

177  
2ej.



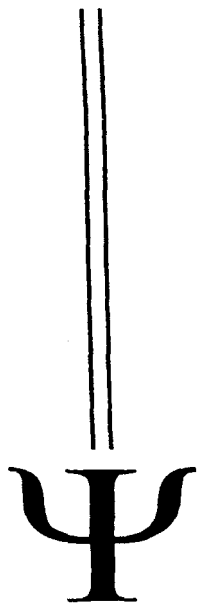
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

LA IDEACION SUICIDA EN RELACION  
CON LA DESESPERANZA, EL ABUSO  
DE DROGAS Y ALCOHOL

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
LILIANA MONDRAGON BARRIOS

DIRECTOR DE TESIS: DR. GUILHERME LUIZ GUIMARAES BORGES



MEXICO, D. F.

1997

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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.

*A mis padres, Josefina y Eduardo  
por su comprensión y cariño*

*A mis hermanas  
por su ejemplo y apoyo*

*A Dios*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A la Universidad Nacional Autónoma de México por mi formación profesional. Al Instituto Mexicano de Psiquiatría, por permitirme utilizar los datos de esta tesis. Asimismo agradezco al Programa de Becas para Tesis de Licenciatura en Proyectos de Investigación (PBTEL) de la Facultad de Psicología, el otorgamiento de la beca para realizar esta investigación.*

*Todo mi agradecimiento a mi director de Tesis el Dr. Guilherme L. Guimaraes Borges, por su paciencia, su confianza, por transmitirme sus conocimientos y apoyarme en todo momento en mi desarrollo profesional.*

*Agradezco también a la Dra. Zuraya Monroy Nasr, por sus comentarios, su apoyo y su valiosa participación como tutora en el Programa de Becas para Tesis de Licenciatura en Proyectos de Investigación (PBTEL) de la Facultad de Psicología.*

*Mi reconocimiento a mi Comité de Tesis: Mtra. Aida Rodríguez, Mtra. Olga Bustos, Mtra. Patricia Paz de Buen y Mtra. Angeles Cruz. A todas y cada una de ellas por sus comentarios y apoyo.*

*Quiero agradecer a todas las personas que de alguna u otra manera me motivaron a seguir adelante, me apoyaron y estuvieron a mi lado en todo momento, especialmente a mis amigos y amigas.*

*NO LO ENTIENDO, TAL VEZ EL  
ESTAR MURIENDO SEA UN RUMOR  
QUE PUEDE NO OIRSE.  
PERO EL MORIR ES UN SILENCIO  
QUE TIENE QUE SER ESCUCHADO*

*VINCENS*

*A QUIEN POR NO SUFRIR DEJA LA VIDA  
VIDA PARA SUFRIR LE DA LA MUERTE*

*M. KANT*

## **INDICE**

RESUMEN.....	4
INTRODUCCION.....	6
<b>CAPITULO I ALGUNAS DEFINICIONES CONCEPTUALES</b>	
1.1 Suicidio.....	8
1.2 Ideación Suicida.....	11
1.3 Desesperanza.....	11
1.4 Drogas.....	12
1.4.1 Alcohol.....	15
1.4.2 Tabaco.....	16
1.4.3 Medicamentos.....	16
<b>CAPITULO II PRECEDENTES DEL SUICIDIO Y LA IDEACION SUICIDA</b>	
2.1 Antecedentes Históricos.....	18
2.1.1 Panorama Mundial del suicidio.....	18
2.1.2 Una Visión entre la Vida y la Muerte.....	21
2.2 Antecedentes en la Investigación.....	27
2.2.1 Investigaciones Nacionales.....	27
2.2.2 Investigaciones Internacionales.....	31
<b>CAPITULO III APROXIMACIONES TEORICAS SOBRE EL SUICIDIO</b>	
3.1 Teorías Sociológicas sobre el suicidio.....	37
3.2 Salud Pública y Suicidio.....	40
3.3 Teorías Psicológicas sobre el suicidio.....	41
3.3.1 Teoría Cognitiva sobre el suicidio.....	46
3.4 Relación entre ideación suicida y desesperanza.....	53
3.5 Relación entre ideación suicida y alcohol/drogas.....	56
<b>CAPITULO IV METODO</b>	
4.1 Planteamiento del problema.....	61

4.2	Objetivos.....	61
4.3	Justificación.....	61
	4.3.1 Relevancia Teórica.....	61
	4.3.2 Relevancia Social.....	62
4.4	Hipótesis.....	62
	4.4.1 Hipótesis conceptual.....	62
	4.4.2 Hipótesis nula.....	62
	4.4.3 Hipótesis alterna.....	62
4.5	Variables.....	63
4.6	Definición de variables.....	63
	4.6.1 Definición conceptual.....	63
	4.6.2 Definición operacional.....	64
4.7	Sujetos.....	64
4.8	Muestreo.....	65
4.9	Tipo de estudio.....	66
4.10	Diseño.....	66
4.11	Instrumentos.....	66
4.12	Procedimiento.....	69
	<b>CAPITULO V RESULTADOS</b>	
5.1	Análisis estadístico.....	70
	<b>CAPITULO VI CONCLUSIONES</b>	
6.1	Discusión y Conclusión.....	81
	<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>90</b>
	<b>APENDICE.....</b>	<b>94</b>

## RESUMEN

En los últimos años, los investigadores se han preocupado por estudiar la relación que pudiera existir entre diversos problemas de salud pública. Un ejemplo de ello sería la conducta suicida.

En el caso del suicidio este ha aumentado en diversos países, y las investigaciones se han enfocado más a su predicción. Para facilitar su estudio el Centro de Estudios para la Prevención del Suicidio del Instituto Nacional de Salud Mental, de los Estados Unidos, propuso una clasificación tripartita multiaxial, dicha clasificación se divide en tres categorías: suicidio consumado, intento suicida e ideación suicida.

Esta última categoría, ideación suicida ha sido poco estudiada, pero pareciera que es la que tiene mayor índice predictivo de un intento suicida. Además, existen investigaciones que demuestran que la ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno, relacionado a la desesperanza, depresión, al igual que al consumo de drogas y/o alcohol.

En 1986 el Instituto Mexicano de Psiquiatría, a través de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales se llevó a cabo un proyecto, el cual se denomina: "Ideación suicida, desesperanza, depresión e intentos previos de suicidio en pacientes depresivos y pacientes con consumo de alcohol" (Terroba y Saltijeral, 1986). En ella se aborda la problemática de la ideación suicida en relación a la desesperanza y al abuso de alcohol, y drogas en una población del Hospital General "Dr. Manuel Gea González". A todos los pacientes de dicho hospital, en sus tres niveles, el de hospitalización, urgencias y consulta externa, se les aplicó la Escala de Desesperanza y la de Ideación Suicida de Beck, así como un cuestionario sobre el consumo de alcohol y drogas. La información para realizar esta tesis proviene de la base de datos de este proyecto. Posteriormente se realizó un análisis estadístico obteniendo la confiabilidad de las escalas por medio de la prueba estadística Alpha de Crombach.

Posteriormente, se llevó a cabo una comparación entre los casos de ideación suicida, y los controles en las variables de interés para el presente estudio. Las medidas estadísticas que se utilizaron fueron la chi cuadrada ( $X^2$ ), y la prueba de Fisher, para darle más precisión a los resultados de la chi cuadrada. También se aplicó el análisis de regresión logística, con el objeto de encontrar variables predictoras de ideación suicida.



Con base en los resultados se encontró que, en la escala de desesperanza el alpha de crombach fue de 0.56, es decir que tiene muy baja confiabilidad, mientras que el alpha de crombach que obtuvo la escala de ideación suicida fue de 0.93, una altísima confiabilidad.

Se encontró que de los 1094 sujetos que representa la población total, 972 sujetos no tuvieron ideación suicida (controles), y 110 sujetos fueron los que presentaron ideación suicida (casos). De acuerdo al análisis estadístico  $X^2$  y la prueba exacta de Fisher, las variables sociodemográficas que obtuvieron una relación estadísticamente significativa con la ideación suicida fueron la edad, sexo, estado civil, área de atención, mientras que, no se encontraron diferencias significativas entre la ideación suicida y las drogas. Por otro lado, se obtuvo una diferencia significativa entre la ideación suicida y la desesperanza, mientras que, entre la relación ideación suicida y el alcohol se observó que hubo una diferencia significativa en los pacientes que contestaron haber tenido problemas de ingestión de alcohol, así como, problemas sociales relacionados al consumo de alcohol, alguna vez en la vida.

Los resultados del modelo de regresión logística múltiple indican que, el riesgo de presentar ideación suicida es casi dos veces mayor en mujeres (OR=1.9) que en los hombres, con un riesgo mayor en la edad entre los 30 a 45 años (OR=1), y si su estado civil es divorciadas o separadas (OR=3.0), el riesgo es tres veces mayor, al igual que si ellas presentan un patrón de consumo de alcohol consuetudinario (OR=3.3), mientras que si presentan mayor desesperanza (OR=6.8) el riesgo de ideación suicida es casi siete veces mayor (ver cuadro 13). En general son estos los factores de riesgo más importantes, capaces de incrementar el riesgo, en comparación con otros.

El estudio fue de carácter epidemiológico, sustentado con la visión cognoscitiva. Los resultados que se obtuvieron de este proyecto fueron de gran importancia, ya que son pocas las investigaciones que se realizan en estas poblaciones. A medida que avancen las estrategias de desarrollo científico sobre este tema esperamos aumentar los conocimientos sobre suicidio, afinar los diagnósticos y encontrar las respuestas a algunas de las preguntas planteadas, pero hasta donde podemos ver hoy, en el futuro el suicidio y su prevención seguirán presentando nuevos problemas.

## **INTRODUCCION**

El suicidio es un fenómeno de carácter multifactorial, su problemática es compleja y va en aumento en México, tan sólo en 1994 hubieron 2,603 defunciones y la tasa de suicidios por uno y otro sexo fue de 2.89 por 100 000 habitantes, y podría crecer aceleradamente en los próximos años, afectando a diferentes grupos de edad (Borges y cols., 1995). La ideación suicida ha sido poco estudiada, pero pareciera que es la que tiene mayor índice predictivo de un intento suicida. Además, existen investigaciones que demuestran que la ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno, relacionado a la desesperanza, depresión, al igual que se relaciona con el consumo de drogas y/o alcohol. Lo anterior pone en evidencia la necesidad de crear programas de prevención para el suicidio y más específicamente para la ideación suicida.

El objetivo principal y central de la presente tesis es conocer la relación de la ideación suicida con la desesperanza, con el abuso de drogas y el alcohol en una muestra de pacientes de un hospital general.

En el primer capítulo se expone el contenido conceptual de esta tesis, mencionando las definiciones de los fundamentos, asimismo se expone su clasificación, para mayor comprensión de todos y cada uno de ellos.

En el segundo capítulo se mencionan los antecedentes históricos, tanto en el mundo como en México, para luego proceder con la descripción de investigaciones en el ámbito internacional y nacional, que la preceden.

A lo largo del tercer capítulo se establece el marco teórico, donde se hace una revisión teórica del suicidio abordado por la Psicología, Sociología y Salud Pública, además de establecer las relaciones entre la ideación suicida, el alcohol, las drogas y la desesperanza.

En el cuarto capítulo se presenta el método, en el se explica el planteamiento del problema, objetivos, justificación del problema de investigación, hipótesis y metodología, utilizada para comprobar o rechazar las hipótesis establecidas.

En el quinto capítulo, se describen los resultados obtenidos en los diferentes análisis estadísticos aplicados, se muestran los resultados de la confiabilidad de las Escalas de Beck, los resultados comparativos de los datos sociodemográficos entre el grupo de sujetos con ideación y el grupo de sujetos sin ideación suicida y finalmente el análisis de la regresión logística simple y múltiple.

Finalmente en el último capítulo se describe la integración de los resultados para dar cuenta de las diferencias encontradas, en este capítulo se expresan algunas sugerencias e implicaciones prácticas que pueden derivarse de esta investigación, a fin de contribuir a los programas preventivos, que permitan enfrentar el suicidio en el contexto de la salud pública.

**CAPITULO I**  
**ALGUNAS DEFINICIONES**  
**CONCEPTUALES**

En este primer capítulo se mencionaran las definiciones conceptuales de los fundamentos de importancia en esta investigación, para mayor comprensión de todos y cada uno de ellos, se expone también su clasificación.

**1.1 SUICIDIO**

Para abordar el tema de la ideación suicida es necesario empezar definiendo lo que es **suicidio**. La palabra "suicidio" la utilizó por primera vez el abate Desfontaines en 1737 (Morón, 1992); su significado es una derivación del griego, que significa "muerte propia" (Miller y cols., 1991). Para Díaz del Guante y cols.(1994), el suicidio ha sido definido durante muchos años como una conducta desviada, dirigida en contra de la persona misma.

Farmer (1988), expone que, quizá, para muchos la autodestrucción es percibida como antinatural, o como una emoción semejante al miedo y a la reclusión. El suicidio es usualmente retratado como un fracaso. Para los psiquiatras, el suicidio representa un fracaso en el tratamiento con pacientes que prosperan. Según Farmer, la definición que se ha adoptado para el estudio del suicidio es la que plantea: "él mismo es quien determina el ambiente y su uso" (1988, p. 16).

El suicidio se refiere a la destrucción de uno mismo, automuerte, o en sentido legal, autoasesinato. Una amplia definición ya citada del suicidio es: "Tomar intencionalmente la vida de uno mismo o el fracaso cuando es posible salvarse de la amenaza de muerte" (Cavan, 1928, citada en anónimo, 1966, p. 500).

En las investigaciones sociomédicas es muy frecuente citar la definición de Durkheim (1897): la principal autoridad sobre el suicidio, que incluye en su definición

actos de altruismo así como de mártires religiosos, "es todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, cometido por la víctima misma, a sabiendas que va a producir este resultado fatal". Durkheim estableció motivos para la acción, y que la víctima estuviera seguro de las consecuencias de su acción o acciones que tomó (Farmer, 1988; p. 16).

Farmer afirma que el suicidio no es una enfermedad, ni tampoco una causa de muerte; la muerte es causada por una pistola, soga, un veneno, una navaja o lo que sea. El suicidio es especialmente motivado por un tipo de conducta.

La definición de Baechler es que "el suicidio indica todas las conductas que buscan y encuentran solución a un problema externo para hacer un intento sobre la vida del sujeto" (Farmer, 1988; p. 17). La realidad es que la investigación del suicidio depende del análisis de la interpretación de la mortalidad (Farmer, 1988). Jiménez Rico (1978), afirma que el suicidio es un hecho médico-social, así como una patología social. Mientras tanto, Beck y colaboradores (1975) han definido el suicidio como un acto intencional causado a uno mismo, que pone en peligro la vida, y que da como resultado la muerte. Incluyendo todas las circunstancias que rodean el fallecimiento llevando a la conclusión de que el individuo realizó una acción positiva con el propósito fundamental de poner fin a su vida (citados en Gómez, 1996).

Para Chavéz (1982), el suicidio es un fenómeno complejo con factores físicos, sociales y psicológicos que actúan e interactúan. Puede decirse que, lo que conduce a un individuo a formarse la idea de matarse es casi infinito por el número de factores que existen (citado en Gómez, 1996). Saltijeral y Terroba (1987) expusieron que el suicidio es una forma de enfermedad mental difícil de analizar, que incrementa el número de muertes innecesarias en algunos miembros más productivos de la sociedad (citado en Gómez, 1996). El suicidio como lo explica Gómez (1996) no ocurre ni repentina, ni impulsivamente, y tampoco es impredecible o inevitable, es el paso final de un fracaso progresivo en el proceso de adaptación.

Con base en las particularidades de las definiciones anteriores, se han determinado los criterios para comprobar un suicidio, de acuerdo a la definición de muerte autoinfligida

de un sujeto; se determinan si existen evidencias psicológicas, patológicas (autopsia), toxicológicas, o si existe una declaración, ya sea por medio de nota o de algún testigo.

Las evidencias patológicas de una autopsia pueden indicar que probablemente fue una herida autoinfligida; las evidencias toxicológicas pueden indicar el resultado de la muerte, ya que puede identificar el potencial de la sustancia letal al cual tuvo acceso el difunto, sin embargo, estas evidencias son limitadas, ya si el sujeto sobrevive, puede metabolizar o disminuir la sustancia y no ser detectable; las evidencias psicológicas incluyen explícitamente o implícitamente la evidencia de que el fallecido se autoinfligió la muerte, y esto se basa en la conducta observada, en la comunicación y caracterización de la personalidad, costumbres y estilo de vida.

También existen evidencias (explícita, implícita, o ambas) de que la persona que intenta matarse, o lo desea, entiende las probables consecuencias de sus acciones. La conducta suicida de baja letalidad es llamada conducta parasuicida y se refiere a una gran variedad de conductas autodestructivas. Estas conductas son llamadas también gesto suicida, dichas conductas incluyen las siguientes categorías:

1. Suicidio consumado: ocurre cuando el sujeto se quita la vida con intento consciente.
2. Intento de suicidio: tiene todos los elementos del suicidio consumado, excepto que las personas sobreviven usualmente a las circunstancias, buscando el intento controlado.
3. Gesto suicida: consiste en un acto simbólico de suicidio, pero esto no constituye serias amenazas de muerte.
4. Amenaza de suicidio: incluye un decir o hacer algo indicando el deseo de autodestrucción.
5. **Ideación suicida: tiene pensamientos de fantasías acerca de la muerte.**
6. Muerte subliminal: un juego escondido o rol inconsciente acerca de una muerte (Garrison, 1991, citado en Gómez, 1996).

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

En el DSM-IV el suicidio se encuentra en el diagnóstico del Episodio Depresivo Mayor. Mientras que, en el CIE-10 (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades), el suicidio se localiza en los Episodios Depresivos y en el Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad de Tipo Límite, asimismo, en el Trastorno Disocial de la Personalidad incluye algunas características de las personas suicidas (Gómez, C., 1996).

## **1.2 IDEACION SUICIDA**

En el caso de la ideación suicida, la definición es simple y sencilla, ya que poco se ha estudiado y los autores no difieren en el concepto, además de que su significado está explícito en el nombre. Beck es quien más ha estudiado a la ideación suicida, para él la definición es: deseos, planes, ideas o pensamientos de un sujeto a cerca del suicidio (quitarse la vida), así como las expectativas de como llevarlo a cabo (Beck, 1972, citado en Kumar y cols., 1995).

La ideación suicida es una construcción cognitiva, manifestada en un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel de conflicto interno (Kienhorts, DeWilde, Van den Bout, Dijkstra y Wolters, 1990, citado en Gómez, 1996).

Al igual que la ideación suicida, la desesperanza es otro constructo cuya definición es simple, sin embargo, la desesperanza siempre ha sido elemento prioritario de la sintomatología de la depresión por lo que pareciera que no se pueden separar como conceptos. Para la presente investigación la desesperanza se definirá como concepto aislado de la depresión.

## **1.3 DESESPERANZA**

La **desesperanza** es definida por Beck como: Actitudes o expectativas negativas acerca del futuro, en donde predominan sentimientos de desesperación, decepción y desilusión (Beck, 1976). La desesperanza es un buen predictor de un riesgo suicida, y puede ser más fuertemente relacionado con la ideación suicida (Beck, Kovacs, & Weissman, 1975; Kovacs, Beck, & Weissman, 1975, citado en McIntosh y cols., 1994), en tanto que el intento suicida se relaciona (Wetzel, 1976, citado en McIntosh y cols., 1994) con la depresión.

La desesperanza ha sido relacionada altamente con el abuso de sustancias, por los sentimientos que pueden provocar los efectos tóxicos. Dentro de las drogas que se definen están: el alcohol, el tabaco y los medicamentos (de autoprescripción y de prescripción médica).

#### 1.4 DROGAS

La definición de "droga" es un antiguo problema farmacológico, se debe considerar las formas en que se emplea este término (Edward y cols., 1982). En 1969, el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia definió como fármaco o droga "toda sustancia que introducida al organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de este". Esta definición resulta demasiado amplia, pues tanto el aire como el agua podrían considerarse "drogas" (Edward y cols., 1982).

La dificultad de definir el término podría superar en parte adoptando una definición de naturaleza taxonómica o jerárquica (Edward y cols., 1982). Por ejemplo, "droga", en el sentido más amplio, es cualquier sustancia química o mezcla de sustancias distintas de las necesarias en condiciones normales para la conservación de la salud cuya administración modifica las funciones biológicas y, posiblemente, también la estructura del organismo. Esta definición excluirá los alimentos, el agua, el oxígeno, las sustancias de origen endocrino, etc., en las cantidades necesarias para preservar la salud en condiciones normales (Edward y cols., 1982).

En una segunda categoría de definición se podría especificar el empleo que se da a estas sustancias (o "drogas"). Pueden usarse para tratar o aliviar enfermedades (en este caso se les llama también medicamentos, agentes terapéuticos, remedios, etc.), o con propósitos no terapéuticos.

En una tercera categoría se podrían diferenciar las sustancias químicas según el aparato, sistema o función del organismo sobre los cuales dichas sustancias ejercen efectos más intensos u ostensibles. Las sustancias psicoactivas pueden ser, de acuerdo con la segunda categoría de clasificación, agentes terapéuticos o sustancias no terapéuticas y algunas de ellas pueden emplearse con ambos fines.



Una cuarta categoría de definición considera los probables efectos perjudiciales para la salud o la función social. No todas las sustancias psicoactivas tienen las mismas probabilidades de provocar el fenómeno de autoadministración ( es decir, no tienen la misma capacidad de producir efectos de refuerzo en el hombre) o de producir estados de adaptación biológica en los usuarios (Edward y cols., 1982).

La definición de drogas establecida por el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), en 1992, es: "toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones". Es importante definir la frecuencia en que se ingiere la droga, es decir, es diferente hablar de abuso, uso o experimentación. La experimentación con drogas es el uso limitado y tentativo de una sustancia química con el propósito de probar su efecto en el individuo (Autores varios, 1979).

El uso de sustancias es una condición incierta, su distinción del abuso no es clara. La mayor dificultad estriba en que el uso y el abuso no pueden colocarse como extremos de una sola dimensión; existen dimensiones sociales, médicas, biológicas, legales, ésta última tiene un peso relativamente mayor. La distinción entre uso y abuso depende en gran medida del carácter legal de la producción, adquisición y uso con fines de intoxicación de las diferentes sustancias.

En 1969 un Comité de Expertos de la OMS definió el abuso de drogas como el "uso excesivo, persistente o esporádico, incompatible o sin relación con la práctica médica habitual" (Edward y cols., 1982). Las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo y se mide a través de indicadores tales como consumo *per capita*, patrones de consumo y problemas asociados (Medina-Mora, 1994).

La distinción entre el uso excesivo, dependencia y problemas relacionados, ha permitido examinar el área con mayor claridad. Hoy en día, la dependencia del alcohol se aborda como un síndrome en su propio derecho, que existe en grados diversos y que incluye fenómenos fisiológicos, cognitivos y conductuales. La tolerancia, cuya relación con la dependencia es estrecha, es abordada como un proceso de adaptación cerebral, en tanto que las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del abuso del alcohol son estudiadas por

separado. Se reconoce que la dependencia es sólo uno de los problemas que se derivan del consumo excesivo (De la Fuente y cols., capítulo del libro en preparación).

La Organización Mundial de la Salud define la dependencia como un estado en el cual su autoadministración produce daños al individuo y a la sociedad. Esta definición puede incluir los conceptos de dependencia física y psicológica.

El grado de dependencia puede evaluarse a través de la magnitud de los síntomas de abstinencia que se producen cuando la droga se suspende abruptamente, después de un periodo prolongado de uso. La peligrosidad de una droga se define, en función de la magnitud de los síntomas de abstinencia que se producen después de que la droga es retirada del organismo, así como las consecuencias individuales, familiares y sociales que provoca su uso (Medina-Mora, 1994).

Una persona que usa drogas con efectos psicoactivos usualmente quiere que los efectos deseados duren tanto como sea posible. El proceso del metabolismo de la droga limita la duración de su acción. La exposición repetitiva ocasiona que la droga sea metabolizada más rápidamente y que la duración e intensidad del efecto deseado se reduzca considerablemente. En estos casos se dice que la persona es tolerante metabólicamente a los efectos de la droga. A fin de obtener los mismos efectos, esta persona tiene que aumentar tanto la dosis como la frecuencia con que se le administra. Sin embargo, los efectos seguirán disminuyendo cada vez más (Medina-Mora, 1994).

Con el uso crónico, la mayor parte de las drogas psicoactivas producen tolerancia, siendo necesario aumentar la cantidad de la droga para experimentar sus efectos con la misma intensidad. En otras palabras, siempre puede obtenerse el efecto deseado si la dosis administrada es suficientemente alta. Por lo tanto, en el caso las drogas que la producen, el usuario tiende a aumentar tanto la dosis de la droga como la frecuencia con que se la administra.

En el caso de las bebidas alcohólicas se observa también la necesidad de aumentar la dosis para alcanzar la respuesta previamente obtenida con dosis menores, sin embargo, después de este proceso algunos bebedores pierden la tolerancia, es decir presentan una tolerancia invertida, muy relacionada con daño hepático y cerebral y que se manifiesta a través de síntomas y signos de intoxicación severos que aparecen después de ingerir dosis

aún menores que las que se utilizaban antes de los primeros signos de tolerancia (Medina-Mora, 1994).

