la ansiedad y la ideación suicida.

Además se integran los resultados obtenidos con una explicación y se contrasta con las diversas teorías de acuerdo al capítulo I y II.



# I. ANSIEDAD

## 1.1 Definición de Ansiedad

En gran parte de la literatura, angustia y ansiedad aparecen como términos sinónimos, y en algunas lenguas, como la alemana, solo existe un vocablo que agrupa indistintamente a los dos: *Angst*. La palabra ansiedad viene del latín *anxius* que es usado desde el año 1525 y sugiere una condición de agitación y distrés: el prefijo *anx* proviene de la palabra latina *angere* que significa estrangular. La palabra *anxius* se refiere a la sensación de estrangulamiento que es experimentada por los individuos ansiosos (Lewis, 1970: citado en Beck, 1985).

La ansiedad tiene multitud de definiciones. Los elementos comunes a la experiencia de ansiedad abarca: un estado emocional tenso caracterizado por una diversidad de síntomas, como dolor torácico, palpitaciones, disnea, un estado mental de anticipación a algún mal, la aprensión o miedo patológicos, las dudas propias sobre la naturaleza del peligro, la creencia de la realidad de la amenaza, y periodos con menos capacidad de afrontamiento.

La ansiedad es un estado emocional subjetivo y displacentero de características muy peculiares que en términos de respuesta se asemeja en gran medida al miedo; pero en la ansiedad el estímulo desencadenante es mucho más difuso y ambiguo, en ocasiones difícil de tratar. Se dice que es una respuesta emocional que se da ante situaciones que implican peligro para la supervivencia del organismo; el organismo se prepara de manera integral tomando en cuenta la relación mente – cuerpo, con la finalidad de afrontar dicha situación (Morales, 1992; Aguado 2006; Vila, 1996; Rojas 2002; y Goldman, 1996).

También se considera a la ansiedad como una respuesta a algo que nos sucede, el hecho de sentirla supone que nos interesamos y movilizamos nuestros recursos rápidamente. El miedo o la ansiedad ante un peligro real, por ejemplo un terremoto, un incendio, un huracán; permite movilizar al organismo para anticiparse o temer al posible peligro defendiéndose mediante la huida. El comportamiento que se da puede ser observado tanto en los demás como en nosotros mismos (Martín, 1999; Vila, 1996 y Linford, 1974).

Dadas las respuestas que se presentan en la ansiedad, esta se considera adaptativa para la vida ya que utilizamos nuestros recursos, es decir, supone la preparación del sujeto para enfrentarse a situaciones potencialmente peligrosas, estos recursos son los mecanismos con los que contamos los que controlan la vigilancia y cuya función adaptativa es la defensa del organismo (Martín 1999; Calle, 1990 y Rojas, 2002).

En un sentido biológico encontramos que la ansiedad es una respuesta adaptativa en un sistema de alarma, cuando es intensa, como en una situación de apremio el individuo experimenta una sensación de inquietud y aprehensión que se

acompaña de un aumento en la vigilancia del entorno, dificultad para concentrarse, un aumento en la tensión muscular y de numerosos síntomas autonómicos.

En la presente investigación se manejará la ansiedad como: una respuesta emocional o patrón de respuestas (triple sistema de respuestas) que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos (Tobal, 1990).

La respuesta de ansiedad puede ser emitida tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos al sujeto (respuestas anticipatorias), tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc, que son percibidos por el individuo como peligrosos y amenazantes.

## **1.2 Componentes de la Ansiedad**

**1.- Cognitivo:** Se refieren a pensamientos, ideas o imágenes de carácter subjetivo, así como su influencia sobre las funciones superiores:

- Preocupación.
- Miedo o temor.
- Inseguridad.
- Pensamientos negativos: inferioridad, incapacidad.
- Anticipación de peligro o amenaza.
- Dificultad para concentrarse.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, acompañada por dificultad para pensar con claridad.

**2.- Fisiológico:** Son consecuencia de la actividad de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo humano

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, accesos de calor.
- Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial opresión torácica.

- Síntomas gastrointestinales: vómitos, náuseas, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblores, hormigueo, dolor de cabeza, fatiga excesiva.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos y lipotimia.

**3.- Motor:** Corresponde a los componentes observables de conducta, fundamentalmente hacen referencia a las respuestas instrumentales de escape.

- Hiperactividad.
- Paralización motora.
- Movimientos repetitivos.
- Movimientos torpes y desorganizados.
- Tartamudeo y otras expresiones verbales.
- Huida y evitación.

En circunstancias normales, el sistema nervioso humano se encuentra preparado para advertir y movilizar al individuo en una de estas tres direcciones frente a una amenaza objetiva y físicamente peligrosa. Podemos luchar (atacar o defendernos de la fuerza o del objeto temido), huir (abandonar el campo) o quedarnos bloqueados (paralizados).

Sin embargo, el rasgo característico del paciente ansioso es la percepción de una amenaza poderosa y los elementos fisiológicos asociados cuando no existe un peligro real. En otras palabras la persona con un trastorno de ansiedad se ve amenazada y reacciona a ella pese a su inexistencia.

La ansiedad patológica se manifiesta cuando hay sufrimiento y las reacciones que se presentan son desproporcionadamente intensas o persistentes durante un tiempo excesivo, que gravemente perturba la conducta adaptativa, también hay una perturbación del funcionamiento psíquico y social del individuo.

En algunos casos extremos, recluye o invalida socialmente a quien la padece; el individuo no es capaz de lidiar con sus síntomas ansiosos, es una reacción a una

equivocación trascendente: la lectura de un peligro máximo o la posibilidad de perder la vida, sin una presencia real desencadenante, pero fuera de los parámetros biológicos, la ansiedad patológica aparece como reacción ante estímulos erróneos, ante una equivocada interpretación de los mismos, o ante su simple percepción anómala y/o aberrante, interna o externa, resulta totalmente contraproducente pues el estado alterado de orden cognitivo y emocional, que abarca pensamientos y sentimientos, alcanzado en un momento ansioso.

Así como los síntomas fisiológicos, conductuales y sociales parecen demostrar que no hacemos otra cosa que preparar con todos los elementos psicofisiológicos que disponemos, la defensa más organizada posible de nuestra existencia ante estímulos que probablemente son percibidos como amenazantes pero en realidad no lo son, la cual lleva a un gasto de energía e intranquilidad innecesaria. Se puede producir la ansiedad patológica sin que haya un peligro real (Luengo, 2005 y Heinze, 2003).

### 1.3 Causas de la Ansiedad

Según Kaplan y Sadock (1999), los factores que influyen en el desarrollo de los trastornos de ansiedad en una determinada persona son los siguientes:

- **Genéticos:** Los pacientes con trastornos de ansiedad tienen una patología cerebral funcional demostrable y esta tiene una relación causal con los síntomas de ansiedad. Los estudios genéticos han aportado datos sólidos de que al menos un componente genético contribuye al desarrollo de los trastornos de ansiedad. Casi la mitad de los pacientes con trastornos de ansiedad tienen al menos un pariente afectado. Otros trastornos de ansiedad indican una frecuencia más alta de la enfermedad en parientes de primer grado de parientes afectados que en los parientes de personas no afectadas. Los trastornos de ansiedad están al menos en parte determinados genéticamente.
- **Biológicos:** Los factores biológicos postulan que la estimulación del Sistema Nervioso Autónomo en algunos casos de ansiedad causan ciertos síntomas cardiovasculares, musculares, gastrointestinales y respiratorios. La ansiedad del Sistema Nervioso Central precede a las manifestaciones periféricas de ansiedad, excepto cuando existe una causa específica periférica. Se muestra también un incremento en el tono simpático, se adapta lentamente a la estimulación continuada y responde excesivamente a la estimulación moderada. Los tres neurotransmisores más importantes asociados a la ansiedad son la noradrenalina, la serotonina y el ácido gammaaminobutírico (GABA).

Algunos estudios de imagen cerebral como la tomografía computarizada y la resonancia magnética. Han mostrado incrementos ocasionales en los ventrículos cerebrales de pacientes con ansiedad. En otro estudio se descubrió un defecto específico en el lóbulo temporal derecho; se han presentado hallazgos anómalos

en el hemisferio derecho pero no en el izquierdo, esto sugiere que algún tipo de asimetría cerebral puede ser relevante en el desarrollo de síntomas de ansiedad en determinados pacientes.

- **Psicosociales:** Existen diversas teorías que manejan estos factores: una de ellas es la conductual que propone que la ansiedad es una respuesta aprendida bien por la conducta de imitación hacia los padres o a través del proceso del condicionamiento clásico; también se postula la relación entre las sensaciones de síntomas somáticos y la génesis de ansiedad.

En estudios realizados se ha encontrado que las mujeres tienen una probabilidad dos o tres veces mayor que los hombres de ser afectados por trastornos de ansiedad. El único factor social identificado que contribuye a el desarrollo de algún trastorno es el de una historia reciente de divorcio o separación. Los trastornos de ansiedad suelen desarrollarse en adultos jóvenes, aunque pueden presentarse en otra edad.

## 1.4 Teorías de la Ansiedad

### 1.4.1 Teoría Psicoanalítica.

En la obra de Sigmund Freud se pueden distinguir tres periodos en las concepciones sobre la angustia (Greenwell 1976):

- 1.- 1893 a 1895 alrededor de la neurosis de angustia y de sus relaciones con la vida sexual.
- 2.- 1909 a 1917 relación entre angustia y libido reprimida.
- 3.- 1926 relación de la angustia con el aparato psíquico.

#### **Primer periodo:**

Freud plantea inicialmente que toda neurosis posee una etiología sexual. Él explica que la ansiedad, por las frustraciones de la libido y por las prohibiciones del *super yo*, es una señal de peligro dirigida del *yo* es decir a la personalidad consciente e inconsciente la cual advertida de esta forma puede responder con medidas adecuadas o movilizandoo sus mecanismos de defensa.

La causa principal de la formación de angustia reside según Freud, en el hecho de que el afecto sexual no puede ser formado y la tensión física no puede ligarse psíquicamente. La angustia aparecería como un sustituto de la representación faltante, sustituto somático, como lo indican la fenomenología y la sintomatología de la angustia.

Se produce aquí una inversión de las relaciones que existen en estado normal de coito, mientras que en este último caso, la vía principal de descarga es psicosexual y la vía secundaria somática (disnea, aceleración cardiaca etc.), en la angustia la vía secundaria de descarga se transforma en la principal.

Esta claro que todos los mecanismos pendientes a la acumulación cuantitativa agravan la situación; pero el trastorno esencial reside en la imposibilidad para la excitación somática de ser elaborado psíquicamente. La excitación somática es desviada hacia otras vías por la vía psíquica.

### **Segundo periodo:**

Si la angustia responde a una aspiración libidinal reprimida, no es esta aspiración misma. La represión, es el motivo de su transformación en la angustia. Entonces la represión es inseparable de una situación de peligro, por lo que la hipótesis mecanicista de la neurosis de angustia se revela insuficientemente. La angustia neurótica es distinta, aparentemente nada la justifica, bajo el signo de la auto conservación la amenaza viene de otro lado.

La angustia patológica se manifiesta esencialmente bajo dos formas: una angustia flotante (donde el peligro se encuentra por todos lados y otra la angustia circunscrita donde el peligro esta localizado). Esta comparación permite encontrar dos estados de angustia: la angustia donde toda maniobra es evidentemente impotente por el hecho de la carga del yo por el afecto y la angustia moderada en cierta medida por la evitación de la situación angustiosa, mecanismo de defensa puesto en marcha por el yo.

### **Tercer periodo:**

Freud sostiene en esa época una serie de proposiciones.

- La angustia tiene su ubicación en el yo. Solamente el yo puede experimentar angustia. La fuente de esta angustia puede encontrarse en el mundo exterior, en el *ello* y en el *super yo*.
- No es la represión la que produce la angustia, sino la angustia es la que produce la represión.
- La señal de displacer suscita por parte del yo una reacción pasiva o activa.
- La energía de la existencia pulsional puede seguir diversos destinos.
- El yo en su relación de conjunción o de disyunción con el *ello* esta por una parte, bajo la dependencia de este, pero por otra parte se revela menos impotente de lo que pareciera puesto que esta preparado para poner en marcha la represión por desencadenamiento de la señal de alarma.
- La angustia neurótica es causada por la aparición en el psiquismo de un estado de gran tensión sentida como displacer en la cual la liberación por descarga es imposible.
- La evolución libidinal implica que el peligro corrido no es el mismo en las diferentes etapas del desarrollo.

- El peligro de abandono psíquico coincide con el despertar del *yo*, el peligro de pérdida de objeto con la dependencia infantil, el peligro de castración con la fase fálica y el miedo al *super yo* con el periodo de latencia.
- La angustia depende del doble dispositivo de la represión originaria y posterior.
- Los dos aspectos de la angustia, señal de alarma o expresión de una situación traumática responde al papel jugado por las instancias.

Freud (1926), refiere que la angustia es un estado displacentero particular, con acciones de descargas que siguen determinadas vías; en la base de la angustia existe un incremento de excitación que da lugar al carácter displacentero y por otra parte es aligerada mediante descargas que siguen diferentes caminos. La angustia es una reacción inherente a todos los organismos porque llena una función indispensable desde el punto de vista biológico, como una reacción frente al estado de peligro. En lo sucesivo se producirá cuando un estado semejante vuelva a presentarse.

La angustia es considerada como una señal deliberada del *yo* hecha con el propósito de influir sobre la instancia placer – displacer. Esta angustia es un estado afectivo que solo puede ser registrada por el *yo* pues es una organización. Freud hizo una distinción entre tres tipos de ansiedad: la ansiedad real se refiere a un peligro real en el mundo externo; la ansiedad neurótica se refiere al temor de que los impulsos internos no pueden ser controlados y la ansiedad moral es un temor a los castigos de la propia consciencia. Todas tienen su base en la ansiedad real a fin de que un individuo afronte la ansiedad, el *yo* (consciente e inconsciente) desarrolla mecanismos de defensa que son procedimientos que previenen la ansiedad e impiden la percepción consciente de esta.

#### **1.4.2 Teoría Cultural**

En esta corriente la ansiedad se origina como una reacción ante la amenaza interna, la cual es producto de las exigencias culturales y es desarrollada en su mayor parte por psicoanalistas.

Karen Horney (1945), menciona que la ansiedad básica se caracteriza como un sentimiento de ser insignificante, en peligro, en una cultura que ofrece ataques, traiciones, insultos. Esta ansiedad puede estar oculta por una convicción superficial de que la gente es estimable. También menciona que las consecuencias de la ansiedad básica es el aislamiento moral que coincide de una sensación de intrínseca debilidad del ego; significa un debilitamiento de la base misma de la confianza en sí e invariablemente, la consecuencia es que el sujeto tiene que dedicar la mayor parte de sus energías en adquirir confianza. Como la ansiedad tiende a hacerse insoportable, existen varios medios de escapar de ella o al menos de intentarlo. Según Horney, hay en la cultura cuatro medios principales de protección contra la ansiedad: afecto, sumisión dominio y retirada, estos rumbos están relacionados entre si, se refuerzan mutuamente y crean

conflictos. En las neurosis, el deseo de afecto y el deseo de dominio desempeñan los papeles más importantes.

En la cultura existen cuatro medios principales de huida de la ansiedad que son racionalizándola, negándola, narcotizándola, y evitando los pensamientos, sentimientos, impulsos y situaciones que lo provocan.

Cualquiera de estos cuatro medios pueden ser eficaces para procurar confianza, si las circunstancias son favorables y no surgen conflictos.

Harry Stack Sullivan tiene la hipótesis de que la angustia hace hincapié en las relaciones interpersonales. Así este concepto de la ansiedad tiene un significado social debido a que surge como la expresión de disyuntiva que tiene para el individuo desarrollarse en su relación con los otros, es por tanto, una experiencia de tensión.

### **1.4.3 Teoría Conductual**

Según la teoría conductual la ansiedad es una respuesta condicionada a estímulos ambientales específicos. Los psicólogos conductistas proponen que la ansiedad es una conducta aprendida. Según la teoría del aprendizaje, la angustia constituiría la respuesta condicionada (aprendida) hacia aspectos del medio ambiente que se asocian con el peligro.

Dollard y Millar, no le dan importancia a los factores hereditarios y constitucionales, sino a la historia de reforzamientos de los sujetos, hablando de la ansiedad como un miedo, como origen, ha sido borrado por la inhibición que hace imposible que el individuo etiquete verbalmente el estímulo particular que ocasiona su miedo incondicionado.

Eysenck, define a la ansiedad como un miedo condicionado. Y el que unas personas estén más ansiosas que otras, según este autor, se debe a factores hereditarios y constitucionales que determinan la sensibilidad de las personas.

### **1.4.4. Teoría Cognitivo Conductual**

Aarón T. Beck inicia el desarrollo de la que denominó "Terapia Cognitiva" a principio de la década de los sesenta (1962) en la Universidad de Pensylvania, como una psicoterapia para la depresión, breve y orientada al presente. El modelo coincidía con el concepto de la mediación cognitiva propuesto por Albert Ellis en 1956.

Actualmente la Terapia Cognitiva en las mismas escuelas fundadoras ha superado algunas concepciones originales, ha incorporado una visión constructivista, ha adoptado nuevos recursos y se puede considerar "pos-racionalista".



La Terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1962; Beck, 1964).

Por lo tanto, la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan y piensan sobre una situación. La situación por sí misma no determina directamente cómo se sienten; su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación, (Beck, J, 1995).

Lazarus y Aberil (1972), han definido la ansiedad como una emoción basada en la valoración del temor, una valoración que vincula elementos simbólicos, anticipatorios e inciertos. Son precisamente mecanismos cognitivos que median entre el estímulo estresante y la respuesta emocional; lo que permite distinguir la ansiedad de otras emociones de ansiedad afines. La estimación o la evaluación cognoscitiva de la fuente del estresor está supeditada a dos clases de variables: situacionales y disposicionales.

Epstein (1972) propone que la ansiedad es un estado desagradable de excitación (arousal) difusa que sigue a la percepción de la amenaza donde las tres condiciones básicas para la aparición de estados de ansiedad son: hiperestimulación primaria, incongruencia cognitiva y respuesta desajustada.

#### **1.4.5. Teoría Factorialista**

Catell junto con Sélter, han realizado estudios donde emergieron dos tipos distintos de factor de ansiedad a los cuales denominaron rasgo de ansiedad (característica) y estado de ansiedad (la situacional).

Fenichel, afirma que la experiencia previa del individuo así como los factores constitucionales influyen en la capacidad y el control cuando el sujeto se encuentra expuesto ante alguna tensión crónica o acontecimientos abrumadores repentinos que no son controlables, se crean sensaciones de ansiedad sumamente dolorosas y ponen en marcha intentos patológicos y arcaicos para controlar lo que no puede ser controlado en forma habitual. Se crea un especie de régimen de descarga de emergencia en parte como una función automática contra la voluntad del yo, sin participación de este y en parte de las fuerzas reservantes (y las restauradas) del yo.

Las personas que padecen de una ansiedad rasgo muy alta como pueden ser los psiconeuróticos, o las que padecen depresión casi todo el tiempo se encuentran en un estado de ansiedad y también tienen defensas contra la ansiedad pero rara vez los libera de ella.

Coleman (1964), ha hecho notar que ciertas situaciones de tensión psicológica y de debilidad de la personalidad pueden intervenir en la precipitación de las reacciones de ansiedad. Cuatro de ellas son comunes:

- Amenazas a las finalidades de la vida o de la situación actual.
- Amenazas de la irrupción de deseos peligrosos.
- Sentimiento de culpa y el temor al castigo.
- Reactivación de experiencias traumáticas anteriores.
- Decisión que despierta ansiedad.

Para Whittaker (1970), la ansiedad con su atención obsesiva puede surgir ante, frustraciones o dilemas en alguno de los principales problemas de la vida. El autor dice que ante situaciones bélicas el individuo presenta en forma conjunta miedo, angustia y trastornos afectivos, así como expresiones fisiológicas iguales, aunque la angustia en realidad se origina en amenazas internas, el individuo lo atribuye a alguna fuente exterior real.

