



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

“LA IDEACION SUICIDA EN ADOLESCENTES
DEPENDIENTES A SUSTANCIAS ADICTIVAS EN CENTROS
DE INTEGRACION JUVENIL”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

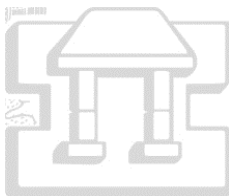
L u z A l i n a N u m a P a c h e c o

Comisión Dictaminadora:

Lic. José Carlos Rosales Pérez

Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo

Dra. Martha Córdova Osnaya



Tlalnepantla, Estado de México. 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Pag.
Introducción	4
Capítulo I. El Suicidio	7
1.1 Antecedentes Históricos del Suicidio	7
1.2 Definición de Suicidio	10
1.2.1 Acto Suicida	12
1.3 Tipos de Suicidio	15
1.4 Causas	17
1.4.1 Factores Biológicos	18
1.4.2 Factores Sociales	19
1.4.3 Factores Psicológicos	20
1.4.4 Trastornos Psiquiátricos	22
Capítulo II. La ideación suicida en adolescentes dependientes a sustancias adictivas.	24
2.1 Adolescentes dependientes a sustancias adictivas	26
2.2 La adolescencia vista como un grupo de riesgo	26
2.3 Características de los adolescentes consumidores de sustancias adictivas	28
2.3.1 Factores de riesgo en consumidores de sustancias adictivas	30
2.3.2 Fármaco Dependencia (drogas y dependencia)	31
2.3.3 Condiciones psicológicas y sociales en dependientes a sustancias adictivas	34
2.3.4 Factores de riesgo suicida en consumidores a sustancias adictivas	37
2.3.5 Ideación Suicida en Adolescentes	39

2.4 Centros de Integración Juvenil	40
2.4.1 Clasificación de los jóvenes usuarios de sustancias adictivas.	42
Capítulo III. Método	45
3.1. Planteamiento del problema	45
3.1.1 Pregunta de investigación	45
3.1.2 Hipótesis	45
3.2. Población	46
3.2.1 Muestreo	46
3.2.2 Procedimiento para el contacto y obtención del permiso CIJ	47
3.2.3 Variables	48
3.2.4 Instrumentos	49
3.2.5 Aparatos	49
3.2.6 Materiales	50
3.2.7 Lugar	50
3.2.8 Diseño de investigación	50
3.3. Procedimiento	51
Capítulo IV. Resultados	54
Capítulo V. Análisis y Conclusiones	65
Bibliografía	71
Anexos	80

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo principal el proporcionar información científica que ayude a los profesionales de la salud y público en general, interesados en conocer acerca del suicidio. Pues debido al incremento de éste en nuestra población y sobre todo en jóvenes de 15 a 24 años de edad, nos coloca en la necesidad de aportar herramientas que detecten y prevengan posibles suicidios en estos adolescentes. Qué eligiendo un grupo de riesgo a los jóvenes en la etapa de la adolescencia, encontramos que en algunos trabajos se descubrió que el consumo de drogas tenía repercusión en el intento de suicidio o el suicidio consumado. Es entonces que nacen dos variables a conjugar: una los adolescentes dependientes a sustancias adictivas y otra considerando como la primera etapa del suicidio: la ideación suicida. El trabajo se define a investigar la relación de “La ideación suicida en adolescentes dependientes a sustancias adictivas”, que apoyados por Centros de Integración Juvenil, (institución que tiene años de atender a jóvenes con problemas de drogadicción), se toma la clasificación en la etapa de diagnóstico mediante la aplicación del DSM-IV, surgiendo los dependientes funcionales y disfuncionales, como el grupo de dependientes, a comparar entre ellos y a su vez con un grupo con edades y sexos iguales en adolescentes sin adicciones. Tomando como referencia que a mayor dependencia de sustancias adictivas se presentaría mayor ideación suicida y por ende el grado de planificación e intentos de suicidio. A todos los sujetos se les aplicó la escala de ideación suicida de Beck, 66 individuos dependientes (33 disfuncionales y 33 funcionales) y 66 no adictos; encontrando que los disfuncionales el 52% tienen ideación suicida y 18% en los funcionales, con rangos en disfuncionales de 6 a 39 y en los funcionales el rango de 25 a 48 (rechazando la hipótesis nula) y en los no adictos el 39% obtuvo un rango 6 a 7 y el 21% del 22 al rango 40. Además de que en disfuncionales que presentaron ideación suicida y los que no la registraron, se encontró que si han tenido intentos de suicidio previos, convirtiéndolos en un grupo de alto riesgo de cometer suicidio. En la comparación que se hizo con los adolescentes sin adicciones con las mismas edades y sexo del grupo de dependientes, se observó que aún teniendo un alto porcentaje (60%) de jóvenes los pensamientos de muerte el rango alcanzado no se considera como grave y tampoco en los intentos de suicidio, pues en la muestra de 66 sujetos ninguno lo había intentado previamente a la aplicación de la escala.

INTRODUCCION

Este trabajo de investigación está dirigido a profesionales de la salud y público en general interesado en conocer información inédita acerca de la presencia de la ideación suicida en adolescentes dependientes a las drogas que acuden a los Centros de Integración Juvenil del Distrito Federal y como esta información puede ser usada para prevenir y detectar el peligro de suicidio. Las cifras de la Organización Mundial de la Salud determinan que cada año se suicidan en el orbe cerca de un millón de personas, y que es la primera causa de muerte violenta de hombres y mujeres entre 15 y 34 años de edad. En México el Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática (INEGI), informa que en 1997 la mayor parte de los suicidios se llevaron a cabo por la población comprendida entre los 20 y 24 años, seguidos por los sujetos de entre 15 y 19 años; y que para el año 2005 los adolescentes estarían representando el grupo de edad más proclive a cometer suicidios. El Consejo Nacional de Población (CONAPO), para éste mismo año (2005) identifica el suicidio juvenil como la tercera causa de muerte en los adolescentes sólo después de los decesos por accidentes automovilísticos y homicidios, indicando el notable incremento en las tasas de suicidios aparece en la población infantil y juvenil a nivel nacional, pero sobre todo en el Distrito Federal, Yucatán, Campeche, Tabasco y Jalisco (Stadelmann,2006).

El suicidio comienza a ser objeto de preocupación por parte de la Psicología Clínica a mediados de la década de los setenta, cobrando relevancia durante los últimos diez años dado el aumento sistemático en las estadísticas de causas de muerte llegándose a considerar dicha problemática suicida como una grave preocupación de salud pública (Baldessarini,2003).

Identificar cuales son los grupos de riesgo de la conducta suicida y los principales sectores sociales vulnerables a la ideación suicida en función de edad y género es un trabajo ya realizado por diferentes investigadores, entre ellos Pérez Barrero (1996), quien señala que un grupo de riesgo importante son los adolescentes dada la vulnerabilidad

derivada por el enfrentamiento a los inevitables momentos de transición y confusión propios de la etapa de desarrollo, así como del aumento de la tasa de suicidios en éste grupo.

Notimex (2003), daba a conocer que la tasa anual de suicidio en México para el año 2002, era del 5.7% y que en el grupo poblacional de 15 a 24 años ocupaba la cuarta causa de muerte, coincidiendo acerca de la alta concentración de la conducta suicida en la población adolescente. En donde el grupo de 15 a 24 años y residentes de zonas urbanas en México se colocaban como el de mayor riesgo. Además se ha observado que el uso y dependencia a sustancias adictivas en los adolescentes se relaciona con el pensamiento de suicidio como lo reportan los Centros de Integración Juvenil (2001), señalando que: “la tercera parte de los pacientes que acuden a tratamiento el 31.9% pensaron seriamente en suicidarse, que uno de cada 5 planeó como hacerlo (20.7%) y que el 11.4% lo intentaron”. Y dado que en estas instituciones se les da atención a los jóvenes para ser rehabilitados en cuanto al consumo de drogas, pero no se atiende la conducta suicida, una pregunta a responder es que relación existe entre la atención que se les brinda y la permanencia o cambio en el pensamiento suicida. Ya que ello conllevaría a indicar la necesidad de atender, además de la dependencia al uso de sustancias, la problemática suicida de los jóvenes. Siendo esta pregunta, la que se responderá en la presente investigación.

El contenido de esta tesis comprende, en su primer capítulo los antecedentes históricos del suicidio, sus definiciones, tipos y causas del suicidio. En el segundo capítulo se profundiza en lo que es la ideación suicida, sus características, su aparición en adolescentes dependientes a sustancias adictivas. Así como una breve revisión de la etapa adolescente como grupo de riesgo, los factores de riesgo, la dependencia a las drogas, las condiciones sociales y psicológicas de los dependientes a sustancias adictivas y la clasificación que realiza Centros de Integración (CIJ) en su fase diagnóstica, informando como y quién inicia CIJ, en México como, y porqué se interesa en la atención a jóvenes que usan o consumen drogas. En el capítulo tercero se presenta la metodología utilizada para conseguir los datos y en los capítulos cuarto y quinto se exponen los resultados, análisis y conclusiones respectivamente.

CAPITULO I El Suicidio.

1.1 Antecedentes Históricos del Suicidio.

El suicidio se ha producido en todos los grupos y en todas las sociedades y el vasto testimonio documental refleja la inquietud de su significado. Las sociedades se lo han explicado con diferentes y controvertidas actitudes, que implican valoraciones de tipo religioso, filosófico, intelectual, social o popular. Por lo que puede ser observado como muestra inequívoca de valor y libertad, o de cobardía y debilidad; enaltecido o banalizado; según sea el caso.

Lo siguiente es una breve revisión histórica que enuncia algunas de estas ideas sociales acerca del suicidio, brindando una noción de cómo han evolucionado estas ideas, así como las concordancias que existen entre ellas a pesar del tiempo y la distancia.

Desde siglos pasados y hasta hace muy pocos años se ha considerado al suicida como una persona afectada por la locura que provoca una tragedia familiar con su conducta fatal. Llenando a la familia de vergüenza y dejando una marca tal que la familia entera se ve obligada a emigrar donde nadie les conozca, intentando "borrar" lo sucedido "enterrarlo".

En la historia se encuentran diferentes manifestaciones que dan cuenta de los antecedentes del rechazo social del suicidio. Así en el Islamismo se presentaba una condena explícita al suicidio. En su libro sagrado el Corán, dice:" El hombre no muere sino por voluntad de Dios; cuando el término llegue, no podrá ni retrasarlo ni adelantarlo ni un solo instante" (Montalbán, 1998). Por lo que en esta religión el suicidio es un acto de insubordinación y rebeldía, una falta grave al deber fundamental. Por su parte, para el Cristianismo que es una de las religiones más practicada en todo el mundo, el suicidio era considerado como un gesto heroico o al menos admisible en algunas circunstancias, aceptando el martirio como una manera de escapar al deshonor, o a la violación y en todo caso, era como se entraría directamente al reino de los cielos (Sarro,1991). Muchos años después esto iría cambiando debido a la gran autoridad ejercida por San Agustín, adoptando una doctrina basada en el mandamiento bíblico: "No Mataras". Aplicando sucesivas

condenas al suicidio, por ejemplo: en Arles (452) se consideraba el suicidio como una inspiración demoníaca; en Orleáns (533) eran sancionados con penas a esclavos y servidores; en Braga (562) no importando la circunstancia, la sanción se extendería a todos los casos; en Toledo (693) todos los autores del suicidio eran excomulgados, en el siglo XIII Santo Tomás de Aquino argumentó que el suicidio era un pecado mortal contra Dios; durante los siglos XVIII y XIX la ética predominante seguía siendo el condenar estos actos por ir en contra del orden establecido o contra Dios. En el siglo XX teólogos como Best (1990 citado en Sarro y de la Cruz 1991) identificaban al suicidio como una tragedia.