También se ha observado tolerancia aguda y crónica a la nicotina, principio activo del tabaco. Esta se manifiesta por la desaparición de los efectos desagradables que acompañan a las primeras experiencias, y por el hecho de que el uso continuado disminuye los efectos placenteros de esta sustancia, lo que motiva a un incremento en su consumo. La nicotina produce dependencia caracterizada por un síndrome de supresión que normalmente acompaña a la abstinencia (West y Grunbrutg, 1991, citado en Medina-Mora, 1994).

Otro término importante que debemos definir es la adicción: ésta se refiere a los patrones de dependencia de una droga, sin hacer distinciones entre la dependencia física y la psicológica. Este término, debido a que tradicionalmente con lleva a una idea de debilidad moral, ha sido sustituido en la literatura científica; sin embargo, algunos autores proponen su reincorporación ya que consideran que es un término útil para distinguir a las personas con pérdida de control a quienes podría clasificarse como adictos, de la dependencia a las drogas, que al menos en sus primeras etapas se puede dar sin pérdidas sociales y personales importantes, como es el caso de una persona que bebe diariamente, grandes cantidades, sin pérdida visible de control, pero cuyo organismo se ha adaptado a funcionar con niveles altos de alcohol en sangre (Medina-Mora, 1994).

El término de potencial adictivo de una droga es útil y se refiere a la propensión que tiene una droga para producir dependencia en aquellos que la usan. Por ejemplo, la nicotina es una droga que tiene alto potencial adictivo, que se manifiesta por el hecho de que del total de fumadores solamente una muy pequeña minoría puede usar el tabaco con moderación (Medina-Mora, 1994).

#### **1.4.1 Alcohol**

Una de las drogas más comunes es el alcohol, García Liñan (1990) define al alcohol (etilico) como: "Líquido obtenido por destilación sintética o por fermentación y que se encuentra presente en las bebidas alcohólicas". El alcohol actúa en forma depresiva sobre el sistema nervioso central, particularmente sobre la corteza cerebral y sus funciones inhibitorias.

Según el CONADIC, el consumo continuo de esta sustancia determina un grado de dependencia física y tolerancia a sus efectos. Y si un individuo alcohólico suspende el uso bruscamente, será víctima del síndrome de abstinencia, cuyos efectos son iguales a los que produce el síndrome causado por la supresión del uso continuo de barbitúricos y otros sedantes.

#### **1.4.2 Tabaco**

Otra droga de uso muy común es el tabaco; una planta de la familia de las solanáceas, consumido en prácticamente todo el mundo. Existen alrededor de 65 variedades, la totalidad de ellas integrantes del género *Nicotiana*. Las más utilizadas son la *Nicotiana tabacum* y la *Nicotiana glauca* (CONADIC, 1995).

En pruebas de laboratorio se han aislado más de 4 mil sustancias químicas contenidas en el humo del tabaco, la nicotina y el alquitrán se consideran los más nocivos. La nicotina, transferida en forma de humo del tabaco, no es un carcinógeno, pero algunos compuestos de la degradación de ésta tienen el potencial de serlo. Se dice que el humo de tabaco induce mutaciones en los genes supresores de tumores malignos (CONADIC, 1995)

#### **1.4.3 Medicamentos**

Existen drogas que pueden estar bajo supervisión médica, estas son cualquier tipo de medicamentos, que conforme el avance de la ciencia se han aceptado, un ejemplo son: las vacunas, que prácticamente eliminaron enfermedades contagiosas. A pesar de que las vacunas no son drogas en el sentido técnico y a pesar de que hicieron innecesario el tratamiento químico de algunas enfermedades, contribuyeron a que se asentaran otros medicamentos, como es el caso de los antibióticos, drogas "milagrosas" que dio como resultado lo que pareció ser casi la curación química prodigiosa de infecciones peligrosas. A medida que los antibióticos se volvieron cada vez más comunes y por lo tanto menos milagrosas, popularizaron el tratamiento químico de las infecciones de la garganta irritada y del resfriado común al igual que el de las infecciones más serias. Por lo que aceptamos la disponibilidad a las drogas para librarnos del malestar al igual que para salvar vidas (Autores varios, 1979).

Por ejemplo, el desarrollo de los tranquilizantes, que serían utilizados no sólo para tratamiento de los enfermos mentales sino también para ayudar a la gente "normal" a sentirse más cómoda al funcionar bajo tensión. También, el desarrollo de los anticonceptivos puso a disposición de la gente sana, potentes productos químicos simplemente para hacer la vida más conveniente (Autores varios, 1979).

El progreso del conocimiento científico se ha acompañado de nuevos productos químicos a disposición del consumo humano, tanto los prescritos por médicos como los que se compran libremente sin receta. Setenta por ciento de las drogas prescritas por médicos actualmente eran desconocidas hace 30 años. Ochenta por ciento de esas 30 drogas que se encuentran en el hogar común pueden comprarse sin prescripción médica (Autores varios, 1979).

En conclusión, muchas son las definiciones del suicidio y todas coinciden en describirlo como una conducta autodestructiva, en contra del sujeto mismo, con una meta única, ponerle fin a la vida. Sin embargo, es interesante que un fenómeno como el suicidio, no sea reconocido aisladamente de otros factores en la clasificación y diagnóstico de enfermedades, quizá esto se deba a que el suicidio es un fenómeno multicausal, con factores sociales y no solo patológicos. La definición de la ideación suicida es menos compleja que la de suicidio, por lo poco que se ha estudiado, sin embargo la definición establecida por Beck es precisa, esta definición es la que se utilizó en esta la tesis. Al igual que la definición de desesperanza, que además, se consideró como concepto diferente de la depresión. Hablar de drogas es demasiado amplio, no obstante, su clasificación en uso y abuso, cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo parecen describir mejor el concepto.

Finalmente, la definición de estos conceptos, nos llevan a pensar que cada uno de ellos es un fenómeno que requiere mucha atención, y que en conjunto nos plantea la interrogante de esta investigación.

## **CAPITULO II**

### **PRECEDENTES DEL SUICIDIO Y**

### **LA IDEACION SUICIDA**

En el presente capítulo se mencionan las nociones que dieron origen al planteamiento de esta tesis, comenzando por los antecedentes históricos, tanto en el mundo como en el México prehispánico, para luego proceder con la descripción propiamente de investigaciones internacionales y nacionales que la respaldan y la preceden.

#### **2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS**

##### **2.1.1 Panorama Mundial del suicidio**

A través de la historia el suicidio ha sido un tema de interés, en diferentes épocas y culturas siempre ha existido, mostrando la ideología del país donde se comete, al igual que las razones del suicidio han reflejado las condiciones sociales particulares que prevalecen en determinada época, y el momento en que se encuentra la cultura en la que se estudie este fenómeno.

Los casos de suicidio, en el antiguo Egipto, se pedía a la muerte la liberación, estos casos son documentados desde el primer hasta el tercer milenio a.C. (Fremouw, de Percezel, & Ellis, 1990, citado en Bongar, 1991). También se tienen algunos casos de suicidio registrados de la antigua Grecia, y en Roma (Robertson, 1988; Rosen, 1976, citado en Bongar, 1991), donde la actitud hacia el suicidio era desde tolerancia hasta condenación y admiración, las circunstancias que rodean al suicidio eran militares o políticas, como la necesidad de mantener el honor, o de evitar la captura, la humillación y la muerte infame (Choron, J., 1972, citado en Del Corral, 1986).

Los suicidas eran numerosos en Roma sobre todo en la periodo de la decadencia del Imperio. Se debe observar la influencia de los filósofos (para Séneca, "pensar en la muerte, es pensar en la libertad") y los literatos como Lucano, llamado "el poeta del suicidio" (Morón, 1992).

En la Grecia, específicamente en Atenas, se castigaba el suicidio; al cadáver se le privaba de sepultura, la mano derecha era amputada y enterrada en otro lugar; sin embargo, cuando el Juzgado Griego quedaba convencido que había razones de peso para que alguien se suicidara se le permitía hacerlo bebiendo cicuta (Del Corral, 1986). Igualmente, el Torah hebreo recuerda cinco actos de auto destrucción incluyendo la muerte del primer Rey (Robertson, 1988; Rosen, 1976, citado en Bongar, 1991).

Los filósofos estoicos, consideraban el suicidio como el medio ideal para liberarse del sufrimiento, ellos profesaban desprecio a la condición humana, así como resentimiento contra el mundo, contra el propio yo, sus enseñanzas especialmente alentaban al suicidio, sobre todo en beneficio de la Patria, por bien de los amigos o a causa de un dolor intolerable, de mutilación o de enfermedad incurable (Del Corral, 1986).

Aristóteles argumentó que el trato y estado del suicidio es injusto (Robertson, 1988; Rosen, 1976, citado en Bongar, 1991). Pitágoras y Platon, en cambio, lo consideraban en puntos de vista semejantes a los que, posteriormente, formuló el cristianismo. Los primeros cristianos eligieron el martirio voluntario, haciéndolo con un entusiasmo que muchas veces fue causa de vergüenza para su opresor, pues sus creencias religiosas eran de que alcanzarían la vida eterna en el otro mundo, logrando la remisión de sus pecados al ser testigos de la sangre de Cristo. El suicidio ejerció una fascinación intensa durante los tres primeros siglos, después de Cristo (Dublin, 1963, citado en Del Corral, 1986).

Ya con la doctrina cristiana, en Roma no se manifestó ninguna actitud social respecto al suicidio, ni tampoco constituyó nunca un delito penal, salvo cuando era cometido por algún soldado, un esclavo o alguien acusado de algún crimen (Morgan, 1979, citado en Del Corral, 1986).

Siglos después se fue formando una actitud muy distinta, en que el suicidio fue generalmente condenado y se le consideró un pecado. Con el cristianismo se prohíbe el suicidio: "No matarás, ni a otro ni a ti mismo, ya que el que se mata ¿no es acaso el asesino

de un hombre?" (Del Corral, 1986, p. 10). Esto comenzó cuando San Agustín (354- 430 d.C.), lo calificó de "pecado mayor que ningún otro" (Del Corral, 1986, p. 10), por que viola el quinto mandamiento, usurpa la función del estado y de la iglesia, y evita el sufrimiento que ha sido ordenado por Dios. De ahí siguió una actitud represiva ante el suicidio que ha persistido hasta el presente siglo (Shneidman E., 1976, citado en Del Corral, 1986).

Fueron varios los concilios que se pronunciaban en el mismo sentido; a los suicidas se les negaba cristiana sepultura, pero fue en los siglos XII y XIII cuando la represión fue violenta, pues el cadáver del suicida se arrastraba sobre un zarzo, de cara al suelo y luego se exhibía en las calles.

Fue Santo Tomás de Aquino, quien precisó la doctrina de la Iglesia que admite poco más tarde, las excepciones del "*Furiosus*" y del "*Insanus*" del derecho romano, al introducir el concepto del suicidio patológico y, con ello, la disculpa (Morón, 1992). Según el cristianismo ortodoxo medieval: "el alma de un suicida se condena al infierno por toda la eternidad" (Del Corral, 1986, p. 10).

En la Edad Media se imponían tres castigos después del suicidio: el primero era la degradación del cuerpo, arrastrándolo por las calles cabeza abajo en un carretón sin ruedas; el segundo era la inhumación en tierra no santa o consagrada; el tercero la inhumación se hacía frecuentemente en un cruce de caminos, con una piedra en la cabeza. Esta costumbre se siguió practicando en Londres hasta 1823 y tenía por objeto inmovilizar el cuerpo para que el espíritu no regresara a dañar o a rondar a los vivos.

Existieron Apologistas del suicidio, el más famoso fue John Donne, quien en su libro "Dean de San Pablo" negaba que el suicidio fuera pecaminoso y pedía caridad y comprensión. David Hume, en su ensayo sobre el suicidio, proclamaba el derecho del hombre a disponer de su propia vida; Kant por otra parte, consideró al suicidio como una ofensa contra el imperativo categórico y los principios del deber, que para él eran una ley universal de la naturaleza (Stengel, 1965, citado en Aranda y Ramos, 1986).

En la India, desde la antigüedad, bajo la influencia del brahmanismo, los sabios, en búsqueda del nirvana (liberación de todos los males en la "nada absoluta"), frecuentemente se suicidaban durante las fiestas religiosas. En el Tíbet y en China, esta doctrina se



expandió bajo el impulso de Buda Siddharta Gautama. Se distinguían entonces dos tipo de suicidas;

-el que buscaba la perfección;

-el que huía ante el enemigo.

En el Japón, el concepto de honor incitaba a los nobles a hacerse el hari kiri. Durante el culto, algunos creyentes no dudaban en suicidarse para alcanzar a sus divinidades (Morón, 1992). En algunos países el suicidio forma parte de una moralidad en la que su aceptación es mayor debido a que tiene una connotación religiosa (Del Corral, 1986). En la actualidad, la actitud hacia el suicidio es menos dogmática de los que solía ser en el pasado. El suicidio fue castigado sólo en países que estaban bajo la soberanía británica, no obstante, en la mayoría de los suicidios los jueces formulaban el veredicto de que el equilibrio mental está perturbado y que el suicidio merece ser tratado por Psiquiatras, y se ha establecido como delito criminal, ayudar, incitar o procurar el suicidio de otra persona, asimismo, el intento de suicidio debe ser tratado por los profesionales como un problema médico y social. En México, actualmente se toman las mismas consideraciones en el sentido médico y social ya que no está penado legalmente el intento de suicidio (Aranda y Ramos, 1986). Así, a través de los años, se ejemplifica la universalidad de la idea del suicidio en la historia.

### **2.1.2 Una Visión entre la Vida y la Muerte**

El fenómeno de la ideación suicida en México es enfocado a las diversas actitudes del mexicano frente a la muerte y su visión, en base a sus componentes históricos y culturales. Las leyendas y tradiciones de la historia de México están llenas de conductas suicidas, una de las más famosas leyendas sobre suicidio es la de la creación del sol y la luna en Teotihuacán, en la cual un dios noble y otro plebeyo se suicidan arrojándose a una hoguera, de donde resurgen transformados en astros con ayuda de un tigre y un águila (Tecucitcátl y Nanauatzin) (Sahagún, Fray Bernardino, 1957, citado en Belsasso y Lara, 1974).

En nuestra historia la ideación suicida aparece menos, dado que se describe más la tolerancia al castigo, al tormento o a la cautividad. Tal es el caso de la captura de Cuauhtémoc, último emperador mexica y de su antecesor, Moctezuma Xocoyotzin, a manos de los españoles.

El suicidio en los pueblos mayas es extenso, pues se creía que así se iba en condiciones privilegiadas al paraíso, para estar al lado de la diosa Ixtab, en particular aquellos que se ahorcaban. Se refieren como motivos de suicidio la tristeza, el temor a ser torturado o el acto de culpar al cónyuge por trato cruel ( Belsasso y Lara, 1974).

En el Códice Dresde aparece la diosa auspiciadora del suicidio, pendiente de una cuerda enrollada en su cuello, con los ojos cerrados, por la muerte y resaltando en una mejilla un círculo negro que representa la decoloración por la descomposición de la carne (Morley, 1956, citado en Belsasso y Lara, 1974).

Durante el Preclásico (1800 a.C.) en sitios como Tlatilco, Cuicuilco, Tlapacoya y Copilco, cerca de la ciudad de México, se encuentra un culto a los muertos donde se observan las representaciones en objetos de barro, de la dualidad de la vida y de la muerte en máscaras con la mitad derecha del rostro conservada y la mitad izquierda descarnada. En la cultura Olmeca, las únicas representaciones de la muerte son formas localizadas en las tumbas de Izapa, Chiapas (Matos Moctezuma, 1971, citado en Belsasso y Lara, 1974).

Ya para el periodo Clásico, donde se consolidaron las grandes culturas como las de Teotihuacán, Monte Albán, El Tajín y otras, se muestra nuevamente el culto a la muerte en forma ceremonial. Se observa en relieves de piedra en los juegos de pelota, que estaban íntimamente ligados a la muerte mediante la decapitación de los contendientes derrotados. También en este periodo las caritas sonrientes de barro del estado de Veracruz; representan a los sacrificados de las fiestas mensuales a quienes había que tener contentos (Krickeberg W., 1966, citado en Belsasso y Lara, 1974).

La relación entre la vida y la muerte nuevamente se representa en la lápida de la Tumba de Palenque, la cual recuerda que el origen del hombre es el maíz, de acuerdo con el libro del Popol Vuh ("formando una alegoría de la vida en el recinto de la muerte") (Popol Vuh, 1970, citado en Belsasso y Lara, 1974). En los códices mayas hay diversos glifos

relacionados con la muerte. en el calendario ritual llamado Tzolkin, el sexto día denominado Cimi, que significa muerte, se representa con una calavera.

En el Posclásico (año 900 d.C.), se encuentra un incremento en la representación de la muerte, tanto en edificios y monumentos como en cerámica. El sacrificio humano cobra importancia por motivos religiosos, como evidencia son los sitios arqueológicos llamados "Tzompantlis" o "lugares de cráneos", estructuras complejas donde se colocaban en forma de muros los cráneos de los decapitados o sacrificados en los altares de los dioses.

En este periodo no se reforzaba la muerte en sí misma, pero se aceptaba el autocastigo como penitencia. Se punzaba con púas de maguey durante festividades religiosas, como la ceremonia del Fuego Nuevo al terminar un siglo de 52 años (Mitos Aztecas, 1965, citado en Belsasso y Lara, 1974), o se aceptaba la muerte voluntariamente a manos de los sacerdotes, en festividades como las de los dioses Camxatli, Quetzacoátal o Tezcatlipoca. El sacrificado era desollado y un sacerdote vestía su piel, después de que la víctima había vivido en condiciones privilegiadas durante algunos días previos (Sahagún Fray Bernardino, 1956, citado en Belsasso y Lara, 1974).

Según Octavio Paz, para los antiguos mexicanos la oposición entre la vida y la muerte no era tan absoluta como entre nosotros. La vida se prolonga en la muerte, y a la inversa; la muerte no era el final natural de la vida, sino un ciclo infinito. Vida, muerte y resurrección eran estadios de un proceso cósmico que se repetía insaciable. La vida no tenía función más alta que desembocar en la muerte, y la muerte en sí no era un fin, pues el hombre alimentaba con su muerte la voracidad de la vida. Esta dicotomía puede encontrarse en la ambivalencia de la diosa azteca Coatlicue, la cual es al mismo tiempo diosa de la muerte y de la fertilidad. Posiblemente el rasgo más característico de esta concepción es el sentimiento impersonal del sacrificio; del mismo modo que su vida no les pertenecía, su muerte carecía de todo propósito personal (Paz O., 1965, citado en Belsasso y Lara, 1974).

La creencia común en Mesoamérica, respecto a lo que sucedía después de morir, era que la suerte del alma estaba relacionada directamente con el papel del individuo en la sociedad y lo era más importante, con la forma de su muerte. Según esto, en el más elevado de los trece cielos, donde vivía el Señor y la Señora de la Dualidad, se encontraban las almas de los niños inocentes. Los guerreros muertos en batalla, tanto los derrotados como

los victoriosos, acompañaban al Sol en su diaria batalla contra las sombras. Las mujeres parturientas muertas emigraban al paraíso Oeste del Sol, llamado Cincalco. El paraíso de Tláloc (Tlalocan), paraíso del sur, con gran abundancia de agua, orquídeas y campos verdes de maíz y frijol, estaba reservado para los que morían ahogados o por enfermedades tales como lepra y reumatismo. Todos los demás iban a Mictlán, el mundo subterráneo del cielo del norte, pero antes de llegar al destino final el alma tenía que realizar un azaroso viaje en el cual encontraba animales salvajes, crueles bestias mitológicas y muchas dificultades. El muerto iba provisto con una variedad de amuletos y presentes, para asegurar un pasaje seguro y para ofrecerlos a Mictlantecuthl, el Señor de las Tinieblas (León Portilla, 1968, citado en Belsasso y Lara, 1974).

La gente de Mesoamérica aceptaba completamente que la vida tenía obligaciones duras. Sabían que su participación en el círculo cósmico, entre el mal y el bien, era esencial para la supervivencia del mundo así como para su felicidad, prosperidad y salud. Esa relación de la muerte que está implícita en el don divino de la vida, se encuentra en el lamento del poema náhuatl:

*Sólo venimos a soñar  
Sólo venimos a dormir  
No es verdad, no es verdad  
Que venimos a vivir en la tierra.  
En yerba de primavera venimos a convertirnos  
Llegar a reverdecer  
Llegar a abrir sus corolos  
Nuestros corazones  
Es una flor nuestro cuerpo  
Da algunas flores y se seca.*

Según Durán, el noveno mes del año era dedicado por los aztecas a la fiesta pequeña de los muertos: "Llamaban a la dicha fiesta Miceaihuiltonli, el cual vocablo es diminutivo y quiere decir fiesta de los muertecitos (...) fiesta de niños inocentes muertos..."(Durán Fray Diego, 1951, citado en Belsasso y Lara, 1974).

Había también un día llamado "Miquiztli" (muerte) y quienes nacían en él tendrían aspectos buenos y malos. Entre los buenos estaba que podían comer con poco esfuerzo, y si

alguien nacía en la segunda casa de este signo: "...decían que era mal afortunada y desventurada. El que en esta casa nacía ninguna buena fortuna tenía, pues era temeroso, cobarde y espantadizo, de cualquier cosa se azoraba y temblaba..." (Belsasso y Lara, 1974, p. 11). En Tlatelolco se exploró un templo que tiene alrededor como adorno los símbolos de los días, entre ellos el -miquiztli-, indicado por un cráneo en el numeral seis (Sahagún Fray Bernardino, 1956, citado en Belsasso y Lara, 1974).

Además de los cronistas y a través de la escultura, la pintura o cerámica de los aztecas, hay otra manifestación artística que proporciona datos acerca de la muerte: su literatura, en la cual sus textos hablan del tránsito entre la vida y la muerte.

Entre los informantes indígenas que hablaron de la creación del sol en Teotihuacán, hay una parte que dice así:

*Cuando morimos,  
no en verdad morimos,  
porque vivimos, resucitamos,  
seguimos viviendo, despertamos.  
Esto nos hace felices.*

(Sahagún Fray Bernardino, 1957, citado en Belsasso y Lara, 1974).

En otro canto se manifiesta el carácter transitorio de lo existente:

*¿Acaso de verdad se vive en la tierra?  
No para siempre en la tierra: sólo un poco aquí.  
Aunque sea jade se quiebra,  
aunque sea oro se rompe,  
aunque sea plumaje de quetzal se desgarran.  
No para siempre en la tierra: sólo un poco aquí.*

(Lara Tapia, y cols., 1971, citado en Belsasso y Lara, 1974).

Finalmente, vemos otra vez la duda de lo que depara el más allá, en un texto de la región de Chalco:

*¿A dónde iré?  
¿A dónde iré?  
El camino del Dios Dual  
¿Por ventura en tu casa, en el lugar de los descarnados?*

*¿Acaso en el interior del cielo?  
¿o solamente aquí en la tierra es el lugar  
de los descarnados?*

(Lara Tapia H y cols., 1972, citado en Belsasso y Lara, 1974).

Probablemente con el catolicismo durante la conquista de México por los españoles, el sacrificio y la idea de salvación que antes eran colectivas se volvieron personales, con pérdida de la posibilidad del tránsito a la otra vida en condiciones similares a las anteriores, en vista del castigo al que osara quitarse la vida con su propia mano o la de los demás. La pena inicial de no poder dar sepultura a sus restos dentro de terreno consagrado, generalmente dentro de los propios límites físicos de las iglesias, era seguida del castigo en el infierno, o lo que era peor, el no gozar la presencia de Dios. Por lo tanto, sólo se describen suicidios en leyendas de la conquista como acto de gran desesperación en pecadores, que después se verán obligados a vagar como "ánimas en pena" (Obregón G., 1971, citado en Belsasso y Lara, 1974).

En la historia de México el suicidio inicialmente era una forma de ritualismo, fortificado por creencias religiosas muy arraigadas en las diferentes culturas durando casi 3,500 años hasta la conquista de los españoles quienes con la imposición de la religión católica cambiaron el punto de vista de los pueblos acerca de sus creencias religiosas, ritos, costumbres y también sobre el suicidio (Del Corral, 1986).

A partir de entonces se observa un típica actitud actual del mexicano ante la muerte, mezcla de tradiciones indígenas remozadas por la idea religiosa producida por la conquista. La indiferencia del mexicano ante la muerte se nutre por su indiferencia ante la vida. Tanto en canciones, refranes, fiestas y reflexiones populares manifiestan de manera inequívoca que la muerte no asusta. Morir es natural.

La misma importancia que tuvo la muerte en ciertas representaciones prehispánicas, a través de los cráneos y las tibias, siguió en el virreinato de la Nueva España. De esta manera, el concepto plástico de la muerte como esqueleto es el más común a través de los siglos XVII y XVIII (Belsasso y Lara, 1974).

En épocas posteriores el culto a la muerte se reconoce en poemas y en la pintura, como lo expone Frida Kahlo, en el libro *Autorretrato de una mujer*:

*"...entonces, ¿qué importa a esta altura, una copa, una pastilla, o que la mezcla de ambas cosas sea demasiado? ¿La gota de agua que desborda el vaso? Por lo menos, les dejaré el beneficio de la duda. Desafío a cualquiera, si me muero en esas condiciones, a que sepa si la cicuta fue voluntaria o no".* (Jamis, citado en Gorenc, 1990).

Pero el desprecio por la muerte, no está reñido con el culto que se le profesa; ella esta presente en fiestas, en juegos y en pensamientos (Belsasso y Lara, 1974).

