

01962 8  
2 ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

LA IDEACION SUICIDA COMO INDICADOR PARA LA PREVENCION SECUNDARIA  
DEL SUICIDIO EN POBLACION ESTUDIANTIL

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE :  
MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA  
P R E S E N T A:  
SOCORRO GONZALEZ MACIP

DIRECTOR DE TESIS: Dr. José de Jesús González Núñez

COMITE DE TESIS: Dr. Mario A. Cicero Franco  
Dr. José Cueli García  
Dra. Selene Cansino Ortiz  
Mtro. Jorge R. Pérez Espinoza



FACULTAD  
DE PSICOLOGIA

MEXICO. D.F.

1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

80519



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.

## **INDICE**

<b>INTRODUCCION.</b>	<b>6</b>
<b>I EPIDEMIOLOGIA</b>	
Internacional.	8
Nacional.	12
<b>II ANTECEDENTES</b>	
Estudios psicosociales de Ideación Suicida.	20
Estudios psicosociales de Ideación Suicida en México	24
Estudios de Ideación Suicida aplicando la Escala de Beck	28
<b>III MARCO TEORICO</b>	
Suicidio	32
Adolescencia	43
El suicidio en la adolescencia	60
<b>IV METODOLOGIA</b>	
Objetivos	64
Planteamiento del problema	65
Planteamiento de las hipótesis	65
Variables	66
Método	67
Procedimiento	67
Instrumento	68

	3
<b>V RESULTADOS.</b>	72
<b>VI CONCLUSION</b>	103
<b>VII DISCUSION</b>	105
<b>VIII BIBLIOGRAFIA</b>	111
<b>IX ANEXO</b>	118

## FE DE ERRATAS

	Dice	Debe decir
- En la página 28, en la línea 16.	<i>una</i>	un
- En la página 36, en la línea 20,	<i>rato</i>	acto
- En la página 49, en la línea 4,	<i>le</i>	la
- En la página 96, en la línea 4,	<i>muestran</i>	muestras
- En la página 103, en la línea 10,	<i>consiente</i>	consciente
- En la página 102, en la tabla 14,	<i>coversivo</i>	conversivo

“VEN MUERTE TAN ESCONDIDA  
QUE NO TE SIENTA VENIR  
PORQUE EL PLACER DE MORIR  
NO ME VUELVA A DAR VIDA.”

Teresa de Avila.

Este trabajo lo dedico a mis padres por darme un sentido de vida y la oportunidad de crecer, a pesar de que la investigación aparentemente suena a muerte.

A mis hermanos y cuñados, por su discreta pero intensa compañía a distancia.

A mi madrina Minina ( † ) y a mis primos Jorge y Gille que han estado muy cerca para compartir alegrías y preocupaciones.

La intención del tema, es poder lograr que la idea sea expresada, para que no atormente el interior de los jóvenes, por lo que en este sentido agradezco al Dr. José de Jesús González Nuñez por crear el espacio justo, para discutir el proceso de elaboración y llevarte de la mano para encontrar las formas precisas para plantear ésta problemática.

Agradezco al comité de tesis por las aportaciones e interés brindado en la revisión de este estudio.

A la Dra. Catalina González Forteza, por ser como una ángel generoso de experiencia y tiempo para organizar, interpretar y analizar la investigación.

Asimismo al Dr. Alejandro Díaz Martínez y a todo el equipo del Programa de Salud Mental, del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental

de la Facultad de Medicina, sin el cual no podría haberse llevado a cabo este trabajo; sin olvidar a los participantes que expresaron sus ideas y sentimientos.

Por el soporte bibliotecario y gráfico, quiero agradecer al Sr. Raymundo Juárez y Victor Martínez.

A todos los nuevos amigos que encontré, en este reto de estudiar la Maestría.

A Katia, Susana, Magali, Maria Elena y Aurora por compartir cotidianamente, los obstáculos presentes y ausentes.

A la Familia Gómez Pereyra por el agradable espacio físico, en el cual se ha desarrollado, la mayor parte del contenido de tiempo-vida de estas páginas.

A mis amigos de Puebla, que siguen ahí a pesar de los kilómetros, esperando que lleguen a buen término los objetivos trazados.

A los nuditos que en ocasiones aparecieron, porque no llegaba la inspiración, esperando que en una dimensión imaginaria se resolvieran todas las dudas sobre el destino, la vida y la muerte.

## INTRODUCCIÓN

Construir sobre las causas que orillan a los jóvenes a suicidarse es una de esas situaciones limitrofes. Las palabras, en esa circunstancia, son como voces que se ahogan en la nada. Carecen de alma. Ni hay destinatario, ni existe el consuelo, ni hay solución posible; incluso las letras que conforman la reflexión y el apoyo se duelen a sí mismas.

“El suicidio del joven no es el del viejo. No es lo mismo optar por la muerte caminada la vida, cuando se sabe que el pasado fue mejor que el futuro, que renunciar a ella en épocas de propósitos, de metas” ( Kraus, 1996)

Tomando en cuenta que atrás de cada suicidio consumado existen alrededor de 40 intentos, es razonable pensar que cada intento lleva consigo una idea o conjunto de ideas suicidas previas, por lo que la detección y medición de éstas ayudaría de manera importante a la intervención y/o prevención del acto suicida.

De acuerdo a Beck, Rush, y Shaw (1979), la etiología que está implicada en un intento de suicidio es un continuo, que hay que otorgarle especial importancia a la presencia de deseos y planes de cometerlo (ideas suicidas), a los sentimientos de inutilidad, a las pérdidas recientes, al aislamiento social, la desesperanza y a la incapacidad de recibir ayuda. De ahí que una buena evaluación de la conducta suicida permite ser una buena predicción del riesgo.

De acuerdo con Heman (1984), el lograr obtener la información de lo sujetos sobre la percepción de su vida-muerte, así como, de sus sistema de valores, nos ayuda a detectar a aquellos individuos con ciertas características que pueden llegar a cometer un acto violento. Así como, también aquellos con antecedentes de haber tenido este comportamiento, con el fin evaluar la probabilidad de un futuro acto de



esta índole y de esta manera evitar que lo cometan. También en esta medida sería posible evitar que se extendiera este comportamiento a otras poblaciones aun no afectadas, pero sí susceptibles de serlo.

En este trabajo se pretende por medio de una Entrevista Clínica Semi-Estructurada, que evalúa pensamientos suicidas, detectar ideación suicida en jóvenes universitarios y poder brindar un apoyo e intervención para prevenir futuras conductas suicidas.

El primer capítulo muestra la epidemiología internacional y nacional del suicidio, así como los estudios de este fenómeno y las conductas suicidas estudiadas en nuestro país.

El segundo capítulo expone los estudios psicosociales de ideación suicida reportados en la edad muestra que nos interesa abordar.

El tercer capítulo nos presenta el marco teórico que sustenta la relación de teorías y enfoques de la conducta suicida y la etapa de desarrollo en las que se encuentran los estudiantes universitarios.

Los capítulos cuarto y quinto presentan la metodología utilizada y los resultados obtenidos respectivamente.

Para concluir, el sexto capítulo expone los hallazgos, limitaciones y aportaciones de la investigación realizada en esta Tesis.

# I EPIDEMIOLOGÍA

## EPIDEMIOLOGÍA INTERNACIONAL

Según los cálculos de la OMS, alrededor de 1000 personas se suicidan diariamente en todo el mundo. Esto indica que aproximadamente cada minuto y medio alguien se suicida, por lo que esta causa de muerte ocupa en la actualidad el tercer lugar de mortalidad internacional (Garland y Zigler 1993). Al analizar la frecuencia con la que ocurre el intento suicida según estimaciones de Stengel (1964), la relación entre suicidio e intento suicida varía de 1:5, hasta 1:15; por lo que de 5,000 a 15,000 personas en el mundo estarán diariamente en algún punto o de alguna forma, atentando contra su vida (Heman, 1989)

A menudo no se tienen datos reales sobre las notificaciones de casos de suicidio o es incompleta a causa del estigma que lleva apareado y que a veces incluye sanciones penales o religiosas, por lo que se prefiere atribuir a la muerte una causa accidental más que intencionada. En la mayoría de los países el suicidio sigue inmediatamente a los accidentes como causa principal de defunción entre los jóvenes (O.M.S., 1995).

En América, los países con mayores tasas de suicidio entre la población joven de 15 a 29 años de edad son: Canadá, Estados Unidos y Venezuela. En Europa: Hungría, Checoslovaquia Bulgaria, Escocia, Francia e Inglaterra. En Asia: Japón y Singapur y en Oceanía: Australia y Nueva Zelanda; mostrándose mayor porcentaje en la muerte de hombres que en mujeres (O.M.S., 1995).

La tasa de mortalidad de suicidio para el grupo de edad de 15 a 24 años se ha incrementado, en México; en 1989 se destaca que fue más alta en los varones: 7.2 por cada 100,000 que en las mujeres: 3.2/ por cada 100,000 y esto también se ha encontrado en otros países como Venezuela, España y Estados Unidos (OMS., 1992).

En Estados Unidos, el suicidio entre las personas jóvenes de 15 a 24 años ha tenido un incremento de más del cien por ciento entre 1950 y 1980, mientras que la tasa general de suicidio ha cambiado muy poco. De 1960 a 1988 la tasa de suicidio se incrementó de 5.2 a 13.2 para el grupo de edad mencionado (World Health Statistics Annual, 1993).

Se estima que es la novena causa de muerte en población general a nivel mundial y en los adolescentes representa la tercera causa 20% de todos los suicidios (en Soler y Sierra, 1994)

Es mucho menos común el suicidio entre las mujeres jóvenes que entre los varones. Aunque ellas, cometen intentos de suicidio con mucha más frecuencia, a veces con lesiones permanentes. La relación entre suicidios frustrados y consumados entre los adolescentes se ha estimado en 40:1 en la mayoría de los países del primer mundo (O.M.S., 1995).

Un análisis del suicidio en la población de la república de China encontró que el perfil era opuesto a lo que se reporta en el resto del mundo. Más mujeres se matan que hombres, particularmente mujeres jóvenes, las tasas de suicidio de mujeres eran las más altas de todo el mundo excedida solamente por Hungría, que tiene una tasa

de 198 suicidios de mujeres por millón. También en relación contraria con otros países, el suicidio ocurre más a menudo en áreas rurales que urbanas y se estima que la cultura tiene gran influencia sobre las tasas de suicidio. Se destaca que el grupo de edad en el cual se investiga (15-24 años) tiene 158 suicidios por un millón de población. (Pritchard, 1996).

En una investigación realizada con el fin de comparar el suicidio entre mujeres y hombres adolescentes, en una muestra de 116 sujetos (19 mujeres y 97 hombres), en un grupo de edad de 13 a 22 años en Finlandia, se observó que un 73% de la muestra había comunicado su intento, el 47% había tenido atención psiquiátrica previa y el 42% había sido hospitalizado. Comparadas con los hombres, las mujeres a menudo han hecho un intento de suicidio previo (63% vs 33%) y han tenido atención psiquiátrica durante un año antes del suicidio (47% vs 21%). Los resultados sugieren que las mujeres jóvenes que cometieron suicidio sufren patología más severa que los hombres jóvenes. Al mismo tiempo, se reportó que es más común que las mujeres hablen del suicidio que los hombres, ya que tres cuartas partes de la muestra de mujeres había comunicado su intento suicida meses antes del acto final, lo que sugiere que existe una premeditación previa (Marttunen *et al.*, 1995).

La conducta suicida en sus distintas formas representa un problema de salud pública internacional. En la mayoría de los países el suicidio se encuentra dentro de las diez principales causas de mortalidad general y en una elevada proporción, se ubica entre las primeras tres causas de muerte para el grupo de 15 a 34 años de edad de sexo masculino. Sin embargo, los datos sólo representan una aproximación a la realidad, debido a que apenas uno de cada cuatro intentos se registra y recibe

atención. Además, debe tenerse cuenta que por cada suicidio consumado existen diez tentativas fallidas (Diekstra, 1993).

## EPIDEMIOLOGÍA NACIONAL

Considerando los estudios de la evolución del suicidio en México de 1970 a 1991, proporcionados por la Dirección General de Estadística (INEGI) y por las tabulaciones sobre defunciones, en 1970 hubo 554 defunciones por suicidio registradas en la República Mexicana en ambos sexos. Cifra que ascendió en 1991 a 2120, lo que representa un aumento de 282% (Borges et al., 1994). En otras observaciones, Saltijeral y Terroba (1987), analizaron la tendencia de los suicidios en la década pasada y encontrando que de 1971 a 1980 la tasa de las conductas suicidas y parasuicidas, se mantuvieron constantes. El Estado de Tabasco registró el índice más alto de casos, alcanzando una tasa de 10.4 por cada cien mil habitantes; es decir, aproximadamente un 85% más elevado que la media nacional. Sobre esta tendencia se llevaron a cabo estudios de 1979 a 1988 y se encontró que la incidencia muestra fluctuaciones. La tasa más elevada se registró en 1980 alcanzando 11.7% y la más baja en 1984 con un 5.8% y el último año (1988) un 10.2% (García y Tapia, 1990). Lo anterior sugiere que si no se trata de frenar su causalidad, el acto suicida y sus intentos seguirá presentándose ya que por cada suicidio consumado hay entre 50 y 220 intentos.

Aunque tradicionalmente se le ha considerado como una expresión de conflictos mentales subyacentes y de larga duración, como la depresión, muchas veces el suicidio no está relacionado con patologías mentales declaradas y su latencia en estos casos es más bien corta.

Se destaca asimismo, que la población adolescente y adulta joven se ha visto más afectada y por lo tanto se tendría que dar más énfasis en influir en las tendencias suicidas en estas edades, ya que se observa que en 1970 se registró una tasa de .8% en población adolescente entre 15 y 19 años de edad y en 1990 fue de 1.42% (INEGI, 1990). La tendencia a suicidarse es más importante entre los jóvenes (15 a 30 años) y disminuye ligeramente a medida que avanza la edad. Después de los 14 años de edad, la tasa aumenta extraordinariamente hasta alcanzar su máximo en el grupo de 20 a 24 años y después hasta los 49 años, para aumentar discretamente entre los 50 y los 59 años. (Borges *et al.*, 1994)

De acuerdo a INEGI (1995), la tasa de intentos de suicidio en la población masculina en este mismo grupo de edad, fue menor a la tasa de suicidios consumados. En las mujeres, la tasa de intentos también es más baja que la de suicidios consumados, pero mayor con relación a la tasa de intentos de suicidio de los hombres. La tasa de suicidio fue de 1.33 en 1970 teniendo fluctuaciones en esa década hasta llegar a 0.45 en 1990.(Borges, 1996).

En el último año (1994) que se tiene registrado en el INEGI, la información de intentos de suicidios en 1994 es de 153, con un total de suicidios consumados de 2, 215 y de las causas posibles el mayor número se debe a disgustos familiares (52) Las mujeres presentan suicidio en mayor número que hombres 37 vs 15 por este problema, aunque la mayoría de las veces realmente se ignora la causa. Sin embargo, esta es la causa más reportada en la república mexicana (1,227). Así mismo, se refleja en este último año un mayor número de hombres suicidas que de mujeres (1848 vs 367).

El Distrito Federal es el que tiene el mayor número de suicidios de la República Mexicana, con un total de 347 suicidios, -272 hombres y 75 mujeres-,

cabe suponer que al ser tan grande su crecimiento y su población tenga el mayor número, pero es de sorprenderse que el estado de Veracruz que le sigue, presente una tasa de suicidio de 195 en comparación, relativamente alta y con un menor número de intentos sin consumarse (14). Le siguen Jalisco con 186, Chihuahua con 149, Tabasco con 118 y el Estado de México con 112. La causa que motivó el acto en la mayoría de los casos es desconocida. El estado con menor índice es Tlaxcala, con solo 3 suicidios en 1994 (INEGI., 1995; Borges, 1996)

El lugar más frecuente se da en casa habitación. A pesar de que no se tiene bien determinado el método, la mayoría de éstos se dan con arma de fuego 257 en el D.F., 148 en Veracruz, 140 en Jalisco 113 en Chihuahua y 68 en el Estado de México.

En 1990 en las edades de 15 a 19 años se presentaron un total de 33 ( 25 mujeres y 8 hombres) intentos de suicidio sin tomar en cuenta el D.F., y 164 suicidios ( 123 hombres y 41 mujeres). En las edades de 20 a 24 años un total de 28 intentos de suicidio (15 hombres y 13 mujeres) y 207 suicidios ( 173 hombres y 34 mujeres) siendo esta edad el más alto índice de suicidio en ese año.

En 1994 se registraron en un total de 35 intentos y 262 suicidios siendo 186 hombres y 76 mujeres en el rango de edad de 15 a 19 años, siendo el Distrito Federal, el lugar en el que se dio el mayor número de suicidios (47); en el rango de 20 a 24 años de edad se dio un total de 24 intentos (19 H y 5 M) y 398 suicidios (322 H y 76 M); de igual manera el D.F. ocupó el mayor número de éstos (71). El índice más alto de suicidio se manifestó en el primer rango de edad mencionado (INEGI., 1995)



Borges en su estudio de la evolución del perfil epidemiológico destaca que en el periodo comprendido entre 1970-1991, el suicidio tuvo un incremento porcentual total del 125.49% ( 142.7% para hombres y 68.95% para mujeres). Esta tendencia ascendente del suicidio se pone de relieve si se tiene en cuenta que el número de defunciones por dicha causa, calculado por Levav (1989) es de 2,062 para el año 2000, cifra que ya fue rebasada desde 1991.

Asimismo, un estudio posterior de Borges y colaboradores (1996), informa que en 1970 se registraron 1.13 casos por cada 100,000 habitantes de defunciones por suicidio y en el año de 1994 fueron 2603. lo que significa 2.89 casos por cada 100,000 habitantes, un aumento de 156%. Los estados de Tlaxcala y México registraron las tasas más bajas, mientras que las más altas se reportaron en Tabasco y Campeche. El sudeste del país formado por los estados de Campeche, Tabasco, Quintana Roo y Yucatán son los estados que presentan las tasas más elevadas y también se encuentran elevadas las tasas de los estados de Colima, Tamaulipas y Chihuahua.

La Zona Centro, formada por los estados de Tlaxcala, Estado de México, Hidalgo, Querétaro y Puebla, es la de menor incidencia. La excepción es el D.F., que tiene una tasa por encima del promedio nacional. El suicidio consumado es un problema que afecta en mayor medida al sexo masculino y principalmente a hombres de edad avanzada. Sin embargo, se puede observar incremento reciente en la población adolescente y adulta joven. Al comparar la tasa de suicidio de México con la de algunos países latinoamericanos y de otras regiones del mundo es posible observar que México tiene algunas de las tasas más bajas de suicidio (Borges *et al.*, 1996), esto muestra la necesidad de desarrollar programas de detección, prevención y tratamiento del problema antes de que se vuelva más grave.

Desafortunadamente, en México se acentúan las dificultades de registro estadístico del número de suicidios debido a que la información es contradictoria en las diversas fuentes. Aparentemente es más confiable la obtenida de los certificados de defunción que la emitida por el poder judicial.

Es aún más difícil registrar los intentos suicidas, ya que estos datos no son declarados. Lo que se observa es que las tasas de intento, son mucho menores, que las tasas de los suicidios consumados reportados, cuando los datos actuales sugieren que debe ocurrir al contrario. Un ejemplo es el estudio realizado por Heman (1982), sobre los intentos suicidas registrados en los hospitales de urgencias del Departamento del Distrito Federal durante 4 meses. Heman (1982), detectó 250 casos cuando los registros oficiales del mismo año no reportaban ninguno. (Jiménez y Díaz-Ceballos, 1995)

Para mencionar algunos ejemplos de la poca confiabilidad de los datos epidemiológicos, en un estudio realizado por Terroba y colaboradores en 1986, con 80 casos de suicidio consumado (por medio del método de la Autopsia Psicológica), con 80 casos de intento de suicidio obtenido del servicio de urgencias de dos hospitales privados de la Ciudad de México, y con 70 pacientes también con intento de diferentes hospitales de urgencias del D.F., que fueron entrevistados y evaluados después de haber sido dados de alta; compararon las características demográficas y clínicas de estas tres poblaciones que habían presentado conductas suicidas, encontrando entre otros resultados, que en el rango de edad de 14 a 19 años se detectaron 36 intentos y 14 suicidios; y en el rango de 20-29 años 35 intentos y 27 suicidios. Entre las características que se presentan, los problemas familiares y afectivos fueron las causas de mayor peso, y más del 40% de ambos grupos de quienes lo habían intentado ya lo había hecho antes. En los suicidios consumados

más de una cuarta parte de los casos (38.7%) había intentado suicidarse por lo menos una vez antes de lograrlo; lo que demuestra que en las personas que ya han intentado suicidarse, el riesgo es mayor.