Montalban (1998), nos relata que en el siglo XX en los Estados Unidos de Norteamérica (USA) tribus como los Sioux y Cheyenne consideran al suicidio como honroso, necesario y legal, ya que es un acto unido a sus costumbres. Y que en la India, en la secta de los Jaina los fieles se arrojaban a las ruedas del carro de su divinidad o en su caso, la viuda se inmolaba en la pira funeraria de su esposo porque la muerte se consideraba solo el paso a una vida distinta, muchas veces mejor, dependiendo de cómo se vivió y murió. Siendo que solo a partir del año de 1829 fueron declaradas como ilegales estas ceremonias funerarias. En China algunas formas de suicidio estaban institucionalizadas o toleradas, como en los que cometían un delito grave o eran responsables de una derrota militar; así durante el gobierno del emperador Chi-Koang-Ti unos quinientos filósofos de la escuela de "Confucio" se precipitaron al mar para no sobrevivir a la quema de sus libros sagrados. En Japón ha existido un índice muy elevado de suicidios que se unen al respeto de las tradiciones (como el seppuko y el hara-kiri), en donde el suicidio es una forma de muerte tradicional excelentemente valorada (Villardón, 1993).

En el continente Africano el suicidio es frecuente desde la antigüedad; se dice que uno de los grandes reyes llamado Sesostris, en su vejez se mató con calma y lúcidamente. En Egipto en la época de Cleopatra se crea una academia llamada Synapothanumenes, donde se investigaban los mejores métodos para morir sin dolor. En Nigeria, ligado a costumbres tribales; en los Yurubas, en el caso de mujeres estériles, éstas se suicidaban y también los reyes al abdicar (Sarro y De la Cruz 1991).

En el continente Europeo, la cultura griega y romana se caracterizaba por valorar positivamente la conducta suicida como un acto loable incluso como un deber para evitar un juicio, castigo o deshonor. Las enseñanzas filosóficas de los cínicos, estoicos y epicúreos planteaban que la vida y la muerte eran indiferentes. En estos pueblos de la antigüedad se aceptaba como causas desencadenante de un acto suicida el patriotismo, la amistad, el amor, la castidad, la enfermedad física y psíquica, el honor y la gloria. Sin embargo en un mismo periodo histórico en Grecia las reacciones ante el suicidio eran diferentes variando entre la tolerancia y la condena. En Francia, en la época medieval (s.XIII) se actuaba contra el cadáver de un suicida, por ejemplo en París se mostraba el cuerpo boca abajo, sobre un encarnizado y se colgaba posteriormente en la plaza patibularia. En Metz, el cadáver era introducido en un tonel y lanzado a las aguas del Mosela. En Zurich se castigaba al cuerpo en el lugar donde había pecado el suicida, se le clavaba una estaca en la cabeza, si éste se había apuñalado para producirse la muerte (Sarro y De la Cruz,1991).

Antes de Cristo, el suicidio, era ejecutado por los Numantinos que preferían morir antes que entregarse al enemigo. Los habitantes de Sagunto siguieron la misma senda para evitar ser apresados por Aníbal. En la actualidad podemos ver lo que sucede en países como Irak, donde el suicidio es considerado como un privilegio para vengarse de los enemigos de su país, entregándose envueltos en explosivos en lugares estratégicos en donde con antelación preparan la muerte de otros a través de su propia inmolación, llevada a cabo con la convicción de que su Dios purificará y salvará sus almas gracias a que dan su vida a cambio de atacar a sus invasores. En México, la idea religiosa reciente podría expresar que la vida compete a la voluntad del creador y que sólo él sabe el momento de la muerte, esta expresión la vemos frecuentemente en los seguidores de Cristo, en el cual se prohíbe el suicidio, “No matarás”, explicitando que ni a otro, ni a ti mismo, ya que el que se mata se considera asesino del hombre (Pierre,1992).

Por lo que la perspectiva histórica del suicidio indica que ha sido un fenómeno que a transitado a través de dos posiciones: una penalizándolo, castigándolo, como un acto contrario y aberrante a la naturaleza humana, otra, exaltándolo y aún propiciándolo como un acto de la más alta calidad humana, sobre todo cuando se vincula la religión con los

intereses políticos de las culturas en donde así se plantea. En cuanto al estudio del suicidio como un problema humano no cabe ni la penalización ni la exaltación, sino la consideración objetiva de lo que realmente es el suicidio un problema de múltiples dimensiones: social, biológica y psicológica. En este trabajo se tratará especialmente la dimensión psicológica del suicidio.

1.2 Definición de Suicidio.

La palabra suicidio esta compuesta del latín **sui** de sí mismo y **caedere** matar, (Salvat, 1978). Se entiende que en el suicidio se “incluyen todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima, la que es consciente de la meta a lograr” (Farberow, 1989). Para Merani (1976) el suicidio es una conducta intencional que lleva a quitarse la vida, o también la omisión de actividades necesarias para preservarla: negligencia frente a los peligros. Para Durkheim (2003), el suicidio, es: "todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado". Se ha implicado, por otra parte, que el suicidio involucra también una concepción de la muerte y la combinación del deseo consciente de muerte con la acción, para llevar a cabo este deseo. Así Pierre (1992) lo ha definido como “la vía final común y el desenlace de un fracaso progresivo de la adaptación, con aislamiento y alteración de la red de relaciones humanas que nos sostienen y dan significado a la vida, desvaneciéndose esa fuerza misteriosa y vital que hace que toda criatura viviente deseé seguir viva”.

Sin embargo hay posturas que contravienen a todo lo anterior como la del profesor Ringel (1989) que indica que...”el suicidio *no* puede ser elegido realmente, ya que es una *compulsión interna irresistible e intensa, volviendo nula y sin valor cualquier elección*”, o Boldt (citado en Morgán, 1983) que expresa en este mismo sentido: que el suicidio es un acto forzoso para resolver problemas abrumadores, y que estas personas suicidas que lo cometen contribuyen al mito de que el suicidio es un acto voluntario, contribuyendo a presentar la muerte como digna, heroica o romántica; cuando en realidad es “*una protesta desesperada contra una situación vital intolerable*”.

De acuerdo a las definiciones mencionadas, se identifican los siguientes elementos: primero el suicidio puede ser un “acto voluntario” o una compulsión irresistible e intensa, segundo, si es voluntario, es por tanto un acto intencional, tercero, es un “acto ejecutado por la propia víctima”, cuarto, ejecutado con el propósito de provocar la muerte. Por lo que la conducta consciente dirigida hacía la interrupción de la vida de un modo propio que puede responder también a una compulsión imposible de resistir. En este trabajo se asume que el suicidio inicia con la idea de quitarse la vida, seguida de la decisión de hacerlo, prosiguiendo con la planificación del acto, para llegar a la ejecución del mismo, lo cual es ocasionado por múltiples causas que puedan o no ser del conocimiento de la propia víctima. Sin embargo el pensamiento de terminar con su propia existencia adquiere el único elemento seguro del individuo: *dar por terminado el dolor que causa el hecho de seguir con vida*, lo cual puede darse en el marco de un acto impulsivo.

1.2.1 Acto Suicida

La importancia de estudiar el acto de suicidio, es poder movernos en el tiempo y superar las explicaciones a posteriori del acto suicida, girar imaginariamente las manecillas para ocuparnos de lo que nadie vio antes del hecho de muerte, esto es, de las señales que antecedieron al acto suicida. En la práctica psiquiatra (Stengel,1965) se han detectado algunos indicadores de un acto suicida inminente, y que a continuación se enumeran:

- 1.- Depresión con sentimientos de culpa, desvalorización y auto-acusaciones, asociadas con tensión y agitación;
- 2.- Hipocondría severa, generalmente sobre síntomas físicos;
- 3.- Insomnio con gran preocupación por sí mismo;
- 4.- Temor a la pérdida de control, a herir a otros o a sí mismo;
- 5.- Intento previo de suicidio;
- 6.- Hablar y preocuparse acerca del suicidio;
- 7.- Actitud indiferente hacia los parientes o aislamiento social;
- 8.- Suicidio(s) en la familia;
- 9.- Enfermedad física grave;
- 10.- Afición al alcohol o a drogas;

- 11.- Hacia el final de un periodo de enfermedad depresiva;
- 12.- Los sueños de catástrofes, caídas y autodestrucción
- 13.- Desempleo y dificultades financieras

Pokorny (1986), por su parte, propone tres grandes categorías para describir la conducta suicida: a) el suicidio consumado, b) el intento de suicidio y c) las ideas suicidas. Concluyendo que las ideas de suicidio pueden inferirse de la conducta, aunque con mucha cautela, a través de la comunicación del paciente; ya sea por medios escritos, en entrevista o por medio de un cuestionario. Beck (1974) y Diekstra (1995) indican que los actos suicidas son una graduación secuencial que va desde la ideación, pasando por la amenaza, la tentativa hasta llegar al suicidio consumado.

La Organización Mundial de la Salud OMS (1990) emplea la expresión “acto suicida” a todo hecho por el que un individuo causa así mismo una lesión cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil. Villardón (1993) dice que en la conducta suicida hace referencia a la llamada *crisis de afección moral* desencadenada por las múltiples incidencias de la vida como son la ambición, la venganza, el orgullo, la ira, el temor, remordimientos y amores contrariados. Considera que en algunos repercuten en un acto suicida, los problemas familiares y las dificultades económicas. Para Cristman (2000), en el acto suicida siempre habrá una lucha interna entre el deseo de morir y el de seguir viviendo, de lo cual se supone que por lo general el individuo suicida, pedirá auxilio de una u otra forma. Pfeffer (1988) considera a la conducta suicida como un continuo que va de la ideación, la planificación, la amenaza hasta llegar al intento y el suicidio consumado.

Pérez, B. (1997), utiliza la expresión de *parasuicidio* para señalar al intento suicida, la tentativa de suicidio, al intento de *auto eliminarse* y *auto lesión* intencionada. Y además lo considera como todo acto sin resultado de muerte en el cual el individuo deliberadamente se causa daño a sí mismo; coincidiendo con autores como Casullo, Bonaldi y Fernández (2000) indicando que los actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que los ejecuta, deben ser poco habituales. Farberow (1989) por su parte clasifica como parasuicidio a las conductas que aunque no terminan con la muerte si la ponen en riesgo; denominando “suicidios directos” a toda acción que perjudique o que

vaya en contra de la preservación de la vida tal como conducir a altísima velocidad, a los accidentes de tránsito, a huelgas de hambre o al rechazo de tomar una medicación necesaria.

Baldessarini y Toldo (2003), plantea la definición de conducta suicida pasiva, como el desinterés por vivir, que sucede cuando el individuo se encuentra privado de proyectos vitales y de un campo idóneo para ejecutarlos.

Schneidman y Farberow (1979), amplían el concepto de suicidio con extensa gama de posibilidades autodestructivas heterogéneas en su forma y expresión, aunque con un fondo común como es el diálogo-juego con la idea de la muerte que implican un riesgo para la vida. Definiendo que los actos suicidas son un continuo que va desde ideación suicida, amenazas y gestos, tentativa de suicidio y suicidio consumado, dividiendo las conductas autodestructivas en dos categorías:

- a) Las conductas autodestructivas directas que corresponden a la tentativa y al suicidio consumado.
- b) Las conductas autodestructivas indirectas que tienen un carácter insidioso y prolongado, y que clasifican a los suicidas en 4 grupos:
 - Aquellos cuyas creencias les hacen considerar el suicidio como una transición a una vida mejor
 - Los que se sienten tan solos que lo viven como una liberación y representa una huida de una situación intolerable, de la vida real
 - A los considerados como psicóticos que se suicidan en respuesta a sus alucinaciones o ideas delirantes
 - Los que se suicidan por despecho y con la creencia de que la gente se afligirá y que ellos, de alguna forma, estarán ahí para ver su aflicción

Proponiendo por su parte los siguientes elementos del comportamiento suicida:

1. El propósito común del suicidio es buscar una solución

2. El objetivo común es el cese de la conciencia del contenido insufrible de la mente
3. El estresor común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas
4. La emoción común en el suicidio es la indefensión, la desesperanza
5. El estado cognitivo común es la ambivalencia
6. El estado perceptual común es la constricción: la persona percibe solamente una posibilidad ante los problemas
7. La acción común es el escape
8. El acto interpersonal común es la comunicación de la intención¹
9. El acto suicida coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de la vida²

Considerando que el dolor y la perturbación, con la presión ejercida por el ambiente, articulan un modelo teórico representado por el “cubo suicida”, en el que el suicidio es resultado de la concatenación del dolor y la perturbación máxima derivada de una elevada presión ambiental negativa (Villardón,1993).