Aún cuando en la historia de México no existan vestigios de ideación suicida, ésta se ve claramente como parte de nuestra cultura. En las culturas prehispánicas lo importante era la visión de la muerte como un ciclo infinito con la vida, una ambivalencia que también se presenta en la ideación suicida, como un continuo en cuyos extremos se localiza la vida y la muerte. Esa dicotomía que aparece como propia de nuestra cultura, la visión de muerte como algo natural y burlado, como un fin para vivir nos ha sido heredado, la misma dualidad que caracteriza a la ideación suicida en este contexto puede ser explicada y entendida dentro de nuestra cultura.

## **2.2 ANTECEDENTES EN LA INVESTIGACION**

### **2.2.1 Investigaciones Nacionales**

A continuación se presenta un breve resumen de investigaciones nacionales e internacionales que sirven de antecedente al presente proyecto.

El Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública conjuntamente realizaron un estudio en el que utilizaron los datos provenientes de la Encuesta Nacional sobre el uso de Drogas en la Comunidad Escolar, en estudiantes de enseñanza media y media superior. El objetivo fue conocer la relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Para el análisis se tomó únicamente la muestra del Distrito Federal (n=3,459). Los resultados encontrados fueron: el 47% de los estudiantes había presentado por lo menos un síntoma de ideación suicida el año anterior al estudio, el 17%

reportó haber pensado en quitarse la vida y el 10% respondió afirmativamente a los cuatro reactivos sobre ideación suicida. La ideación suicida se presentó en una proporción ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres, con pocas variaciones por grupos de edad, entre los 13 y los 19 años.

No se presentaron diferencias entre los estudiantes de tiempo completo y los de medio tiempo, tampoco en los que únicamente trabajaron el año anterior al estudio, ni en los que no estudiaban y no trabajaban. Se encontró que la ideación suicida constituye un factor de riesgo importante para el consumo de drogas; los que reportaron pensamientos suicidas presentan significativamente un mayor consumo de drogas que los que no reportaron haber tenido pensamientos suicidas (Medina-Mora y cols., 1994).

Una investigación realizada con estudiantes adolescentes en escuelas oficiales y particulares del Distrito Federal (n=423), reportó el impacto de las variables psicosociales: estrés cotidiano, características de personalidad y de apoyo social sobre la ideación suicida. El análisis factorial y el análisis correlacional producto-momento de Pearson de las variables por sexo, fue con el fin de discutir los resultados desde una perspectiva de género. En los resultados encontraron que en ambos sexos, las dimensiones de afecto, comunicación y control del padre se relacionaron con las de la madre. Para buscar ayuda, consejos y consuelo, la preferencia por los amigos o por nadie, estuvo en relación inversa por el apoyo familiar. En los hombres, la preferencia por el apoyo familiar se relacionó con el afecto del padre y con el afecto, comunicación y control de la madre; mientras que en las mujeres, también fue significativa la comunicación con el padre. Respecto a la sintomatología depresiva y la ideación suicida, los hombres con pensamientos suicidas fueron quienes más se sentían estresados por la violencia de sus padres, mientras que en las mujeres con pensamientos suicidas, tendían a sentirse en desventaja con sus amigos, al preferir no buscar ayuda cuando tenían algún problema (González-Forteza y Andrade, 1995).

En otro estudio, se revisaron 200 expedientes de pacientes que asistieron a los servicios de consulta externa e internamiento del Instituto Nacional de Neurología, entre los años de 1968 a 1970, seleccionados por tener intentos, ideas o deseos de suicidio.



Las variables que se estudiaron fueron: a) de tipo sociodemográfico tales como: sexo, edad, estado civil, escolaridad, lugar de origen, nivel socioeconómico y ocupación. Estas variables las compararon estadísticamente de forma no paramétrica (chi cuadrada) con 200 casos que tomaron al azar de pacientes no suicidas, con el objeto de diferenciar el grupo de suicidas de la población general neurológica y psiquiátrica que asistía al Instituto, b) datos de conducta suicida (actitudes previas, causa aparentemente desencadenante, formas de intento, época del año y resultado de los intentos), y c) Diagnóstico clínico (utilizaron el Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana). Por último analizaron la evolución de los casos.

En los resultados se presentó una mayor frecuencia de la conducta suicida entre las mujeres, y en los grupos de edad entre los 21 y los 40 años, con una proporción similar entre solteros y casados. En la población general del estudio no encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables de edad, sexo y estado civil. En el 70% de los casos, encontraron problemas importantes en las relaciones interpersonales de tipo afectivo; el 61.5% presentó ingestión de diferentes tipos de fármacos, de los cuales un poco más de la mitad eran psicofármacos, no barbitúricos; el 54% presentó padecimientos depresivos, mientras que el 26% presentó síntomas psicóticos, el 6.5% presentó fundamentalmente problemas neurológicos y el 5% fueron pacientes farmacodependientes (Belsasso y Lara, 1971).

En una investigación acerca del intento de suicidio y consumo de alcohol en una muestra de servicios de urgencias, el objetivo fue presentar empíricamente, con base en estimaciones, el riesgo del intento de suicidio bajo la influencia de alcohol.

Los participantes fueron pacientes a partir de los 15 años de edad, los cuales fueron admitidos en uno de los ocho servicios de urgencias en la Ciudad de México.

Los datos fueron analizados usando la metodología de casos-control, los casos fueron pacientes (n=40, 21 hombres) admitidos en el servicio de urgencias porque intentaron suicidarse. El grupo control constó de pacientes (n=372) admitidos en el servicio de urgencias, por accidentes que son menos frecuentemente reportados por alcohol (accidentes de trabajo, mordeduras de animales y accidentes en lugares recreativos, excepto ahogados). Los datos consisten en muestras de aliento (usando el Alco-Sensor III como

análisis de aliento: el Alco-Sensor III es un instrumento electrónico que mide las concentraciones de alcohol en la sangre de las muestras de aliento, su validez y su confiabilidad han sido comprobadas), tomando el tiempo de admisión al servicio de urgencias para estimar las concentraciones de alcohol en la sangre, además de una entrevista. Las muestras de aliento y la entrevista fueron obtenidos lo más pronto posible, después de que el paciente había sido seleccionado para el estudio a través de un cuestionario; cuando los pacientes estaban inconscientes el personal médico tomó la muestra de aliento.

Una reciente revisión de la literatura en consideración al riesgo de suicidio en alcohólicos, indica que el nivel de riesgo es aproximadamente 2% en alcohólicos quienes no han tenido que buscar los servicios médicos, 2.2% en alcohólicos quienes han buscado servicios médicos de consulta externa y 3.4% de alcohólicos hospitalizados.

En un grupo de 716 pacientes del servicio de urgencias psiquiátricas, el abuso de alcohol y drogas ocurrió más frecuentemente en pacientes suicidas que en pacientes controles no suicidas (Adams y Overholser, 1992, citado en Borges y Rosovsky, 1995). En un reciente reporte de la investigación toxicológica con víctimas suicidas, se encontró que la mitad de suicidas habían sido diagnosticados con alto consumo de alcohol, y que fueron usuarios de múltiples drogas, mientras que la otra mitad de los casos habían muerto por ingestión de alcohol (Mendelson y Rich, 1993, citado en Borges y Rosovsky, 1995).

De acuerdo a los resultados, el consumo de alcohol antes del intento de suicidio es un factor de riesgo mayor para completar el suicidio, que el consumo habitual. Los resultados sugieren que el mecanismo desinhibitorio causado por el excesivo consumo de alcohol antes del evento, puede tener fuerte influencia sobre la ocurrencia de un intento de suicidio, y que a largo plazo el alcohol induce a mecanismos de los desordenes del estado de ánimo.

Este estudio señala la necesidad de considerar otros factores, que pueden conducir a altos niveles de consumo de alcohol inmediatamente después del intento de suicidio, así como el estado mental del paciente, episodios de depresión y eventos de vida recientes (Borges y Rosovsky, 1995).

En México poco se ha estudiado la ideación suicida, no obstante, las investigaciones presentadas demuestran que, existe una gran prevalencia de ideación en diferentes poblaciones.

### **2.2.2 Investigaciones Internacionales**

El suicidio está entre las 10 primeras causas de muerte en los E.U., en todas las edades. Pero se ha aumentado en edades de 15 a 19 años, triplicándose los porcentajes durante 30 años. El suicidio ahora es la segunda o tercera causa de muerte en población joven en E.U. (Moens G. y cols., 1989, citado en Borges, Anthony y Garrison, 1995), las tasas anuales de suicidio son abajo de 100 por 100,000 habitantes durante la adolescencia (Centro Nacional de estadísticas de Salud de E.U., 1991, citado en Borges, Anthony y Garrison, 1995), una investigación epidemiológica encontró que los intentos de suicidio en adolescentes, ideación suicida y planes para cometer un suicidio puede ser mucho más comunes. Por ejemplo, en varias inspecciones a adolescentes sin los servicios de salud mental, la proporción reportada de planes o ideación suicida fue en un rango de 2% a 50%. Lo encontrado sobre la elevada incidencia de completar un suicidio y comúnmente la prevalencia de la conducta suicida, ha marcado que el suicidio entre los jóvenes sea especialmente un tópico importante para la investigación epidemiológica (Borges, Anthony y Garrison, 1995).

Un estudio realizado con pacientes de medicina general (Cooper-Patrick y cols., 1994), tuvo como objetivo describir las características de pacientes con ideación suicida y desarrollar una eficiente estrategia clínica para identificarlos. La muestra representativa respondió a entrevistas, realizadas por el personal del área de inspección del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. Un total de 6041 individuos reportaron recibir curación en medicina general, en los 6 meses precedentes a una entrevista base. Lo que se intento medir fue la ideación suicida al año anterior de la entrevista.

Los resultados, fueron que un total de 154 pacientes (2.6%) experimentaron pensamientos suicidas en el año previo a la entrevista. En el análisis multivariado los factores sociodemográficos expresados en términos de razón de momios (odds ratio) fueron

significativamente asociados con quienes tenían ideación suicida, siendo los blancos con (OR, 2.8;  $p < .001$ ), relativos al afroamericano, separado o divorciado (OR, 1.8;  $p = .03$ ) relativo al casado y la edad 18 a 30 años (OR, 2.3;  $p = .02$ ) o edad de 31 a 50 años (OR, 2.1;  $p = .03$ ) relativo a los viejos de 65 años. El género, el nivel de educación y el estatus socioeconómico no fueron significativamente asociados con la ideación suicida; los desordenes psiquiátricos significativamente asociados con la ideación suicida fueron depresión (OR, 10.3;  $p < .001$ ), desorden de pánico (OR, 5.2;  $p < .001$ ), desorden de alcohol (OR, 2.0;  $p = .04$ ) y desorden fóbico (OR, 1.6;  $p = .02$ ) previo a un año, donde sólo el 34% respondieron con ideación suicida en el criterio de mayor depresión.

Como resultado, los investigadores propusieron un pequeño instrumento de tamizaje, compuesto por cuatro reactivos únicamente, que permitirá al médico general determinar la presencia de ideación suicida, de una manera indirecta y menos agresiva para el paciente de consulta general. Estos reactivos incluyen la presencia de trastornos de sueño y del estado de ánimo, así como la existencia de sentimientos de culpa y desesperanza (Cooper-Patrick y cols., 1994).

Otra investigación sobre pacientes con riesgo al suicidio y a sobredosis de drogas, menciona que un número substancial de individuos que se suicidaron tuvieron reciente contacto con un doctor general, es decir con un cuidado de primer nivel de atención. Barraclough y cols., (1974) (citado en Beaumont G. y cols., 1992), encontró que más del 90% de los casos de suicidio habían consultado uno de dos doctores (familiares o psiquiatras) 1 año antes de su muerte, y el 40% lo habían consultado una semana antes. Más del 80% de los suicidas estaban recibiendo algún tipo de droga psicotrópica, con el menor beneficio para pensamientos sobre intento suicida, quizá no realizado.

Robins y cols., (1959) (citado en Beaumont G. y cols., 1992), en un estudio de la comunicación de las ideas suicidas con 134 suicidas consecutivos, encontró que el 69% habían comunicado sus ideas suicidas a alguien (familiar, amigos, socio, doctor, abogado, sacerdote y otros) y que el 41% había específicamente manifestado su intención de cometer el suicidio y el 98% fueron diagnosticados clínicamente enfermos antes de su suicidio (Beaumont G. y cols., 1992).

Una investigación sobre el abuso de drogas y suicidio, toma como marco de referencia el abuso de las drogas como una conducta autodestructiva. El estudio se realizó con 114 personas, quienes solicitaban los servicios del Departamento de Salud Mental de la Agencia de Servicios Humanos, por abuso de drogas. Ahí se les brindó información y tratamiento. A estos sujetos se les aplicó el protocolo Formato de Información sobre la Historia de Suicidio, que es una entrevista estructurada que mide ocurrencia y frecuencia de los intentos de suicidio, pensamientos suicidas, sobredosis no letales, arrestos por manejar bajo la influencia de drogas o alcohol, accidentes automovilísticos, y otras variables.

Los resultados fueron que: el 60% de las personas con intento suicida registraron como primera droga de abuso la heroína, el 37% (27 hombres, 15 mujeres) de los sujetos indicaron uno o más arrestos por manejar bajo la influencia de las drogas o el alcohol, casi la mitad de los sujetos (38 hombres, 17 mujeres) habían tenido un accidente automovilístico cuando ellos manejaban, el 47% (27 hombres, 25 mujeres) reportó haber tenido algunos pensamientos suicidas, 52% indicó haber experimentado una sobredosis no letal (38 hombres, 21 mujeres), el 19% de la muestra reportó haber intentado uno o más suicidios (8 hombres, 14 mujeres), todos éstos sujetos indicaron haber tenido pensamientos suicidas; de los sujetos que no reportaron haber tenido un intento suicida, la tercera parte de ellos tiene pensamientos suicidas; de los sujetos que reportaron una sobredosis no letal, 54% reportaron tener ideación o pensamientos suicidas; y de los que no reportaron una sobredosis no letal, sólo el 39% registró tener pensamientos suicidas (Saxon y cols., 1978).

Otra investigación acerca del suicidio y abuso de sustancias hace referencia a Beck y cols. (1985) (citado en Murphy G., 1988), quien propone a la desesperanza como un factor de riesgo para el suicidio, y más recientemente a una evidencia presentada por Fawcett y cols. (1987) (citado en Murphy G., 1988), que sugiere igualmente el rol inmediato de la desesperanza en el suicidio.

No todas las personas depresivas llegan a tener desesperanza, pero se ha comprobado en los Estudios de Psicobiología de la Depresión, que quienes se han suicidado se identificaron significativamente más con la desesperanza que los que han sobrevivido.

Se utilizó el criterio del DSM-III, que requiere sólo un mes de duración del uso de una sustancia no especificada, importando la consecuencia negativa del efecto, para identificar a los abusadores de sustancias (Murphy G., 1988).

Beck y cols.(1993a) llevaron a cabo una investigación con el fin de determinar si el diagnóstico de depresión intervenía en la relación de desesperanza y depresión con la ideación suicida en una población de pacientes psiquiátricos externos. Utilizó como instrumentos el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Desesperanza (BHS) y la escala de Ideación Suicida (SSI), en 1306 adultos con trastornos del ánimo y 488 pacientes sin trastornos; la muestra estaba distribuida en 769 hombres (42.9%) y 1025 mujeres (57.1%). El análisis de los datos mostró que la desesperanza era 1.3 veces más importante que la depresión para explicar la prevalencia de la ideación suicida.

En otra investigación del mismo Beck (1993b), encontró que el nivel total de actitudes disfuncionales (pensamientos negativos, derrotistas y pesimistas), en pacientes que habían sido diagnosticados con algún tipo de trastorno psiquiátrico según el DSM-III-R, de acuerdo a las versiones preliminar y final de la entrevista clínica estructurada, era más alto en los ideadores suicidas que en los no ideadores. Además, diagnósticos de trastorno emocional, trastorno de la personalidad la realización de un intento suicida previo. Estaban estrechamente relacionados con la ideación suicida. Sin embargo, los elementos que más se asociaron con ésta fueron el intento suicida previo y el sentimiento de desesperanza ante el futuro; las actitudes disfuncionales quedaron en segundo término. En este caso, la muestra estuvo compuesta por 406 hombres (44.7%) y 502 mujeres (55.3%).

En E.U. la conducta suicida es frecuente, las investigaciones testifican las relaciones de dicha conducta con el abuso del alcohol y drogas, desesperanza, depresión y otras variables demográficas.

A manera de conclusión, el suicidio ha estado presente en todo la historia del mundo, en diferentes culturas, pueblos y regiones, y ha sido visto como un castigo, pecado o patología, como una forma de libertad o con admiración. Pero en el México prehispánico no se consideraba al suicidio como tal, principalmente la muerte formaba parte de la misma naturaleza que la vida, la muerte estaba presente en su vida cotidiana, en su cerámica, escultura, poemas, cantos y pensamientos, una clara visión entre la vida y la muerte, una

**ambivalencia que se expresa en la ideación suicida, esto nos hace pensar en que la ideación suicida es una respuesta cultural.**

**No obstante el contexto histórico, los antecedentes en las investigaciones demuestran que existe una alta prevalencia de ideación suicida, y que ésta tiene correlación con la desesperanza, alcohol, drogas y depresión, en diferentes poblaciones, y diferentes países.**

## **CAPITULO III**

### **APROXIMACIONES TEORICAS SOBRE**

### **EL SUICIDIO**

A lo largo de este capítulo se hace una revisión teórica del suicidio abordado por la Psicología, Sociología y Salud Pública, además de establecer las relaciones entre la ideación suicida y el alcohol, drogas y desesperanza, es decir, se establecen los pilares teórico-conceptuales que soportan la investigación.

Las teorías sobre el suicidio han intentado ayudar a entender tanto a individuos o a grupos de individuos que han cometido suicidio o que tienen un alto riesgo de actos autodestructivos. Desde Durkheim en 1897, la teoría de la conducta suicida ha sido exclusivamente interdisciplinaria. Con pocas excepciones han sido los sociólogos los que se han enfocado en los aspectos sociales que se asocian con o que predisponen con alto riesgo de suicidio en la población.

En comparación con los psicólogos y psiquiatras que han enfatizado las características individuales internas, las investigaciones biológicas se han enfocado en los neurotransmisores así como a lo genético y sociobiológico que han proporcionado de explicaciones con base en especies sobrevivientes. Los suicidólogos han sido influenciados por su particular orientación y disciplina en sus esfuerzos teóricos de proveer sólo una parcial explicación de por qué ocurre un suicidio. Es necesario integrar una teoría o varias teorías que ayuden a entender los aspectos complejos de la conducta suicida (McIntosh y cols., 1994).

El estudio del suicidio en los últimos años se ha realizado desde una perspectiva clínica, debido a que se considera un acto individual, el cual no afecta a otros, es decir, a la sociedad, tomándose más en cuenta variables de índole clínico.



### 3.1 TEORIAS SOCIOLOGICAS SOBRE EL SUICIDIO

Existen aproximaciones que enfatizan los aspectos sociales del suicidio, un ejemplo de éstas es la de Durkheim, quien en su libro de "*El Suicidio*" (1897), analiza el problema del suicidio desde la perspectiva de los sentimientos y la actividad de los individuos, plantea la tesis de que la sociedad posee la capacidad para regular estos sentimientos y esta actividad, pudiendo existir una relación entre la cuota de suicidios y esta fuerza reguladora. La perturbación del orden existente ejerce una influencia negativa. Con el término anomia Durkheim denomina una situación social que en su opinión subyace al fenómeno del suicidio. Esta situación social está caracterizada por la ausencia de normas socialmente aceptadas, es decir, por la ruptura del sistema de normas hasta entonces obligatorias (Schaff, 1989).

Clasificó al suicidio en suicidio egoísta, suicidio altruista y suicidio anómico; el suicidio egoísta procede de que los hombres no perciben ya la razón de estar en la vida; el suicidio altruista, de que esta razón les parece estar fuera de la misma vida; la tercera clase de suicidios, suicidio anómico de que su actividad está desorganizada y por esta razón sufren (Durkheim, 1983). Además desarrolló una metodología sociológica como factor innovador para estudiar el fenómeno, basándose en estos datos analiza los cambios sucedidos casi un siglo después, observando y detallando estadísticas.

Sin embargo, Durkheim enfatiza que el enfoque sociológico es sólo una forma entre muchas de valorar el problema: la suma de suicidios traumatizantes, imprevisibles e individuales dan como resultado una nueva realidad: entre el suicidio de X o de Y y una tasa de suicidios, existe una diferencia de naturaleza y no de grado. El conjunto de casos individuales y de grandes categorías estadísticas ponen en evidencia las variaciones regulares y constantes de cada tasa de suicidios a través del tiempo y del espacio.

Algunas categorías establecidas por Durkheim, a finales del siglo XIX son: la tasa de suicidio aumenta con la edad, la tasa de suicidios es mayor en los solteros y en los viudos que en los casados; también es mayor en las zonas urbanas que en las rurales; entre los países europeos las variaciones se mantienen con el tiempo y de un año a otro; la tasa de suicidio varía poco, y a largo plazo sigue un patrón definido: se comete con mayor frecuencia de día, aumenta con la duración del día, y el orden de las estaciones, según la

frecuencia del suicidio, es: verano, primavera, otoño e invierno; el suicidio se da más al principio de la semana que al final; está íntimamente ligado a la religión, los protestantes se suicidan más que los católicos y éstos más que los judíos; el suicidio aumenta de acuerdo con el tamaño de las aglomeraciones.

Esto significa que el suicidio no es un simple fenómeno psicológico individual, sino que se trata también de un hecho social con dimensiones colectivas. Las decepciones amorosas, la pérdida de empleo, los reveses financieros, los remordimientos, la depresión, la enfermedad mental y los sufrimientos físicos son los motivos individuales o psicológicos que pueden llevar al hombre a suicidarse. Pero esto no es todo, es importante tomar en consideración las dimensiones colectivas del fenómeno, su constancia y su regularidad, así como su variación (Baudelot y cols., 1985). Durkheim utiliza a la familia como modelo observacional; explica que el suicidio prevalece más en los hombres que en las mujeres, y en los ancianos más que en los jóvenes, ya que estos están menos integrados a la estructura familiar (Baudelot y cols., 1985).

Durante años los sociólogos han debatido los méritos de la teoría de Durkheim, pero en realidad, casi toda la teoría social del suicidio se debe al estudio de Durkheim considerado una obligación intelectual (Collerte, Webb, & Smith, 1979, citado en McIntosh y cols., 1994). Una posición teórica propone que los cuatro tipos de suicidio de Durkheim son reducibles a una simple y moderna categoría (Johnson, 1965, citado en McIntosh y cols., 1994). El primer argumento ha sido que en la actualidad poco se realizan tanto los suicidios fatalistas como los altruistas.

Otros autores con el mismo enfoque sociológico estudian la relación de la conducta suicida con aspectos sociales como: nivel socioeconómico, clase social, actividades ocupacionales y roles sociales, principalmente. Walter Martin y Jack P. Gibbs en 1964, proponen una teoría que relaciona la desintegración del estatus social con el índice de suicidios. Así mismo son numerosos los estudios llevados a cabo sobre aislamiento social dentro de las conductas suicidas entre ellos se encuentran los de Murphy y Robins (1967). Todos estos autores encontraron una relación significativa en la proporción de suicidios en individuos aislados socialmente.

Una mejor alternativa teórica de la de Durkheim, fue hecha por Henry y Short (1954) (citado en McIntosh y cols., 1994). Utilizan el constructo psicológico de frustración-agresión propuesto por Dollard, Doob, Miller, Mowrer, y Sears (1939) como un concepto básico. El suicidio es parecido a un homicidio, es una forma de conducta agresiva. Henry y Short expusieron que cuando el ambiente es frustrante el individuo puede bloquearse o frustrarse para alcanzar una meta. Entonces se da como resultado la conducta agresiva. Para probar estas hipótesis, ellos sugieren que los círculos de trabajo (fuerzas económicas) pueden diferenciar la influencia para un grupo de alto o bajo estatus, y esto es igual a los porcentajes de suicidios.

Henry y Short (1954) (citado en McIntosh y cols., 1994), explicaron que los círculos de trabajo producen diferencias en recompensas y estatus entre individuos, entonces las frustraciones resultan del fracaso de mantener un constante estatus. Ellos presentaron datos que fueron interpretados como reflejo de un incremento de suicidios durante depresión económica (negocios), un declive en tiempos de prosperidad, y una alta correlación entre índices y los círculos de trabajo para los grupos con estatus alto más que los de bajo. Sugirieron que los grupos de alto estatus pueden perder el estatus relativamente que los grupos de bajo estatus en tiempos de depresión económica (negocios), pero los grupos de bajo estatus pueden perder el estatus relativamente a comparación de los grupos de alto estatus en tiempos de prosperidad económica (negocios). Finalmente, estos investigadores propusieron que el suicidio ocurre primordialmente en los grupos de alto estatus, y el homicidio es encontrado más frecuentemente entre los grupos de bajo estatus.

El suicidio también se retoma para estudiarse en la teoría de la desviación en E.U., y esto tiene mucho que ver con la corriente positivista para los estudios posteriores del suicidio. También es explicado en la teoría de la alienación de Marx: la sociología marxista hace del suicidio un fenómeno ligado ante todo a la estructura capitalista de la sociedad. En una sociedad sana, idealmente comunista, no habría suicidios. Todas éstas son aproximaciones sociológicas de importante impacto actual.