Se debe tomar en cuenta que los seres humanos contamos con límite de tolerancia a la ansiedad y cuando se llega a este, algunos sujetos pueden reaccionar primitivamente intentando huir, o de acuerdo al modo de ser del sujeto mantener una conducta aceptable a la realidad.

Para Spielberger (1979), las sensaciones de incertidumbre, temor, nerviosismo, y preocupación al igual de los cambios fisiológicos y conductuales como los temblores, las palpitaciones y las náuseas, frecuentemente constituyen los síntomas de ansiedad. Spielberger, define dos dimensiones distintas de la ansiedad: la ansiedad rasgo que indica como se siente el individuo generalmente y la ansiedad estado donde describen como se sienten en un momento dado.

La ansiedad estado (A- Estado) es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos y que son conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctúan a través del tiempo. La ansiedad rasgo (A- Rasgo) se refiere a las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado.

### **1.4.5. Teoría Existencialista**

Para esta corriente, la ansiedad se refiere al presente y al futuro en general, aparece, ante las amenazas de la integridad existencial.

Para Rollo May (1961), la ansiedad es la aprehensión originada por la amenaza de algún valor que el individuo considera esencial para su existencia. Dice que una reacción de ansiedad se puede considerar normal cuando es proporcional al peligro objetivo y no implica represión u otros mecanismos de defensa: y la ansiedad neurótica surgida como respuesta a un miedo igualmente objetivo, solo que la reacción a éste sería de una magnitud desproporcionada.

### **1.5 Antecedentes históricos de la ansiedad**

La ansiedad se remonta a los orígenes de la humanidad. Quizá por este carácter tan universal como parte de la condición humana, los médicos de la antigüedad la omitían de la lista de las enfermedades mentales.

La ansiedad, tal como la entendemos, solía unirse al concepto de la melancolía en la época medieval y en el Renacimiento, al mismo tiempo, estos trastornos de ansiedad, como lo dominamos hoy, no solían motivar la asistencia dentro de ninguna institución sanitaria.

El término ansiedad se incorporo al léxico médico de las enfermedades mentales en lo indicios del siglo XVIII (no es imposible precisar el momento exacto). Es casi imposible hablar de “psiquiatría” porque entonces esta palabra no conformó parte del vocabulario médico hasta que Johann Reil la acuñó en 1880. El primer tratado de sobre psiquiatría en inglés corresponde a William Batiie (1703 – 1776), el que separa la “locura” de la “ansiedad”. Defendía la idea de que la ansiedad debía entenderse sobre un todo con sentido corporal, más que mental, (Sterin, D. Hollander, E, 2004).

Era una visión muy biológica de los trastornos mentales. De la impresión que la gente concedía menos importancia al estrés psicológico, subyacía a sus enfermedades y tendía a somatizar, en parte por lo que podían ver y otra porque las enfermedades somáticas eran la únicas que los médicos estaban dispuestas a escuchar y tratar.

Los primeros años del siglo XIX hubo un cambio dentro del campo de la salud mental: de la atención solo a lo corporal, o lo que podían observar se pasó al estudio de las posibles causas psicológicas.

Landre – Beauvais en 1813 empleó en Francia, el término Agnoisse para nombrar a los estados de ansiedad y lo definió como “cierto malestar, inquietud o agitación excesiva” que podía, acompañar a trastornos agudos o crónicos y a expresiones psicológicas o somáticas de la ansiedad (Berrios y Link, 1995; citado en Sterin, D, J.Hollander, E, 2004).

En la segunda mitad del siglo XIX se extendió la idea de que la ansiedad, en sus formas más intensas o persistentes, merecía ocupar un lugar propio dentro de la psiquiatría y la psicología.

Sigmund Freud en 1895, acuñó por primera vez el término “Neurosis de la Ansiedad” usándolo para describir al conjunto sintomático que presentaba:

Irritabilidad general, vértigo, parestesias, sudoración palmar y excesiva en general y dificultad de respirar. Mencionó que el Síndrome podía ser de carácter crónico o podía también desarrollarse como crisis menores (Sterin, D. J, Hollander, E., 2004).

Tras la notificación por Freud de su teoría, la ansiedad se consideraba más bien como una señal de alarma indicativa de un peligro para el equilibrio y el bienestar.

Durante la segunda guerra mundial, se transfirió por primera vez a los soldados que presentaban estos síntomas a un psiquiatra y no un internista, considerándose la reacción de ansiedad como diagnóstico (Pinedo Rivas, H. 1997).

Frederick Skinner en 1938, explicó la ansiedad como una manifestación de la respuesta condicionada a una situación temida.

En el año de 1980, con la llegada del DSM III ( Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) se separó la neurosis de angustia en categorías diagnósticas diferentes el trastorno por ansiedad, y el trastorno de ansiedad generalizada.

Actualmente, el DSM – IV- TR separa los Trastornos de Angustia en: Trastorno Angustia con o sin Agorafobia, Agorafobia sin Historia de Trastornos por Angustia, Fobia Específica, Fobia Social, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno por Estrés Post Traumático, Trastorno por Estrés Agudo, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno por Ansiedad debido a Enfermedad Médica, Trastorno por Ansiedad Inducido por Sustancias y Trastorno por Ansiedad no Específica (Massana Ronquillo, J. 2005).

## **1.6 Trastornos de la Ansiedad**

### **1.6.1. Concepto**

Un trastorno de la ansiedad se define cuando una persona desencadena sus mecanismos de alerta sin ningún motivo que lo justifique; existe la presencia predominante de síntomas de ansiedad, siendo estos irracionales y excesivamente intensos, persistentes y perturbadores para la persona.

Los trastornos de ansiedad pueden manifestarse de diferentes formas, constituyendo cuadros o síndromes más específicos.

El Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV R) (APA 2002). establece la siguiente clasificación de los trastornos de ansiedad:

### **1.6.2. Crisis de angustia (ataque de pánico)**

Las crisis de angustia suelen aparecer en el contexto de diversos trastornos de ansiedad, así como en el de otros trastornos mentales.

La característica principal de una crisis de angustia es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, en ausencia de peligro real, que se acompaña al menos de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (habitualmente en 10 minutos o menos), acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar.

Los 13 síntomas somáticos o cognoscitivos están constituidos por:

- 1.- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
- 2.- Sudoración
- 3.- Temblores o sacudidas
- 4.- Sensación de ahogo o falta de aliento
- 5.- Sensación de atragantarse
- 6.- Ansiedad o malestar torácico
- 7.- Nauseas o molestias abdominales
- 8.- Inestabilidad, mareo o desmayo
- 9.- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- 10.- Miedo a perder el control o volverse loco
- 11.- Miedo a morir
- 12.- Parestesias (sensaciones de adormecimiento o cosquilleo)
- 13.- Escalofríos sofocantes

Las crisis reúnen los restantes criterios, pero presentan menos de cuatro de estos síntomas, se denominan crisis sintomáticas limitadas.

Existen tres tipos característicos de crisis de angustia:

- Crisis de angustia inesperadas (no relacionadas con estímulos ambientales): se definen como aquellas en las que el individuo no asocia su inicio con un desencadenante situacional externo o interno (es decir, el ataque es percibido como espontáneo y sin ninguna causa).

- Crisis de angustia situacionales: se definen como las que aparecen durante o en anticipación a la exposición a un desencadenante situacional (estímulos ambientales).
- Crisis predisuestas por la situación determinada: son similares a las crisis de angustia situacionales, si bien en ellas no siempre está la asociación con el estímulo ni tampoco siempre el episodio aparece inmediatamente después de exponerse a la situación.

### **1.6.3. Agorafobia**

La agorafobia suele aparecer en el contexto del trastorno de angustia con agorafobia y en la agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

La característica esencial de la agorafobia es la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia puede no disponer de ayuda. Esta ansiedad suele conducir de forma típica a comportamientos permanentes de evitación de múltiples situaciones, entre los que cabe citar el estar solo dentro o fuera de la casa, mezclarse con la gente, viajar en automóvil, autobús o avión, o encontrarse en un puente o en un ascensor.

Algunos individuos son capaces de exponerse a las situaciones temidas, si bien está experiencia les produce un considerable temor. A menudo, estos individuos les resulta más fácil encarar las situaciones temidas si se hallan en compañía de un conocido.

El comportamiento de evitación de estas situaciones puede conducir a un deterioro de la capacidad para efectuar actividades relacionadas con el trabajo en el hogar.

### **1.6.4. Trastorno de angustia**

La característica esencial del trastorno de angustia es la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas, seguidas de la aparición, durante un período como mínimo de un mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones y consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis.

La frecuencia y gravedad de las crisis de angustia varían ampliamente, algunos individuos las presentan con una periodicidad moderada (por ejemplo, una vez a la semana), otros las padecen más frecuentes (por ejemplo, cada día durante una semana).

Los individuos con trastornos de angustia acostumbran anticipar un desenlace catastrófico como resultado de síntomas o efectos farmacológicos secundarios cuya importancia real es de carácter leve. Asimismo, suelen mostrarse menos tolerantes con los efectos secundarios de los fármacos y suelen exigir controles clínicos continuos para seguir tomando una medicación.

En algunos casos la pérdida o la afectación de algunas relaciones interpersonales importantes (por ejemplo, el divorcio) se relacionan con el inicio o la exacerbación de un trastorno de angustia.

Una de las consecuencias frecuentes de este trastorno es la presencia de desmoralización, que lleva a muchos individuos a sentirse desmotivados, avergonzados e infelices por las dificultades que experimentan al llevar a cabo sus actividades diarias.

### **1.6.5. Trastorno de angustia sin agorafobia**

Los criterios para el diagnóstico de este trastorno son los siguientes:

- Existen crisis de angustia inesperadas
- Al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes o más de uno, o más de los siguientes síntomas:
  - a) Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.
  - b) Preocupación por las implicaciones de las crisis o sus consecuencias.
  - c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.
    - Ausencia de agorafobia
    - Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas o fármacos) o una enfermedad médica (por ejemplo hipertiroidismo).
    - Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por presencia de otro trastorno mental.

### **1.6.6. Trastorno de angustia con agorafobia**

Los criterios para el diagnóstico de este trastorno son los siguientes:

- Existen crisis de angustia inesperadas
- Al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes o más de uno, o más de los siguientes síntomas:
  - a) Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.
  - b) Preocupación por las implicaciones de las crisis o sus consecuencias.
  - c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.
    - Presencia de agorafobia
    - Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas o fármacos) o una enfermedad médica (por ejemplo hipertiroidismo).
    - Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por presencia de otro trastorno mental.

### **1.6.7. Agorafobia sin historia de trastorno de angustia**

Las características esenciales de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia son similares a los trastornos de angustia con agorafobia, excepto en el hecho de que existe temor a la aparición de síntomas similares a la angustia o crisis, con la sintomatología limitada, incapacitante o extremadamente embarazosa, pero nunca crisis de angustia completa. Los individuos con este trastorno presentan agorafobia. Los síntomas similares a la angustia incluyen cualquiera de los 13 síntomas correspondientes a las crisis de angustia, o bien otros síntomas que pueden resultar incapacitantes o embarazosos (por ejemplo pérdida del control del esfínter urinario, vomitar en público).

Para efectuar este diagnóstico, nunca deben haberse cumplido los criterios diagnósticos de trastorno de angustia completo y el cuadro sintomático no ha de ser secundario a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.

La agorafobia sin historia de trastorno de angustia se diferencia del trastorno de angustia con agorafobia por la ausencia de antecedentes de crisis de angustia inesperada y recidivante.



### 1.6.8. Fobia específica

La característica esencial de la fobia específica es un miedo intenso y persistente a los objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritos. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. Esta respuesta puede adquirir la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

Los individuos con este trastorno reconocen que este temor es excesivo e irracional cuando se encuentra en presencia de objetos o situaciones específicas o bien cuando anticipa su aparición. En la mayoría de las ocasiones el estímulo fóbico es evitado, si bien, a veces puede experimentarse aunque con sumo terror. El diagnóstico es correcto sólo si este comportamiento de evitación, miedo, ansiedad, o anticipación, en relación con el estímulo fóbico interfiere significativamente con las actividades cotidianas del individuo, con sus relaciones laborales y sociales, o si la existencia de esta fobia provoca un malestar evidente.

Existen diferentes subtipos para indicar el objeto de miedo o evitación a la fobia específica:

- **Tipo animal:** El miedo hace referencia a los animales o insectos. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.
- **Tipo ambiental:** El miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.
- **Tipo sangre – inyecciones – daño:** El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este tipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal.
- **Tipo situacional:** El miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coches, o recintos cerrados. El inicio de este trastorno sigue una distribución bimodal, con un pico de mayor incidencia en la segunda infancia y otro a mitad de la tercera década de la vida.
- **Otros tipos:** El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad: fobia a los espacios y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.

Existe un riesgo mayor a presentar fobias específicas en los familiares de los individuos que padecen este tipo de fobias.

De forma característica, en la fobia específica a diferencia del trastorno de angustia con agorafobia, el individuo no presenta una ansiedad permanente, toda vez que el miedo se limita a objetos y situaciones específicas.

### **1.6.9. Fobia social**

La característica esencial de este trastorno es el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas. La exposición a estos estímulos produce casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. Dicha respuesta puede tomar forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con la situación determinada. Los individuos que padecen el trastorno reconocen que este temor resulta excesivo e irracional.

En la mayoría de las ocasiones, las situaciones sociales o actuaciones en público acaban convirtiéndose en motivos de evitación, si bien otras veces el individuo puede soportarlas aunque experimentando sumo terror.

El diagnóstico puede efectuarse solo en casos en los que el comportamiento de evitación, el temor a la ansiedad de anticipación interfieran marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales y su vida social, o bien genera un malestar clínicamente significativo. En las personas mayores de 18 años los síntomas deben haber persistido como mínimo durante seis meses antes de poder diagnosticar una fobia social.

Entre las características comúnmente asociadas a la fobia social encontramos la susceptibilidad a la crítica, a la valoración negativa por parte de los demás y al rechazo; la dificultad para autoafirmarse, la baja autoestima y los sentimientos de inferioridad. Los individuos con fobia social también acostumbran a temer a las evaluaciones indirectas, por ejemplo, los exámenes. A veces muestran pobres habilidades sociales (por ejemplo, les cuesta mantener la mirada de otras personas) o signos objetivables de ansiedad (por ejemplo, las manos frías y pegajosas, temblores voz vacilante).

### **1.6.10. Trastorno Obsesivo Compulsivo**

La característica esencial del trastorno obsesivo – compulsivo es la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente y lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas (que ocupan más de una hora al día), o un deterioro de la actividad general (que interfieren con la rutina diaria del individuo, su rendimiento laboral o sus actividades sociales) o un malestar clínicamente significativo. En algún momento del curso del trastorno el individuo reconoce un malestar significativo, también racionaliza que estas obsesiones o compulsiones son exageradas e irracionales.

- **Obsesiones:** Se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos. Esta cualidad intrusa e inapropiada que caracteriza las obsesiones se ha venido a denominar “egodistónica”. Este concepto hace referencia a la sensación que tiene el individuo de que el contenido de la obsesión es ajeno fuera de su control y no encaja en el tipo de pensamientos que él esperaría tener. Sin embargo, el individuo es capaz de reconocer que estas obsesiones son el producto de su mente y no vienen impuestas desde fuera.

Las obsesiones más frecuentes son ideas recurrentes que versan sobre temas como la contaminación, dudas repetitivas, la necesidad de disponer las cosas según de un orden determinado, impulsos de carácter agresivo u horroroso y fantasías sexuales.

Estos pensamientos rara vez se relacionan con hechos de la vida real. El individuo que tiene obsesiones intenta con frecuencia ignorar o suprimir estos pensamientos o impulsos o bien neutralizarlos mediante otras ideas o actividades (es decir compulsiones).

- **Compulsiones:** Se definen como comportamientos o actos mentales de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación. En la mayoría de los casos la persona se siente impulsada a realizar la compulsión para reducir el malestar que lleva consigo una obsesión determinada o bien para prevenir algún acontecimiento o situación negativa.

Por definición, las compulsiones resultan claramente excesivas o no están conectadas de forma racional con las ideas que deben neutralizar o prevenir.

Además en este trastorno las preocupaciones hipocondríacas son frecuentes, traduciéndose en visitas repetidas al médico para que esté descartado cualquier enfermedad. También puede haber sensación de culpa, sentimientos patológicos de responsabilidad y trastornos del sueño. Cabe observar asimismo un consumo excesivo de alcohol o fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La realización de los actos compulsivos pueden convertirse en una de las principales actividades diarias del individuo, traduciéndose en problemas conyugales, laborales, o sociales. Los comportamientos permanentes de evitación pueden conducir a un confinamiento total en su propio hogar.

### 1.6.11. Trastorno por estrés postraumático

La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio, peligro de muerte, o heridas graves.

La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, la desesperanza y horrores intensos.

El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático, de evitación constante de los estímulos asociados a el y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo, y de síntomas persistentes de activación (aurosal). El cuadro sintomático completo debe estar presente más de un mes y provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen (aunque no de forma exclusiva):

- Los combates en el frente de guerra.
- Ataques personales violentos (agresión sexual y física, atracos, robo de propiedades).
- Ser secuestrado.
- Ser tomado como rehén.
- Torturas.
- Encarcelamientos como prisioneros de guerra o internamientos en campos de concentración.
- Desastres naturales o provocados por el hombre.
- Accidentes automovilísticos.
- Diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales.

El sujeto con este trastorno padece constantemente síntomas de ansiedad o aumento de la activación (aurosal), que no existía antes del trauma. Entre estos síntomas encontramos:

- Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- Irritabilidad o ataques de ira.
- Dificultad para concentrarse o ejecutar tareas.

- Hipervigilancia.
- Respuestas exageradas de sobresalto.

Las siguientes especificaciones pueden utilizarse para concretar el inicio y la duración de los síntomas del trastorno por estrés postraumático:

- Agudo: Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es inferior a los tres meses.
- Crónico: Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los tres meses.
- De inicio demorado: Esta especificación indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses.

### **1.6.12. Trastorno por estrés agudo**

La característica esencial del trastorno por estrés agudo es la aparición de la ansiedad, síntomas disociativos y de otro tipo que tiene lugar durante el mes que sigue a la exposición a un acontecimiento traumático de carácter externo.

En el mismo momento del trastorno o con posterioridad a él, el individuo presenta al menos tres de los siguientes síntomas disociativos:

- Sensación subjetiva de embotamiento.
- Desapego o ausencia de la realidad que le rodea.
- Reducción del conocimiento de su entorno (estar aturdido).
- Desrealización.
- Despersonalización.
- Amnesia disociativa (ejemplo, incapacidad de recordar un aspecto importante del trauma).

Después del acontecimiento traumático, este es revivido de forma recurrente, el individuo presenta un acusado comportamiento de evitación de aquellos estímulos que pueden hacer aflorar recuerdos del trauma y presenta síntomas significativos de ansiedad o aumento de activación (aurosal). Los síntomas provocan un malestar clínico significativo, interfieren acusadamente en la actividad del individuo, o afectan notablemente a su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables. Estas alteraciones duran por lo menos dos días y no se prolongan más allá de las cuatro semanas posteriores al acontecimiento traumático; si los síntomas persisten más allá de estas semanas, pueden efectuarse el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático. El cuadro no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia o enfermedad médica.

Los sujetos con este trastorno pueden mostrar una disminución de la reactividad emocional, lo cual suele traducirse en una dificultad o imposibilidad para encontrar placer en actividades que antes resultaban gratificantes y con frecuencia, en un sentimiento de culpabilidad.

A veces el individuo tiene dificultades para concentrarse, tiene la sensación de estar separado de su cuerpo, experimenta el mundo como irreal o fantástico o nota una progresiva incapacidad para recordar detalles específicos del acontecimiento traumático es revivido repetidamente (ejemplo, recuerdos, imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback, sensación de estar reviviendo el suceso o aparición de malestar al exponerse a estímulos que recuerdan el trauma). Después, estos estímulos propician comportamientos de evitación. Por último, aparece un aumento de la activación (arousal) como respuesta a estos estímulos.