Para efectos de esta investigación y por considerarla como la secuencia que mejor representa el desarrollo de este fenómeno, se utilizará la clasificación que contempla a la ideación suicida como la primera señal de la conducta suicida, en la consideración de que puede ser el antecedente de un intento suicida y en otros casos, de un suicidio consumado.

1.3. Tipos de Suicidio.

Son variados los enfoques epistemológicos desde los que se ha abordado este problema de conocimiento a continuación se exponen algunos que ordenan su tipología por la causa del suicidio, o su consecuencia o según el estado mental previo del sujeto suicida:

Durkheim (2003) y Montalban (1998) realizaron en diferentes épocas, análisis sobre las causas del suicidio, concluyendo que el suicidio deriva de fallas en la estructura social. Donde la existencia de una conciencia colectiva incide en la

¹ Es la detección de “estos” avisos por las personas del entorno de la persona suicida

presentación de diferentes perturbaciones y que conducen al incremento en la tasa del suicidio. Identificando las causas sociales del suicidio de acuerdo a 4 categorías: egoísta, anómico, altruista y fatalista.

- a) Suicidio egoísta. Este corresponde a la desintegración social, que lleva al individuo a vivir aislado y por lo tanto disminuya o vea ausente el valor de la vida
- b) Suicidio altruista. Este grupo es muy pequeño, por ser más común en las sociedades primitivas que en las altamente desarrolladas. Aquí al contrario que en el suicidio egoísta, el suicidio aparece como respuesta a una excesiva integración social donde el acto suicida tiene como meta dar la vida por otros o por causas sociales bien delimitadas
- c) Suicidio anómico. Este tipo de suicidio es parecido al suicidio egoísta, ya que también es ocasionado por la deficiente integración social. Por lo tanto ante la falta o deficiencia en la sociedad de las reglas o normas de convivencia se dan más suicidios
- d) Suicidio fatalista. Es el tipo de suicidio opuesto al anómico; se deriva de una excesiva regulación social. Peck (1968), defiende la eficacia de éste modelo fatalista como explicativo del suicidio, sobre todo en la población joven.

Pérez, B. (1997), por su parte, señala 3 tipos de suicidio:

1°. Suicidio frustrado. Como aquel acto que de no mediar situaciones fortuitas, inesperadas, hubiera concluido con la muerte.

2°. Suicidio accidental. Aquel que es resultado del uso de un método que se desconocía su verdadero efecto y del que no se pensó que el desenlace fuera la muerte.

3°. Suicidio intencional. El que es consecuencia de una lesión auto-infligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es

² Las personas que tienden a solucionar sus problemas escapando de ellos, son más propensas a decidir suicidarse en un momento de gran dolor psíquico.

la muerte.

Pierre (1992), indica que una gran cantidad de tentativas de suicidio se pueden considerar como un llamado de auxilio, donde el sujeto pide ayuda porque se siente incapaz de enfrentarse solo a su situación, por lo que expresa su desesperación ante la indiferencia de los demás. Constituyéndose este acto en un llamado agresivo hacia los demás sobre la base de la auto-agresión, acompañada de un sentimiento de fracaso. Dada la importancia que Pierre adjudica a la agresión, el plantea la existencia de tres categorías de suicidas:

- Los que se caracterizan por su agresividad hacia ellos mismos, agresividad que se expresa a través de la huida
- Los individuos en quienes, la agresividad hacia los demás, los condiciona para expresar, mediante su intento de suicidio, una función de chantaje
- Y los suicidas que son a la vez auto y hetero-agresivos

Por lo tanto, las definiciones de los tipos de suicidio responden a los aspectos que se han estimado como los más relevantes de este acto, en el caso de Durkheim la relación con la integración social, en el caso de Pérez B., por el grado de intencionalidad y en el caso de Pierre, por la relación del llamado auxilio con la agresión. Pero en suma, el hecho es que un suicidio se define por su letalidad, que lo diferencia del intento suicida, además de la intención explícita o implícita de acabar con la vida a través de un acto de auto-agresión.

1.4 Causas

El suicidio es un comportamiento multideterminado, por lo que los motivos que lo originan son difíciles de determinar. Dado lo cual no es factible considerar una causa única o aislada para el suicidio de una persona, ya que en cada caso se presenta una organización compleja de distintos factores que interactúan dentro de un contexto específico en la vida del sujeto.

Durkheim (2003) afirmó que “la situación de un individuo en la vida, particularmente su

relación con los demás en la comunidad, es el factor más importante en lo que respecta al riesgo de suicidio”. Sin embargo, ahora se sabe que en el suicida se presentan otros factores, además de la relación de este con su comunidad, a los que se les denomina “factores de riesgo” (Pérez,1996). Siendo factores de riesgo, aquellos que presentan una relación estadísticamente significativa con el comportamiento suicida.

A continuación mencionaremos aquellos que se han encontrado con mayor influencia en el resultado de las estadísticas de los diferentes países e instituciones y en la investigación que nos ocupa.

1.4.1 Factores Biológicos

Winchel y Stanley (1991) sostienen que es en la conducta suicida en donde intervienen cambios en los niveles de los neurotransmisores, especialmente la serotonina.

En general, los factores biológicos se ubican en dos grandes categorías:

- a) Factores Genéticos: debido a que se ha señalado un mayor número de suicidios en los familiares de las personas suicidas, se llevó a una revisión de los factores genéticos, aportando datos que sugieren que la predisposición familiar a manifestar conductas suicidas está relacionada con trastornos afectivos; encontrando que el 76.8% de los familiares que se habían suicidado, correspondían a los pacientes diagnosticados (Rainer, 1984).
- b) Factores Bioquímicos: Este aspecto refiere a la evidencia encontrada en la autopsia de suicidas con relación a la disfunción serotoninérgica, que se traduce en la disminución del 5-HIAA de la dopaminérgica y del metabolismo de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo, lo cual tiene efecto sobre la conducta agresiva (Stengel,1965).

1.4.2 Factores Sociales

Durkheim (2003), a finales del siglo pasado reconoce la influencia del estado civil y la

familia en la conducta suicida, indicando que la integración familiar supone la subordinación de un individuo a los intereses del grupo familiar, lo que disminuye la tendencia “al individualismo” y en consecuencia al suicidio. Esta perspectiva supone que el matrimonio protege del suicidio tanto a los varones como a las mujeres; mientras que el divorcio reduce las relaciones y las responsabilidades en el contexto familiar; incrementando las dificultades económicas, explicando con ello la mayor frecuencia de suicidios en divorciados o separados. Estudios epidemiológicos respaldan de manera consistente este concepto, demostrando que el estado civil se relaciona con la conducta suicida, especialmente en hombres. Por ejemplo en Francia, Davidson y Choquet (1982) encontraron que las variables más relacionadas con el suicidio eran el divorcio y la actividad laboral de la mujer, dado que en el hombre viudo y divorciado se presentan altas tasas de suicidio no siendo así en la mujer. Sin embargo la relación entre estado civil y suicidio es compleja, pues el estado civil no es un factor totalmente independiente de la edad y el sexo. Por ejemplo en el matrimonio entre muy jóvenes se tiene frecuentemente un efecto negativo, dado que en estos casos el matrimonio puede ser una vía de escape a un ambiente sociofamiliar poco acogedor, lo cual predispone a una convivencia conyugal problemática.

Por lo tanto, la falta de relación con otras personas, es lo que se identifica como es lo que se ubica como un factor de riesgo suicida. Los estudios de Durkheim (2003) en su tiempo así lo demostraron, y actualmente se sigue registrando que el aislamiento social (pocos amigos, poca relación con familiares, vida en soledad), se relaciona con la conducta suicida.

1.4.3 Factores Psicológicos.

En un estudio realizado por Pfeffer (1986), acerca del suicidio infantil identificó 2 subgrupos: uno con déficit en el control de impulsos que presentan conducta violenta y agresiva; otro que es suicida pero no violento. Mardomingo y Zamora, para 1993 destacaron que los principales rasgos psicológicos asociados a la conducta suicida en niños y adolescentes, son:

- la impulsividad

- baja autoestima
- sentimientos de desesperanza (percepción negativa del futuro)
- baja tolerancia a la frustración
- estilo cognoscitivo rígido, inflexible
- labilidad emocional
- sentimientos de soledad
- rechazo

Shneidman y Farberow (1979), indican que los componentes psicológicos de la conducta suicida son: hostilidad, perturbación, constricción y cese. Donde la hostilidad se refiere a la beligerancia hacia sí mismo que en los momentos previos al suicidio, se ve aumentada. La perturbación corresponde al grado en que una persona se encuentra inquieta, preocupada, con estados emocionales negativos como pueden ser: malestar, pena, culpa, amargura. La constricción reúne ciertas características cognitivas como la imposibilidad de la persona suicida de percibir todos los aspectos de la realidad, siendo consciente solo de los aspectos negativos, a través de lo que se conoce como visión de túnel. El cese, corresponde al pensamiento dirigido hacia terminar con todo, dormir eternamente, morir. Por lo que de acuerdo a este autor, cuando una persona presenta alta hostilidad hacia sí misma, elevada constricción, y cese, entonces la potencialidad suicida es alta. En este sentido, la ideación suicida se identifica con el cese, por lo que las ideas de muerte en muchos representan la antesala de un intento suicida. Por ello para Neuringer (1974), las ideas de muerte se relacionan con la idea de propósito, aplicando el término suicida tanto a las personas que amenazan con suicidarse como a las personas que piensan en ello.

De acuerdo a la teoría del constructo personal de Kelly (1955) con relación a la depresión y el suicidio, los individuos suicidas y depresivos se caracterizan por:

- Anticipación al fracaso, identificada como la estimación de fracaso antes de que se lleve a cabo la acción, por lo que este aspecto tiene relación directa con la desesperanza.
- Autoconstrucción negativa, que refiere a una visión negativa de sí mismo, lo que

tiene mucho que ver con baja autoestima.

- Construcción polarizada o, de otra forma, pensamiento dicotómico. Qué se caracteriza por un modo de razonar que prescinde de las posibilidades intermedias y se ciñe solamente a las posibilidades extremas.
- Aislamiento interpersonal que se identifica con la tendencia a evitar la relación con los demás
- Constricción en el contenido, correspondiente a contemplar pensamientos reducidos o limitados.
- Desorganización del sistema de constructos, identificado como pensamientos dispersos, no hay soluciones.

Por su parte, Bonner (1992) y Rich (1991), en lo que ellos llaman “estado mental suicida” incluyen elementos tales como la soledad, depresión, desesperanza y auto-concepto negativo.

Villardón, (1993) subraya la importancia de la distorsión cognitiva (sobreestimar los errores propios, generalizar los fracasos o magnificarlos con una visión del todo o nada, pensamientos de muerte, etc.), como elemento fundamental de riesgo suicida. Adam (1990) por su parte, apunta que un factor importante de riesgo suicida en los jóvenes es la inestabilidad familiar, producto de la separación o la pérdida de uno de los padres por muerte, aunque también el vivir con padres con trastornos afectivos o con antecedentes de suicidio.

1.4.4 Trastornos Psiquiátricos

Diversos estudios han revelado un aumento en las tasas de suicidio de personas que han estado bajo atención psiquiátrica en algún momento anterior, o que estaban recibéndola cuando se quitaron la vida; siendo este dato proporcionado por la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 1990). Una revisión de los registros arrojó que ciertos padecimientos tienen una relación alta con el riesgo suicida, tal como son la depresión mayor, la dependencia del alcohol y las psicosis orgánicas (epilepsia), el trastorno límite de personalidad, trastorno de ansiedad y la esquizofrenia (Vallejo, 1997).