Los resultados clínicos obtenidos al comparar los parasuicidios entre sí con los suicidios consumados, determinaron que durante la entrevista, la ansiedad -como rasgo de personalidad- fue un estado clínico característico, sobretodo en las mujeres que intentaron suicidarse. A pesar de que se mostraron variaciones en los estados depresivos de los dos grupos de parasuicidas estudiados, la depresión moderada y las reacciones transitorias de ajuste significaron más del 50% y jugaron un papel importante, por el hecho de que en la mayoría de quienes lo habían intentado, el grado de la letalidad del intento no rebasó los límites intermedios, lo que indica que no estaban completamente convencidos de querer morir. Aunado a esto, se observó una severidad moderada en la mayoría de los intentos y los suicidios consumados se dieron en situaciones de máxima severidad. De este resultado podría desprenderse la consideración de que toda acción autodestructiva puede ubicarse dentro de un continuo, en cuyos extremos se localizan respectivamente el deseo de morir y el deseo de vivir y en el que la diversidad de conductas autodestructivas ocupa un lugar intermedio (Terroba *et al.*, 1986)

En una muestra de 80 casos de intento de suicidio en el servicio de urgencias de dos hospitales, se encontró que el mayor número de intentos lo habían realizado mujeres (61%) entre 16 y 30 años de edad, el 53% tenía un deseo de morir moderadamente bajo y 41% lo habían intentado anteriormente y el 76% no tenían deseos de morir, también se descubrió que los sujetos estudiados no tenían una

verdadera razón motivacional subyacente al acto, por lo que no demostraron un interés real de morir en su intento (Terroba *et al.*, 1987)

En la revisión de los reportes en un servicio de urgencias del hospital 20 de Noviembre en el periodo de Octubre de 1980 a Septiembre de 1982 se reportaron 153 intentos suicidas de los cuales 35 fueron hombres y 118 mujeres; la edad en la cual se presentó mayor frecuencia fue de los 15 a 35 años y el mayor grado de letalidad se presentó entre los 15 y 25 años de edad (Esparza, 1982)

En un estudio del Hospital de Especialidades Centro Médico “La Raza” se hizo una revisión de los expedientes clínicos de los pacientes con conducta suicida explícita durante el periodo de 1986 a 1988. Se encontraron 40 casos que mostraron evidencias de autodestrucción reconocidas como intento suicida, que en el 82% fue motivo de interconsulta Psiquiátrica. De estos 40 casos, 28 eran mujeres 70% y 12 hombres -30% . El 52.5% estaban solteros y se encontraban en el grupo de edad de entre 16 a 21 años y la mayoría de ellos eran estudiantes. Del total de pacientes, 3 murieron como consecuencia del acto y la severidad de este fue elevada en 19 de los casos (47%).

El suicidio o su intento en pacientes de un hospital psiquiátrico, tiene diferencias importantes con aquéllos vistos en hospitales no psiquiátricos. Los factores de alto riesgo en pacientes manejados en hospitales generales, pueden y deben ser descubiertos por médicos no psiquiatras, quienes por lo tanto necesitan conocerlos (Corlay *et al.*, 1990)

En un estudio realizado en San Luis Potosí en 1989 se encontró que durante la década comprendida entre 1975 y 1984, -por medio de las notas periodísticas de

los diarios- se intentaron suicidar en el Estado 389 personas, lo cual corresponde al 100% registrado. De éstas lograron consumarlo 22, lo que representa el 57%. Los rangos de edad en los que los intentos fueron más frecuentes son de 15 a 19 años, con un 18%; de 20 a 24 años, con un 18.0% y de 25 a 29 años, con un 19%. Es así que el grupo de 15 a 29 años es el más afectado. De ellos el rango de edad en el que más se consumaron los suicidios fue el de 20 a 24 años (10%). En relación con la ocupación de los suicidas se encontró que el primer lugar lo ocupan los estudiantes (17.2%), predominando las mujeres (Gutiérrez y Solis-Camara, 1989)

## II ANTECEDENTES.

### ESTUDIOS PSICOSOCIALES DE IDEACION SUICIDA

Se considera de vital importancia en la prevención del Suicidio a la ideación suicida, por la posibilidad de reflejar el nivel más temprano para que se lleven a cabo posibles conductas parasuicidas, por estar íntimamente relacionada con la tendencia suicida. Rotheram-Borus (1993) encontró que el 16% de los 214 adolescentes estudiados tenían ideación suicida y el 37% había intentado quitarse la vida en alguna ocasión. El 94% de los que atravesaron por tres o más periodos de ideación suicida, habían intentado suicidarse. Este es un síntoma frecuente e inespecífico que refleja un nivel de conflicto interno frecuentemente asociado con desesperanza y depresión (Levy y Deykin, 1989), se asocia con la desesperanza y la falta de autoestima (Kienhorts *et al.*, 1990) y con intentos suicidas (Kosky, Silburn y Zubrick, 1990).

Hawley et al. , (1991) estudiaron a 53 personas que se presentaron en sala de urgencia con Ideación Suicida, pero que no se habían autoinflingido ningún daño y encontraron una elevada tasa de trastornos de personalidad y abuso de alcohol y solamente un 13 % con depresión por lo concluyeron que la Ideación Suicida se asociaba más con desadaptación crónica que con la depresión.

Los cuatro reactivos de ideación suicida derivado del Cuestionario General de Salud (GHQ) (Goldberg y Hillier, 1979) se aplicaron a una muestra de 1014 jóvenes

con edad promedio de 19 años. Se encontró que 11.7% de los hombres y 9.7% de las mujeres podrían ser considerados con ideaciones suicidas. (Goldney *et al.*, 1989)

En una muestra de 489 sujetos de 18 a 24 años de Missouri y Maryland USA, con dos preguntas sobre suicidio, 10.4% reportaron haber tenido últimamente algunos pensamientos de suicidio durante el mes anterior a la entrevista (Golgerg, 1981).

En una muestra de 158 estudiantes utilizando un cuestionario de conductas suicidas diseñado por Linehan (1981) solamente 34% habían considerado suicidarse, 50% lo habían considerado de forma breve, 13% lo había considerado seriamente, y 3% había cometido intento (Bonner y Rich, 1987).

Asimismo, en una muestra de 186 sujetos con un instrumento de ideación suicida elaborado por Schotee y Clumb (1982) basado en la Escala de ideación suicida (Beck *et al.*, 1979) solamente el 26% reportaron no tener ideación suicida, el 34% reportó baja ideación, el 18% reportó moderada ideación suicida y el 22% reportó alta ideación suicida. (Bonner y Rich, 1988).

En una muestra de 3125 sujetos (45.6% hispanos) en los Angeles CA, USA respondieron a la pregunta "¿Alguna vez has sentido o tenido un pensamiento de cometer suicidio?" obteniendo como resultado de 8.8% en hispanos y 18.9% en no hispanos que tuvieron ideación suicida (Sorensen y Golding, 1988).

En una muestra de 619 varones de 18 años, residentes de la ciudad de Buenos Aires Argentina se analizaron los factores de riesgo y la ideación suicida. Se utilizó una ficha epidemiológica autoadministrada con 39 preguntas, las cuales incluían 3

preguntas para indagar la presencia de ideas de suicidio y su frecuencia. Se encontró una frecuencia de 16.8% de ideación suicida en alguna ocasión, y del 3.1% de planes de suicidio. Esta frecuencia fue mayor entre los sujetos con depresión grave (25%), que entre aquéllos con moderada y leve. Esta investigación detectó que un episodio depresivo anterior triplica las posibilidades de tener ideas de suicidio más adelante.

En un estudio con anglo-adolescentes (924) y adolescentes de origen mexicano (1,354) realizado en una escuela en Las Cruces, Nuevo México en el periodo escolar de 1990-91, se investigó la prevalencia, la comorbilidad y los factores de riesgo de los síntomas depresivos y la ideación suicida, utilizando como instrumento la CES-D (Craig y Van Natta, 1973). Los resultados muestran que aquéllos que marcaron en el CES-D puntajes de 24 o más, el 37% Anglo y 36% de los jóvenes Mexicano-americanos puntuaron alto en ideación suicida; de éstos, 81% de los mexicano-americanos y 84% de los Anglo-americanos presentaron altos puntajes de depresión y se refleja que para ambos grupos, ésta fue el factor de riesgo correlacionado para la ideación suicida. Las tasas de prevalencia fueron más altas para las mujeres mexicanas de origen. (Roberts Robert E. y Chen Yuan-Who, 1995)

En un estudio sobre la relación del estrés por aculturación con depresión e ideación suicida en una muestra de inmigrantes y segunda generación de adolescentes latinoamericanos participaron 40 mujeres y 30 hombres de un programa bilingüe de una escuela de educación media del sur de California. Para medir la ideación suicida se utilizó el "Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ-QR) (Reynolds, 1987); que valora la naturaleza y frecuencia de la ideación suicida dentro del mes anterior. Se encontró que un cuarto de adolescentes latinoamericanos



experimentaron niveles críticos de ideación suicida, lo que refleja un potencial significativo de psicopatología y de riesgo suicida: 22.5% mujeres y 26.7% hombres (Hovey, J. y King, 1996).

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

## ESTUDIOS PSICOSOCIALES DE IDEACION SUICIDA EN MÉXICO.

En un estudio realizado con 3,459 estudiantes de bachillerato del Distrito Federal, se encontró que el 47% presentaron por lo menos una sintoma de ideación suicida en la semana previa a la encuesta, 17% reportó haber pensado en quitarse la vida y el 10% respondió afirmativamente a los cuatro reactivos de ideación suicida (Roberts, 1980). La ideación suicida se encontró en una proporción ligeramente mayor de mujeres que de hombres, con pocas variaciones por grupos de edad entre los 13 y los 19 años (Medina Mora *et al.*, 1994).

Dada la importancia del riesgo suicida en los jóvenes (González-Forteza, Jiménez y Gómez, 1995) estudiaron el impacto de variables psicosociales como: Estrés cotidiano, características de personalidad y del ambiente social, sobre la ideación suicida en 423 adolescentes: 55.6% hombres y 44.4% mujeres, con un promedio de edad de  $13.9 \pm 1.2$  años, todos estudiantes de secundaria. El 75% de los progenitores (padre y madre) vivían en pareja y una misma proporción de 13% estaban separados o divorciados. Los hallazgos encontrados nos permiten observar que los adolescentes varones con pensamientos suicidas, fueron quienes se sintieron estresados por la violencia de sus papás y no por las enfermedades de ellos. Las adolescentes con pensamientos suicidas tendían a sentirse en desventaja con sus amigas, prefieren no pedir ayuda cuando tenían algún problema, gustaban de hacer cosas impulsivamente, a no creer que los logros se alcanzan por ser agradables y simpáticas con los demás, su papá no se interesaba por sus contactos sociales, a

percibirse sin características positivas de autoestima y a no comunicarse con su mamá.

De esta manera nos damos cuenta que las dimensiones de ideación suicida no fueron las mismas en ambos sexos. Mientras que en los hombres se circunscriben a la esfera de estrés familiar en las mujeres es en las esferas de estrés social, características de personalidad y ambiente social; por otro, la agrupación de las dimensiones con ideación suicida, revela que la constelación denominada consecuencias emocionales es distinta según el sexo. Las diferencias observadas permiten considerar esta problemática requiere distintas aproximaciones para incidir adecuadamente en sus necesidades y demandas, en función de intervenir y/o prevenir oportunamente la ideación suicida en los/las adolescentes.

En otro estudio realizado a 423 estudiantes adolescentes en un promedio de edad de  $13.86 \pm 1.2$  años, intentó identificar la relación entre algunos estresores sociales cotidianos, el malestar depresivo y la ideación suicida, obteniendo como resultado que la matriz de correlaciones entre las escalas de estrés cotidiano social, malestar depresivo y de ideación suicida muestran algunas diferencias importantes por género que cabe señalar: En los adolescentes varones se detectó un 20% de coeficientes de correlación, la mayoría relacionada con las manifestaciones de ánimo deprimido. Mientras que en las adolescentes, se registró un 65% de coeficientes estadísticamente significativos, distribuidos en las categorías de afecto negativo, molestias psicósomáticas, problemas en las relaciones interpersonales e ideación suicida. El presente estudio ratifica la relación entre los estresores cotidianos sociales y el estado emocional con algunas diferencias por sexo que ponen en evidencia las particularidades propias de cada género. Así se puede

apreciar que el malestar depresivo tenía una forma diferente de expresión psicoplástica, según el sexo (González-Forteza y Andrade Palos, 1994).

En un estudio realizado con 109 adolescentes de 12 a 16 años en el que se relaciona la probabilidad de riesgo suicida y la pérdida del padre por muerte o abandono se identificó por medio de la medición de los factores de ideación suicida, desesperanza, actitud negativa del self y hostilidad, al correlacionar éstas con la variable riesgo suicida, se encontró que las cuatro fueron significativas; sin embargo la de ideación suicida ocupó el primer lugar. Esto es lógico ya que las características esperadas y buscadas siempre al estudiar riesgo suicida y prevenir el suicidio en una persona, están ligadas a sus fantasías de muerte, su pensamiento de desesperanza, la agresión que maneja y por último su sentimiento hacia consigo mismo. Si observamos que a medida que aumenta en la escala el riesgo suicida aumenta la ideación suicida, entendemos por qué la persona pocas veces llega al suicidio consumado en forma abrupta, casi siempre lo piensa y fantasea, siendo una forma de buscar solución a uno o varios conflictos. Si existen en el sujeto otras alternativas viables, puede abandonar la idea; sin embargo, si esto no sucede, puede seguir pensando en el suicidio, lo rechaza, le asusta, pero posteriormente vuelve a él. Cuando la idea toma cierta fuerza, se vuelve más atractiva y se vuelve un pensamiento reiterativo sobre el tema de la muerte y/o la autoagresión que ocasionalmente y/o permanentemente ocupa un lugar central en la vida del sujeto.

Cuando la idea suicida ocupa un lugar total en el pensamiento del sujeto, después lo actúa en su mente (ideación y fantasías suicidas). Al tener el sujeto un método pensado y ensayado, se crea un proceso autónomo que va a cobrar fuerza, pudiendo ocurrir el acto suicida (Lazard, 1988).

En un estudio realizado a nivel nacional, sobre trastornos mentales en una población urbana de más de 18 años por medio de la Escala CES-D, encontraron como hallazgos relevantes un 34% de presencia de uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio y un porcentaje entre el 10% y 14% de la población ha tenido ideación suicida; esto significa que ha pensado que no vale la pena vivir, ha deseado dejar de existir o ha pensado que vale más morir. Sin embargo, solamente el 1.9% indicó haber estado a punto de quitarse la vida y 1.6% intentó suicidarse, siendo en promedio un poco más de dos mujeres quienes lo habían intentado por cada hombre. En ambos géneros se observó que fue más frecuente entre lo jóvenes de 18 a 25 años. El 7% de la población total estudiada reportó haber estado incapacitada para asistir al trabajo a la escuela o para realizar sus actividades diarias a causa de padecimientos mentales de distinta índole. El índice de incapacidad fue significativamente mayor en la población con niveles altos de depresión (24%) y en los que había intentado suicidarse (37%) (Medina-Mora et al., 1992)

## **ESTUDIOS DE IDEACION SUICIDA APLICANDO LA ESCALA DE BECK.**

### Concepto de Ideación Suicida.

“Las ideas suicidas, son aquéllas en que los individuos frecuentemente tienen pensamiento reiterativo sobre el tema de la muerte y/o la autoagresión que ocasionalmente y/o permanentemente ocupa un lugar central en la vida del sujeto; tienen planes y deseos de cometer suicidio pero no han hecho evidente el intento” (Beck *et al.*, 1972).

La Ideación suicida está compuesta por una serie de actitudes, planes y conductas, las cuales son posiblemente relacionadas con uno y otro de los pacientes que han sido identificados con ideaciones suicidas y que han sido diagnosticados con diferentes trastornos; sin embargo, la ideación suicida no es una construcción unitaria y las dimensiones de la ideación suicida representan distintos patrones de pensamientos y conductas, pero que están interrelacionados.

En una población de 330 pacientes psiquiátricos diagnosticados con diferentes trastornos internados en el hospital general en Cherry Hill, NJ., se aplicó un instrumento para identificar ideación Suicida por medio de la construcción de un auto-reporte asistido por computadora paralelo a la versión de la Escala de Ideación Suicida, que fue modificada sólo en su formato para ser contestada por el paciente por medio de un monitor que contiene las premisas y para distinguirla de la

versión original (SSI) fue llamada como: BSI (Beck y Sterr, 1991). De los 330 pacientes, 115 (34%) fueron clasificados con ideaciones suicidas y 215 (65.2%) sin ideación suicida de acuerdo con la escala BSI., y se identificaron tres dimensiones, las cuales fueron asignadas como “Deseo Activo de Suicidio”, “Preparación” y “Deseo Pasivo de Suicidio”.

En un estudio de 131 estudiantes de una escuela (high school) de Kansas, de edades de 14 a 19 años de edad; se estudió la relación entre, Depresión, autoestima, ideación suicida, ansiedad de morir y rendimiento escolar de estudiantes con padres divorciados y no divorciados. Utilizando los primeros 11 reactivos de la Escala SSI (Beck *et al.*, 1979) se encontró que estudiantes que puntuaron con diferencias significativas en depresión e ideación suicida tuvieron bajo promedio escolar y no se encontraron diferencias significativas entre los hombres y las mujeres que puntuaron con ideación suicida, así como en la circunstancia de que sus padres estén divorciados o no, Lo que mostró ser altamente significativo fue quienes puntuaron significativamente en la escala de Depresión tendieron a estar asociados con alta ideación suicida (Brubeck, Dan y Beer, 1992).

En un estudio en el cual se relacionó depresión, autoestima e ideación suicida con bajo rendimiento de estudiantes de riesgo en una escuela rural de distrito (North Central Kansas High School), 131 estudiantes contestaron diversas pruebas, entre ellas los 11 primeros reactivos de la Escala SSI. (Beck *et al.*, 1979) encontraron diferencias significativas en relación con la ideación suicida en estudiantes que tienen bajo rendimiento y faltaron más de 15 veces a sus clases (Beer Joe y Beer John, 1992).

En una muestra de 108 adolescentes entre 12 y 17 años (70 mujeres y 38 hombres) admitidos en un hospital general en Cherry Hill, New Jersey, con diversos trastornos psiquiátricos fue aplicada la versión de auto-reporte de la Escala BSI (Beck y Steer, 1991). A pesar de que el instrumento fue originalmente desarrollado para pacientes adultos, el BSI fue útil para valorar ideación suicida en pacientes psiquiátricos adolescentes, porque el nivel de significancia de ideación de éstos fue comparada con la tasa descrita por Beck y Steer (1991) de los pacientes adultos, y el significado de los niveles de ideación suicida entre ambos fue comparable. Se encontró sin embargo, que existe mayor prevalencia de ideación suicida entre los adolescentes jóvenes que en adolescentes tardíos porque en adultos no se encontró nivel de significancia en relación con la edad, asociada con la ideación suicida de éstos (Steer, Kumar y Beck, 1993)

En una muestra de 1,794 pacientes, los cuales 1,306 fueron diagnosticados con un trastorno menor del ánimo y 488 sin trastorno del ánimo que fueron evaluados en el centro de terapia cognitiva (CCT) entre enero de 1986 y Agosto de 1991, con el fin de comparar la relación que existe entre depresión y desesperanza con ideación suicida por lo que fueron aplicados diferentes instrumentos para medir, depresión, desesperanza e ideación suicida. Se encontró que altos niveles de ideación suicida fueron positivamente asociados con trastornos del ánimo y con los niveles de expectativas negativas sobre el futuro. Sin embargo, la depresión y la desesperanza alcanzaron una diferencia mayor de 2.5 más que la ideación suicida en los que fueron diagnosticados con un trastorno del ánimo.

En una muestra de 207 sujetos que fueron pacientes psiquiátricos del hospital de la Universidad de Pennsylvania o del Hospital General de Filadelfia, entre 1970 y



1975 se investigó si la desesperanza, la depresión o la ideación suicida podría predecir un eventual suicidio en estos pacientes hospitalizados con ideación suicida sin un reciente intento suicida, tomando en cuenta la clasificación propuesta para individuos suicidas (Beck *et al.*, 1973) como sigue: Aquellos que están continuamente pensando sobre el suicidio (Ideators), aquéllos quienes han hecho un intento fallido (Attempters) y aquéllos que han hecho un intento letal (completers). Esta clasificación provee datos e hipótesis que guardan relación de las variables clínicas de las conductas suicidas.

Fueron aplicadas las escalas de Depresión, Desesperanza e Ideación Suicida. Se encontró que aunque la Escala de Ideación Suicida (SSI) (Beck *et al.*, 1979) no predijo el suicidio final en esta muestra de quienes tienen ideas suicidas, la intensidad de los deseos de suicidio entre los que intentaron, parece indicar a corto plazo el riesgo de morir por un suicidio.

En un estudio sobre enfrentamiento de problemas en personas con ideación e intento suicida se utilizó una modificación de la Escala SSI. ( Beck *et al.*, 1979) empleando los 13 reactivos de la escala original más 5 nuevos reactivos (Miller, Bishop y Dow, 1986) en una muestra de 100 sujetos de un proyecto del programa de conducta suicida. Los hallazgos encontrados sugieren que esta adaptación (MSSI) puede ser realmente un instrumento válido para valorar la ideación suicida.

Los sujetos reportaron relativamente intensidad de ideación suicida (20.3 %) por el alto puntaje obtenido en comparación con otras muestras clínicas.

### III MARCO TEÓRICO

#### SUICIDIO.

Definición.- Llamamos suicidio a “todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, cometido por la víctima, a sabiendas que va a producir dicho resultado”(Durkheim,1897). Sin embargo de acuerdo con Quidu (1970), conviene adoptar una definición más amplia que permita abordar la conducta suicida bajo sus diferentes aspectos:

-El suicidio por su etimología -sui coedere-, acto de matarse acto que se logra y se sanciona con la muerte.

- Tentativa suicida, acto incompleto que tiene como resultado un fracaso.

- La idea del suicidio, representación mental del acto, que podría excluirse del estudio de la conducta, sin embargo considerada como acto virtual, podemos encontrar en ella, como en las anteriores, la misma pulsión instinto-afectiva; la intención y el deseo de matarse.

Al hablar de suicidio tendremos que empezar por conceptualizarlo y es Durkheim (1857, 1951) quien introduce el término y se refiere a la existencia de sentirse sin raíces con ansiedad y desesperación. Se habla de la autodestrucción como el resultado de un sentimiento por parte del individuo de sentirse que no pertenece a nada social y culturalmente.