### **1.6.13. Trastorno de ansiedad generalizada**

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesivas que se observan durante un periodo superior a los seis meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes:

- Inquietud o impaciencia.
- Fatiga precoz.
- Dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco.
- Tensión muscular o trastornos del sueño.

Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos. Aunque los individuos con trastornos de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provoca malestar subjetivo o deterioro social, laboral, o de áreas importantes de actividad.

La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temidos. A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a tareas que están realizando. Los adultos con este trastorno acostumbran a preocuparse por las circunstancias normales de la vida diaria, como son las posibles responsabilidades laborales, temas económicos, la salud de su familia, los pequeños fracasos de sus hijos y los problemas de carácter menor.

#### **1.6.14. Trastornos de ansiedad debido a enfermedad médica**

La característica esencial de este trastorno es la existencia clínicamente significativa que se considera secundaria a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica. Entre los síntomas cabe incluir ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia, obsesiones y compulsiones.

Los síntomas de ansiedad provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Pueden emplearse las siguientes especificaciones para indicar que tipo de cuadro sintomático predomina en el trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica:

- **Con ansiedad generalizada:** Esta especificación puede utilizarse cuando predomina una ansiedad o preocupación excesiva, centrada en múltiples acontecimientos o actividades.
- **Con crisis de angustia:** Esta especificación puede utilizarse cuando predominan las crisis de angustia.
- **Con síntomas obsesivos – compulsivos:** Esta especificación puede utilizarse cuando predominan obsesiones o compulsiones.

Una amplia gama de enfermedades médicas pueden, producir síntomas de ansiedad, por ejemplo, enfermedades endocrinas, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, enfermedades metabólicas y enfermedades neurológicas.

#### **1.6.15. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias**

La característica esencial de este trastorno es la existencia de síntomas predominantes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas, fármacos, o tóxicos). Dependiendo de la naturaleza de la sustancia y del contexto en que aparecen los síntomas, el trastorno puede incluir ansiedad prominente, crisis de angustia, fobias y obsesiones y compulsiones.

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Solo debe establecerse este diagnóstico en vez del de intoxicación, o por abstinencia de una sustancia, cuando los síntomas de ansiedad sean excesivos en comparación con los que habitualmente se asocian a estos dos trastornos o cuando los síntomas de ansiedad son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Pueden emplearse las siguientes especificaciones para indicar el cuadro sintomático predominante:

- **Con ansiedad generalizada:** Esta especificación puede utilizarse cuando predomina una ansiedad o preocupación excesiva, centrada en múltiples acontecimientos o actividades.
- **Con crisis de angustia:** Esta especificación puede utilizarse cuando predominan las crisis de angustia.
- **Con síntomas obsesivos – compulsivos:** Esta especificación puede utilizarse cuando predominan obsesiones o compulsiones.
- **Con síntomas fóbicos:** Esta especificación debe utilizarse cuando predominan síntomas de carácter fóbico.

En el contexto en que aparecen los síntomas, pueden indicarse mediante el empleo de las siguientes especificaciones:

- **De inicio durante la intoxicación:** Esta especificación puede utilizarse si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante un periodo de intoxicación.
- **De inicio durante la abstinencia:** Esta especificación debe utilizarse si se cumplen criterios diagnósticos de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante tiempo después del síndrome de abstinencia.

#### **1.6.16. Trastornos de ansiedad no especificado**

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad o trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo.



## **1.7 TÉCNICAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD**

La utilización de estrategias cognitivo – conductuales es frecuente en los programas de intervención psicológica, el objetivo principal es el de disminuir los niveles de ansiedad, así como mejorar la calidad de vida del sujeto, pero también han sido empleadas en el control de problemas específicos como el dolor.

El entrenamiento cognitivo – conductual, le brinda a los pacientes medios, tangibles de ejercer el control personal en una situación que de lo contrario sería aversiva e incontrolable. Si se pueden modular las respuestas internas a la ansiedad, entonces la cooperación relajada y el compromiso activo en los procedimientos, pueden promoverse (Kendall & Ford, 1988).

### **1.7.1. Técnicas de Relajación**

La evolución de las técnicas de relajación a lo largo del siglo XX y su consolidación como procedimientos válidos de intervención psicológica, se ha debido en gran medida al fuerte impulso que recibieron dentro de la terapia y modificación de la conducta. (Vera & Vila, 1995).

Una parte importante del proceso de consolidación de las técnicas de relajación, se ha debido a la existencia de marcos conceptuales derivados de la investigación experimental sobre los procesos emocionales y motivacionales, desde los que ha sido posible entender la naturaleza y los mecanismos de acción de dichas técnicas.

De ahí que cualquier definición de la relajación deba hacer referencia necesariamente a sus componentes fisiológicos, como patrón reducido de activación somática y autónoma, subjetivo como informes verbales de tranquilidad y sosiego, y conductuales como estado de relajación motora.

Los primeros modelos teóricos empleados en el tratamiento de las ansiedades (Wolpe, 1958), postulaban que generar unas respuestas fisiológicas antagónicas a la ansiedad debilitarían el impacto de las situaciones que la provocan, así la relajación se ha convertido también, en un componente básico de los tratamientos conductuales para los trastornos con base en la ansiedad.

Los métodos de relajación ha demostrado que alteran significativamente los procesos fisiológicos relacionados con la ansiedad reduciendo sobre todo la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, el consumo de oxígeno, la tensión muscular tónica, la transmisión dérmica y la tensión arterial (López, 1994).

Las investigaciones han demostrado la eficacia de los procedimientos de relajación (muscular, meditación; entrenamiento autógeno, hipnosis, etc.) en el tratamiento de muchos problemas relacionados a la ansiedad, a las fobias, y al dolor. Así mismo, los métodos de relajación se utilizan como tratamiento

coadyuvante en muchas condiciones, como la ansiedad de hablar en público, el síndrome de colon irritable, el dolor crónico y las disfunciones sexuales.

Como podemos ver, la relajación es una técnica terapéutica adecuada en el control de la ansiedad y el dolor, y constituye una estrategia de afrontamiento para hacer frente a estímulos y situaciones que amenazan nuestro bienestar (Echeburua, 1998).

La relajación comienza cuando una persona entra en un estado de activación bajo, que puede ser total o progresivo comenzando, por ejemplo, por cabeza y continuando hasta los pies. Si bien, son diversos los programas de relajación existentes, un objetivo común a muchos de ellos es enseñar al paciente a relajar los músculos a voluntad, de modo que pueda ser consciente de las sensaciones de tensión y de laxitud de los mismos (Echeburua, 1998).

### **1.7.2.1 Relajación muscular progresiva**

Esta técnica de relajación fue iniciada por Jacobson, un médico de Chicago, quien publicó en 1929 un libro titulado *Relajación Progresiva*, en el que describía su técnica, la cual no requería imaginación, fuerza de voluntad ni sugestión.

Esta se basa en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y actos que comportan tensión muscular, esta tensión fisiológica, a su vez, aumenta la sensación subjetiva de ansiedad. Así, la relajación muscular progresiva reduce la tensión fisiológica que es incompatible con la ansiedad (Davis, Eshelman & McKay, 1988).

Esta técnica está basada en tensar y relajar los músculos del cuerpo (cara, cuello, tronco, brazos y piernas) al tiempo que el sujeto se concentra en las sensaciones relacionadas con la tensión y la relajación.

Este método se ha considerado poco adecuado para los niños (sobre todo para los pequeños) porque muestran grandes dificultades para alcanzar la relajación e incluso para distinguir entre las sensaciones de tensión y relajación. No obstante, se han diseñado unas variantes del método general de relajación progresiva para poder aplicarlo, por un lado a niños mayores y por otro, a niños menores de 8 años (Echeburua, 1998).

### **1.7.2.2. Relajación Autógena**

La técnica de relajación autógena tiene sus raíces en la hipnosis. Durante los años 1890 y 1900 el neurofisiólogo berlinés Oscar Vogt desarrolló un método de hipnosis que es antecedente de los métodos no autoritarios, es decir en lugar de ordenar las instrucciones directamente, él insinuaba amablemente lo que quería que hiciera o percibiera el paciente; su deseo era no alterar la libertad ni la voluntad del paciente. Vogt realizó también la importante observación de que

algunos de sus pacientes de hipnosis eran capaces de inducir sus propios estados semejantes a la hipnosis y que estos estados, cuando evocaban unas pocas veces al día, parecían tener un valor terapéutico (Smith, 1992).

Por la misma época, un dermatólogo, Johannes Schultz, comenzó a practicar hipnosis y encontró que pensar en las sensaciones relacionadas con la relajación puede evocar la relajación, que se puede crear un estado muy parecido al trance hipnótico solamente pensando en la sensación de pesadez y de calor a nivel de extremidades.

Johannes Schultz (1969), introdujo el entrenamiento autógeno, un sistema de terapia basado en una relajación que conseguía una dependencia mínima con el terapeuta, el entrenamiento autógeno es un programa sistemático para enseñar a la persona a responder de una forma rápida y efectiva a las ordenes verbales de relajación y vuelta a un estado normal de equilibrio. Es uno de los métodos más amplios y efectivos de reducción de ansiedad crónica.

Esta técnica de relajación consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en el sujeto estados de relajación a través de autosugestiones sobre:

- Sensaciones de pesadez y calor en las extremidades.
- Regulación de latidos del corazón.
- Sensaciones de tranquilidad y confianza en sí mismo.
- Concentración en su respiración.

Este tipo de relajación es de los que utilizan más elementos de sugestión, además no se relajan grupos musculares, sino que exclusivamente se focaliza la atención en las extremidades para calentarlas y en el abdomen para favorecer la respiración (Vera, & Vila, 1995). Puede decirse en cierto sentido, que la relajación autógena es más cognitiva que la relajación muscular progresiva. (Dobson & Franche, 1995).

Dentro de las ventajas que se pueden destacar en la relajación autógena se encuentran la brevedad y simplicidad del proceso, el procedimiento puede realizarse en poco tiempo en cualquier situación y es fácil de aprender; al mismo tiempo, que mantiene la participación activa de la persona que lo practica.

Algunas personas que están continuamente ansiosas podrían presentar un poco de dificultad al principio de la práctica y tal vez síntomas como hormigueo en los brazos o un leve dolor de cabeza (cuya causa es precisamente el cambio que presenta pasar de un estado de tensión cotidiano a uno de relajación). Sin embargo con la realización frecuente de la relajación autógena va siendo cada día más fácil y natural (Domínguez, Valderrama, Olvera, Pérez, Cruz & González 2002).

Por medio de la relajación autógena, las personas pueden imaginarse que se encuentran en lugares agradables y tranquilos mientras se producen sensaciones corporales que facilitan la relajación, como la pesadez y el calor de las extremidades, la regulación de actividad cardíaca y respiratoria, calor abdominal y frío en la frente (Buela – Casal & Moreno, 1999).

### **1.7.2.3. La hipnosis**

De acuerdo con Hilgard (1975), la hipnosis puede ser definida por un estado mental que se caracteriza entre otras cosas por la disminución en la capacidad de atención y concentración del sujeto, un estado de relajación mental, y un incremento en el nivel de susceptibilidad.

La eficacia de cualquier técnica hipnótica depende de dos cosas: la capacidad de sugestión e imaginación del sujeto y la habilidad del terapeuta en el uso de la hipnosis. Sin embargo, es evidente que uno de los principales problemas que presenta es el miedo que experimentan los pacientes a la técnica, por miedos basados principalmente en interpretaciones erróneas y el mito.

En sentido estricto, no es que una persona hipnotice a otra. Lo que sucede es que una persona entra en un estado de concentración y relajación, y otra le explica cómo hacerlo. Cualquier otra forma de entender la hipnosis es contraproducente. Si el que da las instrucciones las plantea en forma de reto (“ahora no podrá abrir los ojos, aunque quiera”) o anuncia que van a suceder acontecimientos hipotéticos (“cuando se despierte ya no volverá a fumar”) está actuando, como mínimo, a la ligera. Si los sujetos hipnotizados son muy sugestionables, o (en la hipnosis de escenario) están vencidos por la ansiedad, pueden responder ciegamente a este tipo de órdenes.

Pero, si se trata de personas normales, pueden responder en forma muy crítica a estas sugerencias, más propias del hipnotizador de feria que del profesional que emplea la hipnosis como medio para hacer el bien.

Es verdad que, para el hipnotizador de feria, este tipo de “espectáculos” resultan muy comerciales. Pero no es menos cierto que las órdenes a seguir de forma irracional comportan alguna forma de vejación al sujeto hipnotizado y suponen un desprestigio para la técnica.

### 1.7.3 La respiración

La respiración es esencial para la vida, una respiración correcta es un antídoto contra la ansiedad. Aunque, por supuesto, todos respiramos, muy pocos conservan el hábito de la respiración natural completa, como la que experimenta un niño en estado de reposo (Davis et al, 1988).

Cuando la cantidad de aire que llega al pulmón es insuficiente, la sangre no puede oxigenarse, es decir no puede purificarse adecuadamente y los productos de degradación de las células que deberían expulsarse de la circulación van intoxicando lentamente nuestro organismo. La sangre insuficientemente oxigenada contribuye a los estados de ansiedad, depresión y fatiga y hace que muchas veces una situación estresante sea todavía más difícil de superar (Davis et al, 1988).

El objetivo de los ejercicios de respiración es enseñar a la persona una manera saludable para respirar mediante una modalidad de respiración lenta y profunda; si se practica cotidianamente se puede corregir el patrón de respiración deformado que se tenga (Domínguez et., al., 2002).

Los ejercicios de respiración han demostrado ser útiles en la reducción de la ansiedad, de la depresión de la tensión muscular y de la fatiga. La meta del control voluntario de los patrones de respiración, en el tratamiento de la ansiedad es lograr que el paciente se controle voluntariamente.

De acuerdo con Hewitt (1997), hay cuatro fases distintas en el ciclo de la respiración que son importantes en el aprendizaje de los patrones de control de la respiración:

- **Inhalación o inspiración:** Ocurre cuando se introduce aire en la nariz o boca, desciende por la traquea, bronquios y finalmente infla los alvéolos, los cuales son sacos de aire que constituyen la mayoría de los lóbulos de los pulmones.
- **Pausa post - inhalación:** Durante dicha pausa, los pulmones mantienen su característica de estar inflados.
- **Exhalación o expiración:** Ocurre mientras se desinflan los pulmones, vaciando los gases de desperdicio al alveolo por el mismo sistema utilizado para la inhalación.
- **Pausa post - exhalación:** Durante dicha pausa los pulmones se encuentran en reposo, en un estado desinflado.

Ballentine (1976), describió tres tipos básicos de respiración de acuerdo a la naturaleza de la inhalación que inicia el ciclo de la respiración:

- **Respiración clavicular:** Es la más corta y menos profunda, en ella se observa una elevación vertical ligera de las clavículas, combinada con una expansión ligera de la caja torácica durante la inhalación.
- **Respiración pectoral:** Es una respiración un poco más profunda en el sentido de que inhala un monto mayor de aire, se inflan los alvéolos y los lóbulos pulmonares se expanden en mayor grado. Se inicia con la activación de los músculos intercostales, de los cuales expanden la caja torácica hacia arriba y hacia fuera, este tipo de patrón es el más común.

Muchos hombres y mujeres se vuelven respiradores pectorales a causa de sus estados prolongados de ansiedad, estrés, tensión, dado que la ansiedad tiene un patrón de respiración típicamente corto y profundo.

- **Respiración diafragmática:** Todos nosotros comenzamos respirando por el diafragma, con nuestros abdomenes subiendo y bajando, el diafragma es una cápsula delgada que se encuentra en la cavidad abdominal. Al comienzo de cada inspiración se contrae, la bóveda se alisa, el aire entra entonces impulsado hacia los pulmones, y la pared abdominal sale. Cuando el diafragma y el pecho se relajan, el aire sale y el abdomen vuelve a alisarse, la respiración diafragmática supone una inspiración más completa que la respiración pectoral y cuando se realiza correctamente, produce una mayor sensación de calma y relajación.

Las técnicas de respiración proporcionan un control inmediato, porque permiten concentrarse en el momento presente, lo cual nos ayuda a considerar más detenidamente que es lo que esta preocupando. Este tipo de respiración ayuda también a pasar por malos tragos como lo son: la resonancia magnética, exámenes pélvicos, e inyecciones sin que resulte incómodo o desagradable.

#### 1.7.4. La meditación

Otra de las técnicas para inducir relajación es la meditación. Generalmente la meditación se ha asociado a doctrinas, religiones, disciplinas, etc. Es un tipo de autodisciplina que aumenta la efectividad en fijar y conseguir un objetivo y en mejorar la autoestima (López, 1994).

La meditación “mantra”, es la forma más común de la meditación. Un mantra es una palabra o nombre que se repite varias veces para liberar con ello la mente de otros pensamientos. La palabra tiene origen indo europeo: *man* significa “pensar” y *tra* “liberar”.

Esta meditación se practica sentado y se inicia gradualmente, sin dejar de pronunciar el sonido lentamente, modificando solo su intensidad que pasara de débil a fuerte varias veces.

Las técnicas de meditación se caracterizan por una respuesta de calma y un estado mental receptivo que se consigue a través del descanso en un ambiente tranquilo y la focalización de la atención en un objeto o palabra. Las personas que la realizan reciben la única instrucción de respirar pausadamente y adoptar una actitud pasiva o quieta (Buela – Casal & Moreno, 1999).

En forma satisfactoria, la meditación se ha utilizado en la profilaxis y en el tratamiento de la hipertensión de las enfermedades del corazón y de las apoplejías. También ha demostrado su utilidad en detener los pensamientos obsesivos, ansiedad, la depresión y la hostilidad. Mejora la concentración y la tensión (Davis et cols, 1988).

Se ha comprobado que la meditación resulta efectiva al crear un estado de profunda relajación en poco tiempo. En ella, el metabolismo del organismo se vuelve lento, disminuye la cantidad de ácido láctico, sustancia producida por el metabolismo del músculo esquelético y asociada con la ansiedad y la tensión.

### **1.7.5 Imaginería**

La imaginería es utilizada para diversos fines, de relajación, terapéuticos y también asociada a la realización de actividad física y deporte de alto rendimiento.

Muchos estudios han revisado la realización de imaginería y la calidad de la actividad física, en especial en deportistas de alto rendimiento. De acuerdo con autores, la imaginería es una importante estrategia deportiva para propósitos cognitivos y motivacionales. De esta manera, se focaliza en la sensación de seguridad y de control de la situación antes de alguna competencia o de dificultad.

La imaginería puede ser utilizada también para la relajación y el bienestar. Tras una sesión de actividad física, la imaginería apoya la relajación muscular y el descanso.

La imaginería es una técnica que utiliza la visualización y la relajación. Consiste en la observación imaginaria de esferas de luz, de colores, de paisajes y de situaciones particulares que a través de la respiración, la conexión con el cuerpo y el logro de metas específicas, brinda tranquilidad y relajación.

Un ejemplo de imaginería es recostarse cómodamente con luz tenue y música que resulte agradable y tranquilizadora, e imaginar una esfera de luz de algún color que guste que se acerca al cuerpo, ingresa y nos llena lentamente de su luz, luego sale y se aleja y nos deja una sensación de intensa relajación y agrado.

## II. IDEACIÓN SUICIDA

### 2.1. Definición Ideación Suicida

Schneider (1954), indica que la tentativa de suicidio es un suicidio frustrado, sea cual fuere la razón de su fracaso, que puede ser debido por utilizar un método inadecuado, por la intervención de otros, por haber realizado una terapia eficaz, etc. (Sarró, 1991).

Clásicamente se consideraba la tentativa de suicidio como el fracaso del acto suicida o como un simulacro de suicidio. Stengel (1965) afirma, que sin embargo la tentativa de suicidio tiene aspectos propios, además de los que tiene en común con el suicidio consumado. Hay el elemento de autodestrucción, que puede estar latente o tener intenciones ambivalentes. Pero también incluye otros aspectos significativos; una demanda de ayuda, en general que no es consciente, un aspecto con la vida y una agresión. El suicidio consumado y la tentativa de suicidio son vistos como síntomas de dos poblaciones específicas con diferencias entre ambas, aunque convergen en diversos aspectos (Sarró, 1991).