Dorpart (1979) sugiere que en el caso de la esquizofrenia que ocasiona importantes trastornos de comportamiento, con frecuencia persiste una reducción del empuje, la iniciativa y la capacidad para relacionarse normalmente con los demás razones suficientes para decidir por falta de salud mental una acción errónea que atente en contra de la integridad física del paciente. Y aunque la incidencia de la esquizofrenia en el suicidio es menor que la de la depresión, la posibilidad de un suicidio puede presentarse como función de las enormes variaciones psicopatológicas que pueden darse dentro del curso de la enfermedad, así como por la presencia de otros síndromes (Hawthron y Catalán, 1983), tanto en los casos agudos como crónicos, y entre mujeres y hombres, especialmente entre los más jóvenes. Muchos son los estudios acerca de pacientes con enfermedades mentales y para el caso de los pacientes esquizofrénicos, un estudio realizado por Schnerdman y Farberow (1979) señalan que la aparente mejoría y disminución de la plenitud de los síntomas esquizofrénicos constituye un riesgo particular del suicidio, pues se supone que el paciente ha recobrado algún discernimiento sobre sus enfermedades y se enfrenta a la perspectiva de tratar de valerse por sí mismo de nuevo en la comunidad, lo que podría originar un nuevo impacto por la naturaleza de dicha experiencia.

Se afirma que la mitad de las muertes voluntarias tiene lugar en personas con depresión mayor o con dependencia al alcohol o abuso de sustancias, por lo que se estima que estas condiciones son factores determinantes de grupos de riesgo (Pérez, 2004)

Finalmente Hendín (1991), incluye como trastornos psiquiátricos a la agresividad introyectada, las tendencias autodestructivas, los deseos de matar, de morir y ser matado, por lo que se ha llegado a suponer la existencia de un “motor vital” que nos impulsa a estar vivos “pase lo que pase”, y que el suicidio se produce por un fallo en su funcionamiento, y que éste hipotético motor, debe de estar muy relacionado con el funcionamiento cerebral, dada la abrumadora mayoría de patología psiquiátrica previa en pacientes que cometen actos suicidas (Villardón, 1993)

CAPITULO II. Características de la Ideación Suicida

En este apartado se presenta una aproximación para la detección y registro de la ideación suicida.

Como se ha planteado en párrafos anteriores, el comportamiento suicida no se circunscribe al acto de quitarse la vida, tiene como antecedente, en frecuentes ocasiones, la presencia de pensamientos de muerte, hasta llegar a la planificación que antecede el acto suicida, por lo cual cobra vital importancia la detección de esta parte del comportamiento suicida, para acceder a la prevención y la atención oportuna de casos de riesgo suicida.

Diferenciar entre lo que es una simple ocurrencia, una idea frecuente, un plan o el deseo intenso y serio de acabar con todo, permite identificar, quién o quienes tienen un mayor riesgo de la conducta fatal. En los no suicidas, de acuerdo a Pérez (1997) se puede presentar una representación mental en la que se piensa o se imagina “muerto” de alguna forma, pero inmediatamente se descarta por lo absurdo del pensamiento ocurrido, en cambio en los suicidas estas ideas suicidas se presentan con mayor frecuencia y dan lugar a la planificación, asociándose con otros factores llamados de riesgo, lo que se puede desembocar en la realización de un acto suicida.

Para Beck (1974) las ideas de suicidio también pueden interpretarse como una expresión extrema de un deseo de escapar a aquellos problemas o situaciones que parecen irresolubles e intolerables. Y se presupone que los pensamientos suicidas surgen cuando el paciente conceptualiza su situación como insostenible.

Se ha encontrado (Beck, 1974; Hawthorn y Catalán, 1983) que la conducta suicida se da en dos fases claramente diferenciadas:

1era. La ideación suicida. La cual se identifica con la intención, manifiesta o no, que tienen la persona para quitarse la vida; sin importar, ni el grado de reflexión o perfeccionamiento de la tentativa, ni si el resultado de la misma es un intento concreto de suicidio. El análisis de la ideación suicida, permite tomar medidas profilácticas o preventivas para evitar la realización de un intento suicida o del mismo suicidio. Beck (1974), establece que la evaluación de la ideación suicida otorga al psicoterapeuta elementos concretos para

poder intervenir, en sentido positivo en la salud mental del paciente con miras a evitar que lo induzcan al intento. Distinguiendo los niveles de la ideación suicida en:

- Ideas de muerte,
- Ideas de muerte auto-infringida,
- La idea suicida con un método inespecífico o indeterminado. Aquí se consideran, algunas formas de ideación por parte del sujeto sin definición alguna, pero que expresan deseos de matarse.
- Idea suicida con método específico no planificado. El sujeto ha elegido el método; pero aún no sabe cuándo, dónde, etc. No hay un plan.
- El plan suicida o idea suicida planificada. El suicida ha elegido método, lugar, momento en que no podría ser descubierto, adquiriendo lo necesario para lograr el suicidio.

Pérez (1997), nos advierte que en el caso de los jóvenes es importante identificar el riesgo suicida a partir de la indagación de la idea suicida. En cuyo caso, encontrar la planificación, frecuencia e intensidad de las ideas suicidas; ayuda en la detección del riesgo de un intento de suicidio. De ahí la importancia de que en la práctica clínica se indague la ideación suicida para valorar el riesgo suicida y, si es necesario intervenir para prevenir un posible intento suicida. Y que de acuerdo a dicho investigador las características de la idea o pensamiento suicida, son:

- Inferencia arbitraria. Identificada con la inferencia de resultados negativos, sin tener evidencia de que ello será así.
- Abstracción selectiva. Referida a reconocer solo los aspectos negativos de la realidad.
- Sobregeneralización. Correspondiente a considerar que los resultados negativos se darán en todas las situaciones de vida de la persona.
- Magnificación. Identificando con la exaltación de los aspectos negativos, sin considerar los positivos de una situación dada.
- Pensamiento de todo o nada (blanco y negro). Referido a la actitud de no considerar matices de la situación, estimando generalmente las condiciones o resultados como

negativos.

Por lo que la ideación suicida se puede entender como la resultante del deseo de escapar de problemas o situaciones que son insostenibles para la persona (Montalbán,1998).

2.1 Adolescentes dependientes a sustancias adictivas

En párrafos anteriores se ha indicado que el suicidio es una secuencia de comportamientos que va desde la ideación, hasta el suicidio consumado, caracterizado por la intención o voluntad de acabar con la propia vida por medio de un acto premeditado. Enseguida se ubican las características de los adolescentes dependientes a sustancias, para después referir su relación con el comportamiento suicida.

2.2 La adolescencia vista como un grupo de riesgo.

La adolescencia es una de las etapas de desarrollo de la vida, caracterizada por diversas exigencias para afrontar cambios en la organización individual, familiar y social. Asumiendo nuevos roles que conllevan a responsabilidades y derechos, que insertan al individuo en la vida adulta. Es un proceso que requiere una saludable autoestima, conocimiento de sí mismo y autocontrol, para que el adolescente desarrolle la seguridad de que sus actos pueden influir positivamente en los acontecimientos relevantes de su vida.

De acuerdo a Piaget (1986) en la adolescencia aparece la lógica operacional formal, por lo que es entonces cuando el adolescente razona acerca de su propio razonamiento y desarrolla el juicio moral.

Por su parte Erikson (1972), indica que en la adolescencia se presenta un nuevo marco cognoscitivo de referencia, derivado de las experiencias de interacción social más que de los procesos de construcción del pensamiento. Experiencias que son ordenadas por

el rápido desarrollo físico, especialmente sexual, que conduce al individuo a la reorganización de las relaciones interpersonales y la lucha por la independencia, lo que los enfrenta a nuevas interrogantes que problematizan su vida. Razón por la cual, el adolescente se encuentra en una etapa de vida difícil, en muchas ocasiones de desequilibrio y por tanto de vulnerabilidad o riesgo que lo puede orillar a la delincuencia, las adicciones, y en algunos casos al suicidio (McKinney, Fitzgerald, Strommen, 1982)

Pérez (1996), desde una perspectiva más general, plantea que lo crítico de la adolescencia es que es una fase de transición entre la niñez y la edad adulta; que interacciona con el crecimiento y la maduración, somática, psicológica y social, para responder a un contexto sociocultural concreto, y la persona responda a las exigencias de la adultez. Por lo que aspectos como el sentido de su identidad, la independencia respecto a su familia, el desarrollo de la propia filosofía de vida, se pueden ver detenidos o distorsionados, al no contar con las condiciones propicias, tales como una sociedad en crisis, grandes dosis de incertidumbre, inestabilidad, individualidad, valores de consumismo y competitividad destructiva. Por lo que aparece el “probable” desarrollo de las toxicomanías, como una actitud crítica ante el desengaño que sufren frente a una sociedad basada en un sistema de valores que ellos rechazan, sumado a la gran presión publicitaria y grupal al consumo de drogas, y la poca información sobre los efectos de las mismas. Siendo los más jóvenes el principal grupo de riesgo para el consumo de drogas. Lo cual puede acompañar, en algunos casos, la generación del proceso suicida.

2.3 Características de los adolescentes consumidores de sustancias adictivas.

De acuerdo al investigador Balanzario en Centros de Integración Juvenil, la dependencia de sustancias adictivas en adolescentes es acompañada frecuentemente de pensamientos y actitudes pesimistas, desesperanza y desamparo, además de disfuncionalidad somática o alteraciones manifiestas en el área de actividad-descanso (CIJ, 2001).

Podemos ver que de acuerdo a Cancrini (1987), la tipología de las tóxico dependencias

juveniles se ubican en cuatro categorías:

- 1.- Las toxicomanías traumáticas. El drogodependiente sucumbe ante los problemas de la vida (muerte de un ser querido, divorcio o una pérdida repentina) se ven faltos de recursos para enfrentarse. A partir del hecho presentan malestar físico y en busca de alivio, se comienza a abusar de medicamentos y/o sustancias.
- 2.- Las elaboradas a partir de una neurosis actual. Estos individuos tienen un bajo umbral para resolver sus frustraciones y demandas de la sociedad.
- 3.- Las de transición. Estos individuos intentan pertenecer o ser aceptados en ciertos ambientes o ante determinado grupo.
- 4.- Y las sociopáticas. Aquí se ven reunidas todas las anteriores, son sujetos con bajo umbral para las frustraciones, con deseos de satisfacciones inmediatas, sin control interno y con falta de recursos para enfrentarse a la vida y las demandas de la sociedad.

Los adictos conforman un grupo en donde es probable encontrar jóvenes con características personales de predisposición al fracaso, al derrotismo, la desesperanza y la depresión (Ysern,1995).

Sin embargo, no puede afirmarse la existencia de una personalidad adictiva o que conlleve por regla a la drogadicción, ya que también existen factores socioculturales, además de genéticos que habría que considerar (Madden,1986). Por lo que el problema de las toxicomanías no radica solo en el uso de una sustancia, sino además en las implicaciones derivadas de un sistema cultural concreto. Al respecto, el estudio realizado por Madden (1986) en 16 familias de adolescentes fármaco dependientes, refiere que cerca del 60% de los padres padecía alguna patología psiquiátrica y presentaban trastornos comunes, como el alcoholismo en los padres y depresión en las madres, lo que sugiere la importancia del ambiente familiar en las adicciones.

En el mismo sentido, Ysern (1995), añade que el hábito generalizado en los adultos de consumo de drogas más o menos institucionalizadas supone un argumento moral que influye y ayuda a explicar el consumo de las no institucionalizadas en adolescentes, por lo que estima que uno de los factores principales implicados en el consumo de drogas en los

jóvenes adolescentes, es el vivir con familias inestables o con cierto grado de conflictividad.

En otra perspectiva, McKinney, Fitzgerald y Strommen, (1982), señalan que en jóvenes adictos la principal característica corresponde a la lucha por alcanzar una identidad, y que cuando no logra alcanzarse, repercute en algún trastorno, siendo uno de ellos la drogadicción.