El modelo psicoanalítico de Freud (1917-1957), entiende al suicidio como la agresión introvertida de los impulsos generados originalmente por la pérdida de un objeto de amor o su equivalente, en donde la expresión de la agresión no puede ser concientizada, ya que generaría mucha ansiedad, culpa, o bien un peligro real. El suicidio es conceptualizado como una defensa en contra de impulsos hostiles no aceptados que son parte en sí misma de un proceso melancólico patológico. Por lo tanto el suicidio o la autoagresión es la resultante de la agresión contra un objeto interno; el suicida se encuentra en ese momento con una seria perturbación de su juicio de realidad. Asimismo afirma que el problema de la persona que atenta contra su propia vida reside en el sadismo, ya que los neuróticos experimentan impulsos homicidas que terminan volcándose contra ellos mismos. Es decir, que el yo no puede darse muerte, sino cuando el retorno de las cargas objetales lo hacen tratarse como el propio objeto, existiendo cierta identificación con él mismo. En la melancolía, el acto autodestructivo encuentra su explicación por el funcionamiento de un superyo sádico que ataca a un yo débil y masoquista.

Grinberg (1971), refiere que uno de los problemas aún no resueltos es cómo predecir esta motivación que tienen los potencialmente suicidas para transformar sus fantasías en actos concretos. Se han notado mecanismos específicos en el suicidio que se relacionan con un debilitamiento de las defensas del Yo y el afloramiento de tendencias instintivas destructoras que habían estado reprimidas; como ejemplo de factores desencadenantes son los siguientes:

Pérdida de objetos amados, especialmente si han sido relaciones de tipo simbiótico.

Una injuria narcisista del Yo determinada simbióticamente por un sentimiento de fracaso o por la acción de sustancias tóxicas.

Sentimientos de rabia, culpa, angustia o combinación de estos cuando el Yo es débil.

Una disociación extrema del yo y una actitud suicida basada a menudo en una identificación con alguien que se ha suicidado en el pasado.

El suicidio, una conducta desviada dirigida contra la persona misma, ocurre en todas partes del mundo, aún cuando en ciertos lugares es más frecuente. Se desconoce a ciencia cierta las motivaciones que llevan a ella; son varias las disciplinas que han llevado a cabo el estudio de este fenómeno, como la Antropología y la Sociología que lo contemplan desde un sistema cultural y social, la Psicología que ha desarrollado teorías, escalas e inventarios para atribuir sus causas y la Medicina (Psiquiatría), que considera que sus estudios neurobiológicos y del comportamiento tienen un peso importante; sin embargo no ha podido determinar qué causa tal fenómeno.

Sugiyama (1984), por ejemplo establece tres tipos de suicidio según las motivaciones subyacentes: *Necesidad de comunicación*; en la cual las personas recurren al suicidio para restaurar un canal de comunicación bloqueado. Dos factores culturales entran en este tipo de suicidio: a) La frustración comunicacional se asocia a la desconfianza a la palabra empeñada y a ineffectividad de la comunicación verbal, y b) el sentimiento de culpa, causado por una comprensión empática del sufrimiento de otra persona, es magnificado en forma extrema expresándose en forma extrema de autodestruirse. Particularmente entre los jóvenes necesitan sentirse escuchados y ellos tienden a culpar a otras personas de lo que les sucede, por lo cual recurren al suicidio como una manera efectiva de hacer responsable a otro de lo sucede y de este modo vengarse de ella y que el "culpable" sea castigado. Es así que el mensaje desea despertar la culpa en el receptor y la

audiencia en un grado tal que ocurra la acción o cambio de actitud deseada, o bien el arrepentimiento de ellos. En la segunda, ocurre cuando una persona ha cometido un serio error o ha fracasado en el desempeño de sus responsabilidades y se suicida para demostrar la sinceridad de su arrepentimiento o justificar su fracaso, y el objetivo final es lavar la culpa. De esta forma, los suicidios extrapunitivos e intrapunitivos, aún cuando son diferentes en su motivación original, son similares en el efecto: la culpa empática inducida por el suicidio sirve como allanadora de la barrera de comunicación y asegura la obediencia o perdón del receptor del mensaje.

*Cohesión social*, aquí se relaciona la suicidio con el valor de pertenencia, especialmente con la cohesión interpersonal basada en la lealtad, aprecio, amor eterno o amistad verdadera. Así el Ego puede encontrar en el intento de suicidio el medio que culminará su cohesión con el Alter o que pondrá fin su frustración por la falta de adhesión. *El de Mantenimiento de estatus*, esta tercera causa es cuando éste se comete por la identificación compulsiva con el estatus o función que se desempeña o aspira. El rol narcisista impulsa al suicidio cuando se comete un grave error en el desempeño del rol asumido por uno mismo o por otro, que es el responsable.

Shneidman (1974), al describir el fenómeno suicida explica varias dimensiones que nos pueden ayudar a entender las motivaciones del mismo. Centra su teoría en tres aspectos importantes.

La letalidad se refiere a la probabilidad que tiene el individuo para suicidarse.

La perturbación se refiere al aumento de estrés subjetivo experimentado por el individuo por medio de evidencias en signos de agitación, ansiedad y desorientación psicológica.

Inminencia se refiere al estilo general de vida del sujeto, extendiéndose a las conductas autodestructivas con las que el individuo vive.

Finalmente el suicidio es conceptualizado como un acto impulsivo resultado de una falta de control en sí mismo, tanto física como psicológicamente.

La constitución mental representa un papel importante cuando implica una franca disposición mórbida sobre todo de orden depresivo y favorece particularmente la reacción suicida. Los fracasos, bastantes frecuentes en las personalidades más o menos mórbidas, cuentan con la reacción terminal, ya sea en el sentido de una rebelión hiperesténica, o bien en un sentido de abandono hiposténico. Basta entonces una situación conflictiva, un acontecimiento ocasional penoso para desencadenar la conducta autodestructiva. La florescencia de una psicopatía engendra un conflicto objetivo y sobre todo subjetivo que influye del mismo modo.

En una proporción muy variable según diferentes autores, el suicidio se inscribe en el marco de una afección mental, por lo que citaremos elementos psicopáticos que desencadenan el suicidio:

*Estados depresivos*; es la melancolía bajo todas sus formas y en todos los niveles de su evolución es el pozo donde se elabora mejor la idea de muerte, el dolor moral, la culpabilidad, la auto-acusación y hasta de la inhibición, prohibiendo toda descarga dirigida hacia el exterior. La tentativa puede señalar el principio del ataque. En las formas ansiolíticas y de enajenación se le encuentra en todo su apogeo. Se trata de un rato brutal, a veces más o menos consciente que utiliza todos los medios. Más temible es el suicidio largamente premeditado, cuidadosamente disimulado, a veces cometido con cierta serenidad, que traduce el deseo de muerte del melancólico. En los estados depresivos reaccionales, en el curso de un acontecimiento doloroso: el suicidio aparece como una llamada de auxilio. Los *estados depresivos neuróticos*, señalan la descompensación de un estado neurótico hasta entonces bien tolerado. El paso al acto es función de la estructuración de

defensas. El esbozo del acto pueden permanecer en el dominio de la obsesión suicida; sin embargo ciertos factores de identificación o de imitación pueden favorecer el paso hacia el acto.

*La esquizofrenia.*- Por la frecuencia de las reacciones auto-agresivas como primera señal de afección, o la tentativa puede indicar un momento de ansiedad, desencadenar impulsivamente un acceso catatónico, e inscribirse en el cuadro un delirio paranoide. No es raro en el esquizofrénico aparentemente estable, que reaccione mediante el suicidio a las dificultades de una readaptación social.

*Los delirios crónicos.*- El gesto suicida está presente, paradójica e ilógicamente en la reacción de defensa del perseguido, como obediencia en el alucinado, como sacrificio en el místico, o como refugio en el hipocondríaco.

*Los estados confuso-oníricos.*- Pueden facilitar el acto suicida, debido a la carga ansiolítica que implica el delirio onírico.

*Las neurosis.*- Fuera de los estados depresivos ya citados, es posible observar una conducta suicida en todos los neuróticos:

- En la psico-neurosis obsesiva, se trata de la obsesión del suicidio; el paso al acto es poco frecuente, pero puede ser el desenlace de una lucha estéril contra la pulsión.
- En la histeria, el suicidio teatral es con frecuencia la respuesta a una sensibilidad muy particular a las frustraciones y toma el significado de una verdadera encuesta afectiva.
- En la neurosis fóbica, cuando existe insomnio el deseo de muerte es con frecuencia, únicamente la expresión del deseo de dormir.
- En la neurosis de carácter, el sujeto eternamente ansioso, perennemente frustrado, siempre devaluado, reacciona con bastante frecuencia impulsivamente.

*Las toxicomanías.*- El suicidio se da la conducta suicida a título de chantaje (en busca de droga); en estados depresivos secundarios; en la embriaguez depresiva debida al alcohol (Pierre Moron,1987).

## **IDEACION SUICIDA**

Dentro el cuerpo de la literatura suicidológica existe cierta controversia acerca de la aceptación de que el comportamiento suicida sea como el estar en un continuo que va de pensamientos suicidas al suicidio consumado, sin embargo la mayoría de los suicidólogos(en Heman,1989), están cada día más de acuerdo en que la búsqueda de explicaciones, no sólo en términos de factores externos sino en términos de factores internos, como los procesos cognoscitivos, entendidos como mecanismos por medio de los cuales la gente percibe, interpreta y actúa ante su medio ambiente. Estos procesos presentan cargas motivacionales que al interactuar con factores clínicos como trastornos en el estado de ánimo y del afecto, así como factores sociales, dan como resultado un comportamiento violento. Los mecanismos cognoscitivos, por sus características de internos, de hecho no son totalmente inobservables, si consideramos que pueden ser analizados y escudriñados por la misma persona.(Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1974).

Sabemos actualmente que la percepción y la evaluación que el hombre hace del mundo exterior, son de naturaleza cognoscitiva y por lo tanto puede alterar significativamente el funcionamiento de las variables externas y motivacionales respecto a lo que se realiza, y de tal manera es donde se gesta en este caso el comportamiento violento (Heman,1989).



Desde este punto de vista, esta tesis ha tomado como base el terreno de las estructuras mentales -de las acciones interiorizadas de la personalidad suicida- Beck, Steer y Ranieri (1988), afirman que los individuos suicidas poseen un estilo cognoscitivo peculiar que es diferente a los individuos normales y a los de aquéllos con perturbaciones emocionales no suicidas. Son sus estructuras cognoscitivas tan particulares las que determinan el acto suicida. Proponen como base de la causa una característica primordial en la persona suicida: la ambivalencia interna, fluctuante entre el deseo de morir y el deseo de vivir, conflicto previo al acto suicida; además de este esquema hay otros: ideas suicidas y pensamientos que incrementan la probabilidad del deseo de muerte y por lo tanto, su intensidad.

Los problemas de los individuos son producto de ciertas distorsiones de la realidad, basadas éstas en premisas y supuestos erróneos o falsos. Distorsiones de la realidad y desórdenes emocionales se encuentran como los elementos centrales de la explicación del suicidio; no se pueden ocultar las importancia que tienen los pensamientos, las imágenes y las motivaciones Sugiyama (1984), y de acuerdo con las investigaciones dedicadas al estudio del suicidio han abordado, de alguna manera estos factores cognoscitivos, Neuringer estudió la evaluación dicótoma en los sujetos suicidas, y encontró que el pensamiento dicotómico es una característica del pensamiento de los que han intentado suicidarse de tal forma que refleja una evaluación que definitivamente forma parte de una organización cognoscitiva de valores. El mismo autor encontró que éstos tienen mayor rigidez cognoscitiva que los grupos de sujetos hospitalizados y de los que no se suicidan y tienen padecimientos psicósomáticos. Asimismo encontraron que a los adolescentes

al parecer, la evaluación de las actitudes hacia la vida y la muerte pueden ser útiles para identificar, predecir y prevenir el suicidio (16, 26, 27) en Heman, 1989)

La génesis del suicidio no sólo se encuentra en las desintegraciones intrapsíquicas, en el fracaso para mantener el estatus, en el desamor, etc., sino también en las estructuras cognoscitivas. Las acciones interiorizadas (operaciones) pueden actuar como antecedentes que sirven de clave o desencadenantes para que se produzcan otras respuestas (deseo de morir). Las operaciones interiorizadas pueden representar también, por sí 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 (Abou,1996).

Se ha relacionado la conducta suicida con las características cognoscitivas. La rigidez cognoscitiva es propia del paciente suicida. La rigidez se mide por la dificultad para desarrollar alternativas positivas a los problemas emocionales.

Las personas que se sienten tensas, angustiadas e incapaces de encontrar soluciones, luchan contra la idea de suicidarse buscando otras alternativas pero ninguna parece servir. Pierden paulatinamente la esperanza y vuelve repentinamente el pensamiento suicida, que poco a poco se transforma en una obsesión.

El suicidio, los intentos de suicidio y las ideas suicidas en general se consideran signos de trastornos psicológicos. Todo ser humano tiene pensamientos transitorios acerca de la muerte e incluso piensa en autodestruirse ocasionalmente. Sin embargo, la preocupación obsesiva con pensamientos suicidas que se rumian una y otra vez es patológica (Kolb,1983).

Las fantasías de suicidio preceden a los actos suicidas; a pesar de existir muchos eventos precipitantes y muchas fuerzas que lo motiven, todas las personas con ideas suicidas tienen una intensa sensación subyacente de carencia de afecto, de

amor y un profundo sentimiento de haber sido rechazadas como personas (Farberow, 1969).

Durante las crisis dolorosas los pensamientos suicidas alivian temporalmente la tensión. El plan suicida comienza a formarse y se cristaliza en la fantasía. Gradualmente adquiere una estructura autónoma dentro del Yo, más o menos disociada del resto del "self", y que funciona sintónicamente con el Yo. Se realizan acciones preliminares como escoger el medio para matarse. Elaboraciones posteriores pueden postergar el suicidio o intento por meses o por más tiempo, hasta que el plan suicida va adquiriendo las cualidades de un "acting out" interrumpido o incompleto (Abou, 1996).

La otra controversia está en dividir el comportamiento suicida en casos de suicidio consumado e intentos suicidas, la discrepancia tiene relación con el grado de mortalidad. Así existen mitos y realidades en torno a este problema sobre todo en personas jóvenes. Como ejemplo se dice que las personas que hablan de suicidio difícilmente lo intentan y la realidad es que aproximadamente el 70% de los jóvenes que intentan o cometen el suicidio han proporcionado pistas verbales o no, de sus intenciones en las semanas precedentes. por lo cual todas las amenazas deben tomarse en serio. A pesar de que éstas sean por llamar la atención como comúnmente se percibe, la realidad es que semejante percepción refleja una falta de conocimiento y comprensión de los complejos factores relacionados con el comportamiento suicida.

Se cree también que la persona suicida está definitivamente eligiendo la muerte más que la vida, pero se debe considerar la gran cantidad de ambivalencia asociada con el comportamiento suicida. La mayoría de las personas que exhiben estos comportamientos están abrumadas por sus problemas y presentan dificultad

para encontrar (pensar) soluciones. Así el problema principal no es que quieran morir, sino si existe alguna manera de seguir viviendo.

El sujeto suicida presenta distorsión de sus pensamientos, los cuales incrementan la probabilidad de que ocurra el suicidio. Uno de los tipos de distorsión es la tendencia a pensar en términos absolutos de: Todo o nada, bueno o malo, correcto-incorrecto, hermoso - feo (Hoffart y Martinsen,1991)

## ADOLESCENCIA

En la actualidad, son innumerables las teorías formuladas para explicar el fenómeno de la adolescencia. Con el apoyo de estudios sistemáticos, observaciones controladas e investigaciones experimentales, se han eliminado algunos de los antiguos y erróneos conceptos, acerca del desarrollo adolescente; sin embargo quedan muchos problemas por resolver.

Adolescencia es un término que deriva de la voz latina "Adolescere", cuyo significado es crecer o desarrollarse hacia la madurez, así, La adolescencia es un periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta, y autónoma. Asimismo, es una situación marginal en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones, determinadas por una sociedad específica, que se distinguen de la conducta infantil o el pensamiento adulto.

A continuación se presentan las consideraciones teóricas de algunos autores que han abordado el estudio de la adolescencia, cuyo fin es servir de guía, orientar y dar un amplio panorama de los aspectos que conforman esta etapa de desarrollo, que representa la muestra estudiada.

La adolescencia es una etapa de transformaciones físicas emocionales e intelectuales, que implican una reorganización del aparato psicológico para adecuarse a enormes cambios sexuales que repercuten en todo funcionamiento del aparato mental. Los cambios físicos, por ejemplo, repercuten en el curso que toman

los afectos y en el concepto que el individuo tiene de si mismo. La identidad también se ve amenazada por los cambios en la estatura, en la longitud de las extremidades, en el crecimiento desigual de los huesos de la cara; que por largo tiempo modifica continuamente las facciones haciendo que el joven se sienta inseguro hasta de su apariencia. El crecimiento óseo, que es desproporcionado, produce inseguridad en el individuo adolescente, ya que éste tiende a compararse con los demás.

Reconocemos a la adolescencia como la etapa terminal de la cuarta fase del desarrollo psicosexual, la fase genital, que había sido interrumpida por el período de latencia. La pubertad es la puerta de entrada establecida como una continuidad del desarrollo psicológico y esta produce un mero impulso y una nueva organización en el yo. En este proceso podemos reconocer el modelo del desarrollo en donde las organizaciones mentales se formen en asociaciones con las función es fisiológicas estableciendo así las zonas erógenas del cuerpo. Así el término adolescencia se emplea para clasificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad y el requisito para que surja este proceso es el paso con éxito por el período de latencia.

Esta etapa esta principalmente caracterizada por cambios físicos que se reflejan en todas las facetas de la conducta, además de que los adolescentes de ambos sexos se ven profundamente afectados por los cambios físicos que ocurren en sus propios cuerpos, y de forma más sutil y en un nivel inconsciente; el proceso afecta el desarrollo de sus intereses, su conducta social y la calidad de vida afectiva.

Un cambio en la autoimagen corporal y una reevaluación del ser, a la luz de nuevos poderes y sensaciones físicas son dos de las consecuencias psicológicas del cambio del estado físico. El incremento en la diferenciación psicológica es necesariamente acompañado por un incremento en la habilidad psíquica; esto se

refleja por los disturbios emocionales del adolescente de variada gravedad y efectos invalidantes, transitorios o permanentes.

La designación de un nuevo rol y un nuevo estatus ofrece al adolescente una autoimagen que es definitiva, recíproca y comunitaria; al mismo tiempo se promueve la asimilación; si no existe refuerzo del medio ambiente la autoimagen del adolescente pierde claridad y cohesión y en consecuencia requiere de constantes operaciones restitutivas y defensivas para mantenerla.

En la adolescencia presenciamos un segundo paso en la individuación, pues el primero ocurre al fin del segundo año, cuando el niño presenta la fatal distinción entre "ser" y "no ser" y es más compleja cuando llega a la etapa adolescente que lleva a un sentido de identidad; que antes de consolidarse debe pasar por etapas de autoconciencia y de existencia fragmentada que se acompaña de sentimientos de aislamiento, soledad y confusión.

La obtención de las metas en la vida mental que caracterizan las diferentes fases del período, son a menudo contradictorias en su dirección, además cualitativamente heterogéneas, es decir, esta progresión, digresión y regresión se alternan en evidencia, ya que en forma transitoria comprenden metas antagónicas. Se encuentran mecanismos adaptativos y defensivos entrelazados y la duración de cada una de las fases, no puede fijarse por un tiempo determinado o por una referencia a la edad cronológica.

Las dividiremos por lo tanto de la siguiente manera:

*PREADOLESCENCIA.*

*ADOLESCENCIA TEMPRANA.*

*ADOLESCENCIA PROPIAMENTE DICHA.*

*ADOLESCENCIA TARDIA.*

*POSADOLESCENCIA.*

La Etapa que concierne a nuestra muestra en estudio es la Adolescencia Tardía y la Posadolescencia la primera se caracteriza en cierta manera por una declinación, en la que el individuo gana una capacidad propositiva, integración social, predecibilidad, constancia emocional y estabilidad y autoestima. Hay mayor unificación entre los procesos afectivos y los volitivos.

Es una fase de consolidación en la que culminan los siguientes cambios:

- a) Un arreglo estable y altamente idiosincrático de funciones e intereses del Yo.
- b) Una extensión de la esfera del Yo libre de conflictos (autonomía secundaria);
- c) Una posición sexual irreversible (Constancia de identidad) resumida como primacia genital;
- d) Una catexia, relativamente constante, de representaciones del Yo.;
- e) La estabilización de los aparatos mentales que de manera automática salvaguardan la identidad del mecanismo psíquico.

Este proceso relaciona a la estructura psíquica y al contenido. la primera establece la unificación del carácter del Yo, y el segundo, preserva la continuidad dentro del proveedor de medios. Cada componente influye al otro en términos de un sistema de retroacción.

Una característica del desarrollo de esta etapa es la integración de un Yo que combina los retardos parciales con expresiones de estabilidad como el trabajo, el amor y la afirmación de una ideología. El individuo toma conciencia de si mismo como un ser social (González-Nuñez., Romero., De Tavira., 1986).



Se trata de un momento de cambio y en consecuencia, de una etapa de crisis que, con frecuencia, somete a esfuerzos determinantes la capacidad integrativa del individuo y provoca inadaptación, deformaciones yoicas, maniobras defensivas y una psicopatología severa. En esta etapa, el llamado principio operante, factor dinámico que gobierna el proceso de consolidación, se manifiesta claramente en cada etapa, a través de:

- a) El aparato psíquico que sintetiza los procesos específicos de la fase adolescente, los estabiliza, los vuelve irreversibles y les da un potencial adaptativo;
- b) La fuente de los residuos específicos de los periodos anteriores de desarrollo que han sobrevivido a la transformación del adolescente y que continúan existiendo en forma derivada, contribuye, por su parte, a la formación del carácter;
- c) La fuente de la energía conduce a ciertas soluciones hacia un primer plano y deja otras en un estado latente, dándole al proceso de consolidación el valor de una definición de la individualidad.

Por influencia del medio ambiente, los efectos posteriores de un trauma inducen a situaciones repetitivas. Su resolución se busca dentro de un sistema de interacción altamente específico. En consecuencia, el individuo experimenta un comportamiento significativo y gratificante.