### 3.2 SALUD PUBLICA Y SUICIDIO

Otra postura con la cual se ha estudiado el suicidio es como un problema de salud pública, a través de la Epidemiología<sup>1</sup>. Desde la perspectiva epidemiológica el suicidio ha sido definido como un acto dirigido a terminar la vida de manera autointligida y autodeterminada. De esta forma la conducta suicida se deriva de dos tendencias: una que impulsa al individuo a autodañarse y a autodestruirse, y otra que lo impulsa a buscar que otros seres humanos muestren preocupación por él. No todos los actos suicidas tienen la muerte como objetivo (Narváez y cols., 1991). El suicidio es complejo ya que puede variar con los años, en diferentes culturas, grupos socioeconómicos y entre países.

Entre los factores de riesgo de la conducta suicida, Garland y Zigler (1993), identificaron los siguientes factores: desequilibrio de neurotransmisores, predictores genéticos, trastornos psiquiátricos, baja capacidad para resolver problemas, abuso sexual y físico, problemas de identidad, preferencias sexuales, acceso a armas de fuego, abuso de sustancias, desempleo y problemas laborales. Otros han identificado: intentos suicidas anteriores, conducta antisocial y agresiva, antecedentes familiares de suicidio y disponibilidad de un arma de fuego (González-Forteza y cols., 1994), bajo estatus socioeconómico, viudez, jubilación, divorcio y ocupación (es alto el índice en doctores, hoteleros, enfermeras, escritores y abogados) (Beaumont y cols., 1992). Los factores sociales pueden ser importantes en las relaciones que se establecen entre el suicidio y algunas condiciones médicas, como la depresión, esquizofrenia, la dependencia al alcohol y la desesperanza. Es importante señalar que de acuerdo con algunas investigaciones, los individuos que se suicidaron habían tenido un reciente contacto con un doctor. (Barraclough y cols., 1974), éstos autores encontraron que más del 90% de los casos de suicidio, habían consultado uno de dos doctores, familiares o psiquiatras, 1 año antes de su muerte y el 40% lo habían consultado una semana antes (Beaumont y cols., 1992).

El grupo del Centro de Estudios para la Prevención del Suicidio del Instituto Nacional de Salud Mental, de E.U., propuso una clasificación tripartita multiaxial de las conductas suicidas con el objeto de proveer un método sistemático para definir, codificar y reportar las conductas suicidas, así como, facilitar el diagnóstico y la prognosis, y sugerir

<sup>1</sup> La epidemiología es el estudio de la ocurrencia de enfermedad en grupos de personas.

nuevos métodos de investigación, dicha clasificación se divide en las siguientes categorías: suicidio consumado, intento de suicidio e ideación suicida (Bredrosian, 1981).

Muchos de los estudios sobre el suicidio se han enfocado tanto al suicidio consumado como al intento de suicidio, dejando a un lado la ideación suicida. Sin embargo, ésta ha sido considerada como la mejor predictora de un intento suicida o de la letalidad médica del acto (Bredrosian, 1981), mismo que a su vez ha sido identificado como el mejor predictor del suicidio consumado. Es decir, que quien tiene pensamientos suicidas, puede tener mayor tendencia a intentar suicidarse, y quien lo ha intentado una vez puede volver a hacerlo con consecuencias fatales (González-Forteza y cols., 1994). La ideación suicida es más frecuente que el intento real de terminar con la vida, sin embargo ha sido difícil diferenciarlos.

La ideación suicida es un constructo cognitivo, manifestado en un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel de conflicto interno (Kienhorts, DeWilde, Van den Bout, Dieskstra y Wolters, 1990, citado en Gómez, 1996), que se incrementa cuando una persona con baja capacidad de enfrentamiento o rigidez cognitiva, vive situaciones estresantes (González-Forteza y cols, 1994), se asocia con la desesperanza y la falta de autoestima, con el intento de suicidio (Kosky, Silburn y Zubrick, 1990, citado en Gómez, 1996), la depresión y el abuso de sustancias (Levy y Deykin, 1989, citado en Gómez, 1996).

### **3.3 TEORIAS PSICOLOGICAS SOBRE EL SUICIDIO**

Dentro de las teorías psicológicas, está la de Futterman (1955), que partiendo de las ideas del psicoanálisis llega a la conclusión de que el suicidio surge cuando el impulso sexual se convierte en impulso agresivo, originando una conducta autodestructiva; la agresión aparece con una especial ambigüedad posesión-destrucción. La impulsividad suicida, pues, se contrarrestaría con la sexual (citado en Rojas E., 1980).

Desde el principio de las investigaciones psicoanalíticas, quedó aceptado que el acto suicida implica una agresividad hacia los demás. Esta agresividad es en ocasiones deliberada, consciente: deseo de causar problemas al objeto de tal agresividad, causarle remordimientos. "Para mí la muerte, para ti el luto" (p. 60). Pero, es cuestionable una

agresividad inconsciente, ya que es un mecanismo de identificación del objeto de dicha agresividad, volcado sobre sí mismo (Morón, 1992).

Siguiendo con el punto de vista psicodinámico, Freud en su escrito "*Duelo y Melancolía*" presenta una explicación psicológica en la cual postula que el suicidio es un acto de hostilidad inconsciente dirigido al objeto amado introyectado (ambivalente).

Freud nunca escribió acerca del suicidio formalmente, sin embargo, sus escritos contienen nociones de una teoría que puede ser usada para su explicación. Quizá la mejor síntesis de estas ideas fue presentada por Litman (1967) (citado en McIntosh y cols., 1994). Para él, Freud sugirió que el suicidio es determinado por muchas causas y no un solo factor, considerándolo como una conducta compleja. Para Freud entender el suicidio, era esencial para conocer una parte del instinto humano o la tendencia hacia la agresión y destrucción. Él consideró al suicidio como una manifestación del instinto humano de muerte, el cual llamó *thanatos* (en oposición a *eros*, o al instinto de vida); en el suicidio, el instinto de muerte controla el dominio del poderoso instinto de vida (McIntosh y cols., 1994).

Una segunda mayor explicación del suicidio hecha por Freud fue considerablemente más compleja y basada en la noción que el individuo que se suicida se siente agresivo con otros, y en vez de conducir hacia afuera la acción manifiesta, actualmente la expresión de la agresión es al interior, es decir para sí mismo. Esto interiormente va directo a impulsos asesinos, a lo que Litman (1967) (citado en McIntosh y cols., 1994) ha llamado una "ruptura de ego". Por un instante, el suicidio puede ser descrito como un sentimiento de culpa, con deseos de muerte hacia otros. Freud (1920/1955) resumió lo que pensaba en lo siguiente: "Probablemente él no encuentra la energía mental que requiere para matarse a sí mismo a menos que, en primer lugar, muriendo de esta manera, él está al mismo tiempo matando el objeto con el que se ha identificado como sí mismo, y en segundo lugar, volviendo en contra de él mismo los deseos de muerte, los cuales han sido dirigidos en contra de alguien más" (citado en McIntosh y cols., 1994, p. 73).

En esta área de estudios Robert E. Litman (1967, 1970) (citado en McIntosh y cols., 1994) explica desde su punto de vista el suicidio, para él el suicidio es el análisis de mecanismos de: agresión, culpa, ansiedad, dependencia, así como de condiciones predisponentes como lo serían los sentimientos de inutilidad, de desesperanza y de

abandono. Karl Menninger ha sido un destacado psicoanalista que en su libro *"Man Against Himself"* (1938) delinea la psicodinamia de la hostilidad y considera que el impulso hostil en la idea de suicidio está integrada por tres aspectos: 1) el deseo de muerte, 2) el deseo de estar muerto, y 3) el deseo de morir, los casos individuales de suicidio, pueden estar envueltos en uno de esos elementos más fuertemente que de otros. El deseo de muerte implica la idea de Freud de agresividad y destructividad dirigida al interior, realizando un asesinato, es ante todo tranquilidad, la anulación de tensiones, satisfacer el deseo de ser pasivo y dormir. El deseo de estar muerto se refiere a un deseo de ser castigado o de sufrir, que ocurre como resultado de los sentimientos de culpa y de la conciencia real o imaginaria de transgresión de varias clases. Esas transgresiones pueden incluir la noción de Freud de deseos de muerte dirigidos hacia otros como a los padres. El tercer componente, el deseo de morir, explica mejor la manifestación del instinto de muerte que es más poderoso que el instinto de vida y pone inmediatamente fin a la existencia de la persona (McIntosh y cols., 1994): Este componente agresivo se manifiesta en los casos de suicidio pasional, donde la idea de dañar profundamente, precede con frecuencia a la del suicidio, es nuevamente la agresividad hacia sí mismo, que mediante el suicidio, alcanza incluso a agredir a su objetivo. Otro autor considera que todo acto suicida está invadido de fuertes sentimientos de hostilidad inconscientes combinados a una incapacidad de amar a otros, utiliza el modelo de dinámica intrapsíquica y el modelo etiológico para explicar el suicidio.

Es importante observar que no es posible evidenciar una representación inconsciente de la muerte, de manera que se puede decir que "la muerte no existe para el inconsciente" (p. 69). Las ideas conscientes sobre la muerte se refieren, en realidad, a fantasmas libidinosos y agresivos (Morón, 1992).

Kilpatrick (1948/1968, de acuerdo a la teoría de la neurosis de Horney) propuso que el suicidio es el resultado de "autodesprecio acumulado" en el cual el orgullo de sí mismo es devuelto por el acto del suicidio. En otros casos, este auto odio puede estar asociado con relaciones sociales tensas, el suicidio proporciona una aniquilación de sí mismo y, algunas veces, causa sufrimiento (Alvarez, 1972; Colt, 1991, citados en McIntosh y cols., 1994).

Alfred Adler, un miembro del grupo original de psicoanalistas, describió al suicidio en términos más sociales que como lo hizo Freud. El individuo no puede ser separado de su

contexto social. Para Adler, el suicidio fue la solución que el individuo tomó por un "problema urgente", pero el individuo suicida carece del nivel de "interés social" necesario para producir una solución adaptativa. El suicidio, puede ser considerado como una forma dramática de comunicación con otros en el ambiente social. El suicidio comunica un mensaje decidido a lastimar o manipular a otros y, también, a hacer comprensible la pérdida, la muerte suicida lleva un obvio elemento de venganza (Ansbacher, 1968, citado en McIntosh y cols., 1994). Ansbacher, (1961) explicó que el aspecto suicida es ineptitud social, el cual es la falta de contribución, y hasta de compromiso, del individuo con la sociedad (McIntosh y cols., 1994).

De acuerdo con Adler, los individuos suicidas tienen características comunes, son egoístas, pero además, se sienten inferiores. El acto del suicidio es un intento vano de ganar superioridad a través del control de la vida y la muerte (McIntosh y cols., 1994). "Para todo hombre que evoca ideas de suicidio en una situación de angustia, la experiencia psicoanalítica muestra que el paso al acto es rechazado en tanto la elección objetal narcisista, es decir, la posibilidad de involucrarse afectivamente en los objetos concretos o imaginarios de la realidad, sigue siendo aún posible. Cuando esta elección está bloqueada, sea por una conmoción exterior de valores, sea por el abandono progresivo de la realidad en el alienado, el individuo puede retroceder hasta llegar a aniquilarse con el objeto que su imaginación masiva confunde. Así, por la elección suicida, el hombre puede permitirse saciar, volcándola contra sí, y al precio de su destrucción concomitante, su intensa hostilidad hacia el mundo exterior" (Morón, 1992, p. 77).

Las características de personalidad han sido asociadas con la conducta suicida, Kastenbaum y Aisenberg (1972) han sugerido la personalidad suicida básica (BSP) que es claramente una raíz en la teoría psicoanalítica. Kastenbaum y Aisenberg sugirieron que "todos los individuos poseen una clase de personalidad suicida básica que pueden tener en común con determinados atributos patológicos o ser potencialmente letales, para un punto débil" (p. 75). Sin embargo, ellos admitieron que se heredan factores que pueden jugar un importante rol, también sugirieron que en las primeras experiencias de la niñez principalmente las desagradables son primordiales para producir la BSP.



La hipótesis de Kastanbaum y Aisenberg es que quienes poseen la BSP como resultado de ese u otras primeras experiencias pueden desarrollar una debilidad, que predispone al suicidio, incrementando su sensibilidad y problemas bajo condiciones de pérdida de objeto, fracaso y rechazo (McIntosh y cols., 1994).

Finalmente, otros dos autores han avanzado en lo que se refiere a las teorías del suicidio (Draper, 1976; Leonard, 1967). Sin embargo, ellos tienen algunas diferencias en las formulaciones teóricas propuestas por los otros autores. Estos autores han sugerido que el suicidio resulta de los problemas alrededor del proceso de diferenciación y de la importancia de la madre como un objeto amoroso. Para quienes este proceso de diferenciación y de identificación es interrumpido, al igual que por el abandono o rechazo en los primeros años, puede desarrollar una vulnerabilidad de suicidio, bajo una vida estresante (McIntosh y cols., 1994).

Shneidman (1985/1987) ha sugerido 2 conceptos para explicar la ocurrencia de la conducta suicida al igual que rasgos comunes de los individuos suicidas. Para ayudar a entender los factores que pueden conducir a un suicidio, Shneidman (1987) propuso el modelo cúbico (tercera dimensión) que representa 3 componentes del suicidio: presión, pena y perturbación. La presión se refiere a los eventos de la vida que son importantes para el individuo y que influyen en sus pensamientos, conducta y sentimientos. Siendo tanto positivas como negativas las presiones en su vida, pero es del tipo negativo lo que predispone al suicidio. La pena se refiere a un castigo psicológico resultado de una frustración de necesidad psicológica (1987). Mientras que la perturbación es el grado de trastorno en el que se encuentra la persona.

En el modelo de Shneidman, cada dimensión puede variar en niveles altos y bajos de pena a perturbación y de presión positiva a negativa. Los 125 niveles del cubo, representan el máximo nivel de perturbación, pena intolerable, y presión negativa para cometer un suicidio. Sin embargo los tres niveles interactúan. Shneidman cree que la pena es más importante y que su reducción puede prevenir un suicidio. En resumen este es el modelo conceptual del suicidio. Shneidman (1985/1987) ha incorporado estas tres dimensiones dentro de una amplia tendencia que caracteriza a los individuos suicidas. También identificó los rasgos psicológicos de las personas suicidas.

Para Shneidman, el estímulo más común en el suicidio es la intolerable pena psicológica que es un factor prominente en el modelo del cubo, y el resultado de la pena es un común estresor, frustador de las necesidades psicológicas. El individuo busca una "pausa" o una completa interrupción, de su consciencia dolorosa, pero no morir. Este puede ser un sentimiento que en circunstancias es desesperado y en el que el individuo es incapaz de efectuar un cambio. Al mismo tiempo, esto puede ser ambivalente, con o sin la vida, pero no ser capaz de ver el camino para continuar bajo condiciones intolerables. La persona puede ser capaz de ver un número restringido de soluciones, el deseo de escapar de la pena, e incluso comunicar su intención. Finalmente, Shneidman sugirió que esto es una copia del patrón de siempre que predice el suicidio que eventualmente ocurre. Esta es también el mejor rasgo en el "suicidio violento" que ha sido estudiado y elaborado por Maris (1981) (McIntosh y cols., 1994).

Tradicionalmente las teorías psicológicas del aprendizaje, al igual que los modelos cognitivos, han sido usados para entender y prevenir la conducta suicida. Jeger (1979) brevemente explicó que las teorías del aprendizaje no hacen una discusión de los individuos suicidas y menos de los aspectos de la conducta suicida. La suposición es que el suicidio, similar a otras conductas, pueda ser desaprendido de acuerdo a los principales aprendizajes que están bien establecidos. El suicidio puede ser el resultado de la asociación de hábitos y aprendizaje (Frederick y Resnick, 1971, citado en McIntosh y cols., 1994), el reforzamiento de una conducta igual, o de la falta de reforzamiento de otra conducta más apropiada y adaptativa. También puede ocurrir como resultado de la imitación de un modelo (Phillips y Carstensen, 1988; Stack, 1990, citado en McIntosh y cols., 1994), como el observacional o el aprendizaje social (McIntosh y cols., 1994).

### **3.3.1 Teoría Cognitiva sobre el suicidio**

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

En cuanto al terreno de las estructuras mentales, el de las acciones interiorizadas de la personalidad suicida, Beck, Steer y Ranieri (1988) han sido pioneros en el estudio de las cogniciones de los individuos suicidas. Plantean que los individuos suicidas poseen un estilo cognoscitivo peculiar que es diferente a los individuos normales y a los de aquellos con perturbaciones emocionales no suicidas. Son sus estructuras particulares las que determinan el acto suicida. Beck y sus colaboradores proponen, por vez primera, una característica de 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 y la intensidad del deseo de muerte. Los problemas de los individuos son producto de ciertas distorsiones de la realidad, basadas éstas en premisas y supuestos erróneos o falsos.

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 pueden actuar como antecedentes que sirven de clave o desencadenante para que 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 (por ejemplo las reflexiones auto-críticas). De esta forma, se han comparado las características cognoscitivas de sujetos suicidas con relación a sujetos normales. 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, justo- injusto.

Se ha relacionado la conducta suicida con las características cognoscitivas. La rigidez cognoscitiva es propia del paciente suicida y no se observa en los sujetos no suicidas con problemas psicossomáticos. La rigidez se mide por la dificultad para desarrollar alternativas positivas a los problemas emocionales (Díaz Del Guante y cols, 1994). La idea suicida se implanta en la mente del sujeto con tal fuerza que este no puede rechazarla. Existen transiciones graduales que en ocasiones pueden observarse con claridad, pero que

otras veces no son perceptibles: idea dominante del suicidio primero idea fija o parásita después y, por último, la idea obsesiva de suicidio (Rojas, 1980).

A continuación se presentan algunos ejemplos de ideación suicida en adolescentes: los dibujos pertenecen a una adolescente, de 19 años (Berman y cols., 1994):

*Un dibujo con una navaja filosa del lado derecho goteando originalmente una tinta rojo brillante (Berman y cols., 1994, p. 134). En la ilustración se puede observar un acróstico formando la palabra suicidio :*

*S: salvo, serio, solución, sereno, sueño, seguro, satisfacción.*

*U: voluntario, tranquilo, utopía, inconsciente.*

*T: inminente, ideal.*

*C: confortable, consolar.*

*I: inmediato, mejoría.*

*D: muerte.*

*E: fin.*

*La siguiente ilustración también pertenece al diario de Barb, una adolescente de 19 años, en el cual refleja su ideación suicida (Berman y cols., 1994, p. 133).*

*Junto a la rosa se inscribe:*

*- Inalcanzable*

*- quimera*

*En la parte de la cabeza, en el cerebro se inscriben las palabras:*

*percibir*

*tocar el dolor*

*asociación*

*asociación auditiva*

*visión*

*motor ARS*

*Enfrente de la cabeza se observan las palabras:*

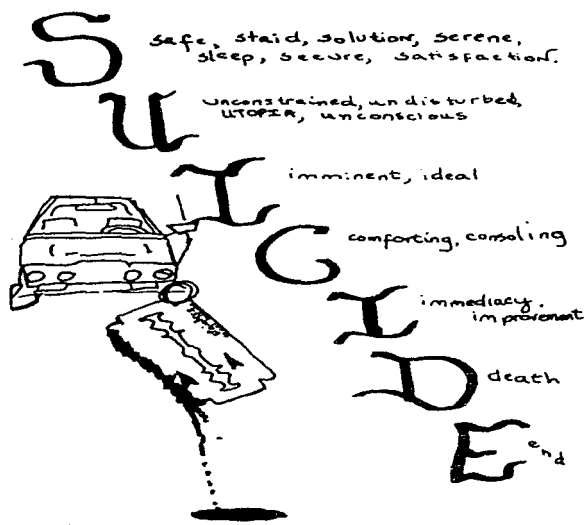
*fácil de lograr*

*incitante*

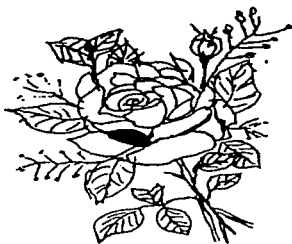
*práctico*

*Al final del dibujo la adolescente se pregunta:*

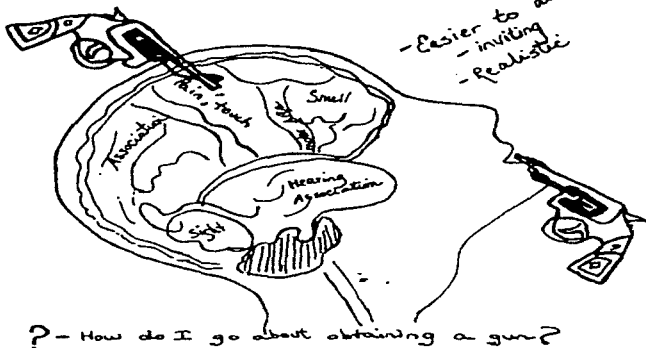
*¿Cómo puedo hacer para conseguir una pistola?*



(Berman y cols., 1994, p. 134).



- Not Attainable  
- myth



- Easier to achieve  
- inviting  
- realistic

? - How do I go about obtaining a gun?

(Berman y cols., 1994, p. 133).

Rojas (1980) esquematiza la evolución de la idea suicida que el mismo propone: La idea de matarse pasa por la mente del sujeto con tal detenimiento que este no valora su propia muerte en la desesperación. El sujeto pasa, a lo largo del tiempo que dura la preparación y decisión del acto, por todos los estados de ánimo posibles. Se puede establecer una serie de etapas que en muchos sujetos pueden verse escalonadas:

Etapa previa: en la cual existen manifestaciones explícitas o implícitas de muerte en general: el paciente o sujeto dicen frases como *yo debería morirme, soy un estorbo que no sirve para nada, para vivir de esta manera lo mejor es morirse, etcétera*. A veces estas manifestaciones no son menos explícitas. En cualquier caso son la antesala en la que se va freguando la primera etapa.

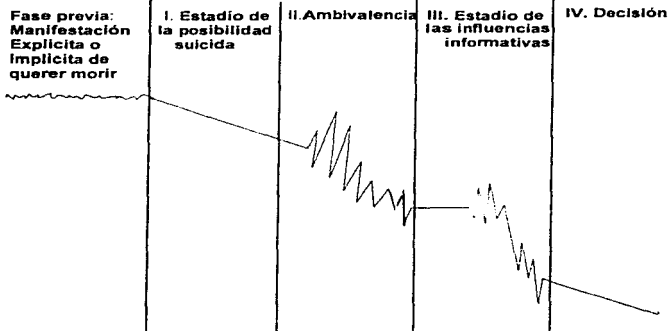
Primera etapa: la consideración de la posibilidad suicida donde la idea de muerte pasa de ser algo pasivo, a algo activo en la cual el sujeto empieza a ser protagonista. Son distintos momentos con un mismo fondo: desear la muerte, querer la muerte, ir activamente hacia la muerte. (Las ideas suicidas incluyen también "las amenazas de suicidarse" expresadas a través de conductas abiertas o patrones de verbalizaciones).

El segundo estadio es de ambivalencia, no saber qué hacer: unos días piensa que lo mejor es terminar de una vez, que está abocado a una situación que no tiene salida; otros, se siente mejor y piensa que la situación es transitoria, que no debe perder la esperanza. Existe aquí un largo proceso reflexivo en el que el sujeto lucha con la vida y con la muerte, vive una lenta agonía. Conviene tomar en esta parte los avisos que estos sujetos suelen hacer.

La tercera etapa es la de las influencias informativas, cualquier noticia, comentario o información sobre algún intento de suicidio, actúa como elemento dinamizador, pudiendo tener una enorme importancia en la puesta en marcha de su deseo suicida.

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

## EVOLUCION DE LA IDEA SUICIDA



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

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

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



**-Desviación de la agresión hacia otros, por sublimación (obra religiosa, artística, social)**

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

### **3.4 RELACION ENTRE IDEACION SUICIDA Y DESESPERANZA**

Uno de los elementos cognitivos más asociados con la conducta suicida es la desesperanza (González-Forteza y cols., 1994); Beck y cols. han propuesto a la desesperanza como un factor de riesgo para el suicidio (Murphy G., 1988). De acuerdo a los estudios, los sentimientos de desesperanza tienen una correlación alta con respecto al suicidio, es el sentimiento inminente que aparece precipitado a la autoinfluencia destructiva. La desesperanza es definida como actitudes negativas acerca del futuro (Beck y cols., 1989).

Esencialmente, el esquema cognitivo toma la forma de expectativas negativas o pesimismo acerca consecuencias o eventos futuros, y da como resultado pérdidas de motivación y sentimientos negativos acerca del futuro (Beck, Brown, Berchick, Stewart, & Steer, 1990; Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985, citados en McIntosh y cols., 1994).

El estado subjetivo de la desesperanza es la llave para la disposición de un suicidio actual. El alcohol y las drogas influyen en los sentimientos de desesperanza para sus efectos tóxicos, para manipular neurotransmisores responsables del humor y juicio, dando como resultado el rompimiento de las relaciones interpersonales y la ayuda o apoyo social (Miller y cols., 1991).