Por lo que se concluye que las características de adolescentes consumidores de sustancias adictivas se ubican tanto en el plano psicológico, como biológico y social. En el psicológico, por pensamientos y actitudes caracterizados por sintomatología depresiva, así como algunas características de personalidad tal como bajo control de impulsos y bajo nivel de frustración. En el aspecto social, especialmente por vivir en un ambiente familiar inestable o de conflicto. Además de una probable tendencia biológica hacia la dependencia, todo ello enmarcado en los problemas a los que se tiene que enfrentar el joven para resolver su propia lucha para definir y desarrollar su identidad.

2.3.1 Factores de riesgo en consumidores de sustancias adictivas

De acuerdo a los reportes del CIJ (2002), los factores de riesgo para el consumo de sustancias adictivas, se presentan tanto en la comunidad, en la familia, así como en la escuela y el individuo, los cuales son los siguientes:

- Conducta “antisocial temprana” (entre los 5 y 7 años de edad) que persiste hasta la temprana adolescencia, expresada en términos de agresividad,
- Aislamiento de actividades sociales, problema en las relaciones interpersonales, percepción de que alguno de los padres o ambos, y familiares se encuentran alejados.
- La incidencia del síndrome infantil de hiperactividad y déficit de la atención,
- Altos niveles de angustia, creatividad limitada, manejo inadecuado del tiempo libre, control limitado de los impulsos desde la infancia, timidez e inseguridad
- Creer que se tiene un escaso control sobre la propia vida en la adolescencia e

inducción de sentimientos de culpa como mecanismo de control.

- Actitud permisiva y tolerancia en la familia hacia el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y drogas. Uso de drogas de los padres, hermano mayor o en el grupo de amigos.
- Necesidad de experimentar emociones fuertes y sensaciones intensas durante la adolescencia,
- Baja autoestima y/o limitadas expectativas de los padres con respecto a la educación de sus hijos,
- Desinterés en el desarrollo escolar, a través de inasistencias frecuentes a clases, repudio a la permanencia en la escuela y disminución del tiempo que se dedica a las tareas escolares,
- Altos niveles de depresión,

- Limitadas expectativas de los padres con respecto a la educación de sus hijos,
- Conducta represiva por parte de uno de los padres, acompañada de la conducta permisiva por parte del otro; así como la no directividad y permisividad de los padres de familia, como la falta de límites o límites difusos.
- Violencia intrafamiliar. Maltrato físico: golpes, violación, torturas. Maltrato psicológico: gritos, regaños exagerados, amenazas. Padres de temperamento violento y/o no comunicativos. Y comunicación negativa (crítica, falta de respeto, insultos, gritos, etc.)
- Escasa supervisión de los padres de familia en las actividades extraescolares de los adolescentes y/o padres aislados, madres solteras o ausencia de uno de los padres.
- Padres mentalmente enfermos o antisociales,
- Falta de instalaciones deportivas, culturales y artísticas que den servicio a la población,

Si bien generalmente estos factores no se presentan en su totalidad en cada caso, si se observa que entre mayor cantidad de ellos se presenten, mayor es el riesgo y la consecuente interacción entre ellos, lo que complejiza el problema de adicción. Pero por otra

parte, permite identificar el grado de riesgo de ciertas comunidades y el nivel de prevención y atención que se requiere tanto a nivel social como individual.

2.3.2 Fármaco Dependencia (drogas y dependencia)

En este apartado se definen algunos términos acerca de la fármaco dependencia, con el propósito de situar una base conceptual de lo que es este fenómeno en los jóvenes.

El término “droga” según Corominas (1961) sería una palabra internacional incorporada al castellano a finales del siglo XV desde el norte de Europa y su acepción primitiva más probable: “cosa de mala calidad”, procedería de la palabra céltica que significa “malo” que se habría aplicado a sustancias químicas y a las mercancías ultramarinas. En el siglo XVII en España la palabra droga se empleaba ya como sinónimo de planta medicinal y a finales del siglo XIX es presentada como sinónimo de fármaco lo que se ha seguido manteniendo a lo largo del siglo XX. Sin embargo la palabra droga no se utiliza en el lenguaje común y popular como equivalente de medicamento o fármaco (Madden, 1986).

Actualmente la palabra droga significa cualquier sustancia que al ser introducida al organismo, modifica su estructura o funcionamiento normal, dando lugar a cambios físicos o mentales (Villardón,1997; Massún,1991).

En nuestros días, el consumo de drogas (incluyendo tabaco y alcohol) ha aumentado considerablemente, siendo la marihuana la droga más usada en México, siguiéndole la cocaína y los inhalables (thiner, pegamentos, lacas, gasolina, pinturas, etc.) (CIJ,2003).

El abuso de drogas corresponde a un uso no indicado y frecuente de una sustancia, que expone al consumidor al hábito del consumo de la droga, a la fármaco dependencia. El estado de fármaco dependencia es el extremo al que puede llevar el abuso de drogas, donde el consumidor queda “atrapado” por la sustancia, ya que no es capaz de controlar el impulso de tomar la droga acostumbrada, de forma periódica o continua, a fin de

experimentar sus efectos o simplemente para evitar el malestar que le produce la ausencia de la sustancia. Donde el sujeto ha perdido la libertad frente a la droga, pues se ha acostumbrado de tal manera que, aún cuando quisiera, ya no puede prescindir de ella sin ayuda externa (Macias, 2005).

Un aspecto importante de la fármaco dependencia es el cambio de comportamiento, al respecto Ysern (1995), indica que la drogodependencia, es un síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se da prioridad al uso de una sustancia psicoactiva determinada, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes. De ahí que otros comportamientos tales como la búsqueda del producto, la respuesta al consumo del producto, además de las modificaciones en las relaciones familiares, y sociales en general, conduzcan a un serio desajuste en la vida del sujeto, y de las personas que conviven con él, pudiendo incidir en la aparición de angustia y ansiedad.

Otro aspecto importante de fármacodependencia es precisamente la dependencia psíquica que se da con el uso de la sustancia. Dado el impulso para obtener la administración regular o continua de la droga y con ello obtener placer, además de evitar malestar. Siendo esta dependencia mental, el factor más relevante de todos los implicados en la intoxicación crónica con drogas, al punto de llegar a ser el único factor en el caso de ciertos tipos de drogas –las que no causan dependencia física- . Por lo que se ha considerado el aspecto clave de la fármacodependencia relacionándolo con la activación o estimulación de diversos sistemas o áreas de apremio a nivel cerebral, ya que incide en procesos de aprendizaje y memoria que tienden a perpetuar esta conducta, al adquirir el fármaco la categoría de un potente reforzador positivo.

Para identificar los diferentes aspectos de la fármacodependencia , la Organización Mundial de la Salud (citado en Madden, 1986), plantea el esquema siguiente:

- a) Fármaco dependencia o dependencia a las drogas. Estado psíquico y, en ocasiones, también físico caracterizado por la compulsión a recurrir a una sustancia química, ya sea de modo continuo o periódico, para sentir sus efectos y en ocasiones para evitar el

malestar de su abstinencia. Donde la tolerancia puede o no ocurrir, desarrollando dependencia a una o más sustancias, en forma simultánea o diferentes épocas.

- b) Dependencia psicológica. Es el estado de satisfacción que motiva al sujeto a repetir el consumo del fármaco o droga, para inducir el placer de sus efectos o evitar el malestar de su abstinencia.
- c) Dependencia física. Corresponde al estado físico de necesidad de la droga o fármaco que se manifiesta como un trastorno físico cuando la cantidad de droga en el cuerpo disminuye de modo importante. Denominándose estos trastornos, síndrome de discontinuación o abstinencia de la sustancia que son característicos para la sustancia de que se trate o el tipo de droga a que pertenece.

Concluyendo que un fármaco dependiente es aquella persona con dependencia física y/o psicológica al menos a un fármaco o droga, por lo que busca el consumo de tal sustancia o sustancias, en forma continua o periódica, y que presenta un cambio en el comportamiento regido por la búsqueda y consumo del fármaco, lo que generalmente produce deterioro en sus relaciones sociales en el trabajo, la escuela o la familia. Y que debido a la apatencia de consumir la droga; se ha acostumbrado a ella de tal manera que aún cuando quisiera, ya no puede prescindir de ella sin ayuda exterior.

2.3.3 Condiciones sociales y psicológicas en los dependientes a sustancias adictivas.

En los CIJ, se estima que la población más vulnerable para iniciar el uso de drogas son los niños o adolescentes (varones), además de que una vez iniciados, la mayor parte de los consumidores usan más de un tipo de droga. Lo que incrementa el daño y la posible atención, ya que entre más variedad de sustancias se utilicen, mayores son las dificultades para el tratamiento del adicto. En general las razones para un primer ensayo con una droga no son las mismas que se argumentan para seguir consumiéndola o llegar a depender de ella. En los CIJ, se distinguen las siguientes categorías de consumidores, además de las

motivaciones que los identifican:

- Consumidores experimentales. Aquellos que prueban una o más veces una o varias drogas capaces de producir dependencia sin continuar usándola(s) después, siendo sus motivaciones principales:
 - a) la curiosidad
 - b) la búsqueda del placer
 - c) la presión del grupo de pares
 - d) la atracción de hacer algo prohibido, algo nuevo emocionante
 - e) afirmar su independencia

- Consumidores ocasionales o sociales. Son los que consumen drogas de vez en cuando, de forma intermitente, sobre todo en reuniones sociales y fiestas. Estos consumidores siguen viviendo normalmente y son capaces de disfrutar y departir sin ayuda de la droga, ya que ésta no ocupa un lugar primordial en sus vidas, siendo sus motivaciones:
 - a) relajarse, sentirse bien, experimentar placer
 - b) relacionarse con los demás (facilitar la comunicación, ser simpático, tener amigos)
 - c) preparar exámenes
 - d) estar a la moda (el fenómeno de imitación de modos de vida o comportamientos ajenos a la región que fueron introducidos por los medios de comunicación de masas)
 - e) violar las normas sociales explícitas o familiares (la transgresión alimenta la autoestima)

- Consumidores habituales. Son los que acostumbran a tomar una droga con cierta regularidad, pero no han perdido completamente el control de sí mismos; las motivaciones son:
 - a) experimentar o intensificar sensaciones placenteras

- b) necesidad de ser aceptado, pertenecer al grupo (la droga puede ser el salvoconducto para integrarse)
 - c) búsqueda de identidad, reconocimiento, afecto
 - d) distraerse de la soledad o del aburrimiento (pasar el rato)
 - e) olvidarse de los problemas (escapar de la realidad, de la ansiedad, “borrar” conflictos internos como la inseguridad, la timidez, etc.)
 - f) expresar independencia y a veces hostilidad hacia los adultos
- Consumidores compulsivos o fármaco dependientes:
 - a) Funcionales. Son consumidores que utilizan drogas con frecuencia, necesitan cierta dosis de una o varias drogas para “funcionar” adecuadamente en sociedad; es decir, relacionarse con los demás, cumplir con sus quehaceres o su profesión (amas de casa que sólo “funcionan” con tranquilizantes; artistas, músicos de rock que necesitan cocaína para presentarse en el escenario, etc.). En éste consumidor ya se ha desarrollado la dependencia de algún tipo, pero se desenvuelve en su medio familiar, laboral, escolar y social sin que tales problemas le provoquen conflictos, que puedan percatarse a simple vista.
 - b) Disfuncionales. Son consumidores que no sólo utilizan las drogas con frecuencia, sino que su vida gira en torno al consumo, lo que se hace evidente por los problemas de relación con su medio y por las consecuencias que la droga produce en su organismo y funciones mentales. Estos consumidores “han dejado de funcionar” adecuadamente en la sociedad, con la consiguiente pérdida de interés hacia todo lo que no se relacione con el consumo de aquella sustancia.

Uno de los principales efectos negativos de la dependencia a las drogas corresponde a las consecuencias negativas que estas producen en la salud, las cuales pueden convertirse en daños irreversibles. Sin embargo las condiciones sociales y psicológicas que acompañan a la adicción, también suelen ser negativas y por tanto de vital importancia para definir el riesgo y la severidad del problema.