En el caso de la ideación suicida la definición es simple y sencilla, ya que poco se ha estudiado y los autores no difieren en el concepto, además de que su significado esta explícito en el nombre.

En esta investigación, la ideación suicida la definiremos como deseos, planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca del suicidio (quitarse la vida), así como las expectativas de cómo llevarlo a cabo (Beck, 1972 citado en Kumar y cols 1995).

Rojas (1980), esquematiza la evolución de la idea suicida que el mismo propone; el sujeto pasa a lo largo del tiempo que dura la preparación y decisión del acto, por todos los estados de ánimo posibles. Se puede establecer una serie de etapas que en muchos sujetos pueden verse escalonadas:

- **Etapla previa:** En la cual existen manifestaciones explícitas o implícitas de muerte en general; el paciente o sujeto dicen frases **como yo debería morirme, soy un estorbo que no sirve para nada, para vivir de esta manera mejor es morirse, etc.** A veces estas manifestaciones no son menos explícitas. En cualquier caso son la antesala en la que se va fraguando la primera etapa.
- **Primera Etapa:** La consideración de la posibilidad suicida donde la idea de muerte pasa de ser algo pasivo, a algo activo en la cual el sujeto empieza a ser protagonista. Son distintos momentos con un mismo fondo; desear la muerte querer la muerte, ir activamente hacia la muerte. (las ideas suicidas incluyen también “las amenazas de suicidarse” expresadas a través de las verbalizaciones).



- **Segunda Etapa:** En la segunda etapa encontramos la ambivalencia, no saber que hacer, unos días piensa que lo mejor es terminar de una vez, que está abocado a una situación que no tiene salida; otros, se sienten mejor y piensa que la situación es transitoria, que no debe perder la esperanza. Existe aquí un largo proceso reflexivo en el que el sujeto lucha con la vida y con la muerte, vive una lenta agonía. Conviene tomar en esta parte los avisos que estos sujetos suelen hacer.
- **Tercera Etapa:** La tercera etapa es la de las influencias informativas; cualquier noticia comentario o información sobre algún intento de suicidio, actúa como elemento dinamizador, pudiendo tener una enorme importancia en al puesta en marcha de su deseo suicida.

Por último, la etapa de la decisión suicida, generalmente precedida (esto suele comprobarse retrospectivamente al acto) de una disminución de la angustia. Detectar este periodo tiene una gran importancia profiláctica. (Rojas, 1980. p.109).

Sobre la comunicación de las ideas suicidas, Robins y cols (1959), trabajo con 134 suicidas consecutivos, encontró que el 69% habían comunicado sus ideas suicidas con alguien (familiar, amigos, socio, doctor, abogado, sacerdote, y otros) y que el 41% había específicamente manifestado su intención de cometer el suicidio, 98% estuvieron clínicamente enfermos antes de su suicidio.

Morón (1992), expone el proceso suicida, y en el plantea como primer punto, que el paso de la idea al acto suicida, depende del proceso de disposición, inhibición o derivación:

- Disposición para la somatización biográfica de acontecimientos desgraciados, que convergen con eventos (carácter, menopausia, psicopatía) en contraste con la alegría de los demás (fiesta popular, boda, nacimientos).
- Inhibición a causa de apremios morales y religiosos, por las represiones de si mismo, por la realización (malograda) del acto.
- Desviación de la agresión hacia otros, por sublimación (obras religiosas, artística, social).

Estos dos modelos presentados son diferentes, en cuanto a sus planteamientos del proceso suicida, el modelo de Rojas es más específico para la ideación suicida, mientras el modelo de Morón se refiere al suicidio en general. A pesar de las diferencias, ambos modelos concuerdan en que los sujetos suicidas pasan por eventos estresantes, por la ansiedad, la depresión, la ambivalencia de vivir o morir, y la decisión que finalmente deben tomar.

## 2.2 Conductas Suicidas

Existen evidencias (explícitas e implícitas) de que la persona que intenta matarse, o lo desea, entiende las probables consecuencias de sus acciones. La conducta suicida de baja letalidad es llamada conducta parasuicida y se refiere a una gran variedad de conductas autodestructivas. Estas conductas se llaman también gestos suicidas, dichas conductas incluyen las siguientes categorías:

- **SUICIDIO CONSUMADO:** Ocurre cuando el sujeto se quita la vida con intento consciente.
  
- **INTENTO DE SUICIDIO:** Tiene todos los elementos del suicidio consumado, excepto que las personas sobreviven usualmente a las circunstancias, buscando el intento controlado.
  
- **GESTO SUICIDA:** Consiste en un acto simbólico de suicidio, pero esto no constituye serias amenazas de muerte.
  
- **AMENAZA DE SUICIDIO:** Incluye un decir o hacer algo indicado el deseo de auto destrucción.
  
- **IDEACION SUICIDA:** Tiene pensamientos de fantasías a cerca de la muerte.
  
- **MUERTE SUBLIMINAL:** Un juego escondido o rol inconsciente a cerca de una muerte (Garrison, 1991. citado en Gómez, 1996).

## 2.3 Factores de Riesgo para la Conducta Suicida

Es preciso realizar una colaboración multidisciplinaria en el estudio del suicidio, dada la complejidad de esta conducta humana y ser la expresión de una causalidad múltiple, sin embargo, se han identificado muchos factores y grupos de riesgo suicida, lo que representa un valor práctico al ser de utilidad el reconocimiento de las condiciones de riesgo y de las características clínicas y sociales que los predisponen (Sarró, 1991).

En los suicidios no hay características universales o absolutas y no es posible determinar cuales son las causas que originan los actos suicidas aunque hay factores de riesgo que son más habituales, lo que facilita su predicción a pesar de que las posibilidades de la evaluación son controvertidas. Pero si se está informado y sensibilizado sobre esta conducta y no existen mecanismos de

defensa exagerados contra la muerte y el suicidio, el personal clínico y los familiares pueden identificar a las personas con riesgo elevado de suicidio, ya que casi un 70% de las personas suicidas consultan a su médico las semanas o meses precedentes a su suicidio (Diekstra y Van Edmod, 1989), o bien han dado avisos directos o indirectos sobre su ideación suicida a su medio familiar.

Los denominados factores de riesgo son un concepto estadístico que relaciona determinadas variables de la persona y del ambiente con la frecuencia de aparición de un trastorno. Si esta relación es significativa, entonces se valora como un factor de riesgo (Sarró, 1991).

A pesar de los múltiples estudios, no se ha llegado a comprender con exactitud cuales son los factores de riesgo que ponen en marcha el mecanismo suicida, aunque parece depender de factores biológicos, psicológicos, y/o sociales.

Los factores de riesgo suicida más frecuentes estadísticamente se han recogido en diversas escalas de evaluación del riesgo suicida. Souris (1975) los clasifica en diez categorías:

- Recursos de apoyo y disponibilidad (ausencia de recursos; familia, amigos, soporte social y apoyo médico).
- El estado físico (enfermedad crónica, fracaso terapéutico, etc).
- Síntomas de Ansiedad y Depresión.
- Las situaciones de estrés (pérdida de una persona significativa por muerte o separación, enfermedad grave, problemas económicos, aumento de responsabilidad).
- Los aspectos de comunicación (ruptura y rechazo de la comunicación, expresión de sentimientos de culpa y de incapacidad, o transmitir la culpa a otros).
- Las reacciones del entorno (rechazo, incompreensión, falta de empatía).
- El proyecto suicida (meditado, especificidad temporal, método).
- Los antecedentes de tentativas suicidas (número y letalidad).
- Alcoholismo y Drogadicción.
- La edad y el sexo.

Estos factores, en función de la personalidad y de la situación del individuo, pueden representar una conducta suicida (Sarró, 1991).

## 2.4 Definición del Suicidio

En Japón, desde hace siglos y hasta la fecha, el honor inducía a los nobles a realizar el hará-kiri, es decir, durante el culto, algunos creyentes no dudaban en suicidarse para alcanzar divinidades, (Morgan, 1983).

En Alemania, por otro lado, se llevaban a cabo muchos suicidios religiosos, todo con el fin de ver abrirse ante ellos las puertas del Walhalla, los ancianos y las mujeres se suicidaban, entre amigos al finalizar el banquete. Las viudas se sacrificaban ante los cuerpos de sus esposos muertos. (Gómez, 1996). Durante la Edad Media, los cánones condenaba el suicidio entre los cristianos, los que los llevaban a cabo no eran sepultados cristianamente. Gracias a esto, la verdad es que fueron pocos los suicidios que se presentaron, del siglo V al siglo XI.

En cambio durante los siglos XII y XIII se incrementaron considerablemente el número de casos, la herejía cátara incitaba algunos de sus miembros a llevar a cabo “el suicidio sagrado”. Sin embargo la represión fue violenta, tanto que el cadáver del suicida era arrastrado sobre un cañaveral, de cara al suelo y luego exhibido por las calles (Morón, 1987).

Durante el renacimiento hubo un cambio de postura sobre lo que respecta al suicidio. Así para Dante existía un doble nivel con relación al suicidio: “las almas nobles”, (poetas, filósofos y algún político) irían al limbo, mientras que los políticos impopulares y el resto irían al infierno.

Erasmus consideraba al suicidio como una forma de manejar el cansancio de la vida, a pesar de considerarlo un acto enfermizo. Mientras tanto, Lutero y Calvino predicaban la sumisión a la voluntad de Dios; por lo que el protestantismo se pronunciaba contra la legitimidad del suicidio.

En el siglo XVIII, la mayoría de los suicidios se atribuyen a enfermedades mentales a pesar de esto, las nuevas ideas del suicidio se ponen en boga.

A pesar de la oposición del clero, y los militares, la presión social para su despenalización derivada de la Revolución Francesa, era cada vez más fuerte con la Declaración de los Derechos del Hombre, la cual proclama la libertad humana, se inhibe toda sanción existente y con el desarrollo de los acontecimientos, los suicidios fueron cada vez más numerosos (Vega- Pinheiro, Basco- Fontecilla, Vaca García y Díaz – Sastre, 2002).

En el siglo XIX la cantidad de suicidios aumento considerablemente, se realizaron cuantiosos estudios sobre este tema, tratando de encontrar cuales eran los factores que causaban este fenómeno. Se realizaron estudios sobre factores sociales (influencias de las transformaciones económicas, políticas e individuales) y/o factores culturales. En el último cuarto de este siglo se dan a conocer los primeros clubes de suicidio en Gran Bretaña y Estados Unidos, (Clemente y González, 1996).

Sobre la Historia de México, Gómez (1996), refiere que se pueden mencionar dos casos de suicidio trascendentales:

- El tercer emperador mexica, Chimalpopoca, quien se ahorco en una jaula antes de aceptar ser sirvientes de los tepanecas.
  
- El cadete del Colegio Militar, Juan Escutia quien se arrojó envuelto en la Bandera Mexicana, para no entregársela a los invasores Norteamericanos.

Como se mencionó, el suicidio ha causado desde siempre toda clase de reacciones entre las personas, Sin embargo, las concepciones sobre el suicidio han ido evolucionado desde el enfoque de un mero acto hasta tomarlo en cuenta como parte de un concepto amplio y complejo, como un componente del comportamiento.

En 1737 el abate Desfontaines utilizó por primera vez la palabra suicidio, cuyo significado era derivado del griego y significa “muerte propia”. Ya que proviene de los vocablos griegos “sui” que significa “si mismo” y “cedere” que se refiere a “darse muerte”.

Sin embargo, al tratar de dar una definición de suicidio, tenemos que recurrir a Durkeim (1897), cuya definición ha sido la más citada sobre los estudios de este fenómeno: “Se llama suicidio a toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la victima misma, sabiendo que se producirá este daño”

Beck, Beck y Kovacs, (1975), definieron el suicidio como un acto intencional causado a uno mismo, que pone en peligro la vida y da como resultado la muerte. Esto incluye todas las situaciones en que las circunstancias que rodean el fallecimiento llevan a la conclusión de que el individuo realizo una acción mental con el propósito fundamental de poner fin a su vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el suicidio como un acto con resultado fatal que es deliberadamente iniciado por una persona contra si misma y con el conocimiento o expectativa de que esté le causará la muerte. (Castelli, 2002).

En el caso de este trabajo se alude a la definición de Chávez (1982), donde menciona que el suicidio es un fenómeno complejo de factores físicos, sociales y psicológicos que actúan e interactúan. Puede decirse que, lo que conduce a un individuo a formarse la idea de matarse es casi infinito por el número de factores que existen (citado en Gómez, 1996).

Saltijeral y Terroba (1987), expusieron que el suicidio es una forma de enfermedad mental difícil de analizar, que incrementa el número de muertes innecesarias en algunos miembros más productivos de la sociedad (citado en Gómez, 1996).

Es necesario tomar en cuenta, tal como lo menciona, Gómez (1996), que el suicidio no es un evento que ocurre ni repentinamente ni impulsivamente, y tampoco es impredecible o inevitable; es el paso final de un fracaso progresivo al proceso de adaptación. Y más aún, no es resultado de una sola causa psicológica o social, sino que presenta como una alternativa final a un ambiente interpersonal confuso, frustrante y ansiógeno.

## 2.5 Causas y componentes del suicidio

Dentro del criterio operacional las causas del suicidio son:

1. Expresión verbal o no verbal del intento de matarse.
2. Evidencia implícita o indirecta del intento de muerte, tal como:
  - Expresión de despedida o deseo de muerte.
  - Expresión de desesperanza.
  - Expresión de una gran emoción, dolor físico o una gran tristeza.
  - Esfuerzo para procurar o aprehender acerca de los medios para morir.
  - Precaución de evitar rescate.
  - Previos intentos de suicidio.
  - Previa amenaza de suicidio.
  - Eventos de mucha ansiedad, estrés o pérdidas significantes.
  - Sería depresión o desorden mental.

Blumenthal (1990), presenta cinco grupos de factores de riesgo los cuales el autor “dominan por completo el suicidio”. Estos factores se pueden presentar gráficamente como en un diagrama de Venn, en una intersección. Esto es, que todos y cada uno de los factores de riesgo están relacionados unos con otros.

- **Factores sociodemográficos:** Hombres blancos, nativos americanos, jóvenes de edad y aquellos con historia de previos intentos, incrementa el riesgo, (el primer método usado por jóvenes, tanto en hombres como en mujeres en los Estados Unidos, es el arma de fuego). Un grupo de bajo riesgo para suicidio son los estudiantes universitarios quizás porque disminuye el acceso a las armas de fuego, se supone que por el medio ambiente, y por la disponibilidad de los servicios de la salud mental en las Universidades.
- **Diagnóstico Psiquiátrico:** Cerca del 90% de los jóvenes que terminan su vida por un suicidio esta asociado por una enfermedad psiquiátrica además es común el desorden de la conducta, ataques de melancolía, abuso de

sustancias y psicosis, (muchas de estas enfermedades coexisten e incrementan la letalidad).

- **Causas psicosociales de la personalidad y del medio ambiente:** Una historia de una pérdida temprana, más estrés y eventos negativos de vida exponen al suicidio. La existencia de abuso sexual o físico, poco apoyo social, embarazo no deseado, matrimonio temprano, delincuencia, encarcelamiento, estar lejos del hogar, ambiente familiar caótico y la presencia de ciertas enfermedades médicas incrementan en los jóvenes el riesgo y la idea de suicidio. Específicamente los rasgos de personalidad también están asociados con el suicidio incluyendo la agresividad, la impulsividad, pensamiento rígido, excesivo perfeccionamiento, desesperanza, personalidad antisocial, borderline. La ocurrencia de depresión, abuso de sustancias, impulsividad son una triada letal, particular en jóvenes suicidas.
- **Factores genéticos:** Una alta tasa de suicidios en gemelos idénticos son comparados con gemelos fraternos, y se ha visto un incremento en la tasa de conducta suicida en el primer grado en relación con los intentos suicidas. Por esto se ha visto que una alta incidencia de suicidios están relacionados con factores genéticos.

## 2.6 Teorías del suicidio

El suicidio es un tema controversial en nuestra sociedad, y por ello al tratar de dar una explicación se vuelve controversial y dado que, se ha realizado desde diversas perspectivas. Estas teorías, lo que han intentado llevar a cabo, es entender tanto a individuos o a grupos de personas que han cometido suicidio o que tienen un alto riesgo de actos autodestructivos.

Podemos dividir las teorías acerca del suicidio en cuatro grupos: Teorías Biológicas, Teorías Sociológicas, Teorías Psicológicas, y Teorías Cognitivas. Sin embargo, consideramos que es necesario para entender este fenómeno, integrar varias teorías que ayuden a entender los aspectos más complejos del comportamiento suicida.

## 2.6.1 Teorías Biológicas

Recientemente, la evidencia suscitada por las investigaciones refleja aspectos biológicos del comportamiento suicida, la cual ha enfatizado primeramente sustancias neurotransmisoras que pueden estar involucradas.

Existen principalmente, tres líneas mayores de investigación sobre la evidencia de una asociación entre la biología y la conducta suicida. Estas son: la evidencia de una correlación entre la actividad serotoninérgica alterada y la conducta suicida (Traskaman- Bendz y Mann, 2000).

Los niveles de colesterol y el comportamiento suicida (Golomb, 1998), y por último, la contribución genética para el riesgo del suicida, independientemente de la predisposición genética a los trastornos psiquiátricos con el riesgo suicida (Roy, Nieisen Rylander, Sarchiapone y Segal, 1999).

Los estudios mas recientes concentran su atención en índices simples de actividad serotoninérgica, tales como la reducida concentración de metabolitos de serotonina en el líquido cerebroespinal en víctimas de suicidio o entre aquellos que lo han intentado en comparación con controles apareados por edad y sexo (Oquendo y Mann, 2000).

Siguiendo la evidencia sobre el nivel de serotonina y el suicidio, Traskaman Bendz y Mann (2000), encontraron que la deficiencia en la función serotoninérgica se correlaciona con la depresión mayor. Realizaron estudios cerebrales post-mortem que sugieren las anomalías serotoninérgicas asociadas con el suicidio se localizaron en la corteza prefrontal ventral. Esta área del cerebro es anormal de acuerdo a las tomografías por emisión de positrones (TEP) en criminales sentenciados por asesinatos. Lesiones en la corteza prefrontal ventral están presentes en la conducta desinhibitoria. La entrada de la serotonina a esta región cerebral puede contribuir a la conducta inhibitoria, lo que puede incrementar el riesgo suicida.

Más recientemente, estudios neuroanatómicos han señalado cierta reducción en la densidad general de receptores 1A de serotonina (que regulan la captura de dicho neurotransmisor 9 en la corteza prefrontal).

Underwood y Boldrini (2001), encontraron reducciones significativas en el número y capacidad de unión de receptores 1A de serotonina en el núcleo del rafe, de donde surge la innervación de la corteza prefrontal.

Para explicar el hallazgo reportado de que existen características biológicas predisponentes del suicidio, independientemente del diagnóstico, Mann, Waternaux, Hass y Malone (1999), sugieren que la desregulación es un rasgo biológico que predispone al suicidio << un modelo de estrés-distres >>



De esta forma, una persona con distrés tiene más probabilidad de responder experiencias estresantes de un modo impulsivo que pueda incluir la decisión de cometer suicidio. A pesar de los diversos estudios realizados, aún quedan muchas preguntas sin contestar. Los correlatos comportamentales de estados de baja serotonina manejan el supuesto de incluir irritabilidad, impulsividad y volatidad emocional; sin embargo, la mayoría de los estudios abordan el diagnóstico en lugar de síntomas específicos haciendo que tal correlación tenga que ser explorada aún en la población general (Gould, Greenber, Velting y Shaffer, 2003).

Otra de las teorías sobre los aspectos biológicos relacionados con la conducta suicida, indica una relación con el nivel de colesterol. Golomb (1998), realizó varios estudios epidemiológicos y sobre tratamientos basados en el nivel bajo de colesterol, que incrementan las tasas de muertes violentas, incluido el suicidio; las cuales están asociadas con el colesterol bajo.