En el caso de no lograr la interacción, se presenta una nueva transformación parcial del adolescente por medio de la persistente distonicidad de su Yo en relación con sus propias actitudes. De cualquier modo, siempre se llevan a la vida adulta remanentes específicos no asimilados que, de hecho, manifiestan continuamente su influencia en la organización de la personalidad misma.

Al final de la adolescencia se observan un proceso autolimitativo y la demarcación de un espacio de vida que permite movimiento sólo dentro de un área psicológica restringida.

Más allá de la reorganización de impulsos, característica de la adolescencia, persisten remanentes edípicos que no fueron llevados por el camino del amor al objeto. El fin de la adolescencia implica la transformación de estos residuos edípicos en modalidades yoicas. El trabajo desempeña un papel importante para la economía de la libido; relaciona al individuo más íntimamente con la realidad.

Una característica predominante de esta etapa es, no tanto la resolución de los conflictos instintivos, sino lo incompleto de esta solución. Una "función restauradora del Yo" es característica de la adolescencia tardía, que se asemeja a su función durante el período de latencia. Lo que fue un impedimento y un obstáculo para la maduración, se convierte precisamente en lo que da a la madurez un aspecto especial. La tarea de aceptación de la realidad nunca se completa; ningún ser humano está libre del esfuerzo de relacionar la realidad interna y la externa. tal esfuerzo se ve aligerado por ciertas actividades ( artes, religión, etc.). además está en continuidad directa con los juegos del niño que se "pierde" en el juego.

La resolución del proceso de cambio en la adolescencia tardía está llena de complicaciones que someten a un esfuerzo excesivo la capacidad integrativa del individuo y que puede conducir a maniobras de postergación - adolescencia postergada - o a adaptaciones neuróticas - adolescencia incompleta -. No puede asegurarse un resultado hasta que el período se estabiliza. Es el tiempo en que los fracasos adaptativos toman su forma final y se presenta el colapso neurótico.

El proceso de consolidación se complica además por la necesidad que hay, de asignar a objetos de amor y odio en el mundo externo catexis agresivas y libidinales

que originalmente se fundían en representaciones de objeto. Estos arreglos del Yo sintónico producen actitudes, sentimientos y prejuicios estables que, en circunstancias normales y benignas, son causantes de las pequeñas quejas, los pequeños odios, etc., de las personas, las cuales son de gran importancia para la economía psíquica en la adolescencia tardía, representan un intento de "autocuración" después de haber fracasado en la resolución de fijaciones infantiles articuladas en el nivel del complejo de Edipo.

El proceso de consolidación de la adolescencia tardía puede describirse como el establecimiento de compromisos abortivos impracticables de una síntesis yoica, o como una serie de adaptaciones positivas y negativas a condiciones endopsíquicas y del medio ambiente. Los fracasos en el dominio de la realidad interna y externa pueden catalogarse en dos categorías. Por un lado, aquellos que se deben a:

- a) un aparato yoico defectuoso.
- b) una capacidad deteriorada para el estudio diferencial, o
- c) una proclividad a la ansiedad traumática (pánico de la pérdida del Yo).

La mayor estabilidad en el pensamiento y la acción se desarrollan mediante el sacrificio de esa sensibilidad introspectiva tan característica del adolescente; el florecimiento de la imaginación creativa se opaca. Los deseos de aventuras, la fantasía desbordada y las inclinaciones artísticas, declinan gradualmente hasta que desaparecen por completo. El verdadero artista, es la excepción a esta regla. La mayor capacidad para el pensamiento abstracto, para la construcción de modelos y sistemas, y la compacta amalgama de pensamientos y acción dan forma a una personalidad más unificada y consistente. La aplicación de la inteligencia permite al individuo poner en orden en el mundo que lo rodea.

La consolidación de la adolescencia es un proceso de estrechamiento, limitación y canalización, y nunca, de simples alternativas. No podemos por tanto, hablar de soluciones a tensiones y desequilibrios, sino más bien, de su organización de acuerdo con patronos y sistemas.

Las interferencias con la estabilidad se deben más bien a situaciones de "demasiado poco o demasiado", es decir, a aspectos cuantitativos, que a situaciones de "esto o aquello", aspectos cualitativos. La representación mental al final de la adolescencia es una formación cualitativamente nueva y refleja, como un todo organizado, las diversas transformaciones específicas de la fase

Se establecen así las tres antítesis básicas - sujeto-objeto, actividad-pasividad y placer-dolor - en la vida mental, aún sufrirán variaciones en cuanto de su manera de combinarse y su intensidad, dependiendo de los diferentes papeles, y la necesidad de gratificación que alcanzan éstos dentro de un campo circunscrito de interacción ente el sujeto y el medio ambiente, son esenciales para los procesos mentales adaptativos (González-Nuñez, *et al.* 1986).

## **POSADOLESCENCIA**

La transición de la adolescencia a la edad adulta está marcada por una fase intermedia, la posadolescencia, que puede ser reclamada con derecho por ambas etapas, y enfocada desde los puntos de vista de cualquiera de las dos. Es una condición indispensable para el logro de la madurez psicológica. El posadolescente es, por tanto, un adulto joven.

La estructura psíquica ha adquirido, al final de la adolescencia tardía, una fijación en términos del desarrollo del Yo y de organización de impulsos, que permiten al posadolescente armonizar las partes componentes de la personalidad. Esta integración ocurre gradualmente y se presenta, por lo general, como una preparación coincidente con la elección profesional, siempre que las circunstancias permitan al sujeto hacer esta elección. Dicha integración es paralela a la definición del papel social, al enamoramiento, al matrimonio, a la paternidad, y a la maternidad. El papel manifiesto del joven adulto - tener un empleo, estudiar una carrera, prepararse para el matrimonio y la paternidad - fácilmente empaña el estado incompleto de la formación de su personalidad. Este logro, desde luego, se consolida sólo si las necesidades instintivas y los intereses yoicos, pese a su naturaleza contradictoria y a sus satisfacciones inestables, han llegado a establecer una armonía entre sí. El cuadro se completa si el Yo tiene éxito en su función sintética.

Corresponde al posadolescente crear las vías específicas a través de las cuales las tareas se realizaran en el mundo exterior. La gratificación de necesidades instintivas e intereses yoicos dispares caracteriza a este periodo, durante el cual el individuo articula sus impulsos heterogéneos en la persecución de componentes. Muchas áreas de intensa actividad son atacadas simultáneamente y con igual urgencia. Tal estado de cosas representa una condición típica: la experimentación posadolescente.

En este período se ejerce la moralidad, con un énfasis en la dignidad personal o autoestima, más que en la independencia superyoica y en la gratificación instintiva. El yo ideal ha tomado posesión de la función reguladora del superyo de las diversas maneras, y se ha convertido en heredero de los padres idealizados de la infancia. La confianza antes depositada en el padre ahora se centra en el Self. Se

realiza todo tipo de sacrificios con el fin de sostener el sentido de dignidad y autoestima.

Cuando no se logra organizar un Self estable, o cuando éste no convierte cualquier conflicto en Yo sintónico, se detiene seriamente el desarrollo del individuo y la evolución posadolescente sufrirá desviaciones.

El fracaso puede impedir la integración de esfuerzos diversos y contradictorios, de la misma manera en que puede terminar con la esperanza de mejorar el nivel de vida.

Un bloqueo característico es la fantasía del rescate. En lugar de vivir para realizar las tareas de la vida, el adolescente espera que las circunstancias de la vida le resuelvan la tarea de vivir. La fantasía de rescate está íntimamente relacionada con el romance familiar y con los sueños diurnos, característicos de la adolescencia, que con frecuencia son de gran importancia, además de ser persistentes y de elaborados contenidos. La función de estos sueños es el cumplimiento de los deseos y la corrección de la vida real. Toman dos direcciones, una erótica y otra ambiciosa; la primera comúnmente se oculta tras la segunda. Tales fantasías, muy intensas y disociadas en mayor o menor grado, son pensamientos íntimos que suelen favorecer el desarrollo de perturbaciones neuróticas; sus avances pueden observarse durante la adolescencia tardía. Si persisten, provocarán una crisis en la posadolescencia al permitir la supervivencia indefinida de las fantasías de rescate y generar muchas restricciones e inhibiciones yoicas. El fracaso no estriba en la falta de opciones vitales que crea, sino en que favorece la idea de que el cumplimiento de éstas provendrá de las circunstancias.

El relajamiento de las ligas infantiles del objeto es una tarea de la adolescencia propiamente tal, pero al alcanzar, durante la posadolescencia, un

acuerdo con intereses y actitudes parentales del Yo, se hace más deliberado y efectivo.

El hombre tiene que reconciliarse con la imagen paterna y la mujer con la imagen materna, para alcanzar la madurez. Una falla en este punto del desarrollo dará como resultado soluciones agresivas, deformaciones yoicas o un conflicto con la realidad.

Los nexos sexuales infantiles tienen que ser definitivamente desvinculados, antes de que se efectúe un acercamiento razonable del Self con los intereses y actitudes parentales del Yo. Junto con este proceso ocurre una aceptación o afirmación de las instituciones sociales y de la tradición cultural, en la que los aspectos componentes de la influencia parental se vuelven, por así decirlo, inmortales. El aspecto negativo - que es la resistencia al rechazo de ciertas influencias parentales - se manifiesta como repudio y antagonismo hacia ciertas instituciones y tradiciones, siguiendo el mismo proceso de externalización del rendimiento impersonal que una vez fue parte de las relaciones objetales. Los aspectos integrativos del Yo se vuelven prominentes en esta etapa (González-Núñez *et al.*, 1986).

De acuerdo con Winnicott (1971), en el proceso adolescente la dinámica de crecimiento, es lo que cada individuo hereda; Se da por sentado el ambiente facilitador, lo "bastante bueno", que da al comienzo del crecimiento y desarrollo de cada individuo un sine qua non. Hay genes que determinan pautas y una tendencia heredada de crecimiento y logro de la madurez, pero nada sucede en el crecimiento emocional que no se produzca en relación con la existencia del ambiente, que tiene que ser lo "bastante bueno".

*El proceso Adolescente.*

En la adolescencia los jóvenes salen, en forma torpe y excéntrica, de la infancia y se alejan de la dependencia para encaminarse a tientas hacia su condición de adultos. El crecimiento es un entrelazamiento de suma complejidad con el ambiente facilitador; si se puede usar a la familia, se la usa y mucho; y si ya no es posible hacerlo, ni dejarla a un lado (utilización negativa), es preciso que existan pequeñas unidades sociales que contengan el proceso de crecimiento adolescente.

Resulta valioso comparar las ideas adolescentes con las de la niñez. Si en la fantasía del primer crecimiento hay un contenido de muerte, en la adolescencia el contenido será de "asesinato". Aunque el crecimiento en el periodo de la pubertad progrese sin grandes crisis, puede que resulte necesario hacer frente a agudos problemas de manejo, dado que crecer significa ocupar el lugar del padre. Si se quiere que el niño llegue a adulto, ese paso se logrará por sobre el cadáver de un adulto. Pero conviene recordar que la rebelión corresponde a la libertad que se ha otorgado al hijo, al educarlo de tal modo que exista por derecho propio.

En la fantasía inconsciente total correspondiente al crecimiento de la pubertad y la adolescencia existe la muerte de alguien. Mucho puede lograrse en el juego y con los desplazamientos y sobre la base de las identificaciones cruzadas; pero en la psicoterapia del adolescente la muerte y el triunfo personal aparecen como algo intrínseco del proceso de maduración y de la adquisición de la categoría de adulto.

El tema inconsciente puede hacerse manifiesto como la experiencia de un impulso suicida, o como un suicido real. Los padres están en condiciones de ofrecer muy escasa ayuda; lo mejor que pueden hacer es sobrevivir, mantenerse intactos y sin cambiar de color, sin abandonar ningún principio importante.



*Inmadurez en la Adolescencia*

Es así importante manejar el término "inmadurez" del adolescente, el cual el adulto tendrá que querer conocer, pues no se podrá dejar de invitar al joven a que se convierta en un agente responsable antes de que madure la ocasión. Pero las cosas son muy distintas cuando, por política deliberada, los adultos delegan la responsabilidad; hacer tal cosa puede ser una forma de traicionar a los hijos en un momento crítico. Se pierde toda la actividad imaginativa y los esfuerzos de la inmadurez. Ya no tiene sentido la rebelión, y el adolescente que triunfa demasiado temprano resulta presa de su propia trampa, tiene que convertirse en dictador y esperar a ser "muerto", no por una nueva generación de sus propios hijos, sino por sus hermanos. Como es lógico porque trata de dominarlos.

Winnicott (1971), Afirma " El adolescente es inmaduro". La inmadurez es un elemento esencial de la salud en la adolescencia. No hay más que una cura para ella y es el paso del tiempo y la maduración que ésta pueda traer.

La inmadurez es una parte preciosa de la escena adolescente. Contiene los rasgos más estimulantes del pensamiento creador, sentimientos nuevos frescos, ideas para una nueva vida. Si los adultos abdican, el adolescente se convierte en un adulto en forma prematura, y por un proceso falso Por lo que es necesario, no les permitan adelantarse y llegar a una falsa madurez, no les entreguen una responsabilidad que no les corresponde, aunque luchen por ella.

El concepto del adolescente acerca de una sociedad ideal es incitante y estimulante, pero lo característico de la adolescencia es su inmadurez y el hecho de no ser responsable. Este, su elemento más sagrado, dura apenas unos pocos años, y es una propiedad que cada individuo debe perder cuando llega la madurez.

*EL Potencial en la adolescencia.*

Los cambios de la pubertad se producen a distintas edades, aun en chicos sanos, y no se puede hacer otra cosa que esperar dichos cambios. La espera impone una considerable tensión a todos, pero en especial a los de desarrollo tardío, por lo cual éstos estarán imitando a los que se desarrollaron antes, cosa que lleva a falsas maduraciones basadas en identificaciones y no en el proceso de crecimiento innato. Sea como fuere, el cambio sexual no es el único. También hay un cambio en dirección del crecimiento físico y de la adquisición de verdaderas fuerzas; aparece, pues un verdadero peligro, que otorga a la violencia un nuevo significado. Junto con la fuerza llegan también la astucia y los conocimientos para usarlas. Solo en el paso del tiempo y de la experiencia puede un joven aceptar poco a poco la responsabilidad por todo lo que ocurre en el mundo de la fantasía personal. Entretanto existe una fuerte propensión a la agresión, que se manifiesta en forma suicida; la alternativa es que aparezca como una búsqueda de la persecución, que constituye un intento de alejamiento de la locura y la ilusión.

Pero lo más difícil es la tensión que experimenta el individuo y que corresponde a la fantasía inconsciente del sexo y a la rivalidad vinculada con la elección del objeto sexual.

En esta etapa el querer salvar al mundo de la crueldad y la muerte, los salva de la reacción extrema contra la agresión personal latente, es decir, el suicidio (aceptación patológica por toda la maldad que existe o que se pueda pensar). Parece que el sentimiento latente de culpa del adolescente es tremendo, y hacen falta años para que en el individuo se desarrolle la capacidad de descubrir en la persona el equilibrio de lo bueno y lo malo, del odio y la destrucción que acompañan al amor.

No es posible esperar que el adolescente vea más allá de la etapa siguiente, la de comienzos de su tercera década de vida.

El adolescente no puede saber todavía qué satisfacción es posible obtener con la participación en un proyecto que debe incluir la cualidad de confiabilidad. No es posible saber hasta qué punto el trabajo, dado su carácter de contribución social, alivia el sentimiento de culpa (que corresponde a impulsos agresivos inconscientes, estrechamente vinculados con la relación de objeto y con el amor, y por consiguiente ayuda a reducir el miedo interior y el grado de tendencia suicida o de propensión a los accidentes. Pero sí se puede decir que una de las cosas más estimulantes de los adolescentes es su idealismo. Todavía no se ha hundido en la desilusión y el corolario de ello consiste en que se encuentran en libertad para formular planes ideales (Winnicott., 1971).

La teoría del campo define a la adolescencia como un periodo de transición de la niñez a la edad adulta.

Esa transición se caracteriza por cambios profundos y trascendentales, por la rapidez con que se efectúan dichos cambios y por la diferenciación del espacio vital en comparación con la última etapa de la infancia. También se caracteriza por el hecho de que el individuo entra en una región cognoscitivamente no estructurada, cosa que provoca inseguridad en la conducta.

#### *Conducta del adolescente.*

a) Timidez y sensibilidad; pero al mismo tiempo impulsos agresivos, debido a la falta de claridad y al desequilibrio dentro de su espacio vital.

b) Experimenta un conflicto continuo entre las distintas actitudes, valores, ideologías y estilos de vida, ya que debe seguir resolviendo situaciones mientras se traslada del grupo infantil al adulto. Sus experiencias carecen de asidero social fuera del grupo de sus compañeros.

c) El conflicto de valores, actitudes e ideologías redundan en la magnificación de sus tensiones emocionales.

d) Está dispuesto a asumir posiciones extremas y a cambiar drásticamente de conducta; por consiguiente, se observan en él numerosas actitudes y acciones radicales y rebeldes.

e) La conducta del adolescente se presenta en la medida en que dentro de la estructura y del dinamismo del espacio vital, operen los siguientes factores: 1. La expansión de campo psicológico adolescente; 2. La posición marginal con relación a los grupos infantiles y adultos y 3. Los cambios de origen biológico en el espacio vital; vale decir, determinados por los cambios físicos que han tenido lugar en el adolescente.

El tipo de conducta que surja y el grado que alcance, de ésta en el adolescente dependerán en gran parte de la intensidad y de la naturaleza de estas fuerzas conflictuales. Dentro de cada cultura, lo más importante es el grado de diferencia que existe entre la sociedad adulta y la infantil y los factores que separan a una de otra. (Lewin, en A. Aberastury, 1996).

La adolescencia es el período durante el cual ha de establecerse una identidad positiva dominante del yo.

En el adolescente, la identidad o sea el establecimiento y restablecimiento de la consustanciación con sus propias experiencias previas y la tentativa consciente de

hacer que el futuro forme parte de su plan de vida personal, esta especialmente subordinada a la sexualidad. El adolescente tiene que restablecer la identidad del yo a la luz de sus experiencias anteriores y aceptar que los nuevos cambios corporales y sentimientos libidinales son partes de sí mismo.

Pocas veces el joven se identifica con sus padres; por el contrario, se rebela contra el dominio, el sistema de valores y la intrusión de estos en su vida privada, ya que necesita separar su identidad de la de ellos. Existe en él una necesidad desesperada de pertenecer socialmente a un grupo .

El adolescente busca identificarse con sus compañeros a través de la estereotipia de sí mismo, de sus ideales y adversarios, sobre todo durante la época en que la imagen corporal se modifica radicalmente, en que la madurez genital estimula la imaginación y la intimidad con el sexo opuesto aparece como una posibilidad tanto positiva como negativa.

La atracción que los sistemas totalitarios ejercen sobre el adolescente puede provenir de estas consideraciones, ya que el totalitarismo ofrece identidades convincentes y adecuadas para él. La identidad democrática es menos atractiva y más difícil de lograr, puesto que implica la libertad de elección y no ofrece una identidad prefabricada, sino que insiste en que ésta debe ser desarrollada por el adolescente.(Erikson, 1972).

## EL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

De todas las formas de comportamiento destructivo de los jóvenes el suicidio es quizás la más trágica, porque deja detrás todas las oportunidades frustradas de una vida joven, y sentimientos de dolor, culpa e ira entre los próximos de quien ha muerto. Desgraciadamente, las tasas de suicidio entre los jóvenes van en aumento, al parecer, en todo el mundo, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, más rápidamente que en los demás grupos de edad. La transición a la edad adulta con frecuencia resulta penosa, puesto que entraña la pérdida de la dependencia de la niñez y nuevas expectativas para los jóvenes y los que les rodean de un comportamiento más adulto en los aspectos sexual, social y profesional. Para algunos jóvenes, las demandas resultan abrumadoras y las perspectivas de apoyo emocional aparecen desesperadas. Cuando las esperanzas puestas en los jóvenes no se pueden cumplir, disminuye la autoestima y pueden surgir la depresión y el suicidio.

El suicidio puede estar asociado a dependencia de las drogas, el alcohol y a la inestabilidad mental. A veces es un síntoma de trastornos mentales graves con tendencias paranoides o esquizofrenia. Los rasgos de personalidad inadaptada y depresiva, y las dolencias somáticas, pueden también precipitar los intentos de suicidio. En esta población sin embargo, en la mayoría de los jóvenes que se suicidan no se observa ningún trastorno mental diagnosticable, y el papel principal lo desempeña los factores personales y sociales.

Al ser la adolescencia la edad en la que se presenta el desafío de decidir el propio destino y lograr la consolidación de la identidad, abandonando la infancia y adquiriendo los roles de adulto, algunos tienen mayores dificultades para poder adaptarse incluso manifiestan síntomas de trastornos fronterizos y sienten que su futuro se encuentra fuera de control y surge la ideación suicida como una salida ante tal situación. Su realidad psicológica y social es tan indefinida que ser un suicida puede ser una gran decisión que los provea de identidad. Esta decisión combina lo infantil y lo adulto en un solo acto. Aunque pareciera que cometen un error para ellos es simplemente haber podido tomar una decisión que les dará esa identidad en la vida, aunque ésta sea la de pensar y decidir su propia muerte. Como lo dice Erikson (1989), quienes buscan el suicidio, es para ellos ante todo la búsqueda de una muerte activa; por lo menos escogen cuándo y en dónde.

Los intentos de suicidio son más frecuentes entre personas jóvenes, especialmente desde antes de los 30. Después de esta edad prevalecen en forma categórica los suicidios consumados (Yampey, 1973).

El conocimiento, tanto de la dinámica del suicidio, e intento como de la adolescencia permite asegurar que este tipo de conductas reviste en este periodo características muy especiales, en las que son determinantes factores como la relación familiar, la estructura yoica, los procesos de identificación psicosocial, la tolerancia a la frustración y otros que aunados a la fragilidad del individuo adolescente pueden orillarlos a una conducta suicida (Rueda, 1991).