Pedrero (2002), explica cómo en la última mitad del siglo XX se ha transitado de un modelo tradicional en los patrones de uso de las sustancias, a un modelo consumista, en el que se implica la consideración legal de la sustancia, sus formas de administrarla e incluso su accesibilidad, con un patrón de “oferta-demanda” concebido dentro de la propia sociedad de consumo.

2.3.4 Factores de riesgo suicida en consumidores de sustancias adictivas

Considerando que una de las características de los adictos a drogas es el desajuste social y psicológico, cabría preguntarse hasta que punto tal desajuste puede desembocar en un proceso suicida, si la conducta adictiva es un factor de riesgo para desencadenar el proceso suicida, cuales son las características que se pueden asociar al comportamiento suicida, en especial al pensamiento suicida.

La búsqueda a las respuestas de estos cuestionamientos nos plantea la observación de algunos hallazgos:

Pérez (1996), enuncia algunas señales de peligro que deben hacer pensar a los padres, madres, tutores, médicos de la familia [...] con respecto al posible riesgo en los:

- Cambios bruscos de amistades
- Cambios en la manera de vestir y de hablar, utilizando la jerga propia de los toxicómanos
- Disminución del rendimiento académico y repetidas ausencias injustificadas a la escuela, sin que conozca en qué se ha empleado el tiempo
- Cambios en su comportamiento habitual en el hogar, tornándose irritables, aislados, huraños sin deseos de compartir con el resto de la familia
- Realizar hurtos
- Cambios en los horarios de las actividades predominando las que realiza en horarios nocturnos, lo cual altera su ritmo de sueño y alimentación
- Señales de quemaduras en las ropas, manchas de sangre, señales de pinchazos en antebrazos o resto de drogas en los bolsillos

Ya que todo lo anterior indica que probablemente el adolescente este en problemas de adicción, debido a que la adicción produce en el individuo lo que se ha denominado “patrón desadaptativo de consumo de sustancias”, que se refleja por deterioro y malestar clínicamente significativo, tal como los trastornos depresivos y la ansiedad; por lo que la adicción puede ser un factor de riesgo de conducta suicida en la adolescencia, pues se estima que uno de cada cuatro adolescentes que comenten suicidio lo realizan bajo los efectos del alcohol u otra droga o la combinación de ambos (Pérez, 2004)

Pedrero (2002) estudia comparativamente estas conductas como estilos atribucionales en los drogodependientes, que van desde las formas de atribución causal, de responsabilidad, de consecuencia y de condicionantes en el problema de la droga. Indicando que en los drogodependientes se atribuye a factores internos el uso y mantenimiento de la adicción (Davies, 1989; Vuchinich, 2005), además de presentar distorsiones cognitivas, al atribuir el alto consumo en los otros, especialmente en el grupo de iguales, como una forma errada de sustentar su propio abuso. De lo que se deduce que el estudio de los estilos atribucionales permite encontrar patrones de interés para la predicción de conductas y la estructuración de terapias, pudiendo detectar estos estilos a través de cuestionarios o de entrevistas semiestructuradas. Un aspecto importante, es que el estilo atribucional interno se presenta también en la sintomatología depresiva y que esto se identifica como el factor de riesgo para el comportamiento suicida, aunado a ello que el joven con adicción frecuentemente vive situaciones de conflicto, vinculadas a su adicción, que pueden ser condiciones de estrés que contribuyan al riesgo y por tanto a incrementar la probabilidad de que se dispare el proceso suicida.

2.3.5 Ideación Suicida en Adolescentes

Pese a las discrepancias y deficiencias de las diversas fuentes de información, al igual que del subregistro de las estadísticas oficiales, se ha identificado al grupo poblacional de 15 a 24 años de edad en zonas urbanas de México como el de mayor riesgo suicida (Mondragón, 1998).

González y Rodríguez (2000) encontraron que la incidencia suicida en la población de adolescentes en edad escolar se vincula principalmente con problemas familiares seguidos por los problemas emotivos, confirmando que el principal grupo de riesgo de la conducta suicida está en los sujetos con edades de 15 a 24 años (que se encuentra aún dentro del rango de adolescencia tardía). Prevalciendo, la idea suicida entre los jóvenes en un rango del 15 al 40% y el intento suicida en un rango del 3 al 8.3 por ciento.

De acuerdo a Villardón (1993), en el adolescente suicida se presenta el “estado mental suicida”, que se caracteriza por la presentación de depresión, desesperanza, baja autoestima, soledad, falta de razones para vivir y el creer como eficaz la conducta suicida como forma de afrontar problemas. Por lo que Villardón plantea que si el joven se encuentra en una situación de estrés y a ellos se suma el malestar psicológico que algunas o todas estas variables le provocan, pudiera aparecer la conducta suicida, llamándolo modelo de vulnerabilidad. Este modelo se supone “progresivo”, porque al aumentar los niveles de algunas o todas las variables psicosociales aumenta la letalidad del suicidio en un proceso circular, en que las variables se influyen recíprocamente. Es decir, el grado de vulnerabilidad hacia la conducta suicida en un mismo individuo, se ve disminuida o aumentada por el grado e interacción de estas variables entre sí y con factores de tipo externo. Por poner un ejemplo; si un joven o una joven, por sus sentimientos de soledad o desesperanza, baja en su aprovechamiento escolar, entonces su autoestima se ve dañada, aumentando su desesperanza y dando lugar quizás a la depresión lo que a su vez influiría para que pueda concentrarse menos en las tareas escolares y así de manera circular, se incrementa su condición negativa. A esto se añade que los individuos con tendencias suicidas, comúnmente presentan estrategias poco eficaces para resolver problemas, tales como la negación, el escape y la evitación con lo que sin desearlo, se colocan dentro de un laberinto imaginario que los puede conducir al suicidio (Pérez, 2004).

A continuación se narrará el surgimiento de los CIJ, la clasificación que se hace de los jóvenes que acuden a ellos en tipo de usuarios, que acuden a tratamiento y rehabilitación.

2.4 Centros de Integración Juvenil

La idea de los CIJ (Centros de Integración Juvenil), surge en el año de 1969 como respuesta al creciente consumo de drogas entre los jóvenes, ante la iniciativa de un grupo de comunicadoras encabezadas por Kena Moreno para fundar un centro de atención dirigido hacia jóvenes drogadictos. Siendo el primero de estos centros el denominado Centro de Trabajo Juvenil en Coyoacán, el cual inicia sus labores de prevención y tratamiento de fármaco dependencia el 12 de marzo de 1970. Constituyéndose como Centros de Integración Juvenil, A. C., el 12 de octubre de 1973, bajo el gobierno de una Asamblea General de Asociados y el primer Patronato Nacional integrado por las fundadoras y miembros de diversos sectores preocupados ante tal fenómeno de la fármaco dependencia. En un principio se apoyaron en el intercambio de información científica y teórico-práctica con instituciones y representantes de Estados Unidos, a partir de lo cual se estableció en 1978 el Servicio de Orientación e Información Telefónica de 24 horas, los 365 días del año, proyectándose a nivel internacional y por decreto presidencial el 3 de septiembre de 1982 e incluido dentro de los organismos sectorizados de la Secretaría de Salud con el carácter de institución de participación estatal mayoritaria. Uno de los primeros logros de esos centros fue, después de realizar estudios acerca de los Riesgos Macro sociales de la Fármacodependencia a nivel mundial y en México la elaboración del libro "Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos" en el año 1997, para apoyar la formación de una Red Nacional de Atención Integral al Paciente Fármaco dependiente y su Familia. Posteriormente a solicitud del Consejo Nacional Contra las Adicciones, en marzo del 2001, se incorporaron los contenidos acerca de tabaco y alcohol en sus proyectos de prevención firmando un convenio con el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias para instalar clínicas de tabaquismo en todo el país.

Actualmente los CIJ cuentan con 79 unidades Operativas, 71 Centros Regionales; 4 Unidades de Tratamiento en Consulta Externa y 3 Unidades de Internamiento en: Tijuana, B.C., Zapopan, Jal., Monterrey, N.L: una clínica en Metadona, Ciudad Juárez y 4 edificios de oficinas normativas y administrativas. Contando con una plantilla de mil 200 trabajadores, en su mayoría profesionales de la salud, apoyados por mas de 11 mil voluntarios; lo que les permite atender anualmente a casi 2 millones y medio de personas en programas

preventivos y de sensibilización, así como en terapia a más de 70 mil pacientes y sus familiares.

Los CIJ, además de desarrollar diferentes líneas de investigación clínica, epidemiológica, psicosocial y de evaluación cualitativa manejan un centro de información y documentación que cuenta con un acervo bibliográfico de casi 8 mil volúmenes, 45 mil artículos científicos de prensa, más de 11 mil 500 notas periodísticas, 200 títulos hemerográficos de revistas técnico-científicas nacionales y extranjeras; una videoteca y un banco de datos en CD.

En cuanto a los horarios de atención, los CIJ, trabajan de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hrs., en consulta externa, y las 24 horas los 365 días del año en hospitalización. El único requisito para ser atendidos es aceptar ser usuario de drogas o ser familiar de los mismos. Una vez ingresado al tratamiento la atención es personal y oportuna, llevándose a cabo la evaluación del problema el mismo día que se presenta al Centro. Para el tratamiento subsecuente la atención es rápida, dando una cita para el tratamiento, en máximo una semana. Recibiendo psicoterapia por parte de Psicólogos capacitados en farmacoterapia y por médicos psiquiatras. Cuando es requerido, se proporciona terapia familiar. Generalmente las sesiones tienen una duración de 45 minutos para la individual y de 60 a 90 minutos la familiar, dependiendo del servicio. El tratamiento residencial se lleva a cabo en Unidades Especializadas con enfoque de Comunidad Terapéutica la cual abarca un máximo 90 días, siendo requisito para entrar, la evaluación efectuada por diferentes especialistas, para determinar si es factible o no el tratamiento residencial. En caso de otorgarse el servicio, éste radica en el tratamiento para desintoxicación y abstinencia de drogas con observación y atención las 24 horas del día.

Dado lo cual los CIJ conforman una alternativa importante para todo aquel que desee ser atendido en un problema de drogadicción, siendo prácticamente gratuito y por tanto, al alcance de toda la sociedad.

2.4.1 Clasificación de jóvenes usuarios de sustancias adictivas en CIJ.

Los CIJ brindan atención profesional a los jóvenes que han consumido o dependen de

las drogas, para lo cual se efectúa una evaluación diagnóstica basada en lo que el “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”: DSM-IV. A pesar que se desglosaron ampliamente las categorías y motivaciones que identifican a los consumidores de sustancias adictivas con anterioridad, se hará una breve mención a los diferentes tipos:

- Consumidores experimentales. Uso esporádico, motivado por la curiosidad de probar los efectos de las sustancias o por presión de pares, sin que se presenten problemas significativos de ajuste interpersonal y desempeño psicosocial.
- Consumidores ocasionales o sociales. Usan sustancias de manera ocasional asociado a circunstancias especiales de tipo recreativo o socialización, tampoco se presentan trastornos significativos en el desempeño psicosocial; aunque pueden existir problemas de ajuste familiar o interpersonales atribuibles al consumo.
- Consumidores habituales. Toman drogas con cierta regularidad, sin perder completamente el control de sí mismos.
- Consumidores compulsivos o fármaco dependientes, hacen uso frecuente con el fin de mantener un nivel esperado de desempeño o un determinado estado afectivo, o bien para evitar síntomas incipientes de supresión. Pueden existir problemas más o menos persistentes de ajuste familiar, interpersonales y afectivos. Los disfuncionales presentan un consumo frecuente, regular y explosivo, orientado principalmente a conseguir los efectos de las drogas y evitar síntomas de supresión. Sus actividades ya se relacionan directa o indirectamente con el uso de drogas, interfiriendo seriamente en su desempeño psicosocial y generando evidentes problemas físicos, psicológicos y de ajuste interpersonal (Castillo, Gutiérrez y Gracia,2003).
- De acuerdo a los tipos de usuarios que lleva a cabo CIJ, se considera que los jóvenes diagnosticados como disfuncionales presentan mayor deterioro en sus funciones mentales que los diagnosticados como funcionales, debido a la frecuencia con que utilizan las drogas. Para los jóvenes disfuncionales el consumo de sustancias adictivas se vuelve el motivo para vivir, además de que en general han perdido contacto con su medio, girando su vida en torno al consumo de drogas, en tanto que los funcionales llevan una vida productiva, sin perder contacto con su medio social inmediato.