Maes, Smith, Christopher, et.al, (1997), realizaron un estudio con pacientes psiquiátricos con intentos suicidas previos, midieron el nivel de colesterol en ellos y encontraron una relación entre nivel bajo de colesterol y el suicidio o intento suicida.

Juárez- Rojo, Biè-Castillo, Villar – Soto, et al. (2005), realizaron un estudio con pacientes psiquiátricos con intentos de suicidio y sin intentos suicidas muestran un nivel disminuido del HDL colesterol en diferencia con el grupo control. Además encontraron una disminución significativa en los niveles de receptores 5-ht, lo que sugiere que los pacientes con enfermedad depresiva y potenciales suicidas presentan alteraciones en estos receptores o en su mecanismo de traducción.

Con respecto a las teorías al riesgo suicida asociado con los factores genéticos familiares, destacan una correlación significativa entre tres genes que tienen un papel importante en la regularización de la serotonina, (Gould, Greenberg, Velting y Shaffer, 2003).

Uno de estos genes es la hidroxilasa triptofano (HT), la enzima que limita la tasa para la biosíntesis de serotonina. Estudios recientes (Mann y Staff, 1997, Nielsen, Virkkunen, Lappalainen, 1998), reportan una relación entre el intento de suicidio y un polimorfismo sobre el intron 7 del gen HT.

Los otros dos genes estudiados en la conducta suicida son el transportador de serotonina (SERT) y el gen receptor A de la serotonina. Los polimorfismos en estos genes han sido reportados en personas con intentos suicidas y con suicidios consumados (Arango, Underwood y Boldrini, 2001, Cortet, Baud y Abbar, 2001; Neumeister, Constan, Goldman, et al , 2002).

Sin embargo, no se ha encontrado mayor evidencia sobre la relación directa entre estos genes y la conducta suicida.

En suma podemos decir, que de acuerdo a varios estudios (Mann, Oquendo, Underwood, Arango, 1999, Mann Watternaux, Hass y Malone, 1999, Roy, Nielsen, Rylander, Sarchiapone y Segal, 1999), se ha relacionado a las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central independientemente del diagnóstico psiquiátrico.

Además se han hallado niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo, de pacientes suicidados, estableciendo así una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida.

Se piensa que aquellos factores que disminuyen la actividad serotoninérgica, pueden ser relevantes para la conducta suicida, como por ejemplo: factores genéticos (polimorfismos en el gen de la enzima triptófano Hidroxilasa TPH polimorfismos del gen de receptor 5 HT2A36) o factores bioquímicos (bajos niveles de proteína MAO en sangre, altos niveles de receptores 5 HT1A y 5 HT 2A postsinápticos o bajos niveles de colesterol en sangre (Mann- Traskmann, 2000 y Golomb, 1998).

## 2.6.2 Teorías Sociológicas

Al hablar de las teorías sociológicas, debemos mencionar la más importante y que a pesar de haber sido realizada hace un par de siglos, continua tomándose en cuenta en los estudios recientes. Nos referimos a la teoría de Durkheim, quien enfatiza los aspectos sociales acerca del suicidio, y en su libro “El suicidio” (1897), lo analiza desde la perspectiva de los sentimientos y la actividad de los individuos. Con el término anomia denomina una situación social, que desde su punto de vista, subyace al fenómeno del suicidio. Esta situación esta principalmente caracterizada por la falta de normas socialmente aceptadas y por lo tanto, obligatorias (Mondragón, 1997),

Durkheim (1897), clasifica el suicidio en:

- **Suicidio egoísta:** El cual consiste en que los hombres no perciben ya la razón de vivir.
- **Suicidio altruista:**, en la que el ser humano decide morir porque esta fuera de la razón de la vida, es decir, no se siente vivo.
- **Suicidio anómico:** en el que el individuo percibe que sus actividades están desorganizadas y por esta razón sufre.

Además Durkheim menciona que el enfoque sociológico no es la única forma de valorar el problema, al contrario, son muchos: la suma de los suicidios traumatizantes, imprevisibles dan como resultado una nueva realidad.

Algunas características establecidas por Durkheim (1897), a finales del siglo XIX son: la tasa de suicidio aumentó con la edad, la tasa de suicidios es mayor en los solteros y en los viudos que en los casados, también es mayor en las zonas urbanas que en las rurales; entre los países europeos las variaciones se mantienen con el tiempo y de un año al otro; la tasa de suicidios varía poco, y a largo plazo sigue un patrón definido; se comete con mayor frecuencia de día, aumenta con la duración del día, y el orden de las estaciones, (verano, primavera, otoño e Invierno ), el suicidio se da más al principio que al final de la semana; y está íntimamente ligada a la religión, siendo el mayor número de suicidas los protestantes, seguidos por los católicos y finalmente los judíos.

Durkheim (1897), finaliza su teoría afirmando que el suicidio no es un simple fenómeno psicológico individual, sino que se trata también de un hecho social con dimensiones colectivas; las decepciones amorosas, la pérdida de empleo, los reveses financieros, los remordimientos, la depresión, la enfermedad mental y los sufrimientos físicos son los motivos individuales o psicológicos que pueden llevar al hombre a suicidarse. Utiliza finalmente a la familia como modelo observacional: explica que el suicidio prevalece más en hombres que en mujeres y en los ancianos más que en los jóvenes, ya que están menos integrados a la estructura familiar (Bille- Brahe, 2000).

La verdad es que durante años los sociólogos han debatido la teoría de Durkheim; sin embargo, la realidad es que casi toda la teoría social del suicidio se debe al estudio de Durkheim, el cual es considerado una obligación intelectual.

Otros autores con el mismo enfoque sociológico, estudian la relación de la conducta suicida con aspectos sociales como: nivel socioeconómico, clase social, actividades ocupacionales y roles sociales.

Principalmente Gibas, (1984), propone una teoría que relaciona la desintegración del estatus social con el índice de suicidios; así mismo son numerosos los estudios llevados a cabo sobre aislamiento social dentro de las conductas suicidas entre ellos se encuentra los de Murphy y Robins estos autores encontraron una relación significativa en la proporción de suicidios en individuales aislados socialmente (Gómez, 1996).

Por otro lado, Baechler, (1976), es un autor que critica duramente la perspectiva Durkheimiana y propone como base de que el suicidio es una conducta orientada a resolver un problema de forma positiva, es decir, que el sujeto supera una situación que lo presiona provocándole una gran tensión. Afirma que el suicidio tiene presupuestos sociocognitivos y psicosociales, concibiéndolo como “desenlace de un conflicto existencial del hombre”.

Manifiesta que el estudio del suicidio debe ser más cualitativo que cuantitativo, es decir, que habrá de tener su base en situaciones más concretas que en las estadísticas, dado que a pesar de tener características parecidas, los suicidios individuales no son equiparables los unos a los otros por lo que propone variables nuevas a través de las cuales estudiarlo: senilidad, juventud, masculinidad y feminidad, ya que estas no solo traen consigo una edad y sexo concreto, sino que implican cierto estatus, rol, estilo de vida, etc. que son en cierta instancia, los factores determinantes del suicidio.

Recientemente se han desarrollado nuevas teorías que conciben al suicidio como un fenómeno cultural, tal es el caso de Makinen (2000), quien cuestiona la existencia de algunos correlatos sociales para el suicidio, además, argumenta que el suicidio puede ser analizado como un fenómeno predominantemente cultural, es decir, que se centra en propiedades culturales de las sociedades.

Makinen (2000), parte del supuesto de que cultura no es algo que ocurre y es impuesto individualmente, por el contrario, es algo que surge cuando los seres humanos empiezan a vivir juntos y a sobrellevar un conjunto de ideas, hábitos, pensamientos, normas y valores que comparten. Por lo que concluye que el suicidio se trata de puntos de vista de la dualidad vida-muerte, como parte de una cultura. Sin embargo a partir del significado de suicidio como algo crítico puede entenderse que la decisión de llevarlo a cabo es un proceso individual.

### **2.6.3 Teorías Psicológicas**

Al hablar de teorías psicológicas acerca del suicidio, no podemos dejar de mencionar a Sigmund Freud, quien se basa primordialmente en el concepto de depresión y en la postulación de la existencia del instinto de muerte.

Desde el principio de las investigaciones psicoanalíticas, quedó aceptado que el acto suicida implica una agresividad hacia los demás: Siguiendo este punto de vista, Freud (1915), en su escrito “ Duelo y Melancolía “ describe el proceso depresivo de manera que la relación de amor de una persona hacia otra, se ve primero minado por una herida o desilusión real; como resultado de esto, el sujeto se identifica con el desilucionante, ahora está perdido y amado, de manera que parte de su ego llega a verse en cierta forma, como el equivalente del ser amado-abandonado.

Por lo tanto, la persona está disgustada consigo misma, en vez de despreciar al ser amado y dañarlo se hace este daño hacia si mismo. El tipo de persona que lleva a cabo este patrón fue llamado como narcisista (incapaz de un amor maduro, en un nivel infantil y fijado en la etapa oral).

En conexión con esto, Freud explica la tendencia hacia el suicidio como un acto de hostilidad inconsciente dirigido al objeto amado introyectado (ambivalente).

Aunque Freud nunca escribió formalmente acerca del suicidio, sus escritos contienen nociones de una teoría que podría ser una explicación. Quizá el mejor resumen de las ideas de Freud fue dado por Litman (1967), quien sugirió que el suicidio es determinado por múltiples factores, y no uno solo, por lo que lo considera como una conducta compleja.

Para Freud, entender el suicidio era la agresión y destrucción. El consideró al suicidio como una manifestación del instinto humano de muerte, el cual llamó Thanatos, (en oposición a Eros, o al instinto de vida), por lo tanto en el suicidio, el instinto de muerte domina el poderoso instinto de vida. (Mcintosh y cols. 1994).

Para Freud, el instinto de muerte es, en esencia conservar y no busca nuevas experiencias sino que más bien trata de encontrar un estado de completo reposo; por tanto contrasta con el instinto de vida, que transforma este reposo y constantemente busca nuevas experiencias. El instinto de muerte busca el pasado y tiende hacia el eterno descanso; es decir, una tendencia que puede encontrar su expresión en el suicidio (Gómez 1996).

Otra teoría psicoanalista fue dada por Carl Gustave Jung (Cuelli, Reidi, Martí Lartigue y Michaca, 2001), quien manifiesta que las fuerzas preservadoras de la vida son solo una pequeña parte de los poderes arquetípicos cuyo impacto sobre nuestro comportamiento y experiencias se describen clínicamente como impulsos de reacciones instintivas.

Desde el punto de vista jungiano, en relación con el suicidio, el self solo, ocasionalmente puede experimentar de manera consciente (generalmente en forma de experiencia religiosa), que tiene a la vez un lado oscuro y un lado brillante. Cuando prevalece el lado oscuro, se crea una situación en la que la muerte parece más deseable o menos espantosa que la vida. Por ello, este estado es un prerequisite necesario, aunque no suficiente, para la conducta suicida. (Gómez, 1996)

El punto de vista jungiano hace hincapié en el anhelo de un renacimiento espiritual; este principio de morir y renacer permanece a la esencia del proceso evolutivo de la vida. Jung propone que este renacimiento espiritual es crucial en el suicidio. Así la persona escaparía de las condiciones presentes intolerables y podría apresurar el tiempo y regresar al vientre de su madre, para ser un niño

sano y salvo. La muerte en este sentido se concibe claramente como la muerte del ego que ha perdido contacto con el self, y por lo tanto, con el significado de la vida. El ego tiende a retornar al seno de la “Magna Mater” para establecer este contacto y para renacer con un nuevo significado para la vida, la fuerza arquetípica de la “Magna Mater” tiene a la vez un aspecto dador de vida y otro aspecto destructor de vida, paralelos al lado oscuro y brillante de self, ( Klofer, 1969).

La teoría de Alfred Adler considera al individuo como un ser sociable que no puede ser aislado, sino más bien debe ser tomado en cuenta como parte de un contexto social.

Para Adler la deficiencia en el interés social es el común denominador para apreciar la salud mental (Cueli y cols, 1997).

Enfatizó la inferioridad, el narcisismo y la baja autoestima como las características de una víctima potencialmente suicida.

Ansbacher (1969), menciona que las observaciones generales de Adler sobre el suicidio son:

Tanto las tendencias suicidas como la depresión, a la que se relaciona estrechamente, se desarrollan en individuos cuyo método de vida, desde la temprana infancia, ha dependido de las cualidades y el apoyo de otras personas. Siempre tratarán de “descansar en otros” esperarán y exigen que los demás cumplan sus deseos. Desde la temprana infancia, la estima por si mismos es claramente baja como puede deducirse de sus continuos intentos de lograr mayor importancia, la perspectiva del suicidio le da la sensación de ser dueño de la vida y de la muerte.

El estilo de vida del suicida potencial se caracteriza por el hecho de que lastima a otros cuando sueña que los otros lo hieren o cuando él mismo se lesiona. Ocasionalmente, el suicidio se combina con la agresión abierta, como en los casos que va precedido de homicidio.

El suicidio puede tomarse como un acto de reproche o venganza. En el suicidio como en la depresión, el estilo de vida emplea quejas, duelos y sufrimientos para influir sobre los demás y crear simpatías.

Adler reconoce que también hay personas suicidas a las que no es posible describir sino como personas bien adaptadas, aunque tales casos son extraordinariamente raros, Situaciones en las que el “relativamente sano” puede ver el suicidio como el único camino de salida, pueden ser; sufrimiento irremediable, ataques crueles e inhumanos, miedo de que se descubran actos vergonzosos o criminales, enfermedades incurables y extremadamente dolorosas. (Gómez 1996). .

Otro teórico llamado Bromberg quien afirma que el suicidio es, obviamente un síntoma y no una entidad clínica, y aunque el suicidio puede servir como una forma de castigo para la persona que antes se negó a darle amor al sujeto o como una búsqueda de paz (o reunión con el objeto amado) o también, como un escape a ciertas dificultades insoportables (Gómez, 1996).

Fundamentalmente las bases del suicidio para Bromberg radican en el hecho mismo de un instinto de muerte que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio.

Finalmente un discípulo de Freud, el psiquiatra Karl Menniger (1972), describe dentro del suicidio tres dimensiones fundamentales: odio, depresión, melancolía y culpa. Los cuales se encuentran presentes en todos los suicidios interrelacionada:

- 1) La venganza (un deseo de matar).
- 2) Depresión / desesperanza (un deseo de morir).
- 3) Culpa (un deseo de ser asesinado).

El comportamiento suicida surge cuando el impulso sexual se convierte en un impulso agresivo, esto como resultado de la pérdida del objeto amado, resultando así el comportamiento destructivo.

#### **2.6.4 Teoría Cognitiva**

En el campo de la psicología cognitiva se han realizado numerosos estudios sobre el suicidio siendo Aaron Beck el máximo representante de esta corriente. En uno de sus estudios, Lester y Beck (1977), encontraron que la relación entre la presencia de deseos suicidas y otros síntomas de depresión es muy similar entre las personas que han intentado suicidarse así como en aquellas con ideas suicidas.

En cuanto el terreno de las estructuras mentales, el de las acciones interiorizadas de la personalidad suicida, Beck, Steer y Ranieri(1988), han sido pioneros en los estudios de las cogniciones de los individuos suicidas. Plantean que los individuos suicidas poseen un estilo cognitivo peculiar que es diferente a los individuos normales y a los de aquellos con perturbaciones emocionales no suicidas. Son sus estructuras particulares las que determinan el acto suicida. Beck y sus colaboradores proponen, por primera vez, una característica de la persona suicida:

- Ambivalencia interna, fluctuante entre el deseo de morir y el deseo de vivir.
- Conflicto previo al acto suicida
- Ideas suicidas y pensamientos que incrementan la probabilidad y la intensidad del deseo de muerte.

Los conflictos de los individuos son producto de ciertas distorsiones de la realidad basadas estas en premisas y supuestos erróneos y falsos.

La génesis del suicidio no solo se encuentran en las desintegraciones intrapsíquicas, en el fracaso para mantener el estatus, en el desamor, etc. Si no también en las estructuras cognoscitivas. Las acciones interiorizadas pueden actuar como antecedentes que sirven de clave y desencadenante para que produzcan otras respuestas (deseo de morir). Las operaciones interiorizadas pueden representar también, por si mismas, conductas a modificar debido a su papel crucial para la adaptación (por ejemplo la idea de muerte).

Finalmente, las acciones interiorizadas del sujeto pueden funcionar como consecuencia de otras acciones interiorizadas (por ejemplo las reflexiones autocríticas). De esta forma, se han comparado las características cognoscitivas de sujetos suicidas con relación a sujetos normales. El sujeto suicida presenta distorsión de pensamientos, los cuales incrementan la probabilidad de ocurra el suicidio. Uno de los tipos de distorsión es la tendencia a pensar en términos absolutos del todo o nada, bueno o malo, correcto- incorrecto, hermoso- feo, justo- injusto.

Se ha relacionado la conducta suicida con las características cognoscitivas. La rigidez cognoscitiva es propia del paciente suicida y no se observa en los sujetos no suicidas con problemas psicosomáticos. La rigidez se mide por la dificultad para desarrollar alternativas positivas a los problemas emocionales (Diaz del Guante y Cols, 1994).

## **2.7 Clasificación Internacional Suicidio**

Aún cuando las conductas suicidas tienen definiciones y características particulares, el suicidio y mucho menos la ideación suicida, no tienen una entidad reconocida en el DSM – IV, ni en el CIE -10 ya que como explica Rather (citado en Gómez 1996), la conducta suicida es un síntoma de depresión y síntoma del desorden borderline de la personalidad.



### **2.7.1 DSM IV**

El suicidio en el DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) se encuentra en el diagnóstico del Episodio Depresivo Mayor.

### **2.7.2 CIE 10**

El suicidio en el CIE 10 (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades), se localiza en los Episodios Depresivos y en el Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad de Tipo Limite, asimismo, en el Trastorno Disocial de la Personalidad incluye alguna de las características de las personas suicidas (Gómez, C., 1996).

## **2.8 Correlatos psicosociales de ideación suicida y depresión**

En el 2003, González Fortaleza Catalina, Ramos Lira Luciana, Gutiérrez Caballero Miguel Ángel y Waner Echegarray Fernando A; identificaron correlatos de ideación suicida, intento suicida y depresión en adolescentes estudiantes de una edad promedio de 13.7 años de la Ciudad de México, los resultados indican que los estudiantes con depresión y/o ideación suicida tienen mas conflictos con el padre/ madre, y reportan que sus padres discuten por problemas económicos; tienen menor autoestima y no tienen una buena relación con el padre/madre; son impulsivos y usan respuestas de afrontamiento agresivas. La prevalencia de intento suicida fue en hombres de de 7% y mujeres de 17%.

Para el 2007, se evaluó la ideación suicida y su relación con los aspectos psicosociodemográficos en Universitarios. Se extrajo una muestra aleatoria de 521 estudiantes. El 59.9% presentó ideación suicida. Los aspectos psicosociodemográficos relacionados significativamente con la ideación suicida fueron: cuando no trabajan; el haber vivido una infancia o adolescencia con solo la madre o un familiar; consumir cigarro, café, alcohol, drogas o medicamentos no prescritos por un médico; percibir que su vida ha sido transformada por algún evento; consideran que las personas con las que cuentan no son de la familia; cuando el dinero no cubre sus necesidades; el haber recibido atención psicológica; percibir el futuro como difícil e incierto; y manifestar pensamientos negativos o ambivalentes sobre sí mismos. (Martha Cordoba, María Pilar Rosales Murrillo, Rosario Pérez Caballero Ávila y José Carlos Rosales Pérez).

El objetivo de otra investigación que tuvo lugar en León Guanajuato, fue analizar la ideación e intento suicida y su relación con el autoconcepto y síntomas depresivos. Donde los participantes fueron 2563 estudiantes de nivel medio superior y procedentes de las escuelas preparatorias oficiales. En cuanto a la relación ideación- intento suicida se encontró una evidencia estadística siendo mayor en mujeres que en hombres aunque llama la atención que en los varones esta ideación va más allá, ya que comenten por lo menos un intento suicida.

Otro hallazgo importante es la relación autoconcepto – ideación suicida al respecto en este estudio se encontró una mayor proporción de estudiantes con autoconcepto desfavorable cuando estos habían intentado suicidarse.