De acuerdo con Laufer, Moses y Egle (1984), el intento suicida en el adolescente aunque sea menor, siempre representa una pérdida

temporal de la habilidad de mantener las ligas con la realidad externa y deber ser visto como un episodio psicótico agudo. Por lo tanto, a pesar de lo sano que se sienta en los momentos del intento, ningún adolescente piensa de forma objetiva en la idea de su propia muerte, sino que su acción está determinada por una fantasía que excluía este concepto. En el momento de tomar la decisión de matarse, el cuerpo del adolescente deja de ser parte de sí mismo, puede sentirse en contacto con su cuerpo a través de las experiencias con un observador externo.

Meyer (1983), distingue dos tipos de suicidio que difieren por su actitud frente a la muerte, pero también por otros factores, como el proceso de decisión. Por un lado, considera acciones suicidas que, por su constelación inicial y su desarrollo, poseen un evidente carácter de *interpelación*: La acción suicida ha de entenderse a la vez como aviso del estado de desesperación y de cólera contra el entorno y como venganza contra los semejantes. Están por otro lado, aquellos suicidios que cabe calificar de suicidios de *balance*: La decisión de interrumpir la vida descansa en una ponderación de su valor frente al carácter unidireccional del curso vital. Esto significa que la opción del suicidio se produce aquí con la convicción del carácter definitivo del acto de quitarse la vida. Sólo si esta condición se cumple, si la opción en contra de la prosecución de la vida tiene lugar con pleno conocimiento de la irreversibilidad de la muerte, podemos hablar de suicidio de balance. Esto lo distingue del suicidio de *interpelación*, donde la vida aparece insoportable y desesperada, pero el carácter definitivo del morir y de la muerte no entra de modo consciente en la opción - en realidad esas personas quieren vivir -, con la acción suicida quieren conectarse más o menos explícitamente con aquellas personas de las que se sienten abandonadas. Por eso, en el suicidio de *interpelación* la barrera, el miedo a la muerte, no se ha rebajado, pero la desesperación les ha dado valor para franquearla.



Ambas formas de suicidio tienen en común que la vida parece haber perdido su valor y se siente como absurda, hueca o conclusa.

El cuadro típico del suicidio de interpelación se encuentra en los intentos suicidas de los adolescentes. En qué medida el hecho de que la mayoría de los actos suicidas de los jóvenes no resulten mortales está relacionado con el *realmente-querer-vivir*, se deberá dejar abierto. Seguramente contribuye también a eso el que aquí encontramos acciones suicidas de escasa planificación previa, en virtud de lo cual resultan menos mortales. Es más clara la frecuencia creciente de los intentos suicidas en la fase final del adolescencia y en los inicios de la edad adulta. Las perspectivas de esta fase vital vienen determinadas por la discrepancia entre los ideales y la dificultad de su realización, entre la aspiración a la independencia y el deseo de protección entre el sentimiento de dicha en la amistad y en el amor y el pesimismo melancólico o *Weltschmerz*, como se denomina significativamente ese talante global de desamparo que produce *tristeza mortal*. Así es fácil comprender porqué, en esta fase de la vida, se dan a menudo las condiciones para un acto suicida.

## **IV METODOLOGÍA**

### **OBJETIVOS**

- a) Evaluar la concordancia diagnóstica y la consistencia interna de la Escala de Ideación Suicida (I.S.B.) (Beck *et al.*, 1979), en una muestra de estudiantes universitarios que tienen entre 17 y 25 años de edad y que solicitan el Servicio de Psiquiatría del Departamento de Psicología Médica Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. durante los meses de Enero a Junio de 1996.
  
- b) Identificar la frecuencia de Ideación Suicida - según la Escala I.S.B.- y describir las características clínicas (reactivos) de quienes presentaron ideación suicida, de acuerdo con el criterio de la escala.
  
- c) Identificar la comorbilidad de la ideación suicida con las categorías diagnósticas consignadas en el expediente clínico por el Médico Psiquiatra.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características psicométricas y clínicas más relevantes de la ideación suicida en una muestra de estudiantes universitarios?

## PLANTEAMIENTO DE LAS HIPOTESIS

### *1. Hipótesis conceptual de ideación suicida*

Aquellos individuos que continuamente tienen pensamientos, deseos, planes de cometer suicidio y que aún no han intentado quitarse la vida (Beck *et al.*, 1972). A partir de entonces, puede estimarse que, la ideación suicida precede a un intento suicida o a un suicidio consumado.

### *2. Hipótesis de trabajo.*

H1. Aquellos estudiantes con ideación suicida registrarán diferencias significativas en características clínicas de ideación suicida de aquellos que no las tuvieron.

## **VARIABLES**

### **IDEACION SUICIDA**

#### *Definición Conceptual*

IDEACION SUICIDA.- “Pensamientos reiterativos sobre el tema de la muerte de sí mismo y/o la autoagresión, que ocasionalmente y/o permanentemente ocupan un lugar central en la vida del sujeto” (Beck *et al.*, 1979).

#### *Definición Operacional*

Puntuaciones obtenidas en la Escala de Ideación Suicida de Beck.

### **CRITERIO CLINICO DE IDEACION SUICIDA**

#### *Definición Conceptual.*

Ideas que pueden variar desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese, hasta los pensamientos transitorios pero recurrentes sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Pueden referirse a pensamientos transitorios (1 ó 2 minutos) y/o recurrentes (una o dos veces por semana). Criterio A9 Episodio Depresivo Mayor Trastornos del Estado de Animo (D.S.M. IV, 1995).

*Definición Operacional:*

Juicio Clínico: Diagnósticos de Ideación Suicida emitidos por el clínico (médico psiquiatra) = (J.C.)

## **MÉTODO**

*Diseño de investigación.*

El estudio fue de tipo transversal, *ex-post-facto*. Se utilizó un procedimiento de muestreo no probabilístico .

## **SUJETOS**

La muestra quedó integrada por 122 estudiantes que solicitaron servicio de atención en el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., con edad de 17 a 25 años, en el período de Enero a Junio de 1996. El criterio de exclusión fue: pacientes bajo tratamiento farmacológico.

## **PROCEDIMIENTO**

a) Por medio de la Coordinación del Programa de Salud Mental, del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. se invitó e informó de manera verbal y escrita del desarrollo de la investigación, a los médicos psiquiatras adscritos y residentes que atienden el

servicio de preconsulta de dicho Departamento. Se solicitó su apoyo y colaboración para incluir en su valoración diagnóstica a través de la entrevista, en el formato de preconsulta el juicio clínico (J.C.) de Ideación Suicida.

b) Se invitó a los estudiantes que solicitaron el servicio en el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental a participar en la investigación, garantizándoles absoluta confidencialidad y anonimato en el manejo de la información. Previo consentimiento y autorización de los estudiantes, después de haber estado en el servicio de preconsulta, fueron entrevistados en ciego durante 30 minutos por una Psicóloga Clínica, entrenada en el manejo de entrevistas, y en la aplicación de la Escala de Ideación Suicida de Beck.(I.S.B.)

Al ser la Escala de Ideación Suicida de Beck una guía de entrevista semi-estructurada, se les propuso el tiempo (30 minutos) para realizarla, a aquellos pacientes que fueron asignados y aceptaron participar en la investigación y fueron remitidos por los médicos psiquiatras al área de Psicología donde se les aplicó la Escala.

## **INSTRUMENTO**

### **Escala de Ideación Suicida de Beck**

Cuantitativamente se evaluó la Ideación Suicida por medio el uso de la Escala de Ideación Suicida de Beck (I.S.B.). Esta escala fue diseñada para cuantificar y valorar la recurrencia consciente de pensamientos con intención suicida; poner en la balanza, varias dimensiones de autodestructividad: pensamientos y/o deseos. La

Ideación Suicida puede también abarcar “amenaza suicida”, que ha sido expresada abiertamente o verbalizada a otros (Beck et al., 1979).

Los reactivos de esta escala fueron derivaciones clínicas de observaciones sistemáticas y entrevistas con pacientes suicidas. Así, se constituyó una lista de preocupaciones que conciernen con deseos, pensamientos y patrones de conducta suicida. Fueron seleccionadas aquéllas que parecían reflejar el espectro de preocupación suicida más frecuente observado en las verbalizaciones y conductas de los pacientes (Beck et al., 1979).

La Escala de Ideación Suicida de Beck consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semi-estructurada. Tales reactivos miden la intensidad de actitudes, conductas y planes específicos respecto a la idea de “cometer” un suicidio. Cada reactivo fue registrado en un formato de respuesta de 3 opciones con rango de 0 a 2 . Las mediciones son sumadas para obtener un puntaje global; de este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38.

Si la puntuación en los reactivos (4) “Deseo de realizar un intento de suicidio” y (5) “Intento de suicidio pasivo” es “0”, se omiten las secciones II, III y IV, y se pone “8”- “No aplicable” en cada uno de los espacios reservados para los código en blanco (Beck et al., 1978).

Los reactivos evalúan la extensión de pensamientos suicidas y sus características; así como, también las actitudes del paciente hacia ellos, la extensión de los deseos de morir, la decisión de hacer un intento suicida y detallar planes si tienen alguno, lo que detiene internamente el intento y - subjetivamente - los sentimientos de control o valor que consideran un propósito de intento (Beck et al., 1979).

Las características psicométricas de la escala fueron evaluadas por Beck et al. (1979) en una muestra de 90 pacientes hospitalizados por rumiaciones

autodestructivas a través de dos estimaciones: la primera, un análisis de reactivos, demostró que 16 de los 19 reactivos mostraron significativa correlación con el total de la puntuación de la escala; la segunda, la evaluación de la consistencia interna, determinada por el coeficiente de alpha KR-20 (Cronbach, 1951) que fue de .89

Para determinar el nivel de confianza de la escala, de los 90 pacientes admitidos, 25 fueron atendidos por dos clínicos quienes alternadamente y sucesivamente los entrevistaron. Después de la entrevista cada clínico independientemente completó la escala, y el resultado de correlación entre jueces fue de .83 ( $p < .001$ ).

## VALIDEZ.

La escala fue especialmente diseñada como una herramienta de tamizaje para discriminar entre los grupos, con y sin potencial suicida y el grado de intento suicida que presentan. Se compararon los puntajes de la Escala de los 90 pacientes hospitalizados por ideación suicida ( $M=9.43$ ,  $SD= 8.44$ ) con las puntuaciones de 50 pacientes externos que solicitaron tratamiento psiquiátrico para depresión ( $M=4.42$ ,  $SD= 5.77$ ). La diferencia significativa entre los grupos, fue de  $t=4.14$ ,  $p<.001$ . Los dos grupos fueron similares en el grado de Depresión que fue medido con el inventario de Depresión de Beck,  $t=.67$ , *ns*. Lo encontrado es consistente con la realidad, porque la mayoría de los que tienen ideas suicidas, son diagnosticados con desórdenes depresivos.

Los datos recabados en los 90 sujetos con ideación suicida fueron sometidos a un análisis factorial, en que los reactivos se agruparon en 3 componentes, considerando sólo los pesos factoriales  $\geq .50$ . El factor I fue denominado: "Deseo activo de suicidio" y fue integrado por 10 reactivos. Los reactivos asignados a este



factor abarcan actitudes hacia vivir y morir, y específicamente características formales de ideación suicida. El Factor II: "Preparación", quedó formado por 3 reactivos que se refieren a la de contemplar el intento. El Factor III: "Deseo Pasivo de Suicidio", quedó compuesto por 3 reactivos que abarcan la evitación pasiva de las circunstancias para salvar la vida, la decisión para llevar a cabo el intento y el encubrir las ideas o planes suicidas.

Esta escala ha demostrado tener alta consistencia interna y una correlación moderada alta con tasas clínicas de riesgo suicida y con actos de auto-daño. La validez de constructo ha sido analizado por dos estudios diferentes (Beck *et al.*, 1975; Minkojj *et al.*, 1973), en que se comprobó la relación entre desesperanza, depresión e ideación suicida. Otro estudio demostró una significativa relación entre un alto nivel de ideación suicida y las actitudes dicotómicas sobre la vida y conceptos relacionados a través del Diferencial Semántico (Wetzel, 1976).

En esta tesis, la Escala de Ideación Suicida (ANEXO II) fue obtenida del apéndice del libro de: Terapia Cognitiva de la Depresión (Beck *et al.*, 1979).

## V RESULTADOS.

### DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA MUESTRA.

El total de la muestra ( N =122) estuvo integrada por un 22.1% de hombres y un 77.9% de mujeres. El promedio de edad fue de 20.8 + 2.1 años. La mayoría - 24.6%- eran estudiantes del primer año de universidad, el 20.5% del tercer año, el 19.7% estaban en segundo año, el 14.8% en el cuarto, el 9.8% eran del quinto año de universidad y un 10.7% eran estudiantes de preparatoria.

En cuanto a su estructura familiar, es interesante hacer notar que la cuarta parte de la muestra -26.2%- vivía sólo con su padre (o tutor) o sólo con su madre (o tutora), y el 68.91% vivía con ambos padres. La mayoría de los estudiantes no eran hijos únicos (89.3%). Respecto al orden de nacimiento, el promedio fue el segundo, existiendo un rango desde el 1° hasta el 12°. Del total de estudiantes, el 4.1% vivía con algún medio hermano(a).

Dado el interés de analizar la información obtenida comparando hombres y mujeres, en la Tabla 1 se reportan las características sociodemográficas por sexo y en la muestra global.

*Distribución diagnóstica según el juicio clínico y la escala de Ideación Suicida de Beck -ISB-.* Respecto a la presencia de ideación suicida, el clínico detectó a 23 de los 122 participantes en el estudio, lo que representó el 18.9%; de éstos, 22 fueron también identificados por la escala ISB. Estas 22 personas con ideación suicida representaron el 18% del total de participantes.

En los estudiantes varones ( $n = 27$ ), la presencia de ideación suicida fue menor: Según el criterio clínico 3, de ellos que representan el 11.1% tuvieron ideación suicida, de los cuales 2 fueron también detectados por la escala ISB.

En las mujeres, la ideación suicida se encontró presente en 20 de las 95 participantes (21.1%) y todas éstas fueron también correctamente identificadas con ideación suicida por la escala ISB (Tabla 2).

**TABLA 1**  
**DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA**  
**MUESTRA**

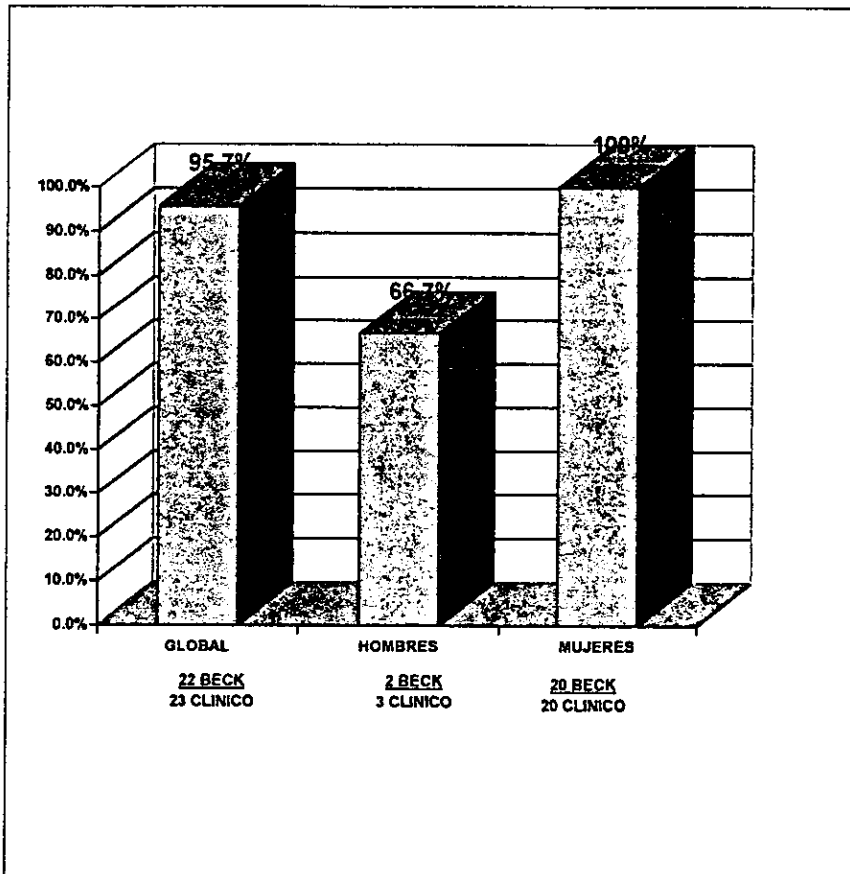
	TOTAL (N = 122)		HOMBRES (n = 27)		MUJERES (n = 95)	
	x	de	x	de	x	de
<b>EDAD</b>	20.9	2.1	21.2	2.5	20.6	2.0
	f	%	f	%	f	%
<b>ESCOLARIDAD</b>						
preparatoria	13	10.7	5	18.5	8	8.4
1o.universidad	30	24.6	8	29.6	22	23.2
2o.universidad	24	19.7	3	11.1	21	22.1
3o.universidad	25	20.5	6	22.2	19	20.0
4o.universidad	18	14.8	2	7.4	16	16.8
5o.universidad	12	9.8	3	11.1	9	9.5
<b>** CARRERA: VER ANEXO 1</b>						
<b>CON QUIEN VIVE</b>						
padre ó madre	32	26.2	7	25.9	25	26.3
padre y madre	84	68.9	19	70.4	65	68.4
solo (a)	1	.8	1	3.7	1	1.1
no se registro dato	5	4.1			4	4.2
<b>HUJO ÚNICO(A)</b>						
si	8	6.6	6	22.2	2	2.1
no	109	89.3	20	74.1	89	93.7
no se registro dato	5	4.1	1	3.7	4	4.2
	x	de	x	de	x	de
<b>ORDEN DE NACIMIENTO</b>	2.2	2.0	2.3	2.5	2.2	1.8
	f	%	f	%	f	%
<b>MEDIO HNO. CASA</b>						
si	5	4.1	3	11.1	2	2.1
no	112	91.8	23	85.2	89	93.7
no se registro dato	5	4.1	1	3.7	4	4.2

TABLA 2  
DISTRIBUCIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA SEGÚN EL CRITERIO  
CLÍNICO Y LA ESCALA DE BECK

CRITERIO CLÍNICO = J C												
E	+	-		+	-		+	-				
S												
C	+	22	47	69	+	2	8	10	+	20	39	59
A												
L	-	1	52	53	-	1	16	17	-	0	36	36
A												
		23	99			3	24			20	75	
I												
S	<b>GLOBAL = 122</b>			<b>HOMBRES = 27</b>			<b>MUJERES = 95</b>					
B												

GRAFICA 1

CONCORDANCIA DIAGNOSTICA DE LA ESCALA ISB EN QUIENES EL CRITERIO CLINICO IDENTIFICO LA PRESENCIA DE IDEACION SUICIDA



En la Gráfica 1 se presenta la concordancia diagnóstica de la escala ISB en quienes el criterio clínico identificó también la presencia de ideación suicida.

Respecto a la ausencia de ideación suicida, en el total de la muestra se observa que de los 53 estudiantes que no se les aplicó la escala ISB (de acuerdo con los criterios de la misma), 52 de ellos (98.1%) fueron también definidos con ausencia de ideación suicida por el criterio clínico. En los estudiantes varones se observa que de los 17 no casos según la escala ISB, 16 fueron corroborados por el clínico (94.1%). En las mujeres, las 36 estudiantes no caso según la escala ISB fueron corroboradas por el clínico también como no casos de ideación suicida (Tabla 2).

La distribución de los puntajes de la sumatoria de la escala ISB en quienes se les aplicó toda la escala (n=69) se presenta en la Tabla 3, en formato de respuestas tipo Likert: 0=nulo, 1=leve, moderado, 2=severo; donde a mayor puntaje mayor ideación suicida, conforme a los códigos asignados a cada reactivo por Beck, et al. (1979).

TABLA 3  
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE  
LOS PUNTAJES DE LA SUMATORIA  
DE LA ESCALA ISB \*

SUMATORIA	f	%
6.00	6	4.9
7.00	3	2.5
8.00	2	1.6
9.00	3	2.5
10.00	6	4.9
11.00	3	2.5
12.00	4	3.3
13.00	3	2.5
14.00	4	3.3
15.00	3	2.5
16.00	6	4.9
17.00	5	4.1
18.00	3	2.5
19.00	4	3.3
20.00	2	1.6
21.00	2	1.6
23.00	2	1.6
24.00	2	1.6
25.00	2	1.6
26.00	1	.8
27.00	1	.8
28.00	1	.8
29.00	1	.8
No se aplicó la escala completa	53	43.4
Muestra total	122	100.0

\*Porcentajes obtenidos de la muestra total (n=122).

f = frecuencia (número de estudiantes)



### *Concordancia diagnóstica.*

Posteriormente, con el interés de definir puntos de corte -PC- para que la escala ISB identificara lo más correcto posible a verdaderos casos y a verdaderos no casos, se realizaron varios cruces de variables en las 69 personas a quienes se les aplicó toda la escala ISB (porque pasaron el “filtro” establecido por Beck: punto de corte >5): BECK (+ ó -) y el diagnóstico de ideación suicida definido por el médico en el expediente clínico: JC (+ ó -).

Los indicadores calculados fueron los siguientes:

Punto de corte -PC-: Número de síntomas que deben presentarse para considerar a una persona como “caso” o “no caso”.

Sensibilidad - S -: Proporción de “casos” correctamente identificados por una prueba  $A/(A+C)$

Especificidad - E -: Proporción de personas correctamente identificadas con ideación suicida por la prueba al mismo tiempo.  $D/(B+D)$

Tasa de falsos positivos -FP-: Proporción de personas sin la condición valorada (ideación suicida) que son clasificadas por el instrumento.  $B/(B+D)$

Tasa de Falsos negativos -FN-: Proporción de personas con la condición valorada (ideación suicida), no clasificados por el instrumento.  $C/(A+C)$ . (Mariño, 1997).