Es importante hacer notar que la evaluación realizada con pacientes de los Centros de Integración Juvenil del D.F. por la Universidad Autónoma de México es la primera que se ha permitido con pacientes dependientes a sustancias adictivas: funcionales y disfuncionales; con el objetivo de conocer los pensamientos de poco aprecio por la vida de cada subgrupo. Abriendo así la posibilidad de detectar a aquellos sujetos con mayor proclividad a cometer un intento suicida, además de tomar medidas preventivas a nivel terapéutico en específico con aquellos jóvenes que presenten las características particulares arrojadas dentro de la investigación efectuada.

CAPITULO III. Método

3.1 Planteamiento del Problema.

En la actualidad, prácticamente no existen estudios acerca de la relación que tienen las adicciones con la ideación suicida. Los trabajos (de índole meramente cualitativa) desarrollados por Senties (2000), no resultan suficientes para poder tomar medidas preventivas prácticas en los grupos de riesgo. Por lo que esta investigación se plantea indagar la relación a partir de la identificación de diferencias en ideación suicida en jóvenes funcionales y disfuncionales que acuden a rehabilitación en los CIJ del D. F. Bajo la perspectiva de que la adicción es un factor de riesgo, aún para aquellos que están bajo tratamiento. Esta investigación parte del supuesto de que los jóvenes clasificados como disfuncionales presentan mayor ideación suicida que aquellos identificados como funcionales, que de comprobarse, se aportará evidencia acerca de la relación entre adicción y la ideación suicida en jóvenes adictos.

Objetivo:

Identificar si existen diferencias entre jóvenes disfuncionales y funcionales con respecto al grado de ideación suicida. Para coadyuvar en la propuesta de medidas preventivas y terapéuticas adecuadas a ésta población.

3.1.1 Pregunta de investigación:

¿Los jóvenes adictos en la categoría de disfuncionales presentan mayor ideación suicida que los identificados como funcionales?

3.1.2 Hipótesis:

Hipótesis de Investigación.

- La ideación suicida será mayor en los adolescentes dependientes disfuncionales que en los dependientes funcionales.
- La ideación suicida será mayor en los adolescentes disfuncionales que en los adolescentes no adictos.

- La ideación suicida será mayor en los adolescentes funcionales que en los adolescentes no adictos.

Hipótesis nulas (Ho):

- La intensidad de la ideación suicida será igual entre adolescentes dependientes disfuncionales y los dependientes funcionales.
- La ideación suicida será igual en adolescentes (funcionales y disfuncionales) que en adolescentes no adictos.

3.2 Población

Adolescentes adictos:

Con edades 15 a 24 años, diagnosticados en los Centro de Integración Juvenil del Distrito Federal, como dependientes funcionales o disfuncionales, registrados como poli usuarios de sustancias adictivas, con un tiempo máximo de 30 días de haberlas consumido. Sin restricciones de sexo o nivel socio-económico.

Adolescentes no adictos:

Con edades de 15 a 24 años, sin problemas de drogadicción, los cuales fueron tomados de FES-Aragón, FES-Iztacala, Vocacional 1, Conalep-Aragón, Centro Educativo Leonardo Murialdo, con edades y sexo iguales a los sujetos de ambos grupos de fármaco dependientes

3.2.1 Muestreo.

Tanto para los adolescentes adictos como no adictos, el muestreo fue no aleatorio intencional. En el caso de los adolescentes adictos, se dependía de las posibilidades y restricciones de los CIJ para la realización del estudio. Por lo que se establecieron, dos muestras de 33 adolescentes, a partir del diagnóstico elaborado por los Centros de Integración Juvenil basados en los criterios (DSM-IV) y modificados como tipos de usuarios en CIJ. La primera muestra integrada por adolescentes diagnosticados como funcionales (subgrupo A). La segunda muestra integrada por adolescentes diagnosticados como

disfuncionales (subgrupo B). La muestra de adolescentes no adictos estuvo conformada por 66 adolescentes de la misma edad y sexo, que los otros grupos

3.2.2. Procedimiento para el contacto y obtención de permiso en el CIJ

Consistió en una entrevista con el Psicólogo Arturo Lara, Director del Centro de Integración Juvenil de la 7ta. Sección de San Juan de Aragón, para obtener la información acerca de las posibilidades de la investigación en los CIJ, el tipo de atención que proporcionaban y la clasificación de los jóvenes adictos. A partir de lo cual se decidió los grupos a comparar. Eligiendo, entre las clasificaciones, a los funcionales y disfuncionales, por representar a los individuos diagnosticados como dependientes a sustancias adictivas convirtiéndolos en una población de riesgo, proclives a la ideación o intento suicida.

Criterios de Inclusión y exclusión

Con respecto a los jóvenes de los CIJ que serían incluidos en cualquiera de los dos grupos: funcionales o disfuncionales, el criterio de inclusión fue que los sujetos a participar tuviesen 30 días como máximo de consumo de sustancias adictivas a la fecha de aplicación de la Escala de Ideación Suicida de Beck y que se encontrará en el proceso de fase diagnóstica que realiza Centros de Integración Juvenil y que aceptaran participar en la investigación.

Como criterio de exclusión fue que no deseara participar en la investigación. Con respecto a los jóvenes no dependientes a drogas el criterio de inclusión fue que aceptaran participar y como exclusión que se negaran a participar.

3.2.3. Variables

Variable Dependiente:

Ideación suicida. Definida como una expresión verbal del deseo de escapar a aquellos problemas o situaciones intolerables, por medio de la muerte autoinflingida.

Definición operacional:

Considerando como criterio de expresión de ideación suicida, el puntaje obtenido al contestar la escala de ideación suicida de Beck (descrita más adelante). Tomando como punto de corte para registrar la existencia de ideación suicida un valor de 6.

Nivel de Medición:

Ordinal, ya que se registró el grado de ideación suicida a partir de la escala de ideación suicida de Beck.

Variable Independiente:

Adicción o no a las drogas. Donde la adicción se manejó con dos niveles: los jóvenes funcionales y los disfuncionales. Definiendo al funcional como el consumidor que utiliza drogas con frecuencia, que ha desarrollado problemas de dependencia de algún tipo, pero se desenvuelve en su medio familiar, laboral, escolar, y social sin que tales problemas le provoquen conflictos graves. Y disfuncional como el consumidor que no sólo utiliza las drogas con frecuencia, sino que su vida gira en torno al consumo, lo que se hace evidente por los problemas en relación con su medio y por las consecuencias que la droga produce en su organismo y funciones mentales (CIJ, 2003). Registrados ambos por medio de los procedimientos del CIJ.

Nivel de Medición:

Nominal, ya que se ubican a los adolescentes como adictos, uno de dos grupos: funcionales o disfuncionales, dependiendo de sus características de consumo de droga y como no adictos.

3.2.4. Instrumentos:

Inventario de datos generales:

Inventario constituido de 6 reactivos, donde se registra: sexo, edad, número de sustancias en uso, fecha de ingreso a CIJ, respuesta de autorización y tipo de usuario (funcional o disfuncional) (véase en anexo).

Inventario de Ideación suicida de Beck, Kovacs y Weissman (1979):

El cual se ha aplicado en jóvenes mexicanos con una confiabilidad de 0.80 (González-Forteza, 2002). Este instrumento en la versión traducida, adaptada y modificada de la Escala de Ideación Suicida de Beck de 1979, la cual está dividida en 5 secciones: La primera, para registrar la actitud hacia la vida y la muerte, la segunda, para identificar las características de la ideación o del deseo de muerte, la tercera, para reconocer las características del intento planeado, la cuarta, para evaluar la actualización de la tentativa y por último los intentos previos. La sección I, nos permite evaluar el grado de severidad de las ideas suicidas de cualquier sujeto, y también como filtro para continuar o suspender la resolución de toda la escala, dependiendo de las respuestas que se elijan en las preguntas 4 y 5 de ésta primera sección. Si contesta en el primera opción de cualquiera de éstas dos preguntas, se indica el ya no contestar las secciones II, III y IV; sino pasar a la sección V. Cada una de las preguntas contiene 3 opciones, dándoles valores de 1, 2 y 3 respectivamente. En donde la suma de los primeros cinco reactivos se consideran sin ideación suicida con un puntaje de 5 y que a partir de un puntaje del 6 al 14 se califica el grado del pensamiento suicida. La sección V se considera clasificatoria porque distingue a los sujetos que han intentado o no suicidarse con anterioridad.

3.2.5 Aparatos:

Una computadora Pentium III, con Windows 2000 e Impresora de inyección de tinta.

Programas: Office 2000, Harvard Graphics versión 3.00 y SPSS 10.0

3.2.6 Materiales:

Hojas de papel, fichas de trabajo, fichas bibliográficas, plumas, lápices, gomas, disquetes, grapas, libros, revistas, fólder, separadores, marcadores, tablas con sujetador y copias.

3.2.7 Lugar:

Centros de Integración Juvenil (CIJ) en sus Unidades de Atención Externa y sus Centros Regionales en las delegaciones del D.F., Venustiano Carranza, Alvaro Obregón

Zona Norte, Azcapotzalco, Gustavo A. Madero Zona Norte e Iztapalapa Zona Oriente; en cada unidad se prestaba un cubículo con características similares, con medidas aproximadas de 4 mts. x 3 de ancho, techo de concreto con una altura de 3 metros, ventanas grandes cubiertas con persianas o cortinas en blanco o beige, luz natural, la pintura en todos los casos era en color blanco o crema, decorados con pinturas y mensajes positivos acerca de lo que puede ocasionar la fármaco dependencia, cuadros pequeños con paisajes naturales, un escritorio, 3 ó 4 sillas por consultorio, puertas de madera y material de papelería a la mano. El CIJ en Álvaro Obregón es el más grande y es el único que tiene jardín amplio, bastantes almohadas de diversos colores, muchas plantas de decoración y una mesa larga de madera, un aparato con CD y 2 bocinas, gimnasio y cocina.

3.2.8 Diseño de investigación:

Prospectivo, ya que la información se obtiene a partir de los datos obtenidos con los instrumentos aplicados.

Transversal, ya que se mide una sola vez las variables y la información se recogerá y analizará en un solo momento, midiendo las características de uno o más grupos de unidades en un momento dado sin pretender evaluar la evolución de esas unidades

Comparativo, porque se propone la comparación de tres grupos: funcionales, disfuncionales y sin problemas de drogadicción

Observacional, puesto que no se pretende manejar las variables del trabajo mediante operacionalización experimental, solo puede describir o medir el fenómeno estudiado sin modificar a voluntad ninguno de los factores que intervienen en el proceso (Hernández,1998, Méndez ,1987).

3.3. Procedimiento

Fases y sesiones:

Fase I. Contacto y preparación de la investigación en los Centros de Integración.

Paso 1: Contacto con cada uno de los adolescentes. En todos los casos se presentó a la tesista por parte de algún profesional del equipo técnico con los jóvenes. Enseguida había una charla breve acerca de cómo se sentían, cuánto tiempo tenían de haber llegado, si les agradaba el lugar, las actividades que realizaba con el propósito de establecer el rapport, durante aproximadamente 10 minutos. Después se planteó la importancia de realizar investigaciones acerca del conocimiento de los pensamientos de la vida y la muerte de aquellos adolescentes que han venido consumiendo sustancias adictivas y que para lograrlo era indispensable su participación en la resolución de un cuestionario, aclarando que sólo con su consentimiento podríamos llevarlo a cabo.