En cuanto a la depresión y su relación con el intento suicida, los jóvenes que presentaron un cuadro depresivo mayor, llevaron a cabo un intento suicida, a diferencia de aquellos que no mostraron síntomas depresivos; siendo mayor la presencia en mujeres que en varones.(Reyes Valadéz, 2008).

Más recientemente en el año (2010), se identificaron los factores asociados a la ideación suicida e intento suicida de México, donde se reporto que de 12, 424 adolescentes de escuelas públicas; el 47% reporto al menos un síntoma de ideación suicida 9% refirieron al menos un antecedente de intento, donde los factores asociados a la conducta suicida fueron: poca confianza en la comunicación hacia los padres, abuso sexual, sintomatología depresiva, consumo de alcohol, tabaco, y otras sustancias toxicológicas y para las mujeres haber tenido relaciones sexuales.

No se encontraron investigaciones sobre ansiedad e ideación suicida.

### III. PROCESO METODOLÓGICO

#### 3.1 Justificación

La vida en la actualidad se caracteriza por la dependencia a horarios, la competencia en todos los aspectos, la presión por cumplir responsabilidades, los compromisos sociales, las relaciones personales, la insatisfacción que provoca el consumismo, las presiones económicas y otros factores ocasionan que un alto porcentaje de la población padezca ansiedad.

En México uno de los sectores sociales más vulnerables al fenómeno de la ansiedad son los estudiantes que cursan niveles superiores de la educación, quienes además de los factores anteriores mencionados se agregan otros como son problemas familiares, sentimientos de rechazo, mayores responsabilidades, incertidumbre sobre el futuro próximo y pocas oportunidades de empleo, estos factores y los pensamientos propios del individuo son detonantes a una ansiedad e ideas suicidas.

A medida que la ansiedad es detectada a tiempo por especialistas se puede manejar satisfactoriamente y así evitar que se agrave y se traduzca en una ideación suicida.

Por lo que este estudio se llevo a cabo con el objetivo de saber si existen diversos niveles de ansiedad en los estudiantes de Licenciatura de la Facultad de Psicología de la UNAM, y si estos niveles de ansiedad están relacionados con ideas suicidas y así poder plantear soluciones para disminuir este tipo de fenómenos que trastornan de diversas formas a los estudiantes.

GMSI, al cotejar datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) de 2008 últimos datos oficiales, con reportes de novedades de sus 2000 clientes en todo el país y la información recabada en los ministerios públicos municipales y estatales, detectó que en las muertes violentas asciende el número de suicidios entre personas de 19 a 25 años de edad.

De 1970 a 2008 la tasa de suicidio presentaba un incremento anual de 16.5% en promedio de acuerdo a (INEGI). A mediados de 2009 se disparó esta cifra para llegar a 33% y se pretende que esta cifra conservadora se mantenga durante 2010.

A nivel internacional México se ubica en el lugar 78 por incidencia de suicidios según la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en los primeros sitios ubica a Lituania, Bielorrusia, Rusia, Eslovenia y Hungría. Sin embargo en México se detecta un rápido incremento tanto en suicidio perpetrados como en intentos respecto a otras naciones como Francia o Estados Unidos que ocupan lugares 20 y 46 del ranking mundial respectivamente.

México se encuentra ya en las naciones donde asciende este problema de salud pública ligado directamente al clima de violencia que prevalece en el país. Distrito Federal, Veracruz, Jalisco y Guanajuato son entidades donde se presentan mas suicidios entre los jóvenes población que alcanzara su máximo histórico en el 2012.

Los datos anteriores demuestran que la tasa de suicidios en México ha ido creciendo, y un estudio que nos ayude a detectar los factores de ansiedad a nivel superior de educación permitiría manejarlos de una mejor manera y evitar no solo los suicidios sino la idea misma de la ideación suicida como tal.

### **3.2 Objetivo**

La presente investigación tuvo como objetivo determinar los diferentes niveles de ansiedad entre los estudiantes de Licenciatura de la Facultad de Psicología de la UNAM, Campus C.U. y si estos niveles de ansiedad están relacionados con ideas suicidas y así poder plantear soluciones para disminuir este tipo de fenómenos que trastornan de diversas formas a los estudiantes.

### **3.3 Hipótesis**

#### **3.3.1 Hipótesis de Trabajo**

Los Estudiantes de Licenciatura de la Facultad de Psicología de la UNAM, Campus C.U. padecen niveles de ansiedad que se relacionen con ideas suicidas.

#### **3.3.2 Hipótesis Estadísticas**

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y la ideación suicida, en los Estudiantes de Licenciatura de la Facultad de Psicología de la UNAM, Campus C.U.

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y la ideación suicida, en los Estudiantes de Licenciatura de la Facultad de Psicología de la UNAM, Campus C.U.

## **3.4 Variables**

### **3.4.1 Variable independiente**

- Ansiedad

### **3.4.2 Variable dependiente**

- Ideación suicida

### **3.4.3 Definición operacional de las variables**

#### **3.4.3.1 Ansiedad**

- Respuesta emocional o patrón de respuestas (triple sistema de respuestas) que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen aplicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos (Tobal, 1990).
- Determinada por el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE).

#### **3.4.3.2 Ideación Suicida**

- En este trabajo la ideación suicida la definiremos como deseos, planes, ideas y pensamientos de un sujeto a cerca del suicidio (quitarse la vida), así como las expectativas de cómo llevarlo a cabo (Beck, 1972 citado en Kumar cols 1995).
- Determinada por la Escala de Probabilidad de Riesgo Suicida (SPS).

Además se tomaron en cuenta como variables atributivas las siguientes:

Edad

Sexo

Sociodemográficas: Información obtenida a través de una ficha de identificación que incluye semestre al que cursa, promedio, número de hijo ocupa, cuantos hermanos tiene, es usted alumno regular.

### **3.5 Muestra**

La muestra para esta investigación estuvo conformada por 250 estudiantes de Licenciatura, todos ellos voluntarios de la Facultad de Psicología de la (UNAM), Campus Ciudad Universitaria. De primero a noveno semestre ya que la muestra fue tomada en el periodo comprendido de semestre 2011-2 donde solo se cursan semestres impares.

### **3.6 Diseño**

Se trató de un diseño transversal porque se recolectaron datos describiendo las variables y analizando su incidencia e interrelación en un solo momento (Hernández, Fernández y Baptista. (1991).

#### **3.6.1 Tipo de Estudio**

El presente estudio se ubicó en la categoría de investigación no experimental ya que no se tuvo control directo sobre las variables, y por lo tanto no se manipularon en ningún momento (Kerlinger, 2001).

### **3.7 Instrumentos**

#### **3.7.1 Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE).**

Este inventario tiene una escala para medir la ansiedad como rasgo y/o la tendencia a la ansiedad y otra escala para medir la ansiedad como estado. Consta de 40 reactivos (20 en cada escala) con cuatro alternativas de respuestas que valen 1 a 4. En el caso de la ansiedad estado las opciones de respuestas incluyen: mucho, moderado, algo y casi nada. Mientras que para la ansiedad rasgo incluyen: casi nunca, algunas veces, frecuentemente y casi siempre.

Los sujetos tienen que describir cómo se sienten generalmente, en caso de la escala de ansiedad como rasgo, y cómo se sienten en el momento actual, en el caso de la ansiedad como estado. El (IDARE) permite la obtención de puntuaciones de ambas escalas por separado.

La ansiedad-estado (A-Estado) es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La ansiedad-rasgo (A-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder en situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A-Estado. Como concepto psicológico, la ansiedad-rasgo tiene las características del tipo de locuciones que Atkinson (1964), llama motivos y que Campbell (1963), conceptualiza como disposiciones conductuales adquiridas. Los motivos son definidos por Atkinson como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación las activan. Las disposiciones conductuales adquiridas, de acuerdo con Campbell, involucran residuos de experiencia pasada que predisponen al individuo tanto a ver el mundo en forma especial como a manifestar tendencias de respuesta objeto consistentes.

En cuanto a su aplicación el (IDARE), fue diseñado para ser autoadministrable y puede ser aplicada ya sea individualmente o en grupo. Las instrucciones completas están impresas en el protocolo de ambas escalas.

El inventario no tiene límite de tiempo. Los estudiantes universitarios requieren de 6 a 8 minutos para contestar cualquiera de las dos escalas.

Las personas con menor nivel educativo y/o con disturbios emocionales pueden requerir de 10 a 12 minutos para contestar cualquiera de las dos escalas.

En cuanto a la consistencia interna del inventario, los coeficientes de confiabilidad varían de 0.83 a 0.92 para la ansiedad estado, mientras que para la ansiedad rasgo fluctúan entre 0.83 y 0.92.

En la construcción del (IDARE), se requirió que los reactivos llenarán los criterios de validez presentes para la ansiedad estado y para la ansiedad rasgo en cada una de las etapas del proceso de construcción del inventario a fin de poder ser conservados para la evaluación y validación ( Spielberg y Díaz-Guerrero 1975).

### **3.7.2 Escala de Probabilidad de Riesgo Suicida (SPS).**

La escala de Probabilidad de Riesgo Suicida (SPS), es una medida de auto reporte breve diseñada para evaluar riesgo suicida en adolescentes y adultos. Los sujetos son cuestionados a responder sus experiencias subjetivas y conductas pasadas en una frecuencia de tres puntos de escala tipo likert “nunca, a veces, siempre”. Los resultados se expresan en tres formas, global, normalizado en resultado T y al final el resultado de riesgo suicida. La escala esta integrada por cuatro subescalas que son:

- La desesperanza
- La ideación suicida

- La evaluación negativa del self
- La hostilidad

**DESEPERANZA:** Es una de las escalas de medición y probabilidad de riesgo suicida y trata de medir en forma global la insatisfacción de la vida del sujeto y su expectativa hacia el futuro.

**IDEACIÓN SUICIDA:** Es otra de las escalas de medición de riesgo suicida y es un tipo de conducta suicida en donde la persona habla, escribe, o piensa a cerca del suicidio sin expresar ningún intento definitivo o llevar a cabo ninguna acción relevante.

**EVALUACIÓN NEGATIVA DEL SELF:** Es una escala que mide el riesgo suicida y refleja el aprecio subjetivo que tiene la persona de sí mismo. La percepción personal en cuanto a que las cosas alrededor de esta no marchan bien, que los otros sean diferentes y no se interesen por uno y sobre todo que es difícil cambiar esta situación.

**HOSTILIDAD:** Esta última escala mide riesgo suicida y mide una tendencia al enojo en forma impulsiva, con sentimientos de aislamiento y poco control de sí mismo.

Estas fueron integradas a partir de una revisión de varias teorías que han sido propuestas para explicar la ideación y el riesgo suicida, por lo que el resultado alto en una escala indica un nivel de riesgo en la dimensión clínica que se toque.

Basados en diversas teorías los autores seleccionaron 200 preguntas que ayudarían a evaluar la ideación y el riesgo suicida. Tales preguntas fueron administradas a personas que habían intentado suicidarse, diferenciando la validez y fuerza de cada ítem aplicándolas a sujetos no suicidas.

Los ítems con mayor validez fueron estudiados en un panel en donde se les dio claridad y secuencia lógica. De las 200 preguntas quedaron 36 de las cuales tenían que tener el siguiente criterio:

- Relación de una o más teorías que explican la ideación y el riesgo suicida.
- Importancia clínica dada por la entrevista con pacientes suicidas.
- Una explicación clara de sentimientos y acciones.
- Una comprensión clara de la persona que respondía a la pregunta independientemente de su sexo, edad, credo, raza, etc.

Para cada pregunta como se menciona, existen tres opciones de respuesta que a su vez tienen una calificación numérica 1 a 3, que se siguió según el método de Guttman para el desarrollo de sistema de correlación de la prueba.



La estandarización, validez y confiabilidad de esta prueba en México la realizó la Dra. Isabel Reyes con la colaboración de la maestra Patricia Lazard (1989).

### **3.8 Escenario**

Los instrumentos anteriormente descritos se aplicaron en las instalaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México Campus Ciudad Universitaria.

### **3.9 Procedimiento**

Se acudió a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Ciudad Universitaria, a aplicar el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) y la Escala de Probabilidad de Riesgo Suicida (SPS), los anteriores instrumentos se aplicaron en diversos grupos de la Facultad de Psicología en los cuales ya se había pedido la autorización del Profesor de grupo a cargo, el cual nos dio su autorización para dicha aplicación.

En total se aplicaron los instrumentos a 250 estudiantes de diversos grupos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Estando en el salón de clases se les solicitó la participación libremente a los alumnos para dicha investigación. Aquellos que no estuvieran de acuerdo podían salir del aula.

Posteriormente se prosiguió a repartir los instrumentos a los estudiantes y se les indicó que leyeran cuidadosamente las instrucciones para que comenzaran a contestar, aquellos que tuvieran alguna duda se les pidió que levantaran la mano, y esta se les resolvía de manera individual y hasta su lugar. El tiempo estimado de la aplicación de estos instrumentos fue de 25 a 30 minutos aproximadamente.

Al término de dicha aplicación se les agradeció su colaboración y se les indicó que si deseaban obtener sus resultados o algún tipo de información adicional de esta investigación, anotarán su nombre y dirección de correo electrónico al reverso de su instrumento y a si recibirían mayor información.

Aquellos estudiantes que pidieron alguna información se les enviaron sus resultados vía correo electrónico.

## IV RESULTADOS

### 4.1 Análisis de Resultados

Se han realizado investigaciones donde se encuentran correlatos entre la depresión y la ideación suicida (González F, Lira R, 2003). Sin embargo dentro de la bibliografía revisada para esta investigación, no se han encontrado correlatos entre las variables ansiedad e ideación suicida respectivamente.

Por lo que este estudio se llevo a cabo con el objetivo de saber si existen diversos niveles de ansiedad en los estudiantes de Licenciatura de la Facultad de Psicología de la UNAM, y si estos niveles de ansiedad están relacionados con ideas suicidas y así poder plantear soluciones para disminuir este tipo de fenómenos que trastornan de diversas formas a los estudiantes.

Para el análisis de resultados se utilizó el paquete estadístico para las Ciencias Sociales (*SPSS*). Asimismo se realizó una correlación de Pearson para observar si había correlación entre nuestras dos variables; Ansiedad e Ideación Suicida.

El análisis estadístico que se llevo a cabo en esta investigación es denominado como descriptivo. La muestra para esta investigación estuvo conformada por 250 estudiantes de Licenciatura, todos ellos voluntarios de la Facultad de Psicología de la (UNAM), Campus Ciudad Universitaria. De primero a noveno semestre ya que la muestra fue tomada en el periodo comprendido de semestre 2011-2 donde solo se cursan semestres impares.

En seguida se presenta el análisis descriptivo de los rasgos sociodemográficos de la muestra entre los que se encuentran: Edad, Promedio escolar de cada Sujeto, Número de Hijo que ocupa, y Número Hermanos que tiene.

Dentro de las variables atributivas tenemos la edad de la muestra que para esta investigación oscilo entre 17 años y 36 años, con una media de 20.08 años y una desviación estándar de 2.48.

El promedio de calificación escolar de la muestra, tuvo un puntaje 7.4 a 9.9 con una media de 8.77 y una desviación estándar de 0.45.

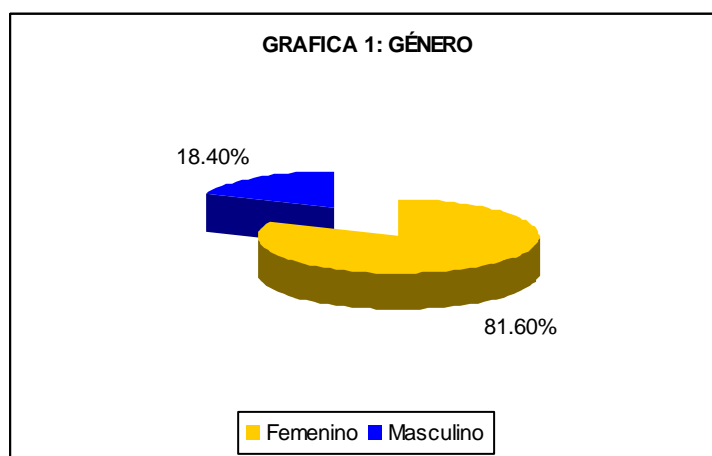
El número de hijo que se ocupa dentro de la muestra oscilo de ser único a ocupar el lugar 9 respectivamente, con una frecuencia de ser el segundo hijo respectivamente.

El número de hermanos de la muestra fue de no tener ningún hermano, hasta tener 7, con una mediana de 2.

**TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS**

	N	Rango Mínimo	Rango Máximo	Media	Desviación Estándar	Varianza
<b>Edad</b>	250	17	36	20.08	2.48	6.193
<b>Promedio Escolar</b>	250	7.40	9.90	8.76	0.45	.211
<b>N° de Hijo que Ocupa</b>	250	1	9	<b>Mediana</b> 2		
<b>N° de Hermanos</b>	250	00	7	<b>Mediana</b> 2		

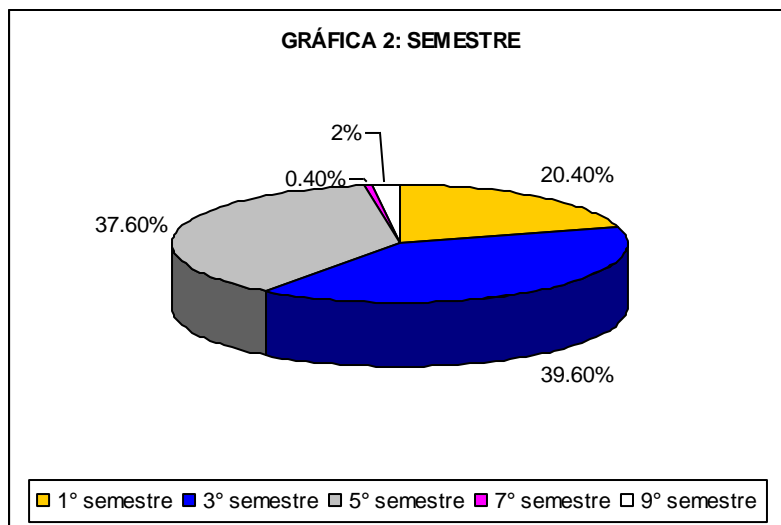
En relación al género, podemos observar que hubo un mayor número de mujeres con 204 participantes, que corresponde al 81.60% y 46 hombres que corresponde al 18.40%.



**Gráfica 1.-** Porcentaje descrita por género (masculino, femenino)

A continuación se le presenta la distribución respecto del semestre que cursan donde encontramos que 51 participantes son de primer semestre ocupando el 20.40%. 99 participantes son de tercer semestre que ocupan 39.60 %. 94 participantes son de quinto ocupando 37.60%. 1 participante de séptimo que ocupó el 0.40% y 5 participantes de noveno con un 2% (ver grafica 2).

Podemos observar que la mayoría de los participantes cursaban semestres de 1° a 5°, respectivamente. Cabe recordar que la muestra se obtuvo en semestre denominado impar por lo que no existen dentro de la muestra semestres pares.



**Gráfica 2.-** Distribución de datos respecto de semestres que cursa la muestra

En la tabla 2, se encontrara la regularidad de los participantes. En la que prevalecieron el alumnado regular con 230 casos regulares y 20 casos irregulares (deudores de alguna materia). Con un porcentaje de 92% y 8% respectivamente.