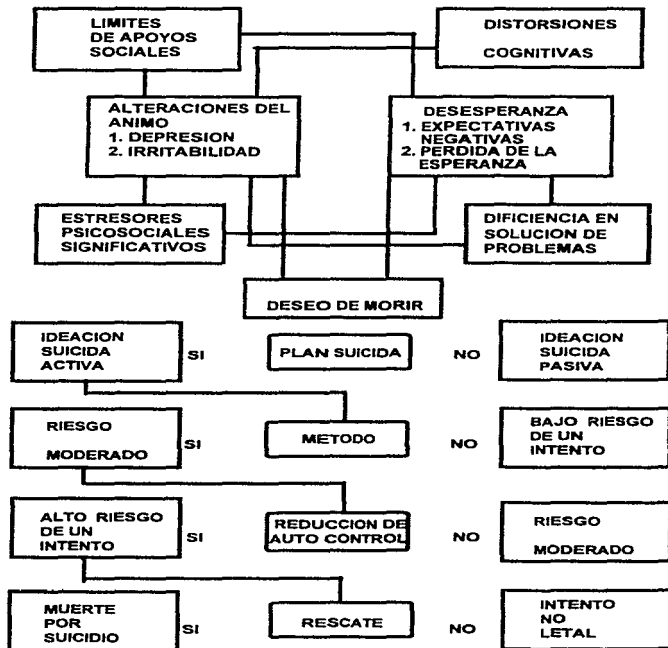
Cole (1989) identificó factores cognitivos (creencia en la auto-eficacia, habilidades de enfrentamiento) que mediatizan la relación entre desesperanza y suicidio, especialmente entre varones. Además, las deficiencias en resolver problemas interpersonales como contar con pocas alternativas de solución, se han identificado como factores asociados a la

conducta suicida (Rotheram-Borus, Trautman, Dopkins y ShROUT, 1990, citado el González Forteza, 1996).

Rich y cols. (1992), realizaron un estudio con el propósito de examinar las diferencias de género en la ideación suicida y los correlatos psicosociales implicados en el modelo de vulnerabilidad-estrés. Los resultados indican que fueron significativas las diferencias de género en el autoreporte de la ideación suicida, depresión, razones para vivir, aislamiento, y abuso de sustancias, variables estudiadas. Los hombre y mujeres se separaron en dos grupos diferentes, cuatro de las variables se encontraron como predictores significativos de la ideación: es decir, la depresión, la desesperanza, el abuso de sustancias, y las pocas razones para vivir. Finalmente, el hallazgo más importante del estudio, es que la desesperanza fue la primera variable predictor en toda la muestra, y explicó la mayoría de la varianza en los puntajes de ideación (30%-40%).

La relación entre la ideación suicida y la desesperanza es muy estrecha, según McIntosh se puede hacer una evaluación de el suicidio potencia utilizando una aproximación cognitiva, en la cual el rol del médico es importante para detectar la ideación suicida. Para McIntosh y colaboradores, existen cuatro factores básicos (estresores psicosociales significativos, límites de ayuda social, alteraciones cognitivas, y deficiencia en solución de problemas) se han encontrado que pueden ser relacionados con dos condiciones centrales de las alteraciones del ánimo y desesperanza. La coexistencia de las alteraciones del ánimo y los sentimientos de desesperanza dan como resultado el deseo de morir. Cada vez que los deseos de muerte están presentes, el médico aconseja la exploración de la intensidad de la ideación suicida en una manera minuciosa. En esto está implicada la identificación y evaluación de un existente plan suicida, la posesión o disponibilidad de planear los métodos, y alguna indicación de reducción del impulso de control (intoxicación, características psicóticas, intentos de suicidio previos). Finalmente, una valoración que debe ser hecha para la evitación de una posible conducta suicida y la probabilidad de rescate una vez iniciado el intento. De esta forma, el médico puede evaluar el suicidio potencial del paciente en una manera eficiente y comprensiva (McIntosh y cols., 1994). Para ejemplificar esto McIntosh y colaboradores, realizaron el siguiente esquema (McIntosh y cols., 1994, pp. 134-135).

**EVALUACION DEL POTENCIAL SUICIDA USADO POR LA APROXIMACION COGNITIVA CONDUCTUAL**



### **3.5 RELACION ENTRE IDEACION SUICIDA Y ALCOHOL/ DROGAS**

Las adicciones pueden estudiarse como desórdenes en sí mismos o como factor de riesgo para la manifestación de otros problemas sociales o de salud (Medina-Mora, 1994). El consumo de sustancias modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales del consumidor, independientemente de su grado de intoxicación, sin embargo, el tipo y la magnitud de sus efectos son el resultado de sistemas causales relativamente complejos: dependen de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en que ocurre el consumo (Medina-Mora, 1994).

El consumo frecuente puede tener importantes consecuencias médicas por ejemplo, la dependencia o los problemas de hígado se presentan independientemente de las circunstancias en que se consume y aún sin que se llegue a intoxicación notable. Estos problemas suelen ser más frecuentes en sociedades en las que es común el consumo diario.

Las consecuencias sociales, en cambio, ocurren más a menudo en aquellas sociedades en las que se consume en exceso o hasta llegar a la intoxicación, aún cuando no se beba con regularidad. Como se había dicho, este tipo de problemas no se asocian necesariamente con la dependencia, sino con el consumo de sustancias como factores de riesgo para la manifestación de otros problemas, puede definirse al abuso, como el punto de partida del cual, la exposición a las sustancias constituye un riesgo significativo, de ocurrencia del desorden en cuestión (Medina-Mora, 1994).

Desde el punto de vista del estudio del consumo de sustancias como factores de riesgo para la manifestación de otros problemas, puede definirse al abuso, como el punto de partida del cual, la exposición a las sustancias constituye un riesgo significativo, de ocurrencia del desorden en cuestión (Medina-Mora, 1994).

El abuso de drogas y alcohol están muy relacionados al suicidio, y específicamente a la ideación suicida, debido a que el abuso de éstas sustancias ha sido descrito como una conducta autodestructiva (Saxon y cols., 1978).

El alcohol y el abuso de otras drogas provocan una alta frecuencia de ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado, cuando se combinan con altos niveles de vida estresante.

Para Bukstein (1993), algunos posibles mecanismos por los cuales el abuso de sustancias predisponen al suicidio son los siguientes:

1. el abuso de sustancias puede resultar en múltiples rupturas en relaciones personales, lo cual puede incrementar el riesgo de suicidio.
2. el abuso de sustancias, por los efectos de intoxicación, puede deteriorar el juicio y hacer que el suicidio, sea mucho más fácil de ocurrir.
3. el abuso de sustancias puede ser agudo y crónico, modificando el talante, el cual puede tener ideación suicida y depresión (citado en Gómez, 1996).

A manera de resumen Borges (1995), muestra los mecanismos para la influencia de las drogas en el suicidio.

**Acción Directa en el Sistema Neurotransmisor**

-Reducción en los neurotransmisores (tales como la serotonina) en usuarios crónicos de cocaína y anfetamina.

-Posible alteración directa de la química cerebral con el uso de depresores del SNC, como el alcohol, sedativos hipnóticos y opiáceos

**Acción Directa en los Sistemas Psicológicos**

-Acción farmacológica que induce estado de ánimo deprimido, retardo psicomotor, aislamiento social, culpa y autoreproches. Pueden producir, particularmente, sentimientos de desesperanza.

\*Las drogas depresoras tienden a producir depresión durante la intoxicación, mientras que los estimulantes producen estados depresivos durante la abstinencia.

-También es posible que existan mecanismos "abreactivos" especialmente en ocasiones de rápido incremento en el nivel de intoxicación, en el contexto de alteraciones impulsivas, agresivas y explosivas

**Comorbilidad con Síndromes Psiquiátricos**

-Sustrato biológico o psicológico común.

-"Teoría de la automedicación"

-Incremento en el riesgo debido a la exacerbación de otros diagnósticos psiquiátricos

**Acción Directa**

- Facilitación de conductas de riesgo
- Conflicto interpersonal, aislamiento familiar y social
- Problemas legales y sociales, dificultades económicas, problemas

**escolares**

- Tráfico de drogas y acceso a armas de fuego

**Mecanismos Desconocidos**

- Falta de estudios sobre la farmacología de las drogas en la población joven

(citado en Gómez, 1996).

El suicidio al igual que el cáncer, violencia y enfermedades gastrointestinales, son una causa principal de muerte en cohortes de alcohólicos. Ya que los alcohólicos tienen un diagnóstico secundario de depresión y un alto riesgo a suicidarse. Una reciente revisión de la literatura en consideración al riesgo de suicidio en alcohólicos, indica que el nivel de riesgo es aproximadamente 2% en alcohólicos quienes no han tenido que buscar los servicios médicos, 2.2% en alcohólicos quienes han buscado servicios médicos de consulta externa y 3.4% de alcohólicos hospitalizados (Borges y Rosovsky, 1995).

El abuso de sustancias en un miembro de la familia puede estar relacionado con el suicidio ya que, desde la perspectiva de un sistema familiar, el alcoholismo o la farmacodependencia son considerados como problemas familiares, porque el impacto poderoso de una persona alcohólica o farmacodependiente puede repercutir a todos los miembros de la familia. En el caso concreto del alcoholismo, las familias con un historial alcohólico, son frecuentemente conflictivas e inestables. Los conflictos familiares están relacionados con la ideación e intento suicida. Los niños criados por padres alcohólicos son ejemplo de la maladaptación, además de copiar respuestas o conductas como la ideación y la conducta suicida. Por lo que tanto el uso del alcohol y la conducta suicida pueden ser usados como medios de escape de un serio problema interpersonal. En resumen, los conflictos familiares, los modelos de imitación social y factores de herencia genética, pueden estar implicados en las relaciones entre la conducta suicida e historia familiar de abuso de alcohol, aunque los factores de herencia genética pueden estar relacionados al alcoholismo y al suicidio más indirectamente (Adams y Overholser, 1992).

**El uso crónico del alcohol y las drogas juega un rol importante para la etiología de los pensamientos y acciones suicidas. El efecto tóxico del alcohol y las drogas en el cerebro en gran parte inducen a los pensamientos y conductas suicidas; por los efectos farmacológicos que perjudican el juicio, cognición, el humor y que al disminuir la inhibición, se constituye en un elemento precipitante del suicidio, conjuntamente con la crisis y la orientación de la vida de un alcohólico o de un adicto a las drogas, y su rompimiento de relaciones interpersonales.**

Existen muchos tipos de drogas que son asociados con la conducta suicida: los depresivos, particularmente el alcohol, sedantes hipnóticos, opio y los estimulantes como la cocaína y las anfetaminas que son especialmente propensos a producir la sensación de desesperanza. Los depresivos tienden a producir depresión durante la intoxicación, y los estimulantes la producen durante y después de la intoxicación, como se explicaba en el recuadro anterior. Ambos son frecuentemente usados en la prescripción médica.

Cuando ya se habla de tratamiento, se dice que los pensamientos y la conducta suicidas se presentan con la abstinencia y con el tratamiento a las adicciones, pueden durar meses y ser crónicos, por la prolongación de los efectos farmacológicos de las drogas y el estado degenerativo de la personalidad, así como el perjudicado estado mental de los adictos a las drogas y al alcohol. (Miller y cols., 1991).

El fumar también es un factor para el suicidio, y aunque es improbable que el fumar sea una contribución directa de suicidio, puede sugerirse que el fumar cause enfermedades graves. En un estudio en el cual se relacionó el consumo de alcohol y tabaco con el suicidio, el fumar fue el factor de riesgo mayor para el suicidio (Davis y cols., 1992).

En este capítulo observamos, como diferentes enfoques han tratado de explicar el fenómeno del suicidio, a través de sus diversas teorías. Comenzando por la teoría de Durkheim en la sociología, se han propuesto diversas explicaciones del suicidio, para entenderlo y tratar de prevenirlo, pero se necesita más de un trabajo interdisciplinario, y de una sola teoría para llegar a conocer los aspectos complejos que están implicados en la conducta suicida. Esta tesis pretende tener un fundamento teórico como punto de referencia

para posteriormente explicar los resultados, este fundamento, se basa en la teoría cognitiva que postula Aaron Beck, anteriormente descrita.

El capítulo también expone las relaciones entre la ideación suicida y la desesperanza, elementos cognitivos con alta correlación para la predicción de un intento de suicidio, o bien del suicidio consumado. Igualmente, se establece la relación entre la ideación suicida y el alcohol/drogas, como conductas autodestructivas. Siendo el abuso de alcohol y/o drogas predisponente para el suicidio.



## **CAPITULO IV**

### **METODO**

Una vez presentado los fundamentos teorico-conceptuales que constituyen la problemática de esta investigación, en este capítulo se explica el planteamiento del problema, objetivos, justificación, hipótesis y metodología, utilizada para comprobar o rechazar las hipótesis establecidas.

La información para realizar esta tesis proviene de un proyecto que en 1986 realizó la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, el cual se denomina: "Ideación suicida, desesperanza, depresión e intentos previos de suicidio en pacientes depresivos y pacientes con consumo de alcohol".

#### **4.1 PREGUNTA:**

**¿ Existe relación entre la desesperanza, el abuso de drogas y de alcohol con la ideación suicida ?**

#### **4.2 OBJETIVO**

Conocer la relación de la ideación suicida con la desesperanza, con el abuso de drogas y alcohol en una muestra de pacientes de un hospital general.

#### **4.3 JUSTIFICACION**

**4.3.1 RELEVANCIA TEORICA:** La importancia de estudiar la ideación suicida ha sido reconocido en la literatura por ser considerado un factor de riesgo del intento suicida.

La información generada a partir de este estudio brinda la oportunidad de diseñar estrategias de prevención para incidir en su impacto.

**4.3.2 RELEVANCIA SOCIAL:** A pesar de que el suicidio no sea una de las 10 primeras causas principales de mortalidad en México, se considera que es un problema emergente de salud pública, que en las últimas décadas se ha incrementado. Así es oportuno investigar antes de que se convierta en un problema apremiante, para así intervenir y prevenirlo. Los resultados de este trabajo podrán servir de apoyo para el diseño, implementación y evaluación de programas de educación para la salud mental, a fin de incidir en la prevención de la ideación suicida, que por características propias es el mejor predictor del acto suicida.

#### **4.4 HIPOTESIS**

**4.4.1 H. Conceptual:** De acuerdo a la literatura revisada las hipótesis conceptuales son las siguientes: 1. Los pacientes con puntajes altos de desesperanza presentarán un alto grado de ideación suicida (Beck y cols., 1981).

2. El consumo de alcohol y drogas constituye un factor importante para la ideación suicida (Medina-Mora y cols., 1994).

**4.4.2 Ho:** 1 No existen diferencias estadísticamente significativas en la ideación suicida entre pacientes con desesperanza y sin desesperanza.

Ho: 2. No existen diferencias estadísticamente significativas en la ideación suicida entre pacientes que abusan del alcohol y pacientes que no lo hacen.

Ho: 3. No existen diferencias estadísticamente significativas en la ideación suicida entre pacientes que abusan de las drogas y pacientes que no lo hacen.

**4.4.3 H1:** 1 Mientras mayor desesperanza presenten los pacientes mayor será su puntaje de ideación suicida.

H1: 2. Mientras mayor abuso de alcohol presenten los pacientes mayor será su puntaje de ideación suicida.

H1: 3. Mientras mayor abuso de drogas presenten los pacientes mayor será su puntaje de ideación suicida.

#### 4.5 VARIABLES

4.5.1 V.D: Ideación suicida.

4.5.2 V.I: Desesperanza

Abuso de drogas

Abuso de alcohol

Edad

Sexo

Sociodemográficas

#### 4.6 DEFINICION DE VARIABLES

##### 4.6.1 DEFINICION CONCEPTUAL

V.D IDEACION SUICIDA: Deseos, planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca del suicidio (quitarse la vida) (Beck, 1972, citado en Kumar y cols., 1995).

V.I: DESESPERANZA: Actitudes negativas acerca del futuro. (Beck, 1976).

DROGAS: Es toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones (CONADIC., 1992).

ALCOHOL(etílico): Líquido obtenido por destilación sintética o por fermentación y que se encuentra presente en las bebidas alcohólicas (García L., 1990).

EDAD: El término suele referirse normalmente a la llamada "edad cronológica" o número de años de vida. Sin embargo, el término guarda también relación

con lo que ocasionalmente se ha denominado "edad biológica", que incluiría importantes consideraciones genéticas, ambientales, funcionales, etc (Del campo y cols., 1975).

**SEXO:** La división biológica de funciones entre hombre y mujer en dos importantes estatus, sobre la base de los cuales se diferencia la conducta en todas las sociedades (Theodorson G. y Theodorson A., 1978).

**SOCIODEMOGRAFICAS:** Que se refiere a la interrelación entre la composición y distribución de la población, su lugar en la estructura social o cultural, así como su pertenencia a grupos al interior de esta estructura; con una amplia variedad de variables sociales y económicas (Theodorson G. y Theodorson A., 1978), orientado al aspecto estadístico (Dorsch F., 1985).

#### **4.6.2 DEFINICION OPERACIONAL**

**V.D IDEACION SUICIDA:** Puntaje obtenido a través de la Escala de Ideación Suicida de A.T. Beck que conforman 21 reactivos.

**V.1 DESESPERANZA:** Puntaje obtenido a través de la Escala de Desesperanza de A.T. Beck de 20 reactivos.

**ABUSO DE DROGAS:** Puntaje obtenido en un Cuestionario de Drogas de G. Terroba que mide consumo de tabaco y medicamentos.

**ABUSO DE ALCOHOL:** Puntaje obtenido a través de un Cuestionario de alcohol de G. Terroba que mide patrones y hábitos de la ingestión de alcohol.

**EDAD:** 18 a 65 años.

**SEXO:** Hombres y Mujeres.

**SOCIODEMOGRAFICAS:** Información obtenida a través de un cuestionario (Ficha de Identificación, incluye estado civil, escolaridad, ocupación, situación laboral y áreas de atención en un hospital general).

#### **4.7 SUJETOS**

Hombres y Mujeres, cuyas edades comprenden de los 18 a los 65 años.

de diferente nivel socioeconómico, estado civil, escolaridad y ocupación.

#### 4.8 MUESTREO

La investigación se llevó a cabo con una muestra representativa de la población asistente a los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias del hospital general "Dr. Manuel Gea González" (segundo nivel de atención), perteneciente a la Secretaría de Salud. La estructura poblacional del hospital se calculó de acuerdo con la proporción de consultas e intervenciones quirúrgicas de cada área investigada, considerando un índice de prevalencia del 35% y un intervalo de confianza del 95%, con base en lo reportado por la literatura mundial. La fórmula estadística empleada fue:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2}$$

n= tamaño de la muestra

p= prevalencia de los trastornos en la población de estudio

e= error máximo aceptado

Z= valor del intervalo de confianza

Sustituyendo:

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (.35)}{(0.05)^2}$$

Mediante este procedimiento estadístico se calculó un tamaño de muestra cuyo mínimo fijado fue de 350 pacientes por servicio, por lo que se obtuvo una muestra total de 1094 pacientes.

El tipo de muestreo que se utilizó fue no probabilístico, por cuota.

#### 4.9 TIPO DE ESTUDIO

La investigación es de tipo epidemiológica, ya que tiene variables e hipótesis que se medirán y tratarán de comprobar a nivel poblacional, es decir, de grupos humanos y no a nivel clínico.

#### 4.10 DISEÑO

La investigación tiene una muestra única, es decir, la muestra de la población de un hospital general. Se utilizó un modelo que corresponde a un diseño transversal. Al momento del análisis, se consideró ésta como una investigación de casos y controles<sup>2</sup>. Los casos son pacientes con ideación suicida y los controles son pacientes sin ideación suicida. En la sección *de instrumentos* se discuten los atributos para definir ambos grupos.

#### 4.11 INSTRUMENTOS

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

1.- Escala de Desesperanza: Desarrollada por A.T.Beck, consiste en 20 reactivos, estructurados como falso-verdadero, de los cuales 9 son falsos y 11 verdaderos. Los reactivos estructurados como verdaderos son los relacionados a la desesperanza (están más cerca al objeto de medición), y los estructurados como falsos se asocian más a la afectividad.

Un ejemplo de la estructura de éstos reactivos son los siguientes:

2.-Se daría por vencido al no poder hacer nada para que las cosas mejoren (VERDADERO).

---

<sup>2</sup> En el estudio de casos y controles se busca la frecuencia con que un grupo de afectados por la enfermedad en estudio (casos) y un grupo de sanos, al menos sin sufrir la enfermedad estudiada (controles), estuvieron expuestos al factor causal que se sospechaba.

3.-Cuando las cosas salen mal, le consuela saber que no pueden quedarse así para siempre (FALSO):

8.-Cree que es una persona afortunada y que puede conseguir más cosas buenas de la vida que la mayoría de las personas (FALSO).

16.-Nunca consigue lo que se propone, por lo que es inútil desear obtenerlo (VERDADERO).

A cada uno de estos veinte reactivos se le ha dado una calificación de 0 o de 1; falso (0), o cierto (1). asignándole el valor de 1 a los reactivos negativos y el valor de 0 a los reactivos positivos.

El puntaje total es la suma de todas las calificaciones de los reactivos individuales. La calificación puede ir de 0 a 20.

El punto de corte es: puntaje mayor o igual ( $\geq$ ) a 9 se considera predictor de un intento suicida. En la presente investigación se utilizó la escala a nivel ordinal (cuartiles): en el primer cuartil el punto de corte fue menor o igual ( $\leq$ ) a 4, en el segundo cuartil el puntaje fue mayor o igual ( $\geq$ ) a 5, para el tercer cuartil fue el que tuviera un puntaje mayor o igual ( $\geq$ ) a 7, y para el último cuartil el puntaje fue mayor o igual ( $\geq$ ) a 11.

2.- Cuestionario sobre Consumo de Tabaco y Medicamentos: integrado por tres preguntas que permiten conocer el consumo de cigarrillos por día, si se consumieron medicamentos en la última semana, y saber si éstos fueron por prescripción médica o no. Este cuestionario no proporciona el nombre de medicamento, ni la dosis empleada, por lo que, es una gran limitante para obtener una mayor e importante información al respecto.

3.- Cuestionario de Patrones de consumo de alcohol: que evalúa aspectos generales sobre el consumo de bebidas alcohólicas, patrones de uso de la bebida de acuerdo a la cantidad y frecuencia durante los últimos doce meses. Asimismo, investiga de forma detallada los niveles de consumo, que pueden ser: nivel bajo, intermedio y elevado; el tipo y cantidad de la(s) bebida(s) que se consume, así como la edad de inicio del consumo, la edad de inicio de la ingestión compulsiva, la percepción de sí mismo y periodos de abstinencia. Integra preguntas de hábitos en la ingestión de alcohol, que investiga las experiencias en relación

con el uso de bebidas alcohólicas, en el que cada pregunta es evaluada de acuerdo a dos parámetros de tiempo, si ocurrió alguna vez en la vida o si ocurrió en el último año. Por último, explora los problemas sociales relacionados al consumo de alcohol que engloba preguntas de aspectos económicos, legales, familiares, de salud, de trabajo e interpersonales. Cada pregunta estuvo evaluada en dos parámetros de tiempo, si ocurrió alguna vez en la vida o si ocurrió en el último año.

**4.- Escala de Ideación Suicida:** La escala de ideación suicida de A.T Beck cuantifica la intensidad y las dimensiones ( grado y severidad) de la destrucción de los pensamientos y deseos, preocupaciones y amenazas de suicidio, además de las características y las expectativas de llevar a cabo un intento. Es decir, los reactivos evalúan la frecuencia y la duración de los pensamientos suicidas así como la actitud del paciente hacia ellos. Se evalúa también el grado del deseo de morir y el deseo de vivir, el deseo de realizar un intento de suicidio, los detalles sobre su planeación en caso de que la hubiera y la presencia de sentimientos subjetivos de control ante la idea de suicidio.

La escala esta formada por 21 reactivos.

Cada uno de los reactivos tiene 3 posibles alternativas calificadas de acuerdo a la intensidad, de 0 a 2, la suma de éstos proporciona la severidad de las ideas suicidas. Los dos últimos reactivos no se califican ya que miden el número de intentos previos de suicidio y su severidad.

En esta investigación se tomó en cuenta la calificación de los 21 reactivos, es decir, que se incluyó la calificación de los dos últimos, dado que se buscaba la severidad de las ideas suicidas del total de la escala.

La evaluación de las conductas suicidas considera su aparición en el último mes, de tal manera que a través de los reactivos 4 y 5 se define si se continua o se suspende la entrevista.

El punto de corte planteado por Beck es: puntaje mayor o igual ( $\geq$ ) a 10 indica un riesgo de suicidio.

En la presente investigación se utilizó la escala de ideación suicida de Beck con un punto de corte de 1, los sujetos que tuvieron un puntaje menor a 1 se consideraron sin



ideación suicida, es decir, **controles**, mientras que, aquellos que tuvieron un puntaje mayor o igual ( $\geq$ ) a 1 fueron considerados con ideación suicida, los **casos**<sup>3</sup>.

Cabe mencionar que las escalas de desesperanza y de ideación suicida de Beck, han sido poco utilizadas en México, por lo que se estudió su confiabilidad como parte del análisis estadístico.

#### **4.12 PROCEDIMIENTO**

El estudio se llevó a cabo durante los meses de Julio a Septiembre de 1986, periodo en el que se trabajó de lunes a sábado en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias. En los dos primeros servicios únicamente se registraron a los pacientes que ingresaron en el turno matutino, mientras que en el servicio de urgencias se cubrieron tres turnos.

Las entrevistas se realizaron en diversas áreas del hospital de acuerdo con la ubicación del paciente para recibir la atención médica, y su colaboración fue voluntaria. Quienes rehusaron cooperar fueron sustituidos en forma sucesiva y únicamente fueron excluidos del estudio aquellos sujetos que habían estado bajo tratamiento psiquiátrico en los últimos 6 meses.

Se contó con la colaboración de 8 psicólogos entrenados con anterioridad en el uso y manejo de los instrumentos, de la misma manera se contó con el apoyo de 4 entrevistadores clínicos (3 psiquiatras y 1 psicólogo clínico).

---

<sup>3</sup> El estudio de casos y controles se basa en la suposición de que el factor causal bajo investigación debe haber estado presente con mayor frecuencia en los casos de la enfermedad que en los controles.