Fase II. Registro de la Ideación Suicida

Paso 1: Aplicación del inventarios a los jóvenes de los CIJ, donde, debido a los criterios de los CIJ, siempre estuvo presente al menos uno de los integrantes del equipo técnico de cada centro. El inventario estaba constituido por las preguntas de datos generales y la escala de Ideación Suicida. El técnico después de hacer la presentación, comunicaba el diagnóstico del adolescente, le pedía sentarse en una silla que ocupan los pacientes en ese lugar. Escuchaba con respeto sin intervención alguna, ubicándose en un lugar en donde no interfiriera su presencia, pero en todo momento pendiente a cualquier petición o apoyo. Al término de la aplicación del inventario (con una duración promedio de 10 minutos) el técnico acompañaba al joven al lugar correspondiente a la continuación de sus actividades dentro de CIJ. Este paso comprendió 66 sesiones, lo cual implicó un tiempo de 1,980 horas que se completaron en 4 meses.

Paso 2: Aplicación de los inventarios a los jóvenes sin problemas de adicción, después de hacer un recorrido por las aulas de los grados en donde se podría encontrar a los jóvenes con las características deseadas, se pedía permiso a cada Maestro explicándole el motivo de la investigación (sí es que estaba presente) y se preguntaba abiertamente si había “alguien” que tuviera tal edad y que no consumiera ninguna sustancia, incluyendo tabaco y alcohol frecuentemente los mismos alumnos o incluso el Profesor, daban el nombre de la

persona indicada, la señalaban, o esa persona(s) levantaba la mano. Enseguida se le solicitaba hablar un momento, salían del grupo y al aceptar respondían la escala en una tabla que se compro para dicho fin algunos preferían sentarse en una jardinera o entrar a otro salón vació. El tiempo promedio de cada sesión ocupó de 15 a 20 minutos en promedio. Este paso comprendió 66 sesiones, lo cual implicó un tiempo de 40 días, ya que en algunas ocasiones había más de una persona por grupo con las características deseadas, entonces se aplicaba de forma simultánea a 2 ó 3 adolescentes.

Fase III. Codificación y vaciado de datos

Paso 1. Codificación de la escala y captura de datos en una hoja de cálculo del programa Excel 2000.

Paso 2. Calificación de los puntajes de ideación suicida: Registrando por medio del programa el puntaje de cada adolescente con respecto al grado de ideación suicida. Considerando un puntaje mayor a 5, dado que a partir de este puntaje se indicaba el deseo de morir.

Fase IV. Descripción y Análisis de Resultados

Paso 1. Descripción estadística. Obtención de los promedios, frecuencias y porcentajes para los datos del inventario de datos generales y la escala de ideación suicida, además de las gráficas correspondientes por medio del programa Harvard Graphics versión 3.0.

Paso 2. Análisis de resultados. Comparación de los promedios de ideación suicida entre los grupos: Funcionales, disfuncionales y sin problemas de adicción, por medio de la prueba estadística U de Mann Whitney (Siegel, 1986), utilizando el paquete estadístico SPSS 10.0 para Windows.

Capítulo IV. Resultados

A continuación se presenta la descripción y el análisis de los resultados obtenidos en la presente investigación. Para lo cual, en primer lugar se presenta la descripción de los datos generales, para proceder posteriormente a la descripción de los promedios de ideación suicida. Para la descripción y el análisis se considera la siguiente clasificación de grupos: A = Funcionales y B = Disfuncionales, y C = No adictos.

Se describen los porcentajes obtenidos en la primera sección de la escala de ideación suicida así como las gráficas correspondientes a los fármaco dependientes en dos grupos: A (funcionales) y B (disfuncionales), comparados con el grupo C (no dependientes). Para describir posteriormente la ideación suicida con respecto a la edad, al sexo, número de sustancias en consumo y al último consumo a la fecha de aplicación; siendo los resultados cuantitativos que fundamentan las conclusiones en el capítulo siguiente.

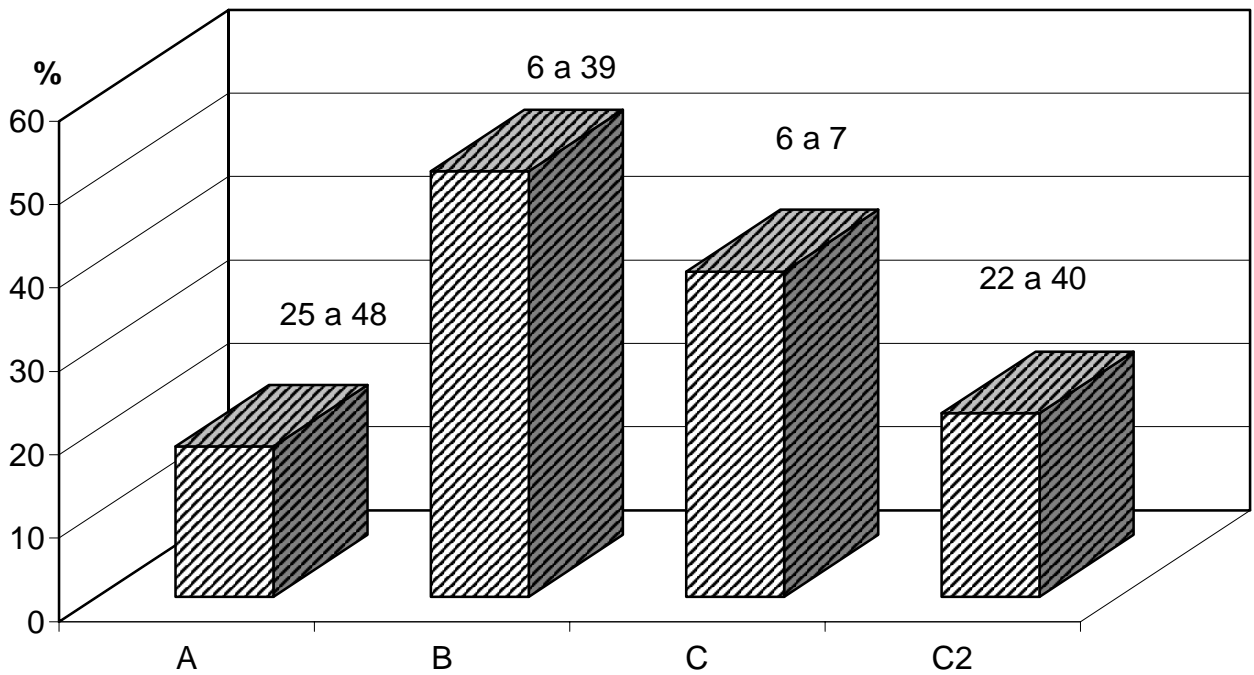
IDEACIÓN SUICIDA:

A.- En éste grupo sólo el 18% presentó ideas de poco aprecio por la vida, registrando desde un rango 25 hasta el 48; lo que indica no sólo la ideación suicida; sino la frecuencia e intensidad del deseo y planeación de los pensamientos suicidas.

B.- Aquí el 51.5% presentó ideas de poco aprecio por la vida, distribuido desde un rango 6 al rango 39.

C.- El 60% registro pensamientos de muerte, distribuidos con rangos 6 y 7 el 39% y alcanzando del rango 22 al 40 el 21%.

Fig. 1 Porcentaje de ideación suicida por grupo



De lo que se observa que el grupo con mayor presencia de Ideación Suicida es el grupo B, seguido del C.

El promedio de edad e ideación suicida en cada grupo se diferenci3 por sexo.

Hombres: En grupo A: edad 17 a3os con 34 de I. S. (ideaci3n suicida), grupo B: edad

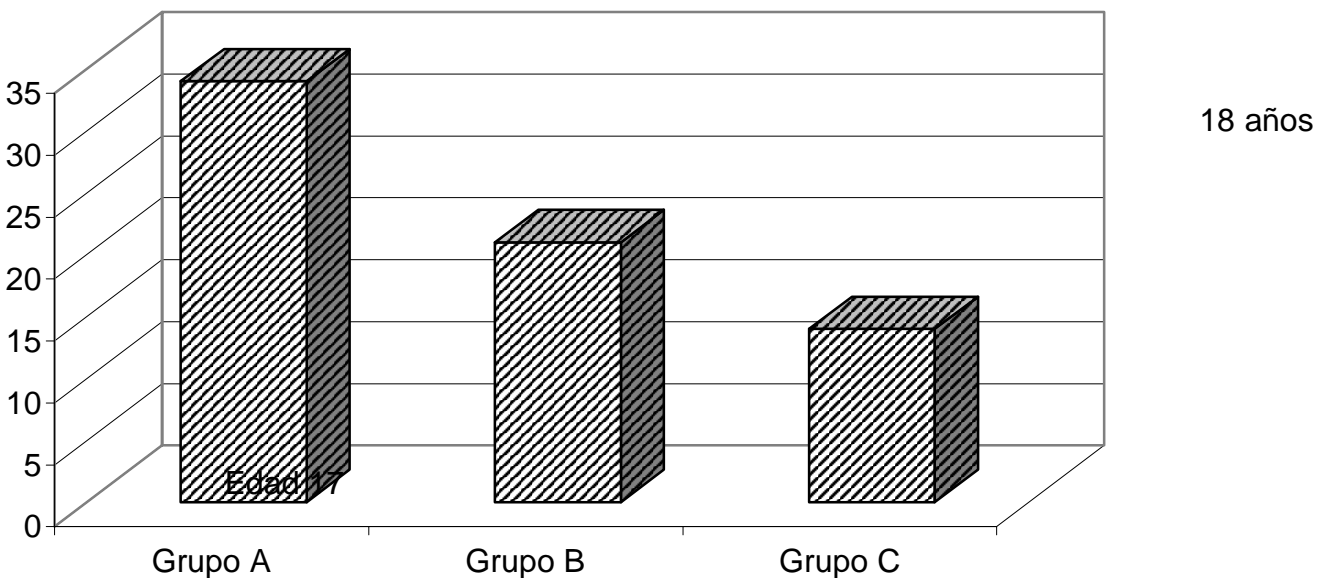
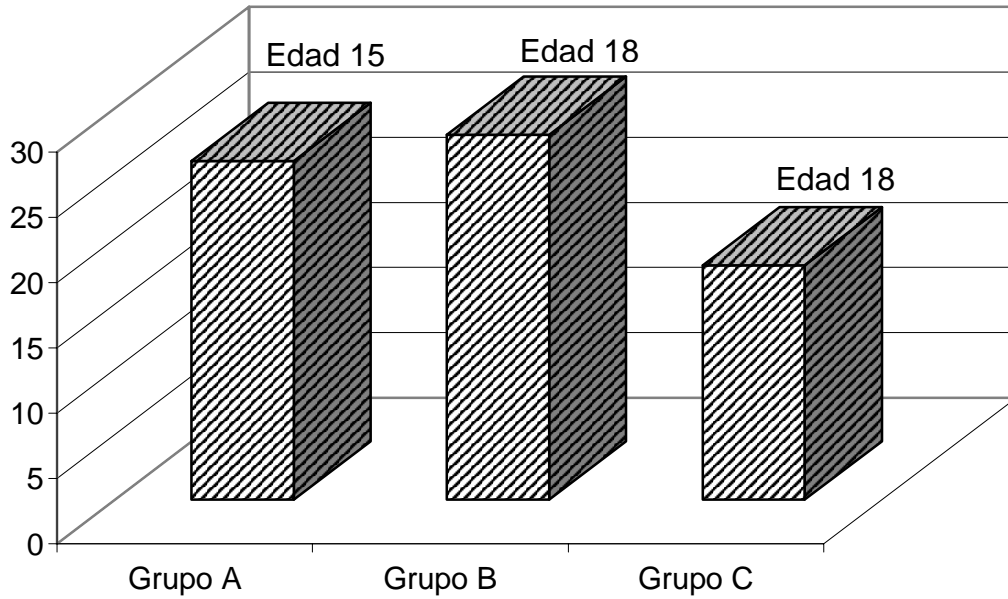