**TABLA 2. REGULARIDAD**

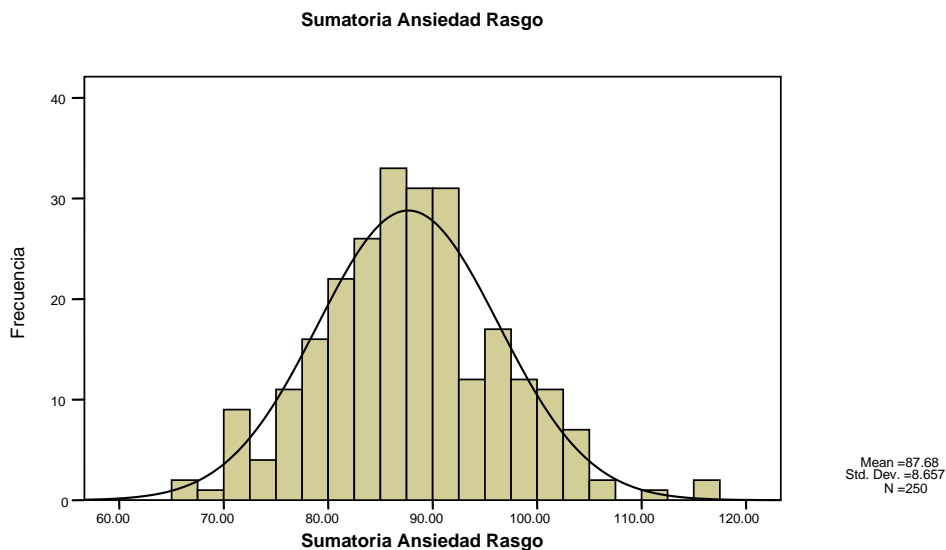
	Frecuencia	Porcentaje
<b>SI</b>	230	92%
<b>NO</b>	20	8%
<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>

En la tabla 3, podemos observar que la media de la muestra para la variable Ansiedad (Puntaje Ansiedad) es de 87.67, y para la variable Ideación Suicida (Puntaje I. Suicida) es de 58.52 respectivamente.

**TABLA 3. MEDIAS DE LOS PUNTAJES ANSIEDAD E IDEACION SUICIDA**

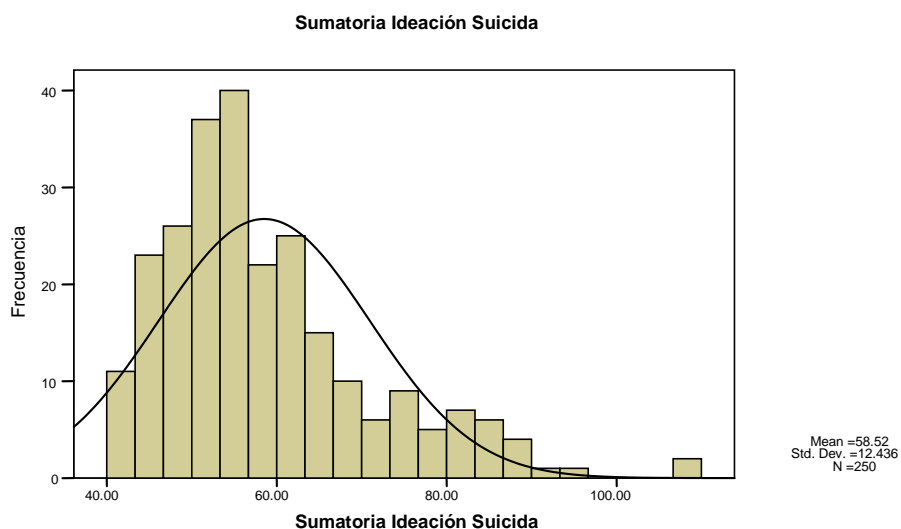
	N	Rango Mínimo	Rango Máximo	Media	Error Estándar	Desviación Estándar	Varianza
<b>Puntaje de Instrumento Ansiedad</b>	250	66	116	87.67	.54751	8.65	74.94
<b>Puntaje de Instrumento Ideación Suicida</b>	250	41	110	58.52	.78654	12.43	154.66

La tabla 4, nos indica como se comporta la muestra respecto a la normalidad, el Puntaje de la variable Ansiedad se comporta dentro de los estándares de una curva normal con una asimetría de .219, y una curtosis de 0.309.



**Gráfica 3.- Normalidad y asimetría, sumatoria ansiedad estado.**

El puntaje de la variable Ideación Suicida, se encuentra asimétricamente sesgada positivamente 1.21 grados con una curtosis de 1.659.

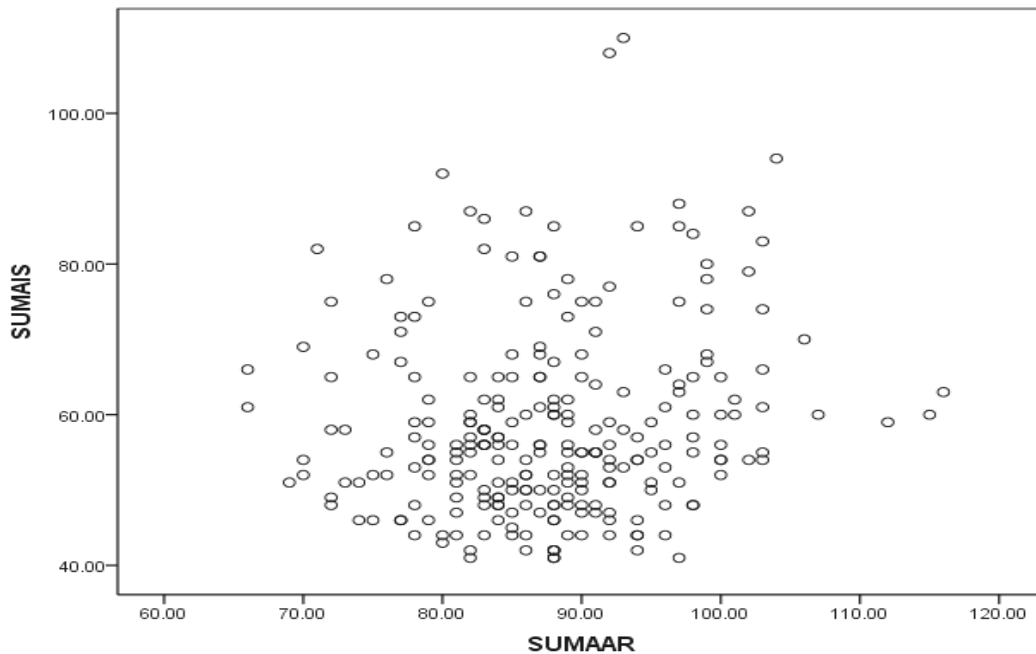


**Gráfica 4.-** Normalidad y asimetría, sumatoria ideación suicida.

**TABLA 4. ASIMETRÍAS, PERCENTILES Y PUNTAJES DE LOS INSTRUMENTOS ANSIEDAD E IDEACION SUICIDA**

	<b>PUNTAJE ANSIEDAD</b>	<b>PUNTAJE I. SUICIDA</b>
<b>N</b>	250	250
<b>Media</b>	87.67	58.52
<b>Mediana</b>	88	56
<b>Moda</b>	88	48
<b>Desviación estándar</b>	8.65	12.43
<b>Varianza</b>	74.94	154.66
<b>Asimetría</b>	0.219	1.214
<b>Error asimétrico</b>	0.154	0.154
<b>Curtosis</b>	0.309	1.659
<b>Error de curtosis</b>	0.307	0.307
<b>Rango</b>	50	69
<b>Mínimo</b>	66	41
<b>Máximo</b>	116	110
<b>Percentil 25</b>	82	50
<b>Percentil 50</b>	88	56
<b>Percentil 75</b>	93	65

Para observar si existe una correlación entre nuestras variables, Ansiedad (SUMAR) e Ideación Suicida (SUMAIS), se realizó un diagrama de dispersión, donde se observa que a mayor ansiedad mayor ideación suicida.



**Grafica 5 .-** Dispersión de las Variables Ansiedad (SUMAR) I. Suicida (SUMAIS).

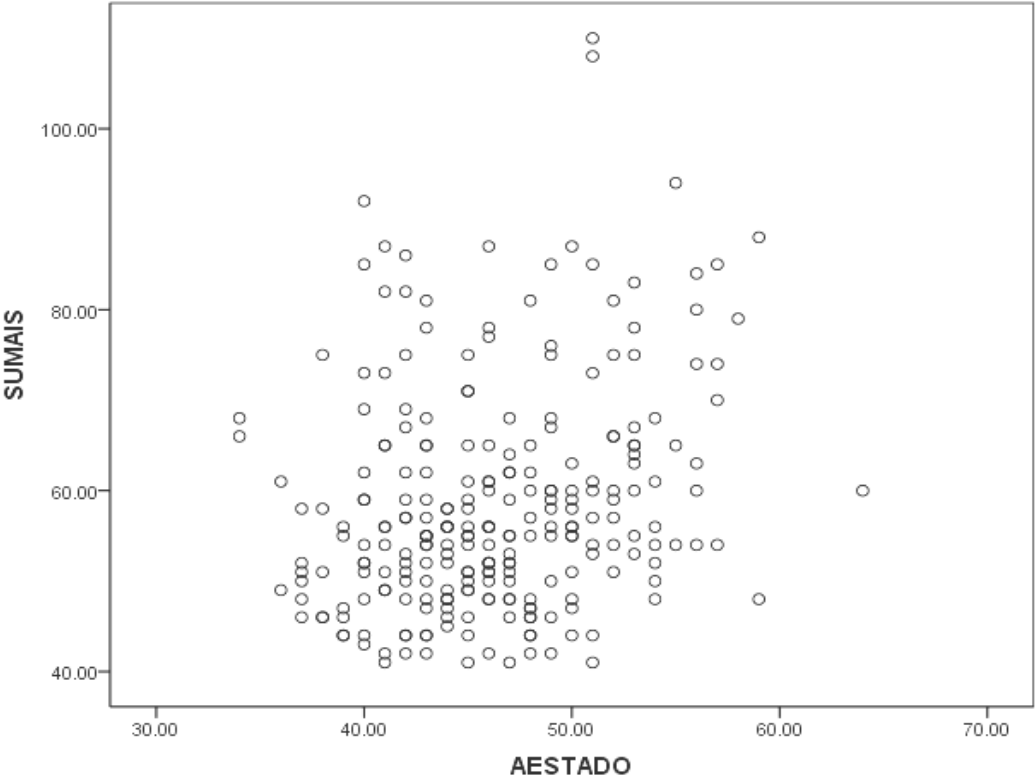
Para continuar con la descripción de nuestras variables se utilizó un Coeficiente de correlación de Pearson encontrando una correlación de  $r=0.136$ ;  $p<0.05$ , para nuestras variables Ansiedad (SUMAR) e Ideación Suicida (SUMAIS). Esta correlación obtenida se considera una correlación positiva débil (ver tabla 5).

**TABLA 5. CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES ANSIEDAD E IDEACIÓN SUICIDA.**

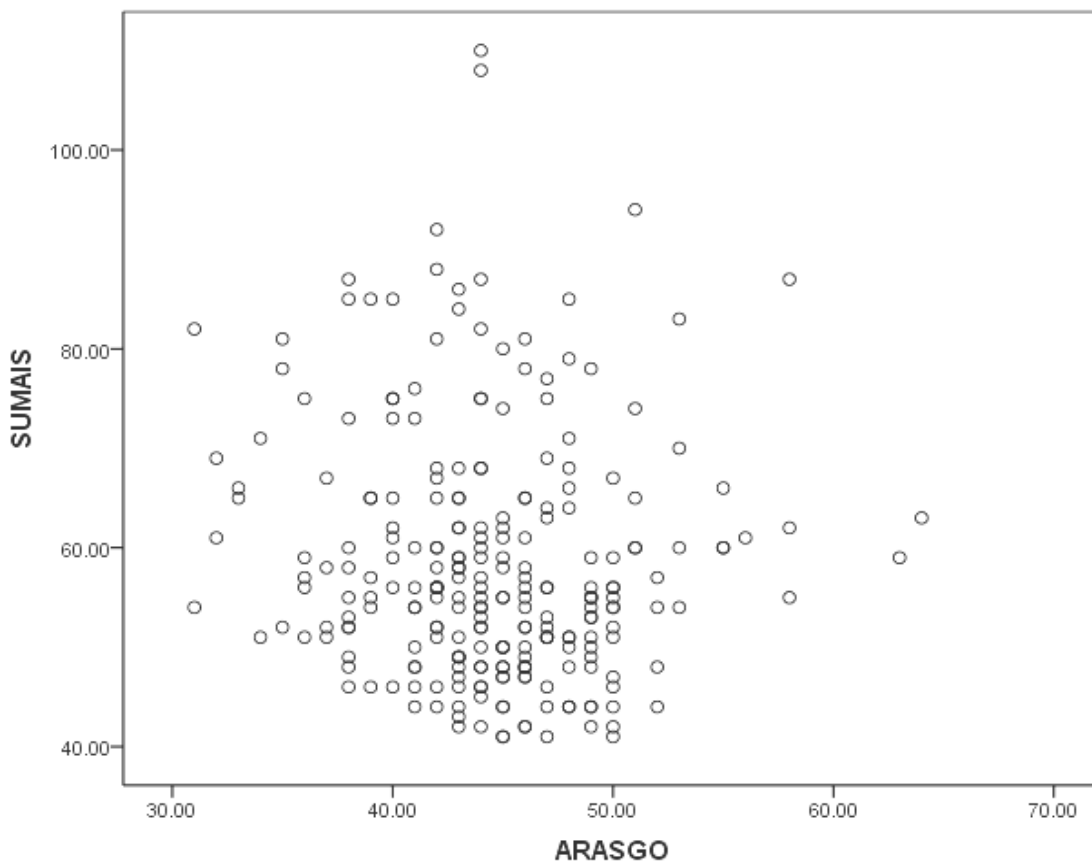
		<b>ANSIEDAD (SUMAR)</b>	<b>I. SUICIDA (SUMAIS)</b>
<b>PUNTAJE ANSIEDAD</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	<b>1</b>	<b>.136(*)</b>
	<b>Sig.(2 -colas)</b>		<b>.031</b>
	<b>Cuadro de sumas y cruce de productos</b>	<b>18660.756</b>	<b>3654.444</b>
	<b>Covarianza</b>	<b>74.943</b>	<b>14.676</b>
	<b>N</b>	<b>250</b>	<b>250</b>
<b>*Correlación significativa al 0.05, 2 colas.</b>			

Con la idea de buscar una correlación mayor en nuestras variables se separo el Instrumento que midió la variable Ansiedad, llamado Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en sus dos factores; Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado, y se prosiguió a correlacionar cada uno de estos dos factores con el Instrumento de Ideación Suicida (SPS).

Para observar si existe una correlación con alguno de los factores ya sea Ansiedad Rasgo y/o Ansiedad estado se obtuvieron los siguientes diagramas de dispersión.







Para este dato se utilizó el Coeficiente de correlación de Pearson donde se obtuvo una correlación de  $r=0.328$ ;  $p < 0.01$  bidireccional, pero solo para el factor Ansiedad Rasgo. Mientras que para el factor Ansiedad Estado no se encontró correlación alguna.

**TABLA 6. CORRELACION DE FACTORES ANSIEDAD ESTADO- RASGO**

		Puntaje ideación Suicida	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Puntaje Ideación Suicida	Correlación Pearson	1	-.094	.328(**)
	Sig. (2-colas)		.139	.000
	Cuadro de sumas y cruce de productos	38510.356	-1511.356	5165.800
	Covarianza	154.660	-6.07	20.74
	N	250	250	250

\*\* Correlación significativa al 0.01, 2 colas.

Este punto fue de gran relevancia y por lo tanto se decidió descomponer el Instrumento que midió la variable Ideación Suicida, llamado Probabilidad de Riesgo Suicida (SPS), en sus cuatro factores que son Ideación Suicida, Hostilidad, Evaluación Negativa del Self, y Desesperanza.

Por consiguiente se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, observando que al descomponer los instrumentos en sus factores se encontraron correlaciones del factor ansiedad rasgo con tres de las sub escalas del Instrumento Ideación Suicida, las cuales son: hostilidad, desesperanza e ideación suicida. Con esto podemos observar que al menos nuestro Instrumento de la variable Ideación Suicida, es confiable y mide lo que tiene que medir, y si se sacara su confiabilidad con un Alfa de Cronbach, esta sería de una alta confiabilidad.

En la tabla 6, encontramos las correlaciones entre los factores ansiedad estado y hostilidad donde se encontró una correlación de  $r=0.366$ ,  $p<0.01$ , ansiedad estado y desesperanza encontramos una correlación de  $r=0.347$ ,  $p<0.01$ , ansiedad estado e ideación suicida se encontró una correlación de  $r=0.220$ ,  $p<0.01$  respectivamente. Cabe mencionar que con el factor con el que no se encontró correlación alguna fue la evaluación negativa del self.

**TABLA 7. CORRELACIÓN DE LAS SUB ESCALAS**

		Hostilidad	Desesperanza	Ideación Suicida	Evaluación Negativa	Ansiedad Rasgo
<b>Hostilidad</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	1	.565(**)	.461(**)	.223(**)	.366(**)
	<b>Sig. (2-colas)</b>		.000	.000	.000	.000
	<b>Cuadro de sumas y cruce de productos</b>	3850.217	3191.771	1673.952	549.253	1819.663
	<b>Covarianza</b>	15.525	12.870	6.777	2.215	7.337
	<b>N</b>	250	250	250	250	250
<b>Desesperanza</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	.565(**)	1	.562(**)	.362(**)	.347(**)
	<b>Sig. (2-colas)</b>	.000		.000	.000	.000
	<b>Cuadro de sumas y cruce de productos</b>	3191.771	8276.400	3075.667	1354.880	2528.000
	<b>Covarianza</b>	12.870	33.239	12.402	5.441	10.153
	<b>N</b>	250	250	250	250	250

<b>Ideación Suicida</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	<b>.461(**)</b>	<b>.562(**)</b>	<b>1</b>	<b>.291(**)</b>	<b>.220(**)</b>
	<b>Sig. (2- colas)</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>		<b>.000</b>	<b>.000</b>
	<b>Cuadro de sumas y cruce de productos</b>	<b>1673.952</b>	<b>3075.667</b>	<b>3622.972</b>	<b>718.811</b>	<b>1060.108</b>
	<b>Covarianza</b>	<b>6.777</b>	<b>12.402</b>	<b>14.609</b>	<b>2.898</b>	<b>4.275</b>
	<b>N</b>	<b>250</b>	<b>250</b>	<b>250</b>	<b>250</b>	<b>250</b>
<b>Evaluación Negativa del Self</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	<b>.223(**)</b>	<b>.362(**)</b>	<b>.291(**)</b>	<b>1</b>	<b>-.070</b>
	<b>Sig. (2- colas)</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>		<b>.267</b>
	<b>Cuadro de sumas y cruce de productos</b>	<b>549.253</b>	<b>1354.880</b>	<b>718.811</b>	<b>1689.476</b>	<b>-232.200</b>
	<b>Covarianza</b>	<b>2.215</b>	<b>5.441</b>	<b>2.898</b>	<b>6.785</b>	<b>-.933</b>
	<b>N</b>	<b>250</b>	<b>250</b>	<b>250</b>	<b>250</b>	<b>250</b>
<b>Ansiedad Rasgo</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	<b>.366(**)</b>	<b>.347(**)</b>	<b>.220(**)</b>	<b>-.070</b>	<b>1</b>
	<b>Sig. (2- colas)</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.267</b>	
	<b>Cuadro de sumas y cruce de productos</b>	<b>1819.663</b>	<b>2528.000</b>	<b>1060.108</b>	<b>-232.200</b>	<b>6428.000</b>
	<b>Covarianza</b>	<b>7.337</b>	<b>10.153</b>	<b>4.275</b>	<b>-.933</b>	<b>25.815</b>
	<b>N</b>	<b>250</b>	<b>250</b>	<b>250</b>	<b>250</b>	<b>250</b>

\*\* Correlación significativa al 0.01, dos colas.

## 4.2 CONCLUSION Y DISCUSION

Con base al objetivo de saber si existen niveles de ansiedad en los estudiantes de Licenciatura de la Facultad de Psicología de la UNAM y si estos niveles de ansiedad se relacionan con ideas suicidas, podemos afirmar que se cumplió. Que se acepta la hipótesis nula la cual señala “Que existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad y la ideación suicida en los estudiantes de Licenciatura de la Facultad de Psicología de la UNAM, Campus C.U.”