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Como se observa en la Tabla 4, mientras menor fue el punto de corte -PC-, mayor fue la sensibilidad - S - y las tasas de falsos positivos -FP- que alcanzó la escala ISB, descendiendo estos indicadores conforme aumentaba el PC. Asimismo, cuanto mayor era el PC, la especificidad - E - y las tasas de los falsos negativos -FN- aumentaban. Para expresar visualmente la distribución de los indicadores: Sensibilidad - S -, Especificidad - E -, se presenta la Gráfica 2 y en la Gráfica 3, las Tasas de Falsos Positivos-FP-, y Tasas de Falsos Negativos -FN-. conforme aumenta el -PC- de la escala ISB.

Con el fin de calcular los coeficientes de concordancia diagnóstica según el número de reactivos presentes (desde leve a severo), se realizaron cruces de variables en las 69 personas a quienes se les aplicó la escala completa.

En la Tabla 5 se observa que mientras menor es el número de reactivos presentes (punto de corte), mayores son los coeficientes de sensibilidad y de tasas de falsos positivos de la escala; y menor su especificidad y tasas de falsos negativos. Asimismo, cuanto mayor es el punto de corte, estos coeficientes se invierten. Este panorama se observa más claramente en la Gráfica 4 y Gráfica 5.

TABLA 4  
CALCULO DE COEFICIENTES SENSIBILIDAD, FALSOS POSITIVOS,  
ESPECIFICIDAD Y FALSOS NEGATIVOS

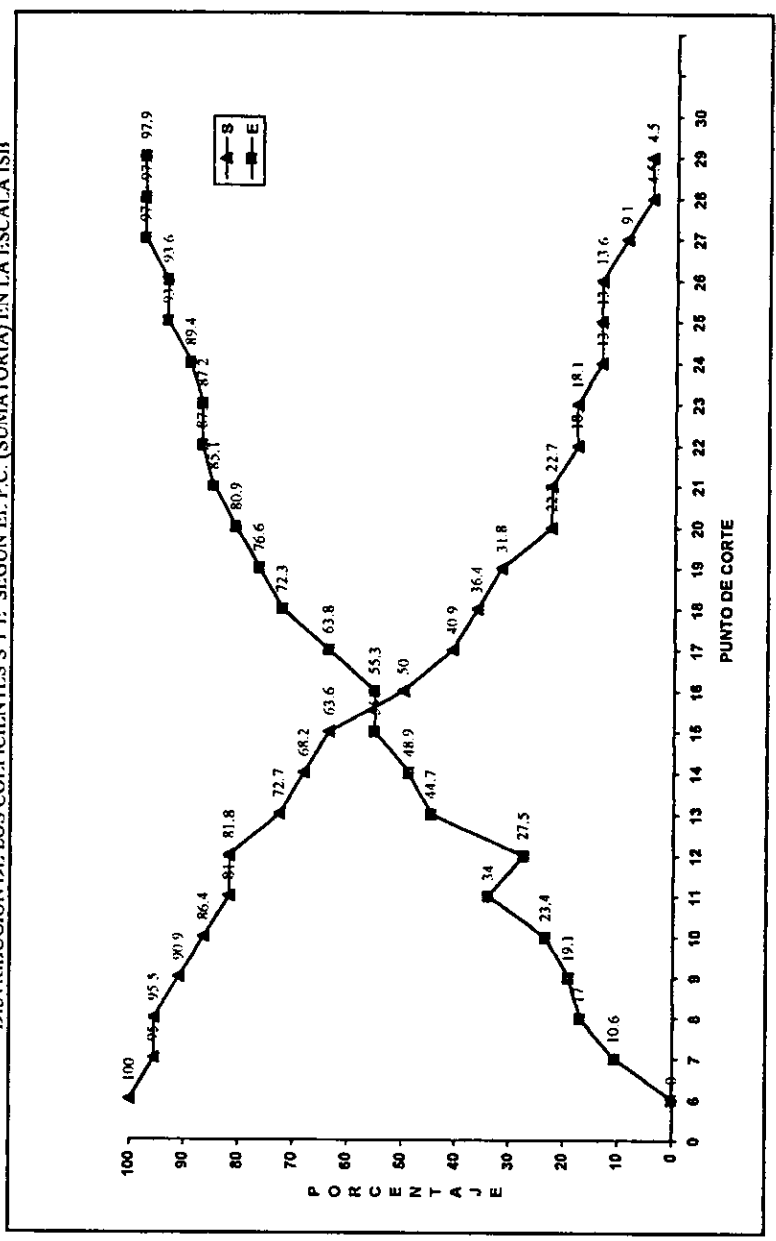
PUNTO DE CORTE ISB	BECK		JC		S		FP		E		FN	
	a	b	c	d	a+c	b+d	b+d	b-d	d	b-d	e	a+c
6	22	47	0	0	100	100	100	0	0	0	0	0
7	21	42	1	5	95.5	89	89	10.6	4	10.6	4	4
8	21	39	1	8	95.5	82	82	17.0	4	17.0	4	4
9	20	38	2	9	90.9	82	82	19.1	9	19.1	9	9
10	19	36	3	11	86.4	76	76	23.4	13	23.4	13	13
11	18	31	4	16	81.8	65	65	34.0	18	34.0	18	18
12	18	28	4	19	81.8	59	59	40.4	18	40.4	18	18
13	16	26	6	21	72.7	61	61	44.7	27	44.7	27	27
14	15	24	7	23	68.2	51	51	48.9	31	48.9	31	31
15	14	21	8	26	63.6	44	44	55.3	36	55.3	36	36
16	11	21	11	26	50.0	44	44	55.3	50	55.3	50	50
17	9	17	13	30	40.9	36	36	63.8	59	63.8	59	59
18	8	13	14	34	36.4	27	27	72.3	63	72.3	63	63
19	7	11	15	36	31.8	23	23	76.6	68	76.6	68	68

CONTINUA TABLA 4					
20	5 9 17 38	22.7	19	89.9	77
21	5 7 17 40	22.7	14	85.1	77
22	4 6 18 41	18.1	12	87.2	81
23	4 6 18 41	18.1	12	87.2	81
24	3 5 19 42	13.6	10	89.4	86
25	3 3 19 44	13.6	6	93.6	86
26	3 3 19 44	13.6	6	93.6	86
27	2 1 20 46	9.1	2	97.9	90
28	1 1 21 46	4.5	2	97.9	95
29	1 1 21 46	4.5	2	97.9	95
30	0 0 22 47	0	0	100	100

JC = Juicio Clínico. S = Sensibilidad. FP = Falsos Positivos.

E = Especificidad. FN = Falsos Negativos

GRAFICA 2  
DISTRIBUCIÓN DE LOS COEFICIENTES S Y E, SEGUN EL P.C. (SUMATORIA) EN LA ESCALA ISR



GRAFICA 3  
DISTRIBUCION DE LAS TASAS DE FALSOS POSITIVOS (FP) Y FALSOS NEGATIVOS  
SEGUN EL P.C. (SUMATORIA) EN LA ESCALA ISB

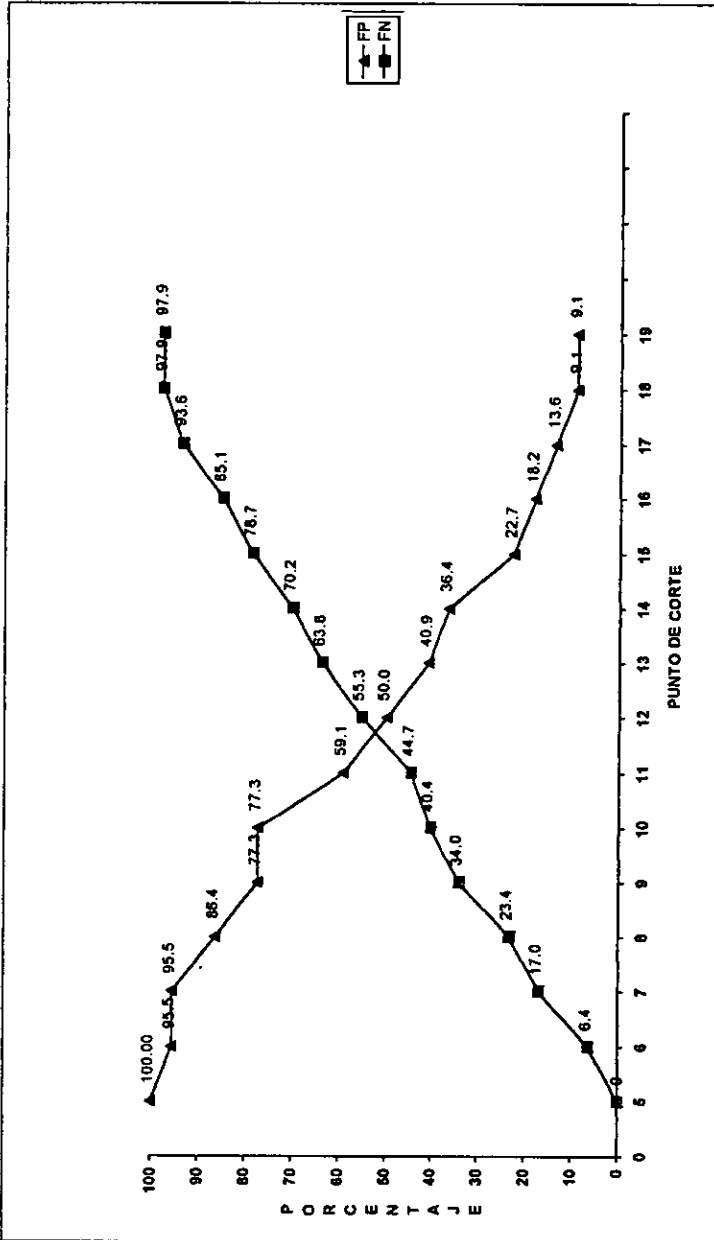


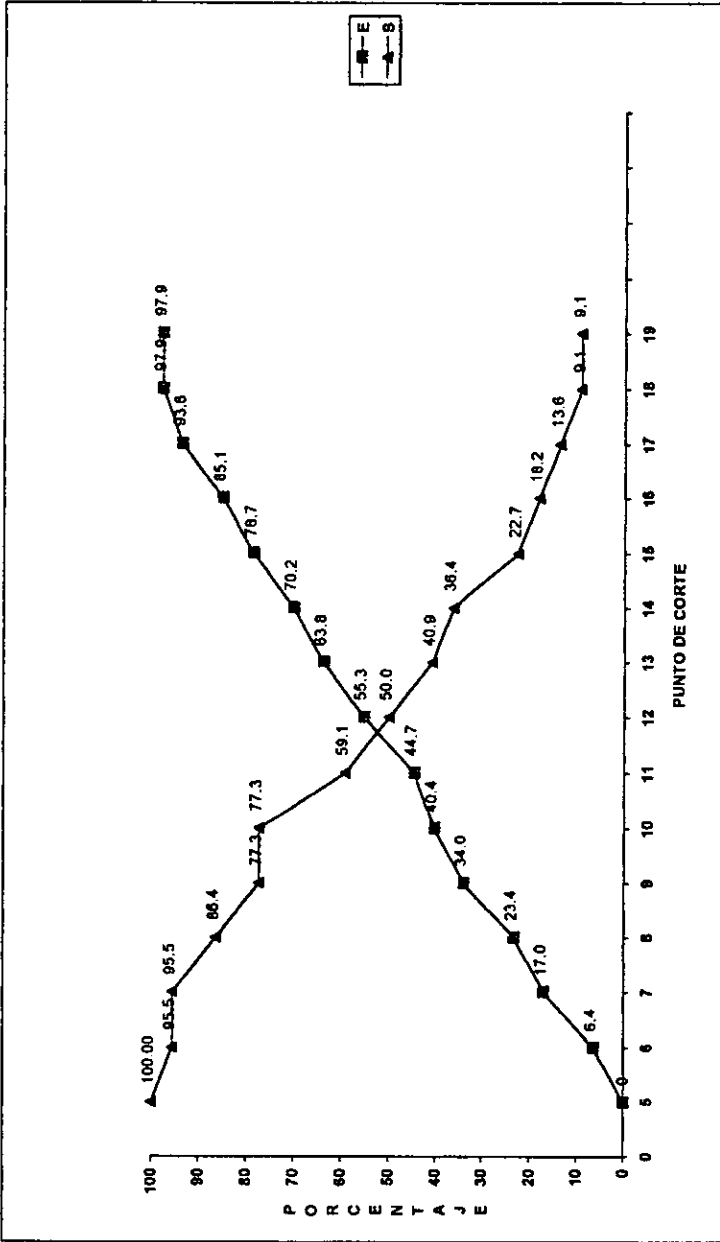
TABLA 5  
 CALCULO DE COEFICIENTES SENSIBILIDAD, FALSOS POSITIVOS,  
 ESPECIFICIDAD Y FALSOS NEGATIVOS (REACTIVOS PRESENTES)

PUNTO DE CORTE ISB No. SX PRESENTES	DX ab cd	S B a+c	FP b b-d	E d b-d	FN f a-c
5	22 47 0 0	100	100	0	0
6	21 44 1 3	95.5	90	6.4	4
7	21 39 1 8	95.5	82	17.0	4
8	19 36 3 11	86.4	76	23.4	13
9	17 31 5 16	77.3	65	34.0	22
10	17 28 5 19	77.3	59	40.4	22
11	13 26 9 21	59.1	55	44.7	40

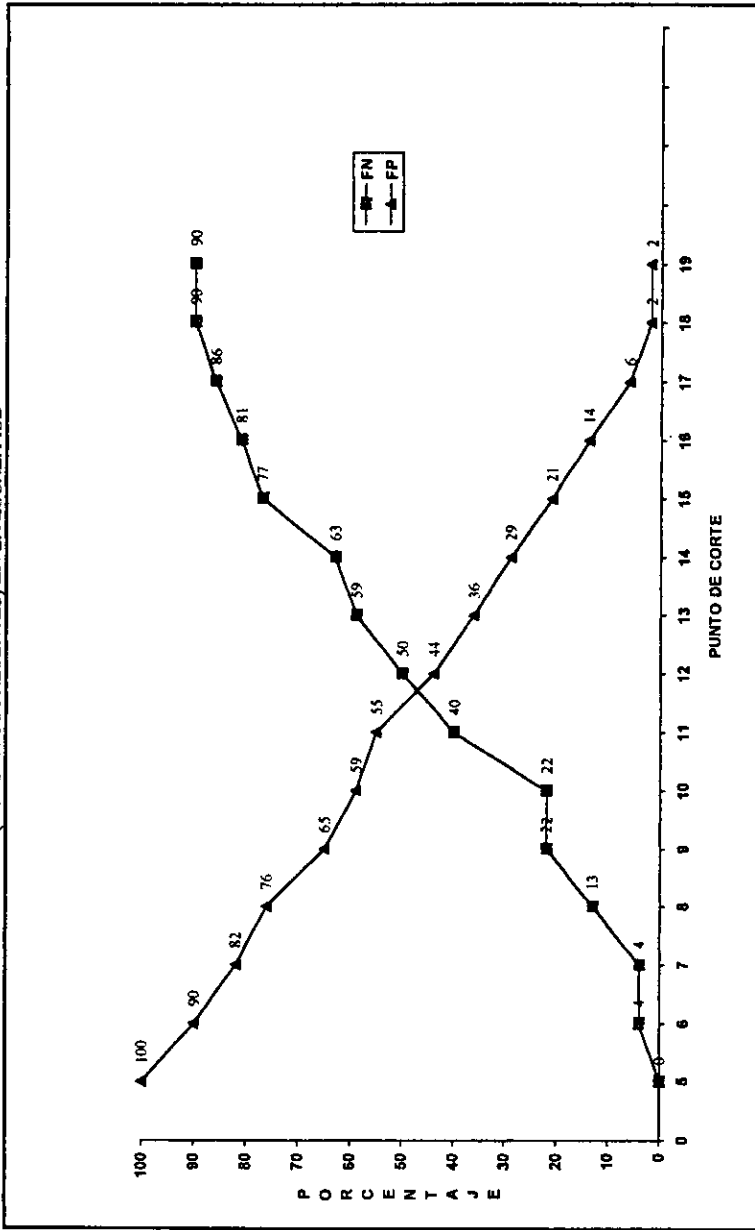
CONTINUA TABLA 5					
12	11 21 11 26	50.0	44	55.3	50
13	9 17 13 30	40.9	36	63.8	59
14	8 14 14 33	36.4	29	70.2	63
15	5 10 17 37	22.7	21	78.7	77
16	4 7 18 40	18.2	14	85.1	81
17	3 3 19 44	13.6	6	93.6	86
18	2 1 20 46	9.1	2	97.9	90
19	2 1 20 46	9.1	2	97.9	90



GRAFICA 4  
 CALCULOS DE COEFICIENTES S Y F: SEGUN EL PUNTO DE CORTE (REACTIVOS PRESENTES) EN I.A.  
 ESCALA ISB



GRAFICA 5  
 CALCULOS DE TASAS DE FALSOS POSITIVOS Y NEGATIVOS SEGUN EL PUNTO DE CORTE  
 (REACTIVOS PRESENTES) EN LA ESCALA ISB



*Consistencia interna de la escala de Ideación Suicida de Beck (ISB).* Se sometieron a análisis de confiabilidad los 20 reactivos de la escala ISB, obteniendo un coeficiente alpha de Cronbach=.84. Dado que el último reactivo de la misma indaga el número de intentos suicidas llevados a cabo anteriormente, se evaluó también la consistencia de la misma sólo con los 19 reactivos restantes, alcanzando el mismo nivel de confiabilidad:  $\alpha=.84$ .

De acuerdo con Nunnally (1987), un primer paso en la evaluación de la adecuación de instrumentos psicológicos es evaluar si los reactivos se correlacionan de manera correcta con los puntajes totales, para en un siguiente paso investigar la confiabilidad de las series de reactivos. Con base en este criterio estadístico, se analizaron las correlaciones reactivo-total de cada uno de los 19 reactivos de la escala ISB.

En la Tabla 6 se observa que los reactivos cuyas correlaciones reactivo-total fueron  $<.20$  ( $p \leq .05$ ), fueron tres: "11. Razones para pensar/desear el intento suicida", "17. Nota suicida" y "19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida" La consistencia interna de la escala ISB con los 16 reactivos que correlacionaron  $>.20$  con el puntaje total fue satisfactoria:  $\alpha=.85$ .

Las sub-escalas originalmente propuestas por Beck (1979), fueron las siguientes: I. Características de las actitudes hacia la vida/muerte (5 reactivos), II. Características de los pensamientos/deseos de suicidio (6 reactivos), III. Características del intento (4 reactivos) y IV. Actualización del intento (4 reactivos).

Posteriormente, con el fin de verificar la congruencia conceptual de los reactivos en tales sub-escalas se llevaron a cabo análisis factoriales (rotación varimax) de los reactivos agrupados originalmente por Beck, et al. (1979)

TABLA 6  
 ÍNDICE DE CORRELACIÓN REACTIVO-TOTAL DE LA ESCALA ISB

DESCRIPCIÓN DE REACTIVO Y OPCIONES DE RESPUESTA	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN REACTIVO- TOTAL	P
1.- DESEO DE VIVIR 0.- Moderado a fuerte 1.- Poco (débil) 2.- Ninguno (no tiene)	.5864	.001
2.- DESEO DE MORIR 0.- Ninguno (no tiene) 1.- Poco (débil) 2.- Moderado a fuerte	.5220	.001
3.- RAZONES PARA VIVIR /MORIR 0.- Vivir supera a morir 1.- Equilibrado (es igual) 2.- Morir supera a vivir	.6316	.001
4.- DESEO DE REALIZAR UN INTENTO DE SUICIDIO 0.- Ninguno (inexistente) 1.- Poco (débil) 2.- Moderado a fuerte	.4369	.001
5.- DESEO PASIVO DE SUICIDIO 0.- Tomaría precauciones para salvar sus vida 1.- Dejaría la vida/muerte a la suerte 2.- Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su	.4606	.001
6.- DURACIÓN 0.- Breves, periodos pasajeros 1.- Periodos largos 2.- Continuos (crónicos) , casi continuos	.6651	.001
7.- FRECUENCIA 0.- Rara, (ocasionalmente) 1.- Intermitente 2.- Persistentes y continuos	.6709	.001
8.- ACTITUD HACIA LOS PENSAMIENTOS/DESEOS 0.- Rechazo 1.- Ambivalente ; indiferente 2.- Aceptación	.3682	.001
9.- CONTROL SOBRE LA ACCIÓN /DESEO DE SUICIDIO 0.- Tiene sentido de control 1.- Inseguridad de control 2.- No tiene sentido de control	.4512	.001
10.- RAZONES O MOTIVOS QUE DETIENEN LA 0.- No lo intentaría porque algo lo detiene 1.- Cierta duda hacia los intereses que lo detienen 2.- Ninguno o mínimo interés en las razones que detienen	.2861	.001

11.-RAZONES PARA PENSAR /DESEAR EL INTENTO	.0938	NS
0.- Manipular el ambiente ,llamar la atención, venganza		
1.- Combinación de 0 y 2		
2.- Escapar , acabar, salir de problemas		
12.- MÉTODO : ESPECIFICIDAD/OPORTUNIDAD DE	.5144	.001
0.- Sin considerar		
1.- Considerado , pero sin elaborar los detalles		
2.- Detalles elaborados/bien formulados		
13.- MÉTODO: DISPONIBILIDAD/OPORTUNIDAD DE	.2499	.001
0.- Método no disponible , no oportunidad		
1.- Método tomaría tiempo /esfuerzo; oportunidad no		
2.- Método y oportunidad disponible		
2a.- Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el		
14.- SENSACIÓN DE "CAPACIDAD " PARA LLEVAR A	.3333	.001
0.- Falta de valor , debilidad, asustado , incompetente		
1.- No esta seguro de tener valor		
2.- Está seguro de tener valor		
15.- EXPECTATIVA/ ANTICIPACIÓN DE UN INTENTO	.5875	.001
0.- No		
1.- Sin seguridad, sin claridad		
2.- Si		
16.-PREPARACIÓN REAL	.5770	
0.- Ninguna		
1.- Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos		
2.- Completa		
17.- NOTA SUICIDA	.1582	NS
0.- Ninguna		
1.- Sólo pensada, iniciada , sin terminar		
2.- Escrita, terminada		
18.-ACCIONES FINALES PARA PREPARAR LA MUERTE	.2703	.001
0.- No		
1.- Sólo pensados, arreglos parciales		
2.- Terminados		
19.- ENCUBRIMIENTO DE LA IDEA DE REALIZAR EL	.1502	NS
0.- Revela las ideas abiertamente		
1.- Revela las ideas con reserva		
2.- Encubre engaña mente		

**TABLA 7**  
**ANÁLISIS FACTORIAL Y CONSISTENCIA INTERNA DE CADA UNA**  
**DE LAS SUB-ESCALAS DE BECK**

SUB-ESCALA	FACTORES	VALOR Eigen	% VAR	$\alpha$ SUB- ESCALA
I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE (5 REACTIVOS)	1	3.56	71.2	.90
II.- CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO (5 REACTIVOS)	2	2.11	42.3 ( $\alpha = .65$ )	.65
		1.02	20.3 ( $\alpha = .45$ )	
III.- CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO (4 REACTIVOS)	1	1.86	46.4	.61
IV.- ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO (2 REACTIVOS)	1	1.29	64.5	-
	indicador			

Como se observa en la Tabla 7, la sub-escala I : Características de las actitudes hacia la vida/muerte (5 reactivos) quedó conformada por 1 factor que explicó el 71.2% del total de la varianza, obteniendo una consistencia interna de  $\alpha=.90$ . La sub-escala II: Características de los pensamientos/deseos de suicidio (5 reactivos) arrojó 2 factores que en total explicaron el 62.6% de la varianza. Al calcular la consistencia interna de cada factor se obtuvieron coeficientes  $\alpha=.65$  en el primer factor y  $\alpha=.45$  en el segundo. Dado que la consistencia interna de los 5 reactivos fue de  $\alpha=.65$  se considera pertinente identificar a esta sub-escala con los 5 reactivos integrando una sola dimensión.