## CAPITULO V

### ANALISIS Y RESULTADOS

En este capítulo, se presentan los hallazgos obtenidos en los diferentes análisis estadísticos aplicados, con el fin de facilitar su posterior discusión. A continuación se muestran los resultados de la confiabilidad de las Escalas de Beck, los resultados comparativos de los datos sociodemográficos entre el grupo de sujetos con ideación y el grupo de sujetos sin ideación suicida y finalmente el análisis de la regresión logística simple y múltiple.

Primeramente se obtuvo la confiabilidad de las escalas por medio de la prueba estadística Alpha de Crombach.

Posteriormente, se llevó a cabo una comparación entre los casos de ideación suicida, de acuerdo a la definición de la sección de **Instrumentos**, y los controles en las variables de interés para el presente estudio. Las pruebas estadísticas que se utilizaron fueron la chi cuadrada ( $X^2$ ), y la prueba exacta de Fisher<sup>4</sup>, para darle más precisión a los resultados de la chi cuadrada. También se aplicó el análisis de regresión logística, con el objeto de encontrar variables predictoras de ideación suicida.

#### **RESULTADOS DE LA CONFIABILIDAD DE LAS ESCALAS**

##### **Confiabilidad de la escala de desesperanza de Beck**

En México son muy pocos los trabajos que han utilizado esta escala, razón por la cual se decidió estudiar su confiabilidad en esta población.

---

<sup>4</sup> La prueba de Fisher, basada en la distribución hipergeométrica, es una prueba alternativa para las tablas de 2x2. Calcula las probabilidades exactas de obtener los resultados observados si las dos variables son independientes y los marginales están fijados. Es más útil cuando el tamaño total de la muestra y los valores esperados son pequeños.

Para obtener la confiabilidad de la escala se utilizó un alpha de crombach; primeramente se dividió la escala en expectativas positivas y en expectativas negativas, como lo marca la sección de instrumentos, y también se hizo el análisis con la escala total. De acuerdo con lo anterior, se hicieron posteriormente análisis estratificados por sexo y por tipo de servicio.

En la escala de desesperanza el alpha de crombach fue de 0.56, es decir que tiene muy baja confiabilidad. La escala tuvo un comportamiento psicométrico más errático en términos de su confiabilidad, presentando una imagen pobre al desglosarla por sexo (ver cuadro 1) y tipo de servicio (ver cuadro 2), en sus subescalas positivas y negativas.

#### **Confiabilidad de la escala de ideación suicida de Beck**

En la escala de ideación suicida se utilizó una alpha de crombach para obtener la confiabilidad. A su vez, también se realizaron análisis estratificados de la escala con el sexo y el tipo de servicio.

El alpha de crombach que obtuvo la escala de ideación suicida fue de 0.93, es decir que tiene una altísima confiabilidad; al analizar la escala por sexo (ver cuadro 3) y por tipo de servicio (ver cuadro 4) su confiabilidad aumentó favorablemente. De acuerdo con esto, el comportamiento psicométrico de la escala es muy bueno para este tipo de poblaciones y da pauta a que en futuras investigaciones se siga utilizando.

#### **CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA (ver cuadro 5).**

Para conocer la distribución de la muestra se realizaron análisis de frecuencias y porcentajes. De esta forma se obtuvo una muestra global de 1094 pacientes; 70% fueron mujeres y 29% hombres. El 45.5% de los pacientes tienen una edad entre 18 a 29 años y el 54.5% restante oscilaba entre 30 a 65 años, encontrando una  $\bar{x}$  = 34 años.

Del total de la muestra el 61.1% estaban casados o en unión libre, el 29% eran solteros y el resto eran divorciados, separados o viudos. El 48% de la muestra cursó la educación primaria; la escolaridad promedio para uno y otro sexo fue de 6.5 años cursados.

En la ocupación se encontró que el 50.3% eran amas de casa. Sin embargo, en la variable de situación laboral el 41.8% no trabajaba.

En cuanto al tipo de servicio o área de atención el 35.8% se obtuvo en consulta externa y el 64.2 % en las otras áreas de atención.

### **RESULTADOS COMPARATIVOS DE LOS DATOS SOCIODEMOGRAFICOS ENTRE EL GRUPO DE SUJETOS CON IDEACION Y EL GRUPO DE SUJETOS SIN IDEACION SUICIDA.**

Se encontró que de los 1094 sujetos que representa la población total, 972 sujetos no tuvieron ideación suicida (controles), y 110 sujetos fueron los que presentaron ideación suicida (casos).

A continuación se comparan los datos demográficos de los sujetos con ideación suicida y sin ideación suicida en las siguientes áreas: sexo, edad, estado civil, ocupación, situación laboral, escolaridad y área de atención del hospital; también se hacen comparaciones de esos sujetos que consumen y no drogas y alcohol, finalmente de los que presentan y no desesperanza.

El resultado de la comparación entre la ideación suicida y las variables sociodemográficas, con respecto a la edad promedio de los sujetos con ideación suicida, observamos que el 40% de la población con ideación estaban entre la edad de 30 a 45 años, y en la población sin ideación es el 45.8% se encontraba entre los 18 a 29 años, y el 24% entre la edad de 46 a 65 años. Por lo que, si hubo diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2= 5.70$ ;  $p=.057$ ) entre la edad y la ideación suicida (ver cuadro 6).

Para la variable sexo, los resultados indican que el 80% del grupo con ideación suicida eran mujeres, mientras que en la población sin ideación el 31.1% eran hombres, esto dio una diferencia significativa de ( $X^2 = 5.78$ ;  $p = 0.16$ ). Se puede establecer que existen más mujeres con ideación suicida que hombres (ver cuadro 6).

Las categorías utilizadas para el estado civil de los sujetos fueron: solteros, casados/unión libre, divorciado/separado y viudos.

En los casos los pacientes divorciados/separados obtuvieron mayor prevalencia 13.6%, mientras que, en los controles fueron los pacientes casados/unión libre, 61.6%.

Encontrando diferencias estadísticamente significativas ( $X^2 = 15.36$ ;  $p = .0015$ ) (prueba exacta de Fisher = .0015) (ver cuadro 6).

Se clasificó a los pacientes en 5 categorías educativas, como se puede observar en el cuadro 6.

En el grupo con ideación suicida el 52.7% cursaron sólo la primaria, y el 20% sólo la secundaria.

En el grupo sin ideación suicida los sujetos que estudiaron preparatoria o equivalente y quienes tenían estudios profesionales, obtuvieron la prevalencia más alta.

Así se encontró que no hubo diferencias estadísticamente significativas ( $X^2 = 3.72$ ;  $p = .444$ ) (ver cuadro 6).

Para la ocupación se consideraron cinco áreas: empleado, campesino/otros, ama de casa, estudiante, desempleado.

Las ocupaciones que en el grupo con ideación suicida obtuvieron mayor prevalencia, fueron las amas de casa con el 53.6% y los desempleados con el 7.3%, mientras que, para el grupo sin ideación suicida fueron las categorías de empleado con 31.8% y estudiante con 8.4%.

La ocupación para ambos grupos (con ideación y sin ideación suicida) no tiene una diferencia estadísticamente significativa ( $X^2 = 2.18$ ;  $p = .702$ ) (ver cuadro 6).

En la situación laboral se tomaron en cuenta tres categorías: tiempo completo, medio tiempo/otros y no trabaja.

En el grupo con ideación suicida, las categorías con mayor prevalencia fueron tiempo completo con 32.7% y no trabaja con el 44.5%.

Para el grupo sin ideación suicida, la categoría de mayor prevalencia perteneció al medio tiempo/otros. Por lo que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2=1.19$ ;  $p=.550$ ) en la situación laboral y la ideación suicida (ver cuadro 6).

La última comparación fue la escala de ideación suicida y las áreas de atención del hospital: consulta externa, urgencias y hospitalización (ver cuadro 6).

Los sujetos sin ideación suicida se distribuyeron muy homogéneamente en los tres tipos de servicios, mientras que los casos se concentraron en mayor medida en la consulta externa del hospital. Es importante mencionar que tanto en las áreas de atención de consulta externa y urgencias es donde se dio como resultado una mayor prevalencia de ideación suicida, obteniendo una diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2= 9.69$ ;  $p=.0078$ ) (ver cuadro 6).

#### IDEACION SUICIDA Y DROGAS

Los casos presentaron un consumo de cigarrillos muy parecido a los controles. Alrededor de las tres cuartas partes de los pacientes en ambos grupos reportaron no fumar, y el consumo elevado (11 o más cigarrillos) es sólo ligeramente superior en los casos. ( $\chi^2= 4.16$ ;  $p=.244$ ) (prueba exacta de Fisher= 0.227) (ver cuadro 7).

En cuanto al consumo de medicamentos, cerca del 50% en cada grupo (con ideación y sin ideación suicida) no consumieron medicamentos en la última semana.

El 50.5% del grupo con ideación suicida consumieron medicamentos con prescripción médica, y tan sólo el 5.6% consumieron por autoprescripción.

Analizando esto en forma estadística, se encontró que no hay diferencias significativas ( $\chi^2= .493$ ;  $p=.781$ ) (ver cuadro 7).

Dadas las limitaciones del cuestionario sobre consumo de tabaco y medicamentos expuestas en la sección de instrumentos, se realizaron comparaciones de éstas variables con la ideación suicida y con el área de atención del hospital, a fin de conocer si las drogas fueron prescritas o no por el médico; de acuerdo con los resultados se encontró que tanto en urgencias ( $\chi^2= .154$ ;  $p=.925$ ), como en hospitalización ( $\chi^2= .493$ ;  $p=.781$ ), el consumo

mayor en los sujetos con ideación suicida, es el de medicamentos con prescripción médica, y sólo en consulta externa ( $X^2=2.47$ ;  $p=.290$ ) fue alta la autoprescripción.

Cabe mencionar, que el grupo con ideación no presentó consumo de medicamentos con autoprescripción en el área de hospitalización.

En conclusión, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con ideación suicida y sin ideación suicida en el uso de drogas.

#### IDEACION SUICIDA Y DESESPERANZA

La Escala de Desesperanza de Beck se utilizó tanto de forma continua como en cuartiles. En su forma continua, se obtuvo una comparación de medias por medio de una prueba t. La diferencia de medias obtenida entre los grupos es de 1.97, siendo los casos los que obtuvieron mayor media ( $\bar{x}=7.51$ ). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la desesperanza y la ideación suicida ( $t=6.53$ ,  $p=.000$ ) (IC 1.37-2.57) (ver cuadro 8a).

Los casos tienden a agruparse en los cuartiles 3 y 4, mientras que los controles se agrupan en mayor medida en el 1° y 2° cuartiles. Alrededor del 14% de los casos presentan niveles muy elevados de desesperanza (4° cuartil), mientras que sólo el 5% de los controles están en este nivel. La diferencia es estadísticamente significativa ( $X^2=53.62$ ;  $p=.0000$ ) (ver cuadro 8b).

#### IDEACION SUICIDA Y ALCOHOL

El patrón de consumo habitual fue medido en cantidad y frecuencia los últimos doce meses. A partir de estos dos indicadores básicos, se creó el siguiente patrón de consumo.

**abstemios:** los sujetos que no beben en los últimos 12 meses.

**bebedores frecuentes bajos:** sujetos que beben menos de 3 a 4 veces durante los últimos 6 meses

**bebedores frecuentes moderados/baja cantidad:** sujetos que beben menos de 2 a 3 veces en un mes y toman 6 o más copas pero nunca 12 o más copas.

**bebedores frecuentes/cantidad moderada** : quienes beben diario o 1 a 2 veces por semana y toman 12 o más copas, no más de una vez al mes.

**bebedores consuetudinarios**: beben diario o 1 a 2 veces por semana y toman 12 o más copas semanalmente o diario.

La distribución de los casos y los controles es muy similar en esta variable. El 77% son abstemios, y aunque los casos presentan un porcentaje más elevado de bebedores consuetudinarios, esta diferencia no es estadísticamente significativa ( $X^2= 3.34$ ;  $p=.501$ ) (prueba exacta de Fisher= $0.501$ ) (ver cuadro 9).

En cuanto a los problemas relacionados a los hábitos en la ingestión de alcohol, que investiga las experiencias en relación con el uso de bebidas alcohólicas. Los pacientes con 3 o más respuestas positivas a 14 posibles síntomas de dependencia al alcohol (como incapacidad de detenerse y otros) se consideraron positivos para la **dependencia alguna vez en la vida y en el último año**.

Los resultados indican que, los sujetos del grupo con ideación suicida que contestaron haber tenido problemas de ingestión de alcohol alguna vez en la vida, fue el 12.7%, con una prevalencia mayor. Y los sujetos que contestaron que no habían tenido problemas de ingestión alguna vez en su vida, con alta prevalencia fueron del grupo sin ideación, dando como resultado una diferencia estadísticamente significativa ( $X^2= 4.01$ ;  $p=.045$ ) (ver cuadro 9).

En los problemas de ingestión con alcohol en el **último año**, los sujetos que contestaron que sí habían tenido problemas, en el grupo con ideación obtuvieron una prevalencia mayor con 7.3%; y en el grupo sin ideación, fueron los que contestaron no haber tenido problemas, 94.4%. No se encontró diferencias estadísticamente significativas ( $X^2= .539$ ;  $p=.462$ ) (ver cuadro 9).

Los problemas sociales relacionados al consumo de alcohol engloba preguntas de aspectos económicos, legales, familiares, de salud, de trabajo e interpersonales (como embriagarse en lugares públicos, riñas después de beber, ausencia laboral y otros).

Para conocer a los sujetos que habían tenido problemas sociales relacionados al consumo de alcohol alguna vez en su vida, se sumaron los puntajes de 25 preguntas, y se utilizó un punto de corte de 3, es decir, quienes tuvieran un puntaje  $\geq 0$  se consideraron sin



problemas sociales alguna vez en la vida. De igual forma y con el mismo punto de corte, se hizo para los problemas sociales en el último año.

Los resultados indican que, en el grupo con ideación suicida, los sujetos que presentaron problemas sociales por consumo de alcohol **alguna vez en la vida**, tuvieron una mayor prevalencia 15.5%; mientras que, en el grupo sin ideación suicida, los sujetos que no presentaron problemas sociales fueron los de mayor prevalencia, 91.7%. Por lo tanto sí existen diferencias estadísticamente significativas ( $X^2=6.08$ ;  $p=0.13$ ) (ver cuadro 9).

En cuanto a los problemas sociales en el **último año**, los resultados señalan que, en el grupo con ideación suicida, los sujetos que contestaron haber tenido problemas sociales en el último año, obtuvo una mayor prevalencia con el 11.8%, mientras que en el grupo sin ideación suicida, los sujetos que no tuvieron problemas sociales en el último año, tuvieron una alta prevalencia, 92.6%. Este resultado no es estadísticamente significativo ( $X^2= 2.65$ ;  $p=.103$ ) (ver cuadro 9).

## **REGRESION LOGISTICA**

### **Regresión Logística Simple**

Se realizaron varios análisis de regresión logística para conocer cuales son los factores que incrementan el riesgo de ideación suicida. Todas las variables fueron evaluadas con una regresión logística univariada y múltiple, con modelos discretos.

En el análisis univariado, es decir, análisis simple, se encontró que las mujeres tienen un riesgo mayor (OR=1.8) que los hombres de presentar ideación suicida (ver cuadro 10).

De acuerdo al análisis simple de la variable edad, se observó que los pacientes entre las edades de 30 a 45 años tienen un riesgo mayor (OR=1.3), en comparación con el resto de los grupos de edad de ideación suicida (ver cuadro 10)

Por otro lado, en análisis simple se encontró que los pacientes divorciados/separados tienen un riesgo tres veces mayor (OR=3.3) de presentar ideación suicida, en comparación a los otros estados civiles (ver cuadro 10).

El análisis simple de la variable escolaridad, indicó que de las categorías educativas de los pacientes, la categoría de educación primaria tiene un riesgo mayor (OR=1.08) de ideación suicida a diferencia de las otras categorías educativas (ver cuadro 10).

En cuanto a la variable ocupación, su análisis simple, indicó que los pacientes desempleados/jubilados presentaban un riesgo casi dos veces mayor (OR=1.6) de ideación suicida, en comparación de las otras ocupaciones (ver cuadro 10).

Finalmente, en el análisis univariado de la variable área de atención hospitalaria, se encontró que el área de urgencias (OR=.76) parece ser más un factor de protección que de riesgo para la ideación suicida (ver cuadro 10).

#### IDEACION SUICIDA Y ALCOHOL/DROGAS

Con respecto al uso de drogas y alcohol, sólo se encontraron riesgos incrementados y estadísticamente significativos en el Dx de por vida (OR= 1.85) y en problemas sociales de por vida (OR=2.01). Aunque los pacientes que fumaron 11 o más cigarrillos y los bebedores consuetudinarios tuvieron riesgo más elevado de ideación suicida (OR= 1.48 y OR=2.11, respectivamente) estos no fueron estadísticamente significativos (ver cuadro 11).

#### IDEACION SUICIDA Y DESESPERANZA

El análisis simple de la variable desesperanza revela una relación de incremento en el riesgo según se avanza en la escala. Los pacientes con niveles elevados de desesperanza (4° cuartil) tienen un riesgo 6 veces mayor de presentar ideación suicida (OR=6.1) (ver cuadro 12).

## **Regresión Logística Múltiple**

Con el objeto de ajustar estas últimas estimaciones por las variables discutidas anteriormente, se realizaron varios análisis múltiples de regresión, comenzando con modelos que incluían todas las variables anteriores. Luego, se probaron modelos más parsimoniosos, por medio de procedimientos "stepwise". Posteriormente, se trató de incluir otras variables, que no habían sido seleccionadas por el modelo "stepwise". El modelo final, que incluía más variables relacionadas con la ideación suicida constó de las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, y la escala de desesperanza. A estas, se agregó una variable más de consumo de drogas, es decir, consumo de cigarrillos o consumo de medicamentos o consumo de alcohol, todas estas descritas en el cuadro 11.

En primer lugar, para estimar el riesgo asociado con el consumo de bebidas alcohólicas, por medio de las variables de patrón de consumo, dx de vida de alcohol, y problemas sociales relacionados al consumo de alcohol alguna vez, se corrieron los modelos múltiples referidos más arriba. Comenzamos con el modelo que incluyó a la edad, sexo, estado civil, desesperanza y patrón de consumo de alcohol. Los resultados de este último modelo indican que, el riesgo de presentar ideación suicida es casi dos veces mayor en mujeres (OR=1.9) que en los hombres, con un riesgo menor en edades entre los 46 a 65 años (OR=0.4), y si su estado civil es divorciadas o separadas (OR=3.0), el riesgo es tres veces mayor, al igual que si presentan un patrón de consumo de alcohol consuetudinario (OR=3.3), mientras que si presentan una mayor desesperanza el riesgo es casi siete veces mayor de ideación suicida (OR=6.8) (ver cuadro 13).

Resultados similares se obtuvieron con la variable dx de vida de alcohol. Es decir, se obtuvieron estimaciones de riesgo similares para todas las variables sociodemográficas y para la desesperanza, y el riesgo asociado con el dx de por vida de alcohol fue de OR=2.1. La variable problemas sociales relacionados al consumo de alcohol alguna vez, que resultó significativa en el análisis de regresión logística simple, en el análisis múltiple no tuvo una buena aportación, al igual que el dx en el último año de alcohol.

Posteriormente, probamos el modelo incluía las variables: sexo, edad, estado civil, y la escala de desesperanza con las otras variables de drogas (consumo de cigarrillos y consumo de medicamentos). En el modelo las variables de drogas aportaron muy poco a las otras variables como el caso de la escala de desesperanza, en otras disminuyó su riesgo. Otro modelo incluyó las variables demográficas como sexo, edad, estado civil, escala de desesperanza y sólo la variable de consumo de cigarrillos; esta última variable no aportó mucho al modelo, el riesgo en el sexo y edad bajan considerablemente, al igual que en la escala de desesperanza. Por último, se hizo otro modelo con las variables anteriores, solo que ahora se utilizó la variable consumo de medicamentos y la diferencia del modelo anterior fue mínima.

En resumen, las únicas dos variables relacionadas con el consumo de drogas que permiten predecir el riesgo de ideación suicida en esta muestra, una vez consideradas las variables sociodemográficas y la desesperanza, son el patrón de consumo de alcohol (en su categoría de consumo más elevado) y el dx de por vida de alcohol.

## **CAPITULO VI**

### **CONCLUSIONES**

En este último capítulo se expresan algunas sugerencias e implicaciones prácticas que se derivan de esta investigación, a fin de contribuir a los programas preventivos.

#### **6.1 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

En México poco se sabe del comportamiento psicométrico de las escalas de Beck, más específicamente de la Escala de Ideación Suicida y la Escala de Desesperanza. El análisis de la confiabilidad de la escala de ideación suicida demostró ser muy adecuada para ambos sexos, y en los tres tipos de servicios investigados.

La escala de desesperanza de Beck tuvo un comportamiento más errático en términos de su confiabilidad, al desglosarla por sexo y tipo de servicio, en sus subescalas positivas y negativas. Sin embargo resultó ser un predictor muy poderoso de la ideación suicida.

Como se menciona en la sección de instrumentos las dos escalas no se utilizaron con el punto de corte determinado por Beck y sus colaboradores.

La escala de ideación suicida desarrollada por Beck, ha sido usada por él en estudios donde se mide la intensidad, duración, y especificidad severa de los deseos suicidas en pacientes psiquiátricos, como un instrumento clínico. El Centro de Terapia Cognitiva recomienda que el puntaje total de ésta escala sea usado solo para medir la ideación suicida en verdaderos ideadores y no en una población clínica. Sin embargo Lewinsohn (1989) y Beck (1988) obtuvieron la confiabilidad del instrumento y reportaron que la escala de ideación suicida, en una versión de autoreporte, puede ser un método confiable para medir la severidad de la ideación suicida en pacientes internos y pacientes externos (Bongar B., 1991). En ésta investigación con población clínica, se tomó en cuenta la calificación de los 21 reactivos, es decir, que se incluyó la calificación de los dos últimos, que originalmente

no se califican, ya que miden el número de intentos previos de suicidio y su severidad, dado que se buscaba la severidad de las ideas suicidas del total de la escala.

El punto de corte utilizado en la esta investigación para la escala de ideación suicida de Beck fue de 1, los sujetos que tuvieron un puntaje menor a 1 fueron los controles (sin ideación suicida), y los casos (con ideación suicida) con puntaje mayor o igual ( $\geq$ ) a 1. Este punto de corte es muy bajo en comparación al propuesto por Beck.  $>10$  indica riesgo de suicidio, pero por las características de la población clínica mexicana y por conseguir la severidad de las ideas suicidas del total de la escala, se utilizó el 1 como punto de corte. Para determinar cual sería el punto de corte adecuado para estas poblaciones falta más estudios en el que utilicen la escala de ideación suicida de Beck.

Una buena evaluación de la conducta suicida permitirá hacer una buena predicción del riesgo, por lo que es importante tomar en cuenta los factores demográficos y los aspectos clínicos asociados con ellos, que en forma conjunta permitan determinarlo.

Para algunos autores los factores de riesgo demográfico son usados en la identificación pero no en la eliminación de la posibilidad de un suicidio. En la identificación del riesgo suicida, considerar las enfermedades es especialmente importante, en particular los sentimientos de desesperanza, la presencia de un plan de suicidio, reciente (con seis semanas) pérdidas (actual o pasada), desarrollo de fantasías pasivas suicidas, incremento del aislamiento social y la inhabilidad de aceptar la ayuda (Jacobs D., 1982).

El planteamiento de esta investigación fue que para identificar debidamente el riesgo de ideación suicida era necesario en primera instancia saber el perfil demográfico de las personas en las que hay riesgo elevado de suicidio, y desde el punto de vista clínico, otorgándole especial importancia a los sentimientos de desesperanza. Además y tomando en cuenta la etiología tan variada que está implicada en la ideación suicida, las personas deben ser diagnosticadas de acuerdo a la severidad de los pensamientos sobre la muerte y a su apego a la vida.

La muestra total fue de 1094 pacientes, 972 pacientes fueron controles, no presentaron ideación suicida y 110 fueron los casos, presentaron ideación suicida; es decir, el 10% del total de la muestra presentó ideación, una muestra pequeña, a pesar de esto los resultados mostraron relación de algunas variables propuestas y la ideación suicida.

Con base en los resultados, de las hipótesis planteadas en la tesis, podemos decir que, en cuanto a la relación entre ideación suicida y drogas se aceptó la hipótesis nula, es decir no existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con ideación suicida que abusan de las drogas y los pacientes que no lo hacen, quizá los resultados se deban a las limitaciones, ya expuestas, del cuestionario de medicamentos, sin embargo, más estudios tendrán que realizarse para conocer esta relación en México.

Las hipótesis alternas que se aceptaron fueron las relacionadas entre la ideación suicida y la desesperanza, encontrando una estrecha y significativa relación entre estas dos variables, esto no es desconocido en la literatura, no obstante, en esta tesis, se observó a la desesperanza como un claro predictor de la ideación suicida, que obviamente tendrá que estudiarse mucho más, y en segundo lugar la relación entre la ideación suicida y abuso de alcohol no es nueva, sin embargo regularmente se presenta más en el intento suicida o suicidio consumado, y es de sumo interés que se haya dado en la ideación suicida, ya que ésta se presenta más en las mujeres, es decir, por un lado la ideación suicida tiene una carga culturalmente femenina, mientras que el abuso de alcohol con una carga culturalmente masculina, esto da pie a futuras investigaciones.