La muestra de estudiantes universitarios evaluada en esta investigación presentó una correlación positiva débil significativa, que resulta congruente con el modelo de (Rojas, 1980), donde propone que los sujetos pasan a lo largo del tiempo que dura la preparación y decisión del acto suicida por todos los estados de animo posibles, como lo son: las manifestaciones implícitas y explícitas de la muerte en general, la posibilidad suicida donde la idea suicida pasa a ser algo pasivo a algo activo, la ambivalencia no saber que hacer unos días se piensa que lo mejor es terminar de una vez, y otros se siente mejor y se piensa que la situación es transitoria, donde no se debe perder la esperanza, y por ultimo la etapa de decisión suicida generalmente precedida de una disminución de la angustia.

Esto también concuerda con lo encontrado por Morón (1992), expone el proceso suicida y en el plantea como primer punto, el paso de la idea suicida al acto, depende del proceso de disposición, inhibición, o derivación. Estos dos modelos presentados son diferentes, en cuanto planteamiento del proceso suicida, pero a pesar de las diferencias ambos modelos concuerdan en que los sujetos suicidas pasan por eventos estresantes, por la ansiedad, la depresión, la ambivalencia de vivir o morir y la decisión que finalmente deben tomar.

Los resultados anteriores coinciden con la teoría de (Durkheim 1897), quien enfatiza los aspectos sociales a cerca del suicidio donde los analiza desde la perspectiva de los sentimientos e introduce el término “anómico” y se refiere a sentirse sin raíces con ansiedad y desesperación. Se habla de la autodestrucción como el resultado de un sentimiento por parte del individuo de sentir que no pertenece a nada social y culturalmente hablando (Lazard, 1988).

Durkheim (1897), finaliza su teoría afirmando que el suicidio no es un simple fenómeno psicológico individual, sino que se trata también, de un hecho social con dimensiones colectivas, en las que menciona: las decepciones amorosas, la perdida de empleo, los reveces financieros, los remordimientos, la ansiedad, la enfermedad mental y los sufrimientos físicos son los motivos individuales o psicológicos que pueden llevar al hombre al pensar en el suicidio y a consumarlo (Bille-Brahe, 2000).

Al obtener una correlación débil en nuestra investigación se decidió descomponer nuestros instrumentos de aplicación, que para la variable ansiedad fue el Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (IDARE), en sus dos factores los cuales son: ansiedad rasgo y ansiedad estado. Y correlacionar cada factor con el instrumento de aplicación que para la variable ideación Suicida fue Escala de Probabilidad de Riesgo Suicida (SPS).

Al correlacionar el factor Ansiedad Estado con el Instrumento que midió la variable Ideación Suicida, la cual fue la Escala de Probabilidad de Riesgo Suicida. No se encontró correlación para este factor.

Observando este dato se desglosó la Escala de Probabilidad de Riesgo Suicida en sus cuatro sub escalas que son: desesperanza, ideación suicida, evaluación negativa del self y hostilidad, y correlacionarlas con el factor de ansiedad rasgo.

Donde se obtuvo que el factor ansiedad rasgo correlaciona con tres de las cuatro sub escalas, del instrumento de ideación suicida (SPS). Las cuales son hostilidad, desesperanza, e ideación suicida que para nuestro estudio es referente.

Como concepto, la ansiedad rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes Spielberger, (1975).

Esto coincide en cierta forma con (Tobal, 1990), donde menciona que las respuestas a la ansiedad pueden ser emitidas tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos al sujeto tales como pensamientos, ideas, imágenes etc. que son percibidos por los individuos como amenazantes.

Esto quiere decir que nuestra muestra presenta una ansiedad relativamente estable al concepto de ansiedad rasgo descrito por Spielberger, (1975). Y que encontramos presencia de factores de suicidio como lo son desesperanza, hostilidad e ideación suicida.

Estos resultados concuerdan con Blumenthal (1990), presenta cinco grupos de factores de riesgo los cuales el autor “dominan por completo el suicidio”.

Esto es, que todos y cada uno de los factores de riesgo están relacionados unos con otros, entre las que encontramos por ejemplo:

Una historia de una pérdida temprana, más estrés y eventos negativos de vida exponen al suicidio. La existencia de abuso sexual o físico, poco apoyo social, embarazo no deseado, matrimonio temprano, delincuencia, encarcelamiento, estar lejos del hogar, ambiente familiar caótico y la presencia de ciertas enfermedades médicas incrementan en los jóvenes el riesgo y la idea de suicidio.

Específicamente los rasgos de personalidad también están asociados con el suicidio incluyendo la agresividad, la impulsividad, pensamiento rígido, excesivo perfeccionamiento, desesperanza, personalidad antisocial, borderline. La ocurrencia de ansiedad, abuso de sustancias, impulsividad son una triada letal, particular en jóvenes suicidas.

Por otro lado y tomando en cuenta los resultados obtenidos podemos decir que al menos en esta investigación nuestro instrumento que midió la variable ideación suicida, resulto ser confiable, ya que se correlacionaron sus sub escalas entre ellas mismas y se observo que existen correlaciones entre ellas.

Debido a esto no solo los datos son confiables sino que dicha escala puede ser utilizada en investigaciones futuras en torno al riesgo e ideación suicida, además de servir como instrumento de prevención e intervención directa con pacientes que presentan factores de riesgo para la conducta suicida como tal.

Al observar que en nuestra investigación hay relación entre el nivel de ansiedad y el riesgo suicida en estudiantes de Licenciatura de la Facultad de Psicología de la UNAM, Campus C.U. y como parte del objetivo central de la misma, se plantean las siguientes soluciones para poder disminuir el nivel de ansiedad y poder evitar ideas suicidas entre los estudiantes. De entre estas soluciones y debido a que no se detectaron anomalías en las gráficas resultantes y por lo tanto casos que requieran otro tipo de tratamientos.

Proponemos la utilización de las diversas técnicas de reducción de ansiedad, esto coincide con (Kendall & Ford, 1988), donde se menciona que la utilización de estrategias cognitivo – conductuales es frecuente en los programas de intervención psicológica, el objetivo principal es el de disminuir los niveles de ansiedad, así como mejorar la calidad de vida del sujeto.

El entrenamiento cognitivo – conductual, le brinda a los pacientes medios, tangibles de ejercer el control personal en una situación que de lo contrario sería aversiva e incontrolable. Si se pueden modular las respuestas internas a la ansiedad, entonces la cooperación relajada y el compromiso activo en los procedimientos, pueden promoverse.

De ahí que cualquier definición de la relajación deba hacer referencia necesariamente a sus componentes fisiológicos, como patrón reducido de activación somática y autónoma, subjetivo como informes verbales de tranquilidad y sosiego, y conductuales como estado de relajación motora.

Los primeros modelos teóricos empleados en el tratamiento de las ansiedades (Wolpe, 1958), postulaban que generar unas respuestas fisiológicas antagónicas a la ansiedad debilitarían el impacto de las situaciones que la provocan, así la relajación se ha convertido también, en un componente básico de los tratamientos conductuales para los trastornos con base en la ansiedad.

Los métodos de relajación ha demostrado que alteran significativamente los procesos fisiológicos relacionados con la ansiedad reduciendo sobre todo la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, el consumo de oxígeno, la tensión muscular tónica, la transmisión dérmica y la tensión arterial (López, 1994).

Las investigaciones han demostrado la eficacia de los procedimientos de relajación (muscular, meditación; entrenamiento autógeno, hipnosis, etc.) en el tratamiento de muchos problemas relacionados a la ansiedad, a las fobias, y al dolor. Así mismo, los métodos de relajación se utilizan como tratamiento coadyuvante en muchas condiciones, como la ansiedad de hablar en público, el síndrome de colon irritable, el dolor crónico y las disfunciones sexuales.

Como podemos ver, la relajación es una técnica terapéutica adecuada en el control de la ansiedad y el dolor, y constituye una estrategia de afrontamiento para hacer frente a estímulos y situaciones que amenazan nuestro bienestar (Echeburua, 1998).

La relajación comienza cuando una persona entra en un estado de activación bajo, que puede ser total o progresivo comenzando, por ejemplo, por cabeza y continuando hasta los pies. Si bien, son diversos los programas de relajación existentes, un objetivo común a muchos de ellos es enseñar al paciente a relajar los músculos a voluntad, de modo que pueda ser consciente de las sensaciones de tensión y de laxitud de los mismos (Echeburua, 1998).

Por otra parte la sola mención de las técnicas de relajación no es suficiente, se requiere también de acciones de difusión e implementación de programas, cursos entre los estudiantes que son afectados por la ansiedad. Dichos programas podrían ser efectuados por las mismas autoridades de nuestra facultad. Estas acciones podrían complementarse con conferencias que permitan conocer e identificar los diversos factores que provocan la ansiedad y la ideación suicida, y así poder evitarlas.

## **LIMITACIONES**

- Una de las limitaciones que encontramos en nuestro estudio fue la escasa información sobre la relación entre la ansiedad y la ideación suicida, ya que dentro de los factores causantes de la ideación suicida se menciona la ansiedad, pero al menos en esta investigación no se encontraron correlatos entre estas variables.
- Otra de la limitante asociada a esta investigación fue que no se encuentran escalas de ideación suicida actuales por lo que tiene que recurrir a escalas anteriores que miden el suicidio como tal.
- Otra limitación más es que nuestra muestra es pequeña, y en población solo de la Facultad de Psicología de la UNAM, por lo tanto se busca agrandar la población y diversificarla en otras Facultades e Instituciones.

## **SUGERENCIAS**

- Se sugiere llevar acabo más investigaciones sobre ansiedad y su relación con la ideación en estudiantes universitarios de diversas instituciones para poder generalizar los resultados encontrados en esta investigación.
- También se sugiere diseñar un Inventario, Escala, o test que pueda medir los factores asociados al suicidio y la ansiedad, para que así sea más fácil poder predecir y diagnosticar a un paciente con estos fenómenos.
- Otra sugerencia y en base a datos obtenidos es utilizar y difundir las técnicas de reducción de la ansiedad, para disminuirla y poder evitar pensamientos e ideas suicidas que trastornen a los estudiantes universitarios.



## REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (Texto Revisado), Barcelona, España Masson.
2. Aguado, M. (2006). Enfermedad de Alzheimer y ansiedad. Disponible en ([http://www. Infodoc.com](http://www.infodoc.com)). Obtenido 16 de Abril 2011.
3. Beck, A., Emery, G., Grenberg, R. (1985). Anxiety disorders and phobias. A A cognitive perspective. EE.UU. Básic Books
4. Caballo, V. (2002). Manual para el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos Vol. 1. España : Ed. Siglo Veintiuno
5. Calle, R. (1990). Ansiedad. Técnicas de Autoayuda para Superar la Angustia y el Estrés. 3ª Ed. Barcelona: Ed. Urano.
6. Córdoba, M., Rosales M., Caballero, R., Rosales, J., (2007). Ideación Suicida en Jóvenes Universitarios: su Asociación con Diversos Aspectos Psicosociodemográficos Psicología Iberoamericana, vol.15, núm 2, pp. 17-21 Universidad Iberoamericana, Ciudad de México.
7. Díaz- Guerrero, R., Spielberger, C., (1975). IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado. Ed. Manual Moderno, S.A.de C.V. México, D.F.
8. Diccionario Español Alemán (1995). España: Sopena
9. Domínguez, B., Valderrama, P., Olvera, Y., Pérez, S., Cruz, A.& González, L. (2002). Manual para el Taller Teórico – Práctico del Manejo de Estrés. México: Plaza y Valdés.
10. Durkheim, E. (2003). El Suicidio (7ªed). México: Coyoacán.
11. Engler, B. (1996). Introducción a las Teorías de la Personalidad(4ª Edición). México: Mc Graw Hill
12. Freud, S., (1926). Inhibición, Síntoma y Angustia. Obras Completas. Vol. 20 (Comentarios de James Strachey y Ana Freud). Buenos Aires; Amorrortu
13. Goldman, H. (1996). Psiquiatría General. México. El Manual Moderno.
14. Gómez, C., (1996). Relación entre Ideación Suicida y el Nivel de Estrés Psicosocial en Estudiantes de Nivel Medio Superior del D.F. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.

15. González, A., Guzmán, R., (2004). *Ansiedad Provocada por el Desempleo en Egresados de la Carrera de Psicología de la UNAM* Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
16. González-Fortaleza, C., García, G., Medina-Mora., (1998). *Indicadores Psicosociales predictores de Ideación Suicida en dos Generaciones de Estudiantes Universitarios*. Salud Mental 21(3). (pp 1-9).
17. González, F., Lira. R., (2003). *Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos*. Disponible en [www.psicothema.com](http://www.psicothema.com) . Obtenido 16 de Mayo del 2011.
18. Heinze, G. (2003). *La Ansiedad: Como se le Concibe Actualmente*. Ciencia, Abril – Junio, pp. 8-15.
19. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (2009) *Estadísticas del Suicidio en México*. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx>. Obtenido el 15 de Abril del 2011.
20. Johnson, R. (1990). *Estadística Elemental* Ed. Grupo Editorial Iberoamérica
21. Lazard, P. (1988) *El Riesgo Suicida en Adolescentes en Relación con la Pérdida de la Figura Paterna* Tesis de Maestría, Facultad de Psicología. UNAM.
22. Lazarus, S., Folkman, S., (1986). *Estrés y procesos cognitivos* Barcelona: Martínez Roca.
23. Linford, W., (1974). *Factores de Ansiedad en la Asistencia Global al Enfermo*. Países Bajos: Ed: Excerpta Médica.
24. Luna, F., (2010). *Tabaquismo y Ansiedad en Adolescentes* Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
25. Magallán, A., (2006). *Ideación Suicida y su Relación con el Estrés Psicosocial*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
26. Manual de Estilo de Publicaciones de la American Psychiatric Association (2002). Adaptado para el español por Editorial Manual Moderno 2ª Edición.
27. Martín, J., (1999). *Angustia y Ansiedad; Causas, Síntomas y Tratamiento*. Madrid: Ed. Pirámide.

28. Martínez, R., Rodríguez, E., (2004). Empleo de Estrategias Conductivo Conductuales para el Manejo de Estrés ante Procedimientos Médicos Invasivos Aplicados a Niños con Leucemia Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
29. May, R., Maslow, A., Rogers, C., Allport, G., Lyons, J., Feifel, H., (1963). Psicología Existencial Buenos Aires: Paidós.
30. Mcguigan, F.J. (1998) Psicología Experimental Métodos de Investigación Sexta Edición. Ed. Prentice Hall.
31. Mondragón, L., (1997) La Ideación Suicida en Relación con la Desesperanza, el Abuso de Drogas y Alcohol Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
32. Navarro, M., (2006) Suicidio Intento e Ideación Análisis Comparativo de Características Psicológicas. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
33. Peláez, B., (1974) Teorías de la Ansiedad. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
34. Pérez, Amescua B, Rivera-Rivera L. Prevalencia y Factores Asociados a la Ideación e Intento Suicida en Adolescentes de Educación Media Superior de la República Mexicana Salud Pública de México/ vol. 52, n°. 4, Julio- Agosto de 2010.
35. Reyes, M., (2005) Ansiedad Rasgo Estado y Estilos de Afrontamiento Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
36. Rivera, H., (2007) Mensajes Audiovisuales para la Promoción de la Salud y la Prevención del Suicidio en Adolescentes Tesis de Maestría, Facultad de Psicología. UNAM.
37. Rubio, E., (2010) Evaluación de las Características del Trastorno Depresivo en Pacientes Pediátricos Sobrevivientes de Cáncer Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
38. Salmerón, J., (2007) Propiedades Psicométricas dos Escalas de Preocupación en una Muestra de Jóvenes Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
39. Tobal, Miguel., (1990) La Ansiedad. Tratado de la Psicología General. Ed. En J. Mayor y L. Pinillos. Vol. 3. Madrid: Alhambra.

# ANEXOS

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Género:** ( M ) ( F ) **Semestre que** **Promedio:** \_\_\_\_\_  
**Cursa:** \_\_\_\_\_

**N° de hijo que** **Cuantos hermanos** **Es usted alumna ( o )**  
**ocupa:** \_\_\_\_\_ **tiene:** \_\_\_\_\_ **regular:** \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el paréntesis del número que indique como se **siente ahora mismo**, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos.

**De antemano gracias por su participación**

	No en lo absoluto ( 1 )	Un poco ( 2 )	Bastante ( 3 )	Mucho ( 4 )
1. Me siento calmado	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
2. Me siento seguro	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
3. Estoy tenso	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
4. Estoy contrariado	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
5. Estoy a gusto	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
6. Me siento alterado	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
8. Me siento descansado	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
9. Me siento ansioso	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
10. Me siento cómodo	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
11. Me siento con confianza en mi mismo	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
12. Me siento nervioso	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
13. Me siento agitado	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
14. Me siento "apunto de explotar"	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
15. Me siento reposado	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
16. Me siento satisfecho	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
17. Estoy preocupado	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
18. Me siento excitado y aturdido	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
19. Me siento alegre	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
20. Me siento bien	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )

	<b>No en lo absoluto ( 1 )</b>	<b>Un poco ( 2 )</b>	<b>Bastante ( 3 )</b>	<b>Mucho ( 4 )</b>
21. Siento ganas de llorar	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
22. Me canso rápidamente	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
23. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
24. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
25. Me siento descansado	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
26. Me siento bien	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
27. Soy una persona tranquila serena y sosegada	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
30. Soy feliz	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
31. Tomo las cosas muy a pecho	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
32. Me falta confianza en mi mismo	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
33. Me siento seguro	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
34. Trato de sacarle provecho a las crisis y dificultades	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
35. Me siento melancólico	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
36. Me siento satisfecho	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y molestan	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
38. Me afectan tantos los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
39. Soy una persona estable	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
40. Cuando pienso en asuntos que tengo entre las manos me pongo tenso y alterado	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )

**IDARE: INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO – ESTADO**  
**AUTOR: CHARLES D. SPIELBERGER, 1966.**

**INSTRUCCIONES:** A continuación se le presentan una serie de frases, que en muchas ocasiones se apegan a lo que algunas personas sienten. Léalas y diga que tan ciertas son en usted poniendo una “X” a lado de cada cuadro. Revise que todas las frases estén contestadas.

	<b>NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>
1. Cuando me enojo aviento cosas			
2. Siento que mucha gente se preocupa por mi			
3. Siento que tiendo a ser impulsivo			
4. Pienso en cosas demasiado malas			
5. Siento que tengo demasiada responsabilidad			
6. Siento que podría hacer cosas que valen la pena			
7. Con el objeto de castigar a otros pienso en el suicidio			
8. Siento hostilidad hacia otros			
9. Me siento aislado de la gente			
10. Siento que la gente aprecia mi verdadera persona			
11. Siento que mucha gente entristecería si me muero			
12. Me siento tan solo que no puedo tolerarlo			
13. Otros sienten hostilidad hacia mí			
14. Siento que si yo pudiera empezar otra vez cambiaría muchas cosas en mi vida			

	<b>NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>
15. Siento que no puedo hacer muchas cosas bien			
16. Tengo problemas para encontrar y mantener un trabajo que me guste			
17. Pienso que nadie me extrañaría si no estoy			
18. Las cosas parecen estar bien para mi			
19. Siento que la gente espera demasiado de mi			
20. Siento que necesito castigarme por cosas que he dicho y pensado			
21. Siento que no vale la pena continuar en este mundo			
22. Planeo el futuro con mucho cuidado			
23. Siento que no tengo amigos con los que pueda contar			
24. Siento que si yo muriera estaría mejor			
25. Siento que sería menos doloroso si muriera que continuar vivo			
26. Me siento/sentí cercano a mi madre			
27. Me siento/sentí cercano a mi compañero (a)			



	<b>NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>
28. Siento poca fe en que las cosas mejoren			
29. Siento que la gente no me acepta a mí ni lo que hago			
30. He pensado como matarme			
31. Me preocupo por el dinero			
32. Pienso en el suicidio			
33. Me siento cansado e indiferente			
34. Cuando me enojo rompo cosas			
35. Me siento/sentí cercano a mi padre			
36. Siento que no puedo ser feliz independientemente donde este			

**SPS: ESCALA DE PROBABILIDAD DE RIESGO SUICIDA**  
**AUTOR: Cull, G, y Wayne, 1982.**

***GRACIAS POR SU COLABORACIÓN***