La sub-escala III: Características del intento (4 reactivos) se integró en un factor que explicó el 46.4% de la varianza, alcanzando una consistencia interna de  $\alpha=.61$ . La sub-escala: IV. Actualización del intento (2 reactivos) se considera como un indicador (por el reducido número de reactivos que la integraron) que explicó el 64.5% del total de la varianza y obtuvo un coeficiente  $\alpha=.45$ .

*Comparación de los puntajes de ideación suicida (Beck) según las características familiares de la muestra global.* Como se observa en la Tabla 8, los puntajes de ideación suicida no fueron significativamente diferentes en cuanto a: sexo, hijo único, vivir con medio hermano (a), vivir con sus progenitores y primogénito(a). Ni aún cuando se analizaron los datos por separado en hombres y mujeres.

*Comparación de los puntajes de Ideación Suicida (Beck), con y sin antecedentes de intentos suicidas.* Como se puede ver en la Tabla 9 la ideación suicida fue significativamente mayor en la muestra global y en particular, en las mujeres que tenían antecedentes de intento suicida. Al distinguir si se trataba del único o de varios intentos en la vida, se observó que la ideación suicida fue significativamente mayor en la conducta suicida múltiple.

TABLA 8  
COMPARACIÓN DE PUNTAJES (SUMATORIA) DE LA ESCALA ISB, SEGÚN  
CARACTERÍSTICAS FAMILIARES EN LA MUESTRA GLOBAL (N=122)

VARIABLE	CARACTERÍSTICA	x	de	t	gl	p	
SEXO	Hombre	10	13.2	5.3	-1.19	67	.238
	Mujer	59	15.9	6.8			
HIJO ÚNICO	SI	5	11.6	5.9	-1.35	65	.183
	NO	62	15.7	6.6			
MEDIO HERMANO	SI	2	17.5	16.3	0.45	65	.655
	NO	65	15.4	6.4			
CON QUIEN VIVE	AMBOS PADRES	21	17.3	6.4	1.47	64	.147
	SOLO UN PROGENITOR	45	14.8	6.6			
PRIMOGÉNITO	SI	29	14.8	6.3	-0.76	67	.451
	NO	40	16	6.9			

CONTINUA TABLA 8

## COMPARACIÓN DE PUNTAJES ISB EN HOMBRES (N=10)

VARIABLE	CARACTERÍSTICA	x	de	t	gl	p	
HIJO ÚNICO	SI	3	12.0	6.6	-0.44	8	.668
	NO	7	13.7	5.2			
CON QUIEN VIVE	AMBOS PADRES	4	14.5	7.9	0.61	8	.560
	SOLO UN PROGENITOR	6	12.3	3.4			
PRIMOGÉNITO	SI	6	13.3	6.3	0.09	8	.929
	NO	4	13	4.2			

## COMPARACIÓN DE PUNTAJES ISB EN MUJERES (N=57)

VARIABLE	CARACTERÍSTICA	x	de	t	gl	p	
HIJO ÚNICO	SI	2	11.0	7.1	-1.02	55	.313
	NO	55	16.0	6.8			
CON QUIEN VIVE	AMBOS PADRES	17	17.9	6.1	1.45	54	.152
	SOLO UN PROGENITOR	39	15.1	6.9			
PRIMOGÉNITO	SI	23	15.2	6.4	-0.65	57	.518
	NO	36	16.4	7.1			



**TABLA 9**  
**COMPARACION DE LOS PUNTAJES DE**  
**IDEACION SUICIDA**

COMPARACIÓN DE PUNTAJES (SUMATORIA) DE LA ESCALA ISB SEGÚN INTENTO SUICIDA

		INTENTO	x	de	t	gl	p
MUESTRA GLOBAL	SI	20	20.6	4.7	6.21	65	.000
	NO	47	12.4	5.0			
MUJERES	SI	19	20.7	4.8	5.99	55	.000
	NO	38	12.4	5.0			
COMPARACIÓN DE PUNTAJES DE BECK 19 SEGÚN ÚNICO/VARIOS INTENTO SUICIDA							
		INTENTO	x	de	t	gl	p
MUESTRA GLOBAL	ÚNICO	14	19.6	4.4	-1.35	18	.192
	VARIOS	6	22.7	4.9			
MUJERES	ÚNICO	13	19.8	4.6	-1.25	17	.227
	VARIOS	6	22.7	4.9			

Nota: No se analizó la población masculina, porque sólo uno de ellos reportó intento de suicidio.

*Descripción de las características clínicas (reactivos) de quienes presentaron ideación suicida.*

En la Tabla 10 se muestra la distribución de los reactivos de la sub-escala: Características de las actitudes hacia la vida/muerte, en la que se observa que al comparar los casos de ideación suicida según la escala de Beck (global =69) con los verdaderos positivos (VP =22) y con los falsos positivos (FP =47), la mayoría de los jóvenes de estas submuestras reportaron un deseo de morir débil, presentando el mayor porcentaje de VP: 63.6%. Respecto al deseo de morir la mayoría de la muestra global y de los FP, registraron un débil deseo de morir: 53.6% y 59.6% respectivamente; mientras que los VP lo reportaron de moderado a fuerte (54.5%). En las razones para vivir/morir existe consenso en que el vivir supera a morir,

obteniéndose la mayoría en FP (46.8). La muestra global y FP mostraron tener un deseo de realizar un intento de suicidio activo débil con un 56.5% y 68.1% respectivamente y los VP mostraron tener un deseo moderado a fuerte con un 54.5% y el conjunto de las muestras indican que dejarían la vida/muerte a la suerte en el deseo pasivo de suicidio, obteniendo el mayor porcentaje en los VP (63.6%).

En la Tabla 11 se presenta la distribución de los reactivos de la sub-escala: Características de los pensamientos/deseos de suicidio, en la muestra global y en las submuestras de verdaderos positivos (VP) y falsos positivos (FP), que muestran acuerdo en la duración de los pensamientos con períodos breves y pasajeros, obteniendo el mayor porcentaje en VP (72.7%) y que su frecuencia en tiempo es intermitente; presentándose el más alto porcentaje en la muestra global (49.3%). La actitud hacia los pensamientos/deseos que mostraron los jóvenes fue ambivalente; indiferente con resultados similares en los porcentajes de frecuencias (59%). Muestran que tienen sentido de control sobre la acción/deseo de suicidarse, destacándose que es en FP donde se encuentra el máximo porcentaje: 70.2%. Asimismo las razones y motivos ante la tentativa suicida fue negativa porque algo los detiene; presentándose el mayor porcentaje en VP (72.7%), y las razones para pensar/desear el intento suicida es una combinación entre manipular el ambiente, llamar la atención y escapar; salir de problemas, expresando la mayoría de frecuencia la muestra VP con 72.7%.

TABLA 10  
DISTRIBUCIÓN DE LOS REACTIVOS DE LA SUB-ESCALA

1.- CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA /MUERTE			
REACTIVO	GLOBAL = 69 %	VP = 22 %	FP = 47 %
<b>1.- DESEO DE VIVIR</b>			
0.- Moderado a fuerte	39.1	31.8	42.6
1.- Poco (débil)	58.0	63.6	55.3
2.- Ninguno (no tiene)	2.9	4.5	2.1
<b>2.-DESEO DE MORIR</b>			
0.- Ninguno (no tiene)	11.6	4.5	14.9
1.- Poco (débil)	53.6	40.9	59.6
2.- Moderado a fuerte	34.8	54.5	25.5
<b>3.- RAZONES PARA VIVIR /MORIR</b>			
0.- Vivir supera a morir	43.5	36.4	46.8
1.- Equilibrado (es igual)	36.2	31.8	38.3
2.- Morir supera a vivir	20.3	31.8	14.9
<b>4.-DESEO DE REALIZAR UN INTENTO DE SUICIDIO</b>			
<b>ACTIVO</b>			
0.- Ninguno (inexistente)	10.1	13.6	8.5
1.- Poco (débil)	56.5	31.8	68.1
2.- Moderado a fuerte	33.3	54.5	23.4
<b>5.-DESEO PASIVO DE SUICIDIO</b>			
0.- Tomaría precauciones para salvar sus vida	33.3	27.3	36.2
1.- Dejaría la vida/muerte a la suerte	60.9	63.6	59.6
2.- Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida	5.8	9.1	4.3

TABLA 11  
DISTRIBUCION DE LOS REACTIVOS DE LA SUB-ESCALA

II CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS /DESEOS DE SUICIDIO			
REACTIVO	GLOBAL = 69 %	VP = 22 %	FP = 47 %
<b>6.- DURACIÓN</b>			
0.- Breves, periodos pasajeros	69.6	72.7	68.1
1.- Periodos largos	17.4	13.6	19.1
2.- Continuos (crónicos), casi continuos	13.0	13.6	12.8
<b>7.- FRECUENCIA</b>			
0.- Rara, (ocasionalmente)	36.2	27.3	40.4
1.- Intermitente	49.3	59.1	44.7
2.- Persistentes y continuos	14.5	13.6	14.9
<b>8.- ACTITUD HACIA LOS PENSAMIENTOS/DESEOS</b>			
0.- Rechazo	17.4	13.6	19.1
1.- Ambivalente ; indiferente	59.4	59.1	59.6
2.- Aceptación	23.2	27.3	21.3
<b>9.- CONTROL SOBRE LA ACCIÓN /DESEO DE SUICIDIO</b>			
0.- Tiene sentido de control	68.1	63.6	70.2
1.- Inseguridad de control	30.4	36.4	27.7
2.- No tiene sentido de control	1.4		2.1
<b>10.- RAZONES O MOTIVOS QUE DETIENEN LA TENTATIVA SUICIDA (FAMILIA ,RELIGIÓN, IRREVERSIBILIDAD O FALLAR)</b>			
0.- No lo intentaría porque algo lo detiene	69.6	72.7	68.1
1.- Cierta duda hacia los intereses que lo detienen	27.5	18.2	31.9
2.- Ninguno o mínimo interés en las razones que detienen indicar que factores lo detienen	2.9	9.1	
<b>11.- RAZONES PARA PENSAR /DESEAR EL INTENTO SUICIDA</b>			
0.- Manipular el ambiente ,llamar la atención, venganza	5.8	27.3	8.5
1.- Combinación de 0 y 2	27.5	72.7	27.7
2.- Escapar , acabar , salir de problemas	66.7		63.8

La Tabla 12 designa la distribución de la sub-escala: Características del intento, en la que se muestra que los jóvenes han considerado algún método, sin elaborar detalles en su planeación para suicidarse (más del 60%). Respecto a la disponibilidad del método y la oportunidad para llevar a cabo el intento, se identificó una proporción mayor del 50% en la muestra global y en las submuestras. Sin embargo, más del 90 % coinciden en no estar seguros de tener el valor para llevar a cabo el intento. Asimismo una proporción mayor al 50% expresó no tener una expectativa real de suicidarse.

Para finalizar esta secuencia de sub-escalas, la Tabla 13 muestra: Las características de Actualización del intento. La mayoría de los entrevistados coinciden en no haber realizado ninguna preparación real (más del 65%), no han pensado o realizado una nota suicida, más del 50% y reportaron no haber realizado arreglos finales (testamentos, regalos, etc.) para preparar su muerte (más del 70%). Sin embargo, una proporción importante de participantes reporta que encubre o miente acerca de la idea de realizar un intento suicida (más del 40%).

#### *Análisis de contenido Traslape diagnóstico*

Como se observa en la Tabla 14 la comorbilidad diagnóstica, es similar entre los estudiantes identificados con ideación suicida por la escala de ideación suicida de Beck (ISB) y los estudiantes valorados por el juicio clínico (J.C.). Es así que en ambos grupos, la mayor parte de los estudiantes presenta trastornos afectivos ( 68.1% y 91.3%, respectivamente), siguiendo en importancia los Trastornos de Personalidad y de Bajo Rendimiento Escolar ( 4.3%).

TABLA 12  
DISTRIBUCION DE LOS REACTIVOS DE LA SUB-ESCALA

III CARACTERISTICAS DEL INTENTO			
REACTIVO	GLOBAL = 69 %	VP = 22 %	FP = 47 %
<b>12.- MÉTODO : ESPECIFICIDAD/OPORTUNIDAD DE PENSAR EN EL INTENTO</b>			
0.- Sin considerar	17.4	18.2	17.0
1.- Considerado , pero sin elaborar los detalles	65.2	63.6	66.0
2.- Detalles elaborados/bien formulados	17.4	18.2	17.0
<b>13.- MÉTODO: DISPONIBILIDAD/OPORTUNIDAD DE PENSAR EL INTENTO</b>			
0.- Método no disponible , no oportunidad	23.2	22.7	23.4
1.- Método tomara tiempo /esfuerzo; oportunidad no disponible realmente	23.2	27.3	21.3
2.- Método y oportunidad disponible	53.6	50.0	55.3
2a.- Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método			
<b>14.- SENSACIÓN DE "CAPACIDAD " PARA LLEVAR A CABO EL INTENTO</b>			
0.- Falta de valor , debilidad, asustado, , incompetente	47.8	45.5	48.9
1.- No esta seguro de tener valor	44.9	50.0	42.6
2.- Está seguro de tener valor	7.2	4.5	8.5
<b>15.- EXPECTATIVA/ ANTICIPACIÓN DE UN INTENTO REAL</b>			
0.- No	62.3	54.5	66.0
1.- Sin seguridad, sin claridad	20.3	22.7	19.1
2.- Si	17.4	22.7	14.9

**TABLA 13**  
**DISTRIBUCION DE LOS REACTIVOS DE LA SUB-ESCALA**

IV ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO			
REACTIVO	GLOBAL = 69 %	VP = 22 %	FP = 47 %
<b>16.-PREPARACIÓN REAL</b>			
0.- Ninguna	76.8	68.2	80.9
1.- Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos)	18.8	22.7	17.0
2.- Completa	4.3	9.1	2.1
<b>17.- NOTA SUICIDA</b>			
0.- Ninguna	60.9	54.5	63.8
1.- Sólo pensada, iniciada, sin terminar	34.8	36.4	34.0
2.- Escrita, terminada	4.3	9.1	2.1
<b>18.-ACCIONES FINALES PARA PREPARAR LA MUERTE (TESTAMENTOS, ARREGLOS, REGALOS)</b>			
0.- No	75.4	72.7	76.6
1.- Sólo pensados, arreglos parciales	23.2	22.7	23.4
2.- Terminados	1.4	4.5	
<b>19.- ENCUBRIMIENTO DE LA IDEA DE REALIZAR EL INTENTO SUICIDA</b>			
0.- Revela las ideas abiertamente	11.6	13.6	10.6
1.- Revela las ideas con reserva	43.5	45.5	42.6
2.- Encubre engaña mente	44.9	40.9	46.8

TABLA 14  
 TRASLAPE DIAGNOSTICO  
 CATEGORIAS DIAGNOSTICAS CON IDEACION SUICIDA SEGÚN LA  
 ESCALA ISB

CATEGORIAS DIAGNOSTICAS	ESCALA ISB		Dx CLINICO	
	f	%	f	%
TRASTORNOS AFECTIVOS	47	68.1	21	91.3
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	6	8.7		
TRASTORNOS FAMILIARES	5	7.2		
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	4	5.8	1	4.3
BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR	2	2.9	1	4.3
TRASTORNOS DEL AJUSTE	1	1.4		
TRASTORNO COVERSIVO	1	1.4		
SIN DIAGNOSTICO	2	2.9		
SIN PATOLOGIA	1	1.4		
TOTAL DE CASOS	69		23	

\* NOTA: LOS PORCENTAJES SE OBTUVIERON DEL TOTAL DE CADA CATEGORIA



## VI CONCLUSIÓN

De acuerdo a las hipótesis de trabajo de la presente Tesis, los resultados obtenidos indican que:

1) El acto suicida, ya sea su intento o consumación, es una conducta violenta dirigida contra la persona misma, ocurre en todas partes del mundo. Aún cuando en ciertos lugares es más frecuente, se desconoce a ciencia cierta las motivaciones que llevan a ella, porque es un fenómeno multifactorial. Además es considerado un problema importante de salud pública como ya se ha mencionado anteriormente y al ser el intento como una conducta próxima para predecir un suicidio consumado, en esta Tesis se pretendió tener un indicador que preceda a ésta; evaluar la intensidad de la ideación consiente de suicidio.

Aunque la escala de ideación suicida de Beck no pretende predecir un intento suicida en esta muestra, la intensidad de los deseos de suicidio entre los que lo intentaron parece indicar a corto plazo la presencia de riesgo suicida, por lo que es importante considerarla para detectar oportunamente dicho riesgo y establecer una detección temprana para su prevención y tratamiento adecuado. Por ejemplo: Elaborar y llevar a cabo programas de educación para la salud emocional de los adolescentes, considerando cada contexto sociocultural e involucrando no sólo al adolescente, sino también a su núcleo social con el que interactúa. Asimismo, se requiere entonces de coordinar esfuerzos inter y multidisciplinares, así como a diversas instituciones.

2) A pesar de que la conducta suicida es un problema multifactorial, la epidemiología de la problemática incide hacia la comorbilidad; la ideación suicida no es una excepción como lo muestra esta población, alcanzando el 68 % de estudiantes con ideación suicida y trastornos afectivos. Los jóvenes se encuentran en un periodo de fragilidad emocional, en que son frecuentes la depresión y la ansiedad, muchos estudios en la actualidad han reportado esta estrecha relación como lo muestran Roberts y Chen (1995), en donde el 81% de los México-Americanos y 84% de los Anglo Americanos presentaron altos puntajes de depresión en correlación con la ideación suicida, como factor de riesgo.

## VII DISCUSIÓN

La escala de ideación suicida de Beck et al, (1979) fue diseñada como instrumento de tamizaje, esto quiere decir, que pretende identificar lo más correcto posible a los probables casos y no casos de ideación.

Para estudios de detección este tipo de instrumentos son muy útiles, pues permiten conocer la magnitud de la problemática abordada en diversos tipos de poblaciones. Para la confirmación de los casos se requiere en una segunda etapa de instrumentos diagnósticos, clínicos, válidos y confiables. Entonces, la escala que “nos ocupa como herramienta de tamizaje” requiere que para estudios como el de la presente Tesis tenga una alta especificidad; es decir, que identifique correctamente a quienes no tienen ideas suicidas. Según los resultados obtenidos, de acuerdo con la forma de calificación proyectada por Beck, en tanto se aplique la escala completa, si cumple con la condición de puntuar con la calificación máxima (codificada con 2) afirmativa en los reactivos No. 4 y No. 5, fue adecuada en la población abordada, pues el índice de especificidad fue de 98.1% , al comparar con el criterio clínico cuando se trató de los no casos de ideación

Al comparar los resultados obtenidos respecto a la consistencia interna en esta población, en comparación con lo reportado por Beck *et al.* (1979), podemos darnos cuenta de que coincidimos con el número de reactivos que correlacionaron con  $r > .20$  y  $p \leq .05$ ; el índice de confiabilidad de Alpha de Cronbach .85, que es muy aceptable.

Respecto a los reactivos: 17. "Nota Suicida" y el reactivo 19. "Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida", los resultados concuerdan con lo reportado por Beck et al. (1979) en los cuales no se llega a alcanzar correlaciones significativas con el puntaje global de ideación. Sin embargo no coincidimos con el reactivo 11. "Razones para pensar/desear el intento suicida", en el cual quizás la importancia o la motivación entre la idea de morir de los adultos mediante el suicidio sea diferente a la de los adolescentes, porque la correlación en nuestra muestra no fue significativa (.09) y de acuerdo con Hajar *et al.* (1996), los adultos eligen medios más seguros para lograr el *éxito*, mientras que los jóvenes utilizarían en términos relativos, medios menos seguros, quizás porque su determinación de morir sea menos definitiva.