Lo más relevante de los resultados para esta discusión, es el modelo final de regresión logística que muestra el grupo de riesgo. De acuerdo con el modelo los pacientes que presentaron mayor riesgo de ideación suicida, son: mujeres, divorciadas o separadas, con un patrón de consumo de alcohol consuetudinario y mayor desesperanza (último cuartil).

En la prueba de  $\chi^2$  estas variables, excepto el patrón de consumo, tuvieron también, una alta significancia estadística con la ideación suicida.

El hecho de que resultaran con mayor prevalencia de ideación suicida las mujeres es un tanto natural, como se reporta en la literatura, pues son los hombres quienes se suicidan más, algunas veces sin tener previamente ideación suicida.

De acuerdo con la revisión de Weissman (1974) lo femenino excede en números a lo masculino en porcentajes de intentos e ideas suicidas, en una razón promedio de 2:1, esta preponderancia de lo femenino en los intentos e ideas, no solo se ha observado en Estados Unidos, sino en todos los países industrializados. Debido a que los intentos e ideas suicidas

son considerados como una conducta femenina, porque implica desesperanza, indecisión y la expectativa del rescate algunas veces. Los hombres, incluso aunque tengan sentimientos depresivos y desesperados, pueden estar poco dispuestos a admitir sus pensamientos suicidas, porque perciben la ideación suicida como un signo de debilidad y un inadecuado control de su cuestión (Rich y cols., 1992).

En E.U. y quizá en México, alguna identificación o adopción de conductas consideradas femeninas es asociada con el mayor riesgo a la ideación suicida e intento (Canetto y cols., 1991).

La aceptación social del intento o ideas de suicidio en mujeres, explica su alto porcentaje de conducta suicida, la presión social de llevar a cabo un suicidio reduce el riesgo de la muerte. En los hombres, la presión de volver realizar un intento suicida puede incrementar el riesgo de un suicidio consumado.

Asimismo el estado civil coincide con lo que marca Beaumont y cols. (1992), viudez y divorcio son factores de riesgo para el suicidio y en este caso para la ideación suicida.

El uso crónico del alcohol juega un rol importante para la etiología de los pensamientos y acciones suicidas. El efecto tóxico del alcohol en el cerebro en gran parte inducen a los pensamientos y conductas suicidas; por los efectos farmacológicos que perjudican el juicio, cognición, el humor y que al disminuir la inhibición, se constituye en un elemento precipitante del suicidio.

El alcohol y el abuso de sustancias son consideradas actividades masculinas, desaprobadas en la mujer, pero animan al hombre a manifestarse, al mayor consumo, y hasta a la virilidad. El beber es asociado con la fuerza física y con la camaradería masculina. Una invitación a beber puede ser usado como un símbolo de aceptación o de establecerse socialmente en un trabajo de grupo.

Leland (1982) concluye que las consecuencias sociales y la frecuencia de beber son más severas para la mujer que para el hombre, específicamente, problemas con su esposo, niños, familia y amigos (Canetto y cols., 1991).



El alcohol influye en los sentimientos de desesperanza para sus efectos tóxicos, para manipular neurotransmisores responsables del humor y juicio, dando como resultado el rompimiento de las relaciones interpersonales y la ayuda o apoyo social (Miller y cols., 1991).

Los resultados muestran que existe una estrecha relación de la ideación suicida y la desesperanza, tal y como lo menciona Beck y cols., que propusieron a la desesperanza como un factor de riesgo para el suicidio (Murphy G., 1988); mostrándose como el sentimiento inminente que aparece precipitado a la autoinfluencia destructiva.

El riesgo de la ideación suicida es altísimo si se presenta mayor desesperanza, más que cualquier otro factor. Este vínculo es porque generalmente se ha relacionado la conducta suicida con las características cognoscitivas. En este caso la rigidez cognoscitiva es propia del paciente suicida y no se observa en los sujetos no suicidas. La rigidez se mide por la dificultad para desarrollar alternativas positivas a los problemas emocionales (Diaz Del Guante y cols, 1994); quizá esta rigidez no este exenta de la desesperanza, Beck y sus colegas (Beck, Brown, Berchick, Stewart, & Steer, 1990; Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985), han enfatizado su importancia, en la cual la desesperanza es vista como cogniciones y expectativas que pueden influir en la ocurrencia de eventos de vida negativos. Esencialmente, el esquema cognitivo toma la forma de expectativas negativas o pesimismo acerca consecuencias o eventos futuros, y da como resultado pérdidas de motivación y sentimientos negativos acerca del futuro (McIntosh y cols., 1994). Esta relación por si sola tiene sentido, pero si un paciente suicida no desarrolla alternativas positivas adecuadamente para resolver sus problemas emocionales es por que tiene en cierta medida una actitud negativa del futuro para ello; este planteamiento puede explicar la relación tan estrecha de la ideación suicida y la desesperanza

Como lo explica Buchanan(1991), quien ha sugerido que la clave para determinar el suicidio es si el individuo puede encontrar un propósito en su vida. La evaluación de los propósitos para el individuo para tener un importante impacto de sus pensamientos, sentimientos y acciones. Esta posición, es basada en la misma literatura cognitiva, que cita a cada uno, enfocándose a los sentimientos y cogniciones alrededor de la desesperanza y depresión. Esta posición "sugiere que el individuo que es sosegado e incapaz de determinar

un propósito en su vida eligiendo continuar viviendo, incluso aunque ellos puedan aceptar o dar la bienvenida a la muerte” (McIntosh y cols., 1994, p. 91).

Por ejemplo: cuando una persona deprimida o desesperanzada se encuentra ella misma en una situación estresante, ellos tienden a enfocarse y exageradamente hacia aspectos negativos de esa situación. Si el evento es verdaderamente negativo, la persona deprimida o desesperanzada exagera los aspectos negativos del evento fuera de que otra persona puede considerarlo como apropiado.

Dentro de los resultados del análisis de la  $X^2$ , los pacientes con mayor prevalencia de ideación suicida se atendieron en las áreas de consulta externa y de urgencias, esto es de gran importancia, ya que en estas dos áreas es donde se pueden hacer campañas de prevención del suicidio, y específicamente de la ideación suicida. Con base en la relación entre la ideación suicida y la desesperanza, según McIntosh se puede hacer una evaluación del suicidio potencial utilizando una aproximación cognitiva, en la cual el rol del médico es importante para detectar la ideación suicida. Para McIntosh existen cuatro factores básicos (estresores psicosociales significativos, límites de ayuda social, alteraciones cognitivas, y deficiencia en solución de problemas) que pueden ser relacionados con dos condiciones centrales de las alteraciones del ánimo y desesperanza. La coexistencia de las alteraciones del ánimo y los sentimientos de desesperanza dan como resultado el deseo de morir. Cada vez que los deseos de muerte están presentes, el médico aconseja la exploración de la intensidad de la ideación suicida en una manera minuciosa. En esto está implicada la identificación y evaluación de un existente plan suicida, la posesión o disponibilidad de planear los métodos, y alguna indicación de reducción del impulso de control (intoxicación, características psicóticas, intentos de suicidio previos). Finalmente, una valoración que debe ser hecha para la evitación de una posible conducta suicida y la probabilidad de rescate una vez iniciado el intento. De esta forma, el médico puede evaluar el suicidio potencial del paciente en una manera eficiente y comprensiva (McIntosh y cols., 1994). Otro punto importante para esta prevención es el papel del médico ante estos casos, que aunque no son específicamente por un intento de suicidio, es primordial saber detectar estos casos por lo que menciona Barraclough y cols., (1974) (citado en Beaumont G., 1992), quien encontró que más del 90% de los casos de suicidio habían consultado uno de dos

doctores (familiares y psiquiatras) 1 año antes de su muerte, y el 40% lo habían consultado una semana antes. Un estudio de el Grupo Cooperativo del Plan de Salud, en Seattle, no encontró un incremento en el uso de servicios médicos de víctimas de suicidio inmediatamente del evento, pero encontró que la mayoría de las víctimas de suicidio, van a una curación o consulta un año antes de su muerte (Cooper-Patrick y cols., 1994). En conclusión la medicina general juega un importante rol en la prevención del suicidio, una estrategia eficiente identifica altos riesgos en individuos.

El suicidio por ser fenómeno multicausal es difícil de prevenir, sin embargo esto no ha sido un impedimento para que organizaciones trabajen en campañas o programas de prevención, un ejemplo es el Comité de expertos de la OMS que proporciona pautas a seguir para el establecimiento y desarrollo de los servicios preventivos: 1) Servicios de emergencia locales, accesibles a toda hora, con un equipo médico y para médico capacitado en el manejo de este tipo de pacientes, 2) Servicios psiquiátricos de emergencia con fácil acceso para la atención.

Un grupo de organizaciones están trabajando en conjunto para poder comprender las conductas suicidas y para poder desarrollar un criterio operacional. Estás son algunas de las organizaciones: American Academy of Forensic Sciences (AAFS), American Association of Suicidology (AAS); Association of Vital Records and Health Statistics (AURHS); Centers for Disease Control (CDC); International Association of Coroners and Medical Examiners (IACME); National Association of Counties (NACO); National Association of Medical Examiners (NAME) y National Center for Health Statistics (NCHS).

El criterio operacional utilizado por estas organizaciones, está basado en la definición del suicidio de: "muerte sugerida, una acción infligida sobre el si mismo con el intento de matar a si mismo".

El propósito de el criterio es mejorar la validación de las estadísticas, para 1) fomentar la consistencia y uniformar la clasificación; 2) marcar una certificación de muerte explícita; 3) incrementar la cantidad de información usada; 4) ayudar a los certificados en el ejercicio del juicio personal y 5) establecer un estándar de práctica para la determinación del suicidio (Gómez C., 1996).

En México existía solamente un centro dedicado específicamente a la prevención del suicidio fundado en junio de 1967 el cual funcionaba dentro de los servicios de emergencia de un hospital público (Xoco). Hoy en día un centro que recibe llamada de posibles ideadores suicidas es SAPTEL. Sicoterapia de Apoyo por Teléfono, que pertenece a la Cruz Roja Mexicana, el teléfono es 395-1111 y 208-5033.

Considerando la magnitud y gravedad del suicidio como problema de salud pública, llama la atención lo poco que se ha hecho para tratar de entenderlo y prevenirlo.

Dentro de las estrategias de desarrollo científico y las perspectivas a futuro, Terroba (texto inédito) sugiere la creación de un centro para la prevención del suicidio, cuyos objetivos fundamentales sean la prevención inmediata y a largo plazo del suicidio. Sus metas principales serían: a) salvar vidas. Cuyos procedimientos de selección diagnóstico, referencias y terapéutica estarían encaminados a esta finalidad: estas actividades abarcarían el aspecto clínico del centro.

b) Otra finalidad convertirlo en una agencia de salud pública de la República Mexicana, vinculada con hospitales de emergencia, hospitales generales y hospitales psiquiátricos así como con diversas instituciones que recopilan y procesan estadísticas de suicidio; esto sería el aspecto comunal del centro.

c) Otro de los objetivos serían los proyectos de investigación que permitan probar varias hipótesis acerca del fenómeno del suicidio y este sería el aspecto de investigación del centro.

Obteniéndose los siguientes beneficios:

1. Algunas personas presuicidas recibirían tratamiento para ser rescatadas y ese tratamiento probablemente no lo hubieran podido tener en otro lado.
2. Se analizarían datos de información necesaria especialmente estudios longitudinales de la vida de personas presuicidas.
3. Por mecanismos de vinculación con otras instituciones se facilitarían los procedimientos de investigación y el manejo adecuado de las personas presuicidas.
4. Se realizaría una publicidad adecuada para ayudar a vencer el prejuicio popular contra la ayuda psiquiátrica en estos casos.

5. Se capacitaría personal paramédico y de diferentes disciplinas que estén en posibilidad de descubrir a personas presuicidas, con base en redes de apoyo social.

Es importante señalar que esta tesis contribuye en gran medida al conocimiento de la ideación suicida, el objetivo se cumplió, sin embargo se necesita urgentemente estudios más minuciosos de la conducta suicida.

Finalmente es relevante mencionar que en el suicidio concurren muchos otros factores aparte de los psiquiátricos. En cierto sentido la autodestrucción refleja la relación del individuo con su comunidad. A medida que avancen las estrategias de desarrollo científico sobre este tema esperamos aumentar los conocimientos sobre suicidio, afinar los diagnósticos y encontrar las respuestas a algunas de las preguntas planteadas, pero hasta donde podemos ver hoy en el futuro tanto el suicidio como su prevención seguirán presentando nuevos problemas.

Numerosos estudios han sugerido que la conducta suicida es asociada con una compleja interacción de número de factores independientes. Una sola variable no puede predecir la intensidad de la ideación suicida tan bien como la combinación de varias variables separadas (Rich y cols., 1992), y este podría ser el siguiente paso.

## BIBLIOGRAFIA

- Adams, D.M. y Overholser, J.C. (1992) *Suicidal Behavior and History of Substance Abuse*. Am. J Drug Alcohol Abuse, 18 (3), 343-354.
- Anónimo. (1966) *Suicide*. Deviant Behavior, 500-519.
- Aranda, H.A. y Ramos, V.E. (1986) *Investigación sobre la influencia de la depresión, aislamiento, agresividad inhibida e ideas de suicidio en el intento de suicidio*. Tesis, Lic. en Psicología, Universidad del Valle de México.
- Autores varios. (1979) *La familia ante el problema de las drogas*. Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM), México, 12,13,22,100,103, 109-111.
- Beaumont, G. y Hetzel, W. (1992) *Patientes at risk of suicide and overdose*. Psychopharmacology, N° 106, 123-126.
- Beck, A.T., Weissman, M.A., Kovacs, M. (1976) *Alcoholism. Hopelessness and Suicidal Behavior*. Journal of studies on Alcohol, Vol. 37, N° 1, 66-77.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Trexler, L.D. (1989) *Alcohol Abuse and Eventual Suicide: A 5 to 10 Years Prospective Study of Alcohol Abusing Suicide Attempters*. Journal of studies on Alcohol, Vol. 50, N° 3, 202-209.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Beck, J.S., Newman, C.F. (1993a) *Hopelessness, Depression, Suicidal Ideation, and Clinical Diagnosis of Depression*. Suicide and Life-Threatening Behavior, Vol. 23(2), 139-145.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G. (1993b) *Dysfunctional Attitudes and Suicidal Ideation in Psychiatric Outpatients*. Suicide and Life-Threatening Behavior, Vol. 23(1), 11-20.
- Bedrosian, R. y Beck, A.T. (1981) *Aspectos Cognoscitivos de la Conducta Suicida*. Salud Mental, Vol.4, N° 3, 25-27.
- Belsasso, G. y Lara, T.H. (1974) *El Suicidio en México*. Instituto Nacional de Neurología, Vol.8, 5-24.
- Berman, A.L. y Jobes, D.A. (1994) *Adolescent suicide assessment and intervention*. Edit. American Psychological Association, E.U.

Bongar, B. (1991) *The suicidal patient: clinical and legal standards of care*. Edit. American Psychological Association, E.U.

Borges, G., Rosovsky, H., Gil, A., Pelcastre, B., López, J. (1993) *Análisis de casos y controles de los intentos de suicidio en una muestra de servicios de urgencia*. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 198-203.

Borges, G. (1995) *Quienes cruzan el umbral: intento de suicidio y suicidio consumado*. Información Clínica Instituto Mexicano de Psiquiatría, Vol 6, N° 7, 37-39.

Borges, G., Anthony, J.C., Garrison, C.Z. (1995) *Methodological Issues relevant to epidemiologic investigations of suicidal behaviors of adolescents*. Epidemiologic Reviews, Vol. 17, N° 1, 228--238.

Borges, G., Rosovsky, H., Caballero, M.A., Gómez, C. (1994) *Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1991*. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 15-21.

Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C., Gutiérrez, R. (1996) *Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1993*. Salud Pública México, Vol. 38, N° 3, 197-206.

Borges, G. y Rosovsky, H. (1995) *Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample*. Journal of Studies on alcohol, 1-6.

Canetto, S. (1991) *Gender roles, suicide attempts, and substance abuse*. The Journal of psychology, 125 (6), 605-620.

CONADIC. (1992) *Las drogas y sus usuarios*. Secretaría de Salud, 15.

Cooper-P. L., Crum, R., Ford, D. (1994) *Identifying suicidal ideation in general medical patients*. JAMA, Vol. 272, N° 22, 1757-1762.

De la Fuente, R., Medina-Mora, M.E., Caraveo J. (1995) *Las adicciones en México I.El abuso de alcohol y alcoholismo*. Capítulo del libro en preparación "La Salud Mental en México".

Del Campo, S., Morsal, J.F., Garmendia, J.A. (1975) *Diccionario de Ciencias Sociales*. Edit. Instituto de Estudios Políticos, Madrid, 765.

Del Corral, A.R. (1986) *El suicidio y su relación con el alcoholismo*. Tesis, Lic. en Psicología, Universidad Intercontinental; 3,4,7,8-10,16,17,31-35.

Díaz del Guante, M.A., Molina, H.M., Cruz, J.A. (1994) *Motivaciones para el Suicidio e Instrumentos de Diagnóstico*. Rev. Psicología y Salud, Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, Nueva Epoca, 89-115.

Dorsch, F. (1985) *Diccionario de Psicología*. Edit. Herder, Barcelona, 189.

Edward, G., Arif, A., Hodgson. (1982) *Nomenclatura y clasificación de problemas relacionados con el consumo de drogas y alcohol*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 93, N° 5, 468-491.

Farmer, R.D.T. (1988) *Assessing the Epidemiology of suicide and parasuicide*. British Journal of Psychiatry, Vol. 153, 16-20.

García, Liñan C. (1990) *Tesaurus*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 15.

Gómez, C.C.S. (1996) *Relación entre el nivel de estrés psicosocial y la ideación suicida en estudiantes del nivel medio y medio superior del distrito federal*. Tesis, Lic en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.

Gómez, C.C. y Borges, G. (1996) *Estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994*. Salud Mental, Vol. 19, N° 1, 45-55.

González-Forteza, C.F., Borges, G., Gómez, C.C., Jimenez, T.A. (1995) *Problemas Psicosociales y Suicidio en Jóvenes. Estado Actual y Perspectivas*. ED. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales ; Instituto Mexicano de Psiquiatría. Por publicarse.

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

González-Forteza, C. (1996) *Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes*. Tesis, Doctorado en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.

Gorenc, K-D. (1990) *Tengo derecho a tener un último secreto*. Acta Medica, Vol. 26, N° 101-104, 61-89.

Guerrero, R., González, C.L., Medina, E. (1981) *Epidemiología*. edit. Fondo Educativo Interamericano, E.U.

Kumar, G. y Steer, R.A. (1995) *Psychosocial correlates of suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients*. Suicide and Life threatening Behavior, Vol.25(39).

McIntosh, J.L., Santos, J.F., Hubbard, R.W., Overholser, J. (1994) *Elder Suicide Research. Theory and treatment*. Edit. American Psychological Association, E.U.

Medina-Mora, M.E., López, L.E., Villatoro, J.A., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, G.S., Rojas, G.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. Reseña de la IX Reunión de Investigación; 7-14.

Medina-Mora, M.E. (1994) *Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En Las adicciones: Dimensión, impacto prospectivas*: Compilador, Roberto Tapia Conyer. Edit. El Manual Moderno, México, 25-55.

Miller, N.S., Mahler, J.C., Goid, M.S. (1991) *Suicide Risk Associated with Drug and Alcohol Dependence*. Journal of Addictive Diseases, Vol.10(3), 41-61.

Morón, P.(1992) *¿Qué sé? El Suicidio*. Edit Publicaciones Cruz O., S.A. México

Murphy, G.E. (1988) *Suicide and Substance Abuse*. Arch Gen Psychiatry, Washington University School Of Medicine, Vol. 45, 593-594.

Narváez, A., Rosovsky, H., López, J.L. (1991) *Evaluación del Consumo de Alcohol en los Intentos de Suicidio: un Estudio con Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencias*. Salud Mental, Vol.14, N° 3, 6-12.

Rich A.R., Kirkpatrick-Smith J., Bonner R.L., Jans F. (1992) *Gender Differences in the Psychosocial correlates of suicidal ideation among adolescents*. Suicide and Life-Threatening Behavior, Vol. 22(3), 364-373.

Rojas, E. (1980) *Clasificación de los fenómenos suicidas*. Instituto Nacional de Neurología, Vol. 14, N° 3/4, 106-124.

Rubio, Monteverde H., Fabián San Miguel M.G. (1995) *Información Básica sobre el Tabaquismo*. De CONADIC y SSA. México, 5.

Saxon, S., Kuncel, E., Aldrich, S. (1978) *Drug Abuse and Suicide*: AM. J Drug alcohol abuse, 5(4), 485-495

Schaff, A. (1989) *La alienación como fenómeno social*. Edit. Crita, Grijalbo, Barcelona.

Smith,G.D., Phillips, A.N., Neaton, J.D. (1992) *Smoking as "INDEPENDENT" Risk Factor for Suicide- Illustration og an Artifact From Observational Epidemiology?*. The Lancet, Vol. 340, 709-712.

Theodorson, G. y Theodorson, A. (1978) *Diccionario de Sociología*. Edit. Paidós, Buenos Aires, 213,258.

A N E X O

ESCALA DE IDEACION SUICIDA

NOTA: A CONTINUACION LE VOY A LEER UNA LISTA DE DESCRIPCIONES QUE EN MUCHAS OCASIONES SE APEGAN A LO QUE ALGUNAS PERSONAS SIEMPRE. UME PUEDE DECIR SI, EN EL ULTIMO MES SE HA SENTIDO O COMPORTADO DE ESTA MANERA?

1. ¿Qué tantas ganas tiene de seguir viviendo?

0. El deseo de vivir es fuerte o moderado  
1. El deseo de vivir es poco  
2. No tiene deseo de vivir

2. ¿Qué tanto desea morir?

0. No tiene deseo de morir  
1. El deseo de morir es poco  
2. El deseo de morir es fuerte o moderado

3. ¿Es preferible vivir que morir o morir que vivir?

0. Vivir vale más que morir  
1. Morir vale más que vivir  
2. Le da lo mismo vivir que morir

4. ¿Ha deseado firmemente quitarse la vida?

0. Ningún deseo de realizar un intento serio  
1. Lo ha deseado de vez en cuando  
2. Lo desea en forma continua y permanente

5. Si intentara quitarse la vida ¿en qué situación lo haría?

0. Lo haría cuando alguien lo pudiera rescatar  
1. Dejaría la vida o la muerte a su suerte (Vgr. cruzar una calle sin preocupaciones)  
2. Usted misma(a) lo propiciaría o se dejaría morir sin involucrar a nadie (por ejemplo, dejaría de tomar su medicamento)

INSTR. SI EL PACIENTE CONTESTA "0" EN LAS PREGUNTAS 4 y 5 NO SE APLICA LAS PREGUNTAS DE LA 6 A LA 19, Y SE CODIFICA CON "8". EN ESTOS CASOS CONTINUE CON LAS PREGUNTAS 20 y 21.

6. ¿Qué tanto tiempo ha pensado (duración del pensamiento) en atender contra su vida?

0. Lo piensa por períodos cortos en forma pasajera  
1. La idea permanece por más tiempo  
2. El pensamiento es (crónico) constante

7. ¿Qué tan seguido (frecuencia del pensamiento) piensa en atentar contra su vida?

- 0. Lo piensa rara vez y ocasionalmente
- 1. Lo piensa intermitentemente
- 2. Lo piensa continuamente, persistentemente

8. Cuando tiene estos pensamientos ¿qué hace con ellos?

- 0. Los rechaza
- 1. Le son indiferentes o ambivalentes
- 2. Los acepta

9. Cuando se le presentan pensamientos de morir ¿qué hace con ellos?

- 0. Los ha podido controlar
- 1. Le es difícil o no se siente seguro de controlarlos
- 2. No puede controlarlos

10. ¿Hay alguna razón o motivo por el que usted se ha detenido o que le haya impedido llevar a cabo sus deseos de quitarse la vida (como la familia, sus creencias religiosas, intentos previos, etc.)?

- 0. No cometería suicidio porque hay motivos suficientes que se lo impedirían
- 1. Hay cierta duda por los motivos que lo impedirían
- 2. No le importan o tienen mínima importancia los motivos que se lo impiden

11. Dígame que razones tendría para llevar a cabo un intento

- 0. Sus intenciones son para manipular, llamar la atención o por venganza
- 1. Combinaciones de 0 y 1
- 2. Sus intenciones son para escapar, poner fin o resolver sus problemas

12. ¿Usted ha planeado en que forma se quitaría la vida?

- 0. No lo ha considerado
- 1. Lo ha considerado pero no en detalle
- 2. Lo ha considerado muy detalladamente

13. ¿Qué tan fácil le sería conseguir el método para llevarlo a cabo?

- 0. Le es difícil conseguir el método
- 1. La forma en la que planea destruirse le llevaría tiempo y esfuerzo, las oportunidades que tiene son pocas
- 2a. La forma en la que planea atentar contra su vida es factible porque hay oportunidades para lograrlo
- 2b. Hay alguna planeación anticipada del éxito para conseguir el método o la oportunidad de llevarlo a cabo

14. ¿Cree que podría llevar a cabo un intento?

- 0. Le asusta la idea, no es lo suficientemente fuerte, no tiene el valor, es incapaz de llevarlo a cabo
- 1. No está muy seguro de tener el valor de hacerlo, pero cree que es más capaz
- 2. Está totalmente seguro que lo puede llevar a cabo y tiene el valor y la capacidad de realizarlo

15. ¿Ha pensado en las consecuencias que tendría el autodestruirse?