Así en otros estudios realizados con adolescentes Steer, Kumar y Beck. (1993), utilizando la Escala I.S.B., encontraron que el nivel de significancia de ideación suicida era comparable con la encontrada con la tasa de ideación suicida con adultos (Beck y Steer, 1991), lo que nos permite aportar nuevos resultados de comparación para estas poblaciones.

En relación con las sub-escalas originalmente definidas por Beck (1979), al realizar el análisis factorial en los reactivos se verificó la congruencia conceptual y se agruparon igualmente en cuatro factores, con algunas diferencias de porcentajes como lo indica la Tabla 7 de los Resultados.

La relación encontrada con el número de intentos suicidas fue importante porque las mujeres que habían presentado un intento previo, puntuaron más alto en la escala de ideación suicida y como podemos corroborar en un estudio de Terroba *et al.* (1987), encontró que el 76% de mujeres que lo habían intentado reportaron

haber tenido un deseo de morir bajo, previo a la conducta; como también lo muestra la tasa de verdadero positivo (VP) con un 63% en esta muestra. Asimismo, en estos estudios se refleja que en ocasiones no se tiene una razón motivacional subyacente al acto, por lo cual se carece de un interés real de morir con el intento, lo que también se relaciona con lo que evalúa el reactivo de la duración de los pensamientos/deseos de suicidio, como breves y pasajeros fue reportado por el 72.7% de los verdaderos positivos, que en su mayoría son mujeres.

Tiene relevancia hacer una relación entre los resultados del reactivo: “Deseo pasivo de suicidio” con el gran número de accidentes de distinto tipo que sufren los adolescentes, porque la opción elegida con mayor tasa de verdadero positivo (63.6%) fue el dejar la vida/muerte a la suerte. Con frecuencia los jóvenes se exponen a riesgos más o menos deliberadamente por un sentimiento de invulnerabilidad, buscando sin mucha conciencia acciones temerarias con el deseo de correr riesgos que muchas veces acompañan a la necesidad de demostrar independencia y valor, pero muchas otras se exponen por factores como sentimientos de fracaso, desesperación, alcohol y drogas, ocupando así una de las principales causas de defunción y discapacidad. En muchos países los accidentes representan hasta la mitad del total de defunciones de personas entre 10 y 24 años (O.M.S., 1990).

Si nos percatamos de los resultados en los reactivos “Razones y motivos ante la tentativa suicida”, en el cual el mayor porcentaje lo obtiene la negativa de hacerlo porque algo aún los detiene, y “Sensación de capacidad para llevar a cabo el intento”, en el cual la puntuación marca que no están seguros de tener valor (Tasa de verdadero positivo: 50%) podemos inferir, que los adolescentes no están seguros

aún de querer morir y que existen valores que detienen sus expectativas de terminar de alguna manera con su vida, porque a pesar de que los pensamientos suicidas alivian temporalmente la tensión y el plan suicida comienza a formarse como una fantasía de solución de salida a sus conflictos. El problema principal no es querer morir, sino si existen mejores maneras de seguir viviendo, Meyer (1983).

El suicidio pasa a la acción ante la falta de perspectiva de la vida presente, sin que haya remitido el temor a morir; muchas veces los jóvenes han agotado sus mecanismos de resolución y es una manera de denunciar las carencias de apoyo que su ambiente no supo o no pudo desarrollar (OMS, 1986).

Al observar las características familiares de la muestra no se encontró que existiera alguna diferencia relevante entre los que tenían ideación suicida por el orden de nacimiento que ocupan, o ser hijo único y vivir con uno o ambos padres. Estos resultados concuerdan con Lester y Caffery (1989) quienes encontraron que, el orden de nacimiento no fue significativo en relación con la ideación suicida. Sin embargo, no podemos dejar de lado que los factores psicosociales en los que interviene específicamente la relación intrafamiliar como la disminución de apoyos sociales, crisis disciplinarias, pérdidas tempranas y acontecimientos humillantes, como discordias y rupturas con personas significativas son indicadores potencialmente importantes para comprender la conducta suicida (Blumenthal, 1984).

## ALCANCES Y SUGERENCIAS.

La prevención secundaria está basada en la identificación y en la reducción de los riesgos; sin embargo, los reconocimientos encaminados a detectar un riesgo suicida se encuentran fuera del alcance de los profesionales de la salud de manera temprana, por lo tanto la identificación del riesgo suicida no es sólo responsabilidad del clínico, sino de todos aquellos involucrados en el cuidado del adolescente. El paso siguiente es la evaluación de la potencialidad suicida, que puede realizarse con entrevistas estructuradas o semiestructuradas como la Escala I.S.B., porque según Lowenstein (1985) se cometen cuatro errores comunes en la evaluación del riesgo suicida: a) Falla en la realización de una evaluación comprensiva, b) falta de indagación directa de ideas suicidas, c) minimización de la depresión del paciente y d) inhabilidad para identificar conductas parasuicidas; porque no se enseña con objetividad las medidas más simples para reconocerlo, evaluarlo y menormente prevenirlo; sin embargo su registro existe y las personas que pueden tener conductas suicidas necesitan ser persuadidas para que acudan a algún centro donde se les preste ayuda y administrarles un tratamiento adecuado, tanto si aún no han intentado suicidarse, como si lo han hecho sin lograr sus propósitos (Centro de Control de Enfermedades, 1988).

Es por tanto que estos hallazgos y la diversidad de los resultados de otros estudios enfatizan la necesidad de estandarización de métodos para el estudio de ideación suicida, porque no hay que olvidar que *la ideación suicida*, puede variar desde fugaces pensamientos de que “la vida no vale la pena vivirla” hasta intensas preocupaciones de autodestrucción, incluyendo la planeación.

La Escala de Ideación Suicida de Beck (1979), ha demostrado ser un instrumento adecuado para detectar la problemática suicida en poblaciones universitarias, siempre y cuando se establezca una segunda fase de confirmación de casos. Por lo tanto se necesitan estudios con modelos bietápicos: Tamizaje y Confirmación de casos, para su posterior canalización a servicios de salud mental.

Aunque sólo uno de cada ocho atentados suicidas llega a manos de un médico, muchos adolescentes que intentan el suicidio solicitan ayuda profesional entre uno a tres meses antes del atentado (Gurmendi, 1994). Por esto es recomendable que en los servicios de atención de la salud se incluya esta escala, como herramienta de apoyo al clínico en las valoraciones iniciales, lo cual auxiliará para tratar de descartar o confirmar a jóvenes con posible riesgo suicida.



## VIII BIBLIOGRAFIA

Aberastury, A. (1996) La adolescencia normal. Buenos Aires: Paidós

Abou, A.A.M. (1996). Pensamientos e intentos suicidas en la Adolescencia. Estudio de caso. Tesis de Maestría Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Ballesteros, L.P. (1973). Obras Completas De Freud: "Duelo y Melancolia". Biblioteca Nueva. España.

Beck, A.T., Weissman, A., Lester.D., Trexler.L.(1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. Journal of Consulting an Clinical Psychology. Vol.42, No.6, 861-865

Beck Roy.W., Jeffrey.B.M, Beck, A.T. (1974). Cross-Validation of the Suicidal Intent Scale., Psychological Reports., 34, 445-446

Beck, A.T., Kovacs, M., Weissman, A. (1979). Assessment of Suicidal Intention:The Scale For Suicide Ideacion. Journal of Consulting An Clinical Psychology. 1979. Vol. 47, No.2, 343-352.

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

Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M.,Garrison, B. (1985). Hopelessness and Eventual Suicide: A 10 Year Prospective Study of patients Hospitalized With Suicidal Ideación. Am J Psychiatry. 142: 559-563.

Beck. A.T, Steerr.R.A., Sanderson W.C., Madland, T. (1991). Panic Disorder an Suicidal Ideation and Behavior: Discrepant Findings in psychiatric Outpatients. Am J Psychiatry.148:1195-1199

Beck, A.T., Steer, R.A., Beck, J.S., Newman, C.F. (1993). Hopelessness, Depression, Suicidal Ideation, and clinical diagnosis of Depresión. Suicide an Life-Threatening Behavior. Vol. 23 (2), 139-145

Beer, Joe. y Beer, J. (1992). Depression, Self-Esteem, Suicide Ideation y GPAS of High school students at risk. Psychological Reports. 71, 899-902.

- Blos Peter. (1992). Psicoanálisis de la adolescencia. Ed. Joaquín Mortiz. México.
- Blumenthal S J. (1984) Guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Suicidio. 1001-1027
- Borges, G., Rosovsky, H., Caballero M.A, Gomez, C. (1994). Evolución reciente del suicidio en México :1970-1991. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. 15- 21
- Borges, G., Rosovsky, H., Gil, A., Pelcastre, B., Lopez. J. (1993). Analisis de casos y controles de los intentos de suicidio en una muestra de servicios de urgencia. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 198-203.
- Brubeck, D. y Beer, J. (1992). Depression, Self-Esteem, Suicide Ideation, Death, Anxiety, y GPA in High School students of divorced y nondivorced parents. Psychological Reports. 71, 755-763.
- Compiladores. (1978). Teorías del desarrollo adolescente. Ed. Manual Moderno. México.
- Corlay N, I.S., Vázquez E, M.F., Ariza A, R., Ruiz F, L.G. (1990). Intentos de suicidio en el Hospital de especialidades CM La Raza. Análisis de los casos atendidos de 1986-1988. Revista Médica I.M.S.S. (México). Vol. 28, No. 5-6: 269-273
- Díaz del Guante, M.A., Molina, M., Cruz., A. (1994). Motivaciones para el suicidio e instrumentos de diagnóstico. Psicología y Salud (Universidad Veracruzana). Julio-Diciembre. 90-115.
- Dolto, C. (1989). Psicoanálisis de niños y adolescentes. Ed. Siglo XXI. México.
- Erickson, E.(1981). Adolescencia y Sociedad. Ed. Siglo XXI. México.
- Elorriaga (1972). En: Esparza Franco, J. (1982). Intento suicida. Tesina para obtener título de especialidad en Psiquiatría. Facultad de Medicina U.N.A.M
- Esparza Franco, J.(1982). Ibiden.
- Freud Ana. (1978). El Yo y los mecanismos de defensa. Ed. Paidós. España.
- García R, M.E. y Tapia D, A. (1990). Epidemiología del Suicidio en el Estado de Tabasco en el periodo 1979-1988. Salud Mental. V 13 No. 4 diciembre, 29-34.

Garland, A.F. y Zigler, E. (1993). Adolescent Suicide Prevention. Current Research and Social Policy Implications. American Psychologist. Vol. 48, No. 2, 169-182.

Goldney, R.D., Winefield, A.H., Tiggemann, M., Winefield, H.R., Smith, S. (1989). Suicidal ideation in a young adult population. Acta Psychiatr Scand. 79: 481-489

González-Forteza, C.F. (1992). Estres Psicosocial y respuesta de enfrentamiento: Impacto sobre el estado emocional en adolescentes. Tesis de Maestría. Psicología Social. U.N.A.M.

Gonzalez-Forteza, C., Andrade Palos, P. (1994). Ideación suicida en adolescentes. La Psicología Social en México. (AMEPSO). Vol. V 298-304

González-Forteza, C., Jiménez, A., Gómez, C. (1995). Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en los adolescentes. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. 135-139

Gonzalez Nuñez J.J., Romero Aguirre J., De Tavira, N. F. (1986). Teoría y técnica de la terapia Psicoanalítica de adolescentes: Características de los adolescentes. Ed. Trillas México.

Gorenc, K.D., Häfner, H., Kleff, F., Welz, R. (1982). Clasificación del Riesgo en el Intento Suicida. Salud Mental. Vol. 5 (5) No. 3 Otoño, 65-72.

Gurmendi, G.G. (1994). Suicidio en la Adolescencia. Conferencia Presentada en el XVIII Congreso del la APAL. México D.F.

Gutiérrez T, P.F. y Solís-Cámara, P. (1989). El suicidio en San Luis Potosí (1975-1984); un enfoque epidemiológico psicosocial. Salud Mental. V.12 No. 4: 9-16.

Heman, A. (1989). Características clínicas y evaluación semántica en sujetos parasuicidas y homicidas. Psiquiatría. 2:65-79.

Hijar, M., Rascón, R.A., Blanco, J., López, M.V. (1996). Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). Salud Mental. V.19, No. 4: 14-21.

Hovey, J.D. y King, C.A.(1996). Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among immigrant and second-generation latino adolescents. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 35(9):1183-1192.

Heras de las, F.J., Abril, A., Gaona, J.M., Civeira, J.M.(1989). La Intervención o prevención secundaria del suicidio. Salud Mental. V.12 No. 3 Septiembre, 6-13

Jiménez Genchi, A., Díaz Ceballos, M.A. (1995). Suicidio e intento suicida: aspectos epidemiológicos. Psiquis (México). Vol 4 (5): 85-88

Kienttorts, C.W.M., De Wielde, E.J., Van Den Bout, J., Diekstra, R.F.W., Wolters, W. H.G. (1990). Characteristics of suicide attempters in a population-based sample of Dutch adolescents, British Journal of Psychiatry. 156: 243-248

Kraus, A. (1996). Jóvenes suicidas: algunas notas útiles. Periódico La Jornada. México, D.F.

Lazard, S.P. (1988). Probabilidad de Riesgo Suicida en Adolescentes masculinos que hayan perdido al padre por muerte o por abandono. Tesis Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología U.N.A.M.

Lester, D. y Caffery, D. (1989). Birth order, Depresión y suicide. Psychological Reports. 64, 18

Marttunen, M.J., Henriksson, M.M., Aro, H.M., Heikkinen, M.E., Isometsä, E.T., Lönnqvist, J.K. (1995). Suicide among female adolescents: Characteristics and comparison with males in the age group 13-22 years. J- Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 34,10: 1297-1307.

Mariño, H. M.C.(1997). Validez del cuestionario de tamizaje de problemas de adolescentes (POSIT). Tesis de Maestría en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Medina-Mora, M E., Rascon, M L., Tapia, R., Mariño, Ma C., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J., Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. 48-55.

Medina-Mora, M E., López, L. E., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S., Rojas, E. (1994). La Relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. 7-14.

Meyer, J.E. (1983). Angustia y conciliación de la muerte en nuestro tiempo. Ed. Herder, España.

Muss.R. (1979). Teorías de la adolescencia. Ed. Paidós. España.

Nunnally, Jum.C. (1987). Teoría Psicométrica. De. Trillas.

Organización Mundial de la Salud. (1995). La salud de los jóvenes. Un reto y una esperanza. Ginebra. Suiza.

Pierre Moron (1987). ¿Qué sé? El suicidio. Presses Universitaires de France. Traducción Publicaciones Cruz O.,

Pritchard, C. (1996). Suicide in the People's Republic of China categorized by age and gender: evidence of the influence of culture on suicide. Acta Psychiatrica Scandinavica. 93:362-367.

Pierce, D W. (1981). The predictive Validation of a Suicide Intent Scale: A five Year Follow-up. Brit. J. Psychiat. 139, 391-396.

Petronis, K.R., Samuels. J.F., Moscicki.E.K., Anthony J.C. (1990). An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. Soc. Psychiatry Epidemiol. 25: 193-199.

Quidu, M. (1970). En: Pierre Moron. (1987). ¿Qué sé? El suicidio. Publicaciones Cruz. O. México D.F.

- Roberts, R.E. y Chen, Y-W. ( 1995). Depressive symptoms and suicidal ideation among mexican-origin and anglo adolescents. J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 34, 1: 81-90
- Robin E. (1957). En: Jiménez, G.A., Díaz-Ceballos, M. M.A. (1997). Suicidio: Factores de Riesgo. Psiquis. Vol 6, núm. 1, 2-5
- Rudd, M.D., Rajab, M.H., Dahm, O.F. (1994). Problem-Solving appraisal in suicide ideators and attempters. American Journal Orthopsychiatric. 64 (1), 137-149
- Sanchez Guerrero, O. Lorenzini Rodriguez, P. (1994). Aspectos Socidemográficos y clínicos en un grupo de pacientes con intento suicida en el Intituto Nacional de Pediatría. Revista Mexicana de Psiquiatría Infantil. V.3 No.2 Abril-Junio. Pags.10-17.
- Serfaty, E., Andrade, J.H., D'Aquila, H., Boffi-Boggero, H., Masaútis, Al., Floglia, V.L. (1994). Ideas de suicidio y factores de riesgo en varones residentes en la ciudad de Bueno Aires. Psiquiatría vol. 10 No.3 Septiembre-Diciembre. 91-95.
- Shaffer, D. (1988). The Epidemiology of Teen Suicide: An Examination of Risk Factors. J.Clin Psychiatry . 49 (9, Suppl): 36-41.
- Sherr Lorraine y comp. (1989). Agonia, muerte y duelo. De. Manual Moderno. Mexico.
- Soler S, M., Sierra Acin, A.C., Vidales C, A. , Penasa L, B. (1994). Consideraciones actuales en torno al suicidio e intento de suicidio. Psiquiatría Pública. ( España) Vol 6, Num 3 Mayo-Junio.
- Steer, R.A., Kumar, G., Beck, A.T. (1993). Self-Reported Suicidal Ideation in Adolescent Psychiatric Inpatients. Journal of Consulting an Clinical Psychology. Vol. 61, No.6, 1096-1099
- Steer, R.A., Rissmiller, D.J., Ranieri, W.F., Beck, A.T. (1993). Dimensions of suicidal ideation in psychiatric inpatients. Behav. Rs. Ther. Vol. 31, No.2 229-236
- Sugiyama, L.T. (1984). En: Diaz del Guante, M.A., Hernández, M.M., Cruz, J.A.(1994). Motivaciones para el suicidio e instrumentos de Diagnóstico. Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones de la U. Veracruzana. Julio-Diciembre. 89-115

- Terroba G., Heman, A., Saltijeral M., Martinez P. (1986). Factores clinicos y sociales asociados con el parasuicidio y con el suicidio consumado. Salud Mental. V.9.No.1 Marzo.74-80
- Vega, W.A., Gil, A., Warheit, G., Apospori, E., Zimmerman, R. (1993). The relationship of drug use to Suicide ideation an Attempts Among African American, Hispanic, and White Non- Hispanic Male Adolescents. Suicide an Life Theatening Behavior. Vol 23 (2).110-119
- Whatley, S.L. y Clopton, J.R (1992). Social support and suicidal ideation in college students. (1992). Psychological Reports. 71,1123-1128.
- Winnicott, D.W. (1989). Realidad y Juego. Ed. Paidós. España. Pags. 179-193.

## IX ANEXOS

ANEXO I  
CARRERAS

	f	%
MEDICINA	32	26.2
EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR	16	13.1
PSICOLOGIA	12	9.8
VETERINARIA	9	7.4
QUIMICA	8	6.6
FILOSOFIA Y LETRAS	8	6.6
INGENIERIA	7	5.7
CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES	7	5.7
ADMINISTRACION Y CONTADURIA	6	4.9
BIOLOGIA	5	4.1
DERECHO	4	3.2
MATEMATICAS	3	2.5
ARTES GRAFICAS	3	2.5
ODONTOLOGIA	1	.8
TRABAJO SOCIAL	1	.8
N=	122	100 %



## ANEXO II

## CUESTIONARIO

## ESCALA DE PENSAMIENTOS SUICIDAS.

NOMBRE.....

Fecha.....

## I CARACTERISTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.

1. Deseo de vivir. ( )
  0. Moderado a fuerte
  1. Poco (Débil).
  2. Ninguno. (No tiene).
2. Deseo de morir. ( )
  0. Ninguno (No tiene).
  1. Poco (débil).
  2. Moderado a fuerte.
3. Razones para Vivir/Morir. ( )
  0. vivir supera a morir.
  1. Equilibrado (es igual).
  2. morir supera a vivir.
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo. ( )
  0. Ninguno (inexistente).
  1. Poco (Débil).
  2. Moderado a fuerte.
5. Deseo pasivo de Suicidio. ( )
  0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
  1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
  2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

## II CARACTERISTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO

6. Duración. ( )
0. Breves, períodos pasajeros.
  1. períodos largos.
  2. Continuos (Crónicos), casi continuos.
7. Frecuencia. ( )
0. rara, ocasionalmente.
  1. Intermitente.
  2. persistentes y continuos.
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos. ( )
0. Rechazo
  1. Ambivalente; indiferente.
  2. Aceptación.
9. Control sobre la acción /deseo de suicidio. ( )
0. tiene sentido de control.
  1. Inseguridad de control.
  2. no tiene sentido de control.
10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida.  
(familia, religión, irreversibilidad o fallar). ( )
0. No lo intentaría porque algo lo detiene.
  1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
  2. ninguno o mínimo interés en las razones que detienen
- Indicar que factores que etienen.....
11. Razones para pensar/desear el intento suicida. ( )
0. Manipular el ambiente, llamar la atención,  
Venganza.
  1. Combinación de 0 - 2.
  2. Escapar, acabar, salir de problemas.

### III. CARACTERISTICAS DEL INTENTO.

12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento.

( )

0. Sin considerar.

1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.

2. Detalles elaborados / bien formulados.

13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento.

( )

0. Método no disponible, no oportunidad.

1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.

2. Método y oportunidad disponible.

2ª. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.

14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento

( )

0.- Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente

1.- No está seguro de tener valor.

2.- Está seguro de tener valor.

15. Expectativa/ anticipación de un intento real. ( )

0. No

1. Sin seguridad, sin claridad.

2. si.

## IV. ACTUALIZACION DEL INTENTO.

16. Preparación Real. ( )
0. Ninguna.
  1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
  2. Completa
17. Nota Suicida. ( )
0. Ninguna
  1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.
  2. Escrita. Terminada.
18. Acciones finales para preparar la muerte. ( )  
(Testamento, Arreglos, regalos).
0. No.
  1. Sólo pensados, arreglos parciales.
  2. Terminados.
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida. ( )
0. Revela las ideas abiertamente.
  1. Revela las ideas con reserva.
  2. Encubre, engaña, miente.
20. Intento de suicidio Anteriores ( )
- 0.No
  - 1.Uno
  2. Mas de uno