- 0. No lo ha pensado
- 1. No está muy seguro
- 2. Sí lo ha pensado

16. ¿Ha preparado y planeado cómo autodestruirse?

- 0. No lo ha preparado
- 1. Lo ha preparado en forma parcial (empieza a preparar el método)
- 2. Lo ha preparado completamente (ya tiene el método)

17. ¿Ha escrito o pensado enviar a alguien una nota sobre los motivos por los que desea terminar con su vida?

- 0. No
- 1. Empezó a escribir pero no la terminó, solamente ha pensado en hacerlo
- 2. Ya tiene un escrito hecho

18. En el último mes ¿ha pensado o realizado en forma verbal o escrita la distribución de sus bienes?

- 0. No
- 1. Lo ha pensado y/o ha hecho algunos arreglos
- 2. Ha realizado arreglos y planes definitivos

19. En el último mes ¿ha dejado entrever sus intenciones de quitarse la vida?

- 0. Reveló abiertamente sus ideas
- 1. Evitó revelarlas
- 2. Trató de disimularlo o de ocultarlo

20. ¿Intentó suicidarse previamente?

- 0. No o nunca
  - 1. Una vez
  - 2. Más de una vez
- [PASE A PREGUNTA 21]

SUSPENSA

21. ¿Qué tanto desea morir en esta ocasión en comparación con la última vez que lo intentó?  
(0 ó 1 ANTERIOR = "0")

- 0. El deseo fue insignificante en esta ocasión
- 1. El deseo fue moderado, ambivalente en esta ocasión
- 2. Un gran deseo de morir en esta ocasión

22.....TOTAL

40

#### ESCALA DE DESESPERANZA

NOTA: AHORA LE VOY A HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SUS EXPECTATIVAS DEL FUTURO. POR FAVOR, DESCRIBA SU SITUACION EN LA ULTIMA SEMANA INCLUYENDO EL DIA DE HOY.

INSTR. ANOTE EN EL CUADRO CORRESPONDIENTE 0 SI EL PACIENTE RESPONDE FALSO; Y 1 SI RESPONDE CIERTO.

0 Falso

1 Cierto

1. Considera su futuro con esperanza y entusiasmo

2. Se daría por vencido al no poder hacer nada para que las cosas mejoren

3. Cuando las cosas salen mal, lo consuela saber que no pueden quedarse así para siempre

4. No puede imaginarse cómo será su vida en 10 años

5. Tiene suficiente tiempo para llevar a cabo las cosas que más quiere hacer

6. Espera triunfar en el futuro, en las cosas que más le interesan

50

7. Ve su futuro negro	<input type="checkbox"/>
8. Cree que es una persona afortunada y que puede conseguir más cosas buenas de la vida que la mayoría de las personas	<input type="checkbox"/>
9. No puede superar sus problemas y no cree que existe alguna razón para hacerlo en el futuro	<input type="checkbox"/>
10. Sus experiencias pasadas le ayudarán para enfrentar el futuro	<input type="checkbox"/>
11. Todo lo que espera del futuro es más desagradable que agradable	<input type="checkbox"/>
12. No espera conseguir lo que realmente desea	<input type="checkbox"/>
13. Cuando piensa en el futuro espera ser más feliz de lo que es ahora	<input type="checkbox"/>
14. Para usted las cosas no funcionan de la forma que desea	<input type="checkbox"/>
15. Tiene mucha esperanza en el futuro	<input type="checkbox"/>
16. Nunca consigue lo que se propone, por lo que es inútil desear obtenerlo.	<input type="checkbox"/>
17. Es poco probable que tenga alguna satisfacción real en el futuro	<input type="checkbox"/>
18. Su futuro le parece incierto	<input type="checkbox"/>
19. Piensa que en el futuro habrá más tiempos buenos que malos	<input type="checkbox"/>

20. Es inútil tratar realmente de conseguir algo porque probablemente no lo va a lograr.

21.....TOTAL




CONSUMO DE TABACO Y MEDICAMENTOS

NOTA: "LE VOY A HACER ALGUNAS PREGUNTAS EN RELACION AL USO DE CIGARROS Y MEDICINAS"

84. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

\_\_\_\_\_   
 especifique

No.   
 Cigarrillos

--	--

85. ¿Ha tomado alguna medicina en la última semana?

1. SI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 especifique cuál(es) y la dosis diaria (PASE A PREG. 86)

2. No (PASE A PREG. 87)

--

86. ¿El medicamento que consume?

1. Es por prescripción médica 2. Es por autoprescripción

--

HABITOS DE LA INGESTION DE ALCOHOL

NOTA: A CONTINUACION SE ENUMERAN ALGUNAS DE LAS EXPERIENCIAS QUE MUCHAS PERSONAS HAN REPORTADO EN RELACION AL USO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS. ME PODRIA INDICAR SI ESTA EXPERIENCIA LE HA OCURRIDO UNA VEZ Y/O EN EL ULTIMO AÑO. (PARA CADA "SI" A LA PREGUNTA A, REALICE PREGUNTA B).

	A Le ha pasado alguna vez		B Le ha pasado el último año		A	B
	SI	NO	SI	NO		
35. ¿Encontró difícil dejar de pensar en el alcohol?	1	2	1	2		70
36. ¿No comió por estar bebiendo?	1	2	1	2		
37. ¿Notó que no podía parar de beber una vez que había empezado?	1	2	1	2		
38. ¿Le fue difícil parar de beber antes de estar completamente intoxicado?	1	2	1	2		
39. ¿Necesitó tomar alcohol en la mañana después de haber tomado en exceso?	1	2	1	2		
40. ¿No pudo recordar qué sucedió la noche anterior mientras bebía?	1	2	1	2		
41. ¿Estuvo en situaciones en las que bebió más que sus amigos?	1	2	1	2	4	80
42. ¿Bebió rápidamente para acelerar el efecto del alcohol?	1	2	1	2		
43. ¿Falló en sus obligaciones habituales por haber bebido?	1	2	1	2		
44. ¿Se mantuvo intoxicado varios días seguidos?	1	2	1	2		10
45. ¿Necesitó más alcohol que antes para lograr los efectos deseados?	1	2	1	2		
46. ¿Trató de reducir la ingestión de alcohol?	1	2	1	2		
47. ¿Necesitó tomar alcohol en horarios en los que habitualmente no bebe?	1	2	1	2		
48. ¿Le temblaron las manos al día siguiente de haber bebido?	1	2	1	2		

CONSECUENCIAS SOCIALES

NOTA: "ALGUNAS VECES LA GENTE ACTUA DIFERENTE O TIENE PROBLEMAS POR BEBER. A CONTINUACION LE VOY A LEER UNA SERIE DE EXPERIENCIAS Y QUIERO QUE ME DIGA SI LE HA OCURRIDO ALGUNA VEZ Y/O EN EL ULTIMO AÑO".

	A		B		A	B
	Le ha pasado alguna vez		Le ha pasado en el último año			
	SI	NO	SI	NO		
49. ¿Se ha sentido deprimido después de beber?	1	2	1	2		
50. ¿Se ha sentido contento después de beber?	1	2	1	2		
51. ¿Ha perdido algún trabajo por beber?	1	2	1	2		
52. ¿Ha sufrido castigos, advertencias o pérdida de alguna promoción en el trabajo por su forma de beber?	1	2	1	2		
53. ¿Ha faltado al trabajo por su forma de beber?	1	2	1	2		
54. ¿Ha sido detenido por la policía o tenido problemas legales por haber chocado con otro vehículo u objeto en la vía pública por haber bebido?	1	2	1	2		
55. ¿Ha sido detenido por manejar después de haber bebido?	1	2	1	2		
56. ¿Ha sido detenido por embriagarse en lugares públicos y/o en la calle?	1	2	1	2		
57. ¿Ha sido atrepellado, lastimado o herido al estar bebiendo?	1	2	1	2		
58. ¿Ha atropellado a alguien después de haber bebido en exceso?	1	2	1	2		
59. ¿Ha sufrido caídas graves, y/o fracturas después de haber bebido?	1	2	1	2		
60. ¿Ha caído después de beber?	1	2	1	2		
61. ¿Ha sido lastimado (con golpes pistola u otro objeto) por beber?	1	2	1	2		

30

40

	A		B	
	SI	NO	SI	NO
62. ¿Ha lastimado (o lesionado con golpes o algún objeto o arma de fuego) a alguien mientras bebía?	1	2	1	2
63. ¿Se ha vuelto más amigable cuando bebe?	1	2	1	2
64. ¿Por cualquier pretexto se enoja después de beber?	1	2	1	2
65. ¿Se ha sentido culpable después de beber?	1	2	1	2
66. ¿Su familia y/o sus amigos se han preocupado por su forma de beber y le han sugerido que se modere? Quién _____ especifique	1	2	1	2
67. ¿Alguna relación personal se ha dañado por su forma de beber?	1	2	1	2
68. ¿Alguien en el trabajo se ha preocupado por su forma de beber o le ha sugerido que beba menos?	1	2	1	2
69. ¿Ha tenido problemas económicos porque su forma de beber repercute en la economía familiar?	1	2	1	2
70. ¿Algún médico le ha mostrado preocupación por su ingestión de alcohol, o le ha sugerido que tome menos?	1	2	1	2
71. ¿Algún médico le ha dicho que su consumo de alcohol puede ser peligroso para su salud?	1	2	1	2
72. ¿Alguien en su familia ha tenido problemas serios con el alcohol? Quién _____ especifique	1	2	1	2
73. ¿Alguien en su familia ha tenido Cirrosis Hepática? Quién _____ especifique	1	2	1	2

A	B
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70	<input type="checkbox"/>

CUADRO 1. CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE DESESPERANZA POR SEXO

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Escala total	0.5695	0.5793	0.563
Positivos	0.4209	0.484	0.3899
Negativos	0.4446	0.3716	0.466

**CUADRO 2. CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE DESESPERANZA POR TIPO DE SERVICIO**

	TOTAL	CONSULTA EXTERNA	URGENCIAS	HOSPITALIZACION
Escala total	0.5656	0.6164	0.5186	0.5346
Positivos	0.4209	0.4779	0.355	0.4379
Negativos	0.4448	0.4585	0.4813	0.3291

**CUADRO 3. CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE IDEACION SUICIDA  
POR SEXO**

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Escala total	0.9378	0.9135	0.9401

CUADRO 4. CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE IDEACION SUICIDA  
POR TIPO DE SERVICIO

	TOTAL	CONSULTA EXTERNA	URGENCIAS	HOSPITALIZACION
Escala total	0.9378	0.9295	0.94	0.9493



**CUADRO 5 -CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA  
DEL HOSPITAL GENERAL "DR. GEA GONZALEZ"  
N= 1094**

	f	%
<b>Sexo</b>		
hombres	326	29.8
mujeres	768	70.2
<b>Edad</b>		
18-29	498	45.5
30-45	342	31.3
46-65	254	23.2
<b>Estado civil</b>		
casado/unión libre	667	61
soltero	318	29.1
divorciado/separado	61	5.6
viudo	48	4.4
<b>Escolaridad</b>		
sin educación	116	10.6
primaria	525	48
secundaria	215	19.7
preparatoria/equivalente	135	12.4
profesional	102	9.3
<b>Ocupación</b>		
empleado	344	31.4
campesino/otros	53	4.8
ama de casa	550	50.3
estudiante	89	8.1
desempleado/jubilado	58	5.3
<b>Situación laboral</b>		
tiempo completo	340	31.1
medio tiempo/otros	296	27.1
no trabaja	457	41.8

**CUADRO 5 -CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA  
DEL HOPITAL GENERAL "DR. GEA GONZALEZ" (cont.)**

AREA DE ATENCION	f	%
consulta externa	392	35.8
urgencias	353	32.3
hospitalización	349	31.9

**CUADRO 6. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS E IDEACION SUICIDA EN PACIENTES  
DEL HOSPITAL GENERAL "DR. GEA GONZALEZ"**

**n = 1094**

El punto de corte fue 1, los sujetos que tuvieron un puntaje menor a 1, se consideraron sin ideación suicida, mientras aquellos que obtuvieron un puntaje mayor o igual a 1, fueron los considerados con ideación suicida. La escala que tienen un rango de 0 a 27.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	SIN IDEACION SUICIDA		CON IDEACION SUICIDA		$\chi^2$
	F	%	F	%	
<b>EDAD</b>					
18-29	445	45.8	48	43.6	
30-45	293	30.1	44	40	
46-65	234	24.1	18	16.4	
<b>TOTAL</b>	<b>972</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	$\chi^2= 5.70$ p= .057
<b>SEXO</b>					
femenino	670	68.9	88	80	
masculino	302	31.1	22	20	
<b>TOTAL</b>	<b>972</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	$\chi^2= 5.78$ p= 0.16
<b>ESTADO CIVIL</b>					
soltero	285	29.3	30	27.3	
casado / unión libre	599	61.6	59	53.6	
divorciado / separado	46	4.7	15	13.6	
viudo	42	4.3	6	5.5	
<b>TOTAL</b>	<b>972</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	$\chi^2= 15.36$ p= .0015 Prueba Exacta Fisher =0.005

**CUADRO 6. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS E IDEACION SUICIDA EN PACIENTES  
DEL HOSPITAL GENERAL "DR. GEA GONZALEZ" (CONT.)**

ESCOLARIDAD						
sin educación	103	10.6	12	10.9		
primaria	461	47.5	58	52.7		
secundaria	189	19.5	22	20		
preparatoria o equivalente	121	12.5	13	11.8		
profesional	97	10	5	4.5		
TOTAL	972	100	110	100	$\chi^2= 3.72$	$p= .444$
OCUPACION						
empleado	309	31.8	31	28.2		
campesino/ otros	48	4.9	5	4.5		
ama de casa	484	49.8	59	53.6		
estudiante	82	8.4	7	6.4		
desempleado	49	5	8	7.3		
TOTAL	972	100	110	100	$\chi^2= 2.18$	$p= .702$
SITUACION LABORAL						
tiempo completo	301	31	36	32.7		
medio tiempo/ otros	268	27.6	25	22.7		
no trabaja	402	41.4	49	44.5		
TOTAL	972	100	110	100	$\chi^2= 1.19$	$p= .550$

**CUADRO 6. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS E IDEACION SUICIDA EN PACIENTES  
DEL HOSPITAL GENERAL "DR. GEA GONZALEZ" (CONT.)**

AREA DE ATENCION						
consulta externa	332	34.2	51	46.4		
urgencias	316	32.5	37	33.6		
hospitalización	324	33.3	22	20		
TOTAL	972	100	110	100	$\chi^2 = 9.69$	$p = .0078$

**CUADRO 7. DROGAS E IDEACION SUICIDA EN PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL  
"DR. GEA GONZALEZ"**

n = 1094

El punto de corte fue 1, los sujetos que tuvieron un puntaje menor a 1, se consideraron sin ideación suicida, mientras aquellos que obtuvieron un puntaje mayor o igual a 1, fueron los considerados con ideación suicida, la escala tiene un rango de 0 a 27.

CONSUMO DE TABACO Y MEDICAMENTOS	SIN IDEACION SUICIDA		CON IDEACION SUICIDA		$\chi^2$
	F	%	F	%	
<b>CONSUMO DE CIGARRILLOS</b>					
0 cigarrillos	730	75.6	86	78.9	
1 - 5 cigarrillos diarios	141	14.6	14	12.8	
6 - 10 cigarrillos diarios	54	5.6	2	1.8	
11 o más cigarrillos diarios	40	4.1	7	6.4	
<b>TOTAL</b>	<b>965</b>	<b>100</b>	<b>109</b>	<b>100</b>	$\chi^2 = 4.16$ p = .244 Prueba Exacta Fisher = 0.227
<b>CONSUMO MEDICAMENTOS</b> (última semana)					
no consumió	450	47.4	47	43.9	
si con prescripción médica	452	47.6	54	50.5	
si con autoprescripción	47	5	6	5.6	
<b>TOTAL</b>	<b>949</b>	<b>100</b>	<b>107</b>	<b>100</b>	$\chi^2 = .493$ p = .781

**CUADRO 8a. DESESPERANZA E IDEACION SUICIDA EN PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL  
"DR. GEA GONZALEZ"**

n = 1094

El punto de corte fue 1, los sujetos que tuvieron un puntaje igual a 1, se consideraron sin ideación suicida, mientras aquellos que obtuvieron un puntaje mayor a 1, fueron los considerados con ideación suicida. La escala tiene un rango de 0 a 27.

DESESPERANZA	SIN IDEACION SUICIDA		CON IDEACION SUICIDA		t-TEST	Intervalo de confianza 95%
	MEDIA	SD	MEDIA	SD		
ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK  (rango 0 - 20)	5.54	2.42	7.51	3.05	t= 6.53 p= 000	1.373 - 2.568

**CUADRO 8b. DESESPERANZA E IDEACION SUICIDA EN PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL  
"DR. GEA GONZALEZ"**

n = 1094

El punto de corte fue 1, los sujetos que tuvieron un puntaje menor a 1, se consideraron sin ideación suicida, mientras aquellos que obtuvieron un puntaje mayor o igual a 1, fueron los considerados con ideación suicida. La escala tiene un rango de 0 a 27.

DESESPERANZA	SIN IDEACION SUICIDA		CON IDEACION SUICIDA		X <sup>2</sup>
	F	%	F	%	
ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK					
primer cuartil	367	37.8	20	18.2	
segundo cuartil	343	35.3	24	21.8	
tercer cuartil	216	22.2	51	46.4	
cuarto cuartil	45	4.6	15	13.6	
TOTAL	971	100	110	100	X <sup>2</sup> = 53.62 p= .0000

**CUADRO 9. ALCOHOL E IDEACION SUICIDA EN PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL  
"DR. GEA GONZALEZ"**

n = 1094

El punto de corte fue 1, los sujetos que tuvieron un puntaje igual a 1, se consideraron sin ideación suicida, mientras aquéllos que obtuvieron un puntaje mayor a 1, fueron los considerados con ideación suicida. La escala tiene un rango de 0 a 27.

CONSUMO DE ALCOHOL	SIN IDEACION SUICIDA		CON IDEACION SUICIDA		X <sup>2</sup>
	F	%	F	%	
<b>PATRON DE CONSUMO*</b>					
abstemios	749	77.2	65	77.3	X <sup>2</sup> = 3.34 p = .501 Prueba Exacta Fisher = 0.535
bebedores frecuentes bajos	66	6.8	7	6.4	
frecuentes moderados/baja cantidad	76	7.8	7	6.4	
bebedores frecuentes /cantidad moderada	54	5.6	5	4.5	
bebedores consuetudinarios	25	2.6	6	5.5	
<b>TOTAL</b>	<b>970</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	
<b>PROBLEMAS RELACIONADOS** CON LA INGESTION DE ALCOHOL ALGUNA VEZ</b>					
si	71	7.3	14	12.7	X <sup>2</sup> = 4.01 p = .045
no	901	92.7	96	87.3	
<b>TOTAL</b>	<b>972</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	

\*abstemios: los sujetos que no beben en los últimos 12 meses.

bebedores frecuentes bajos: sujetos que beben menos de 3 a 4 veces durante los últimos 6 meses

bebedores frecuentes moderados/baja cantidad: sujetos que beben menos de 2 a 3 veces en un mes y toman 6 o más copas pero nunca 12 o más copas

bebedores frecuentes/cantidad moderada: quienes beben diario o 1 a 2 veces por semana y toman 12 o más copas, no más de una vez al mes.

bebedores consuetudinarios: beben diario o 1 a 2 veces por semana y toman 12 o más copas semanalmente o diario



**CUADRO 9. ALCOHOL E IDEACION SUICIDA EN PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL  
"DR. GEA GONZALEZ" (CONT.)**

<b>PROBLEMAS RELACIONADOS** CON LA INGESTION DE ALCOHOL ULTIMO AÑO</b>					
si	54	5.6	8	7.3	
no	918	94.4	102	92.7	
<b>TOTAL</b>	<b>972</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	<b>X<sup>2</sup>= 539    p=.462</b>
<b>PROBLEMAS SOCIALES*** RELACIONADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL ALGUNA VEZ</b>					
si	81	8.3	17	15.5	
no	891	91.7	93	84.5	
<b>TOTAL</b>	<b>972</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	<b>X<sup>2</sup>= 6.06    p=.013</b>
<b>PROBLEMAS SOCIALES *** RELACIONADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL ULTIMO AÑO</b>					
si	72	7.4	13	11.8	
no	900	92.6	97	88.2	
<b>TOTAL</b>	<b>972</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	<b>X<sup>2</sup>= 2.65    p=.103</b>

\*\*problemas con la ingestión de alcohol se refiere a experiencias en los hábitos del uso de bebidas alcohólicas

\*\*\* problemas sociales, engloba problemas económicos, legales, familiares, de salud, de trabajo e interpersonales

**CUADRO 10-Regresión Logística Simple-Riesgo de Ideación Suicida y características sociodemográficas en un Hospital General.**

	odds ratio	intervalo de confianza 95%	Prob.
<b>Sexo</b>			
hombres	1		
mujeres	1.803	1.10 - 2.93	0.018
<b>Edad</b>			
18-29	1		
30-45	1.392	.90 - 2.15	0.136
46-65	0.7131	.40 - 1.25	0.24
<b>Estado civil</b>			
casado/unión libre	1		
soltero	1.069	.67 - 1.69	0.778
divorciado/separado	3.311	1.74 - 6.28	0.001
viudo	1.45	.59 - 3.55	0.416
<b>Escolaridad</b>			
sin educación	1		
primaria	1.08	.55 - 2.08	0.819
secundaria	0.9991	.47 - 2.10	0.998
preparatoria/equivalente	0.9222	.40 - 2.10	0.848
profesional	0.4424	.15 - 1.30	0.139
<b>Ocupación</b>			
empleado	1		
campesino/otros	1.038	.38 - 2.80	0.941
ama de casa	1.215	.76 - 1.92	0.404
estudiante	0.8509	.36 - 2.00	0.711
desempleado/jubilado	1.627	.70 - 3.74	0.252
<b>Situación laboral</b>			
tiempo completo	1		
medio tiempo/otros	0.78	.45 - 1.33	0.364
no trabaja	1.019	.64 - 1.60	0.935

**CUADRO 10-Regresión Logística Simple-Riesgo de Ideación Suicida con características sociodemográficas en un Hospital General (cont.).**

	odds ratio	intervalo de confianza 95%	prob.
Areas de atención	1		
consulta externa	0.7622	.48 - 1.19	0.237
urgencias	0.442	.26 - .745	0.002
hospitalización			

**CUADRO 11-Regresión Logística Simple- Riesgo de Ideación Suicida con consumo de alcohol/drogas en un Hospital General**

	odds ratio	intervalo de confianza 95%	prob.
Consumo de Cigarrillos			
no fuma	1		
1-5 cigarrillos diarios	0.8428	.46 - 1.52	0.572
6-10 cigarrillos diarios	0.3144	.75 - 1.31	0.112
11 o más cigarrillos diarios	1.485	.64 - 3.41	0.352
Consumo de Medicamentos			
no consumo	1		
si con prescripción	1.144	.75 - 1.72	0.523
si sin prescripción	1.222	.49 - 3.01	0.662
Patron de Consumo de Alcohol			
abstemios	1		
frecuentes bajos	0.9346	.41 - 2.10	0.87
frecuente moderado/baja cantidad	0.8116	.36 - 1.81	0.612
frecuentes/cantidad moderada	0.8159	.31 - 2.09	0.672
consuetudinarios/alta cantidad	2.115	.84 - 5.30	0.11
Dx de vida de alcohol			
no	1		
si	1.851	1.00 - 3.40	0.048
Dx de vida de alcohol último año			
no	1		
si	1.333	.61 - 2.88	0.464
Problemas sociales relacionados con el alcohol alguna vez			
no	1		
si	2.011	1.14 - 3.53	0.015
Problemas sociales relacionados con el alcohol último año			
no	1		
si	1.675	.89 - 3.13	0.107

**CUADRO 12-Regresión Logística Simple- Riesgo de Ideación Suicida con desesperanza en un Hospital General**

	odds ratio	intervalo de confianza 95%	prob.
<b>Escala de Desesperanza de Beck</b>			
primer cuartil	1		
segundo cuartil	1.284	.69 - 2.36	0.423
tercer cuartil	4.333	2.51 - 7.46	0.001
cuarto cuartil	6.117	2.92 - 12.79	0.001

**CUADRO 13-Regresión Logística Múltiple-Riesgo de Ideación Suicida con características sociodemográficas, alcohol y desesperanza en un Hospital General.**

	odds ratio	intervalo de confianza 95%	prob.
<b>Sexo</b>			
hombres	1		
mujeres	1.905	1.01 - 3.57	0.045
<b>Edad</b>			
18-29	1		
30-45	1	60 - 1.64	1
46-65	0.4396	22 - 85	0.015
<b>Estado civil</b>			
casado/unión libre	1		
soltero	1.153	68 - 1.95	0.596
divorciado/separado	3.051	1.53 - 6.05	0.001
viudo	1.436	53 - 3.83	0.47
<b>Patron de Consumo de Alcohol</b>			
abstemios	1		
frecuentes bajos	1.185	.49 - 2.82	0.702
frecete moderado/baja cantidad	1.213	49 - 2.96	0.671
frecuentes/cantidad moderada	1.333	.47 - 3.70	0.582
consuetudinarios/alta cantidad	3.334	1.11 - 9.99	0.032
<b>Escala de Desesperanza Beck</b>			
primer cuartil	1		
segundo cuartil	1.222	.65 - 2.27	0.527
tercer cuartil	4.102	2.34 - 7.17	0.001
cuarto cuartil	6.812	3.13 - 14.81	0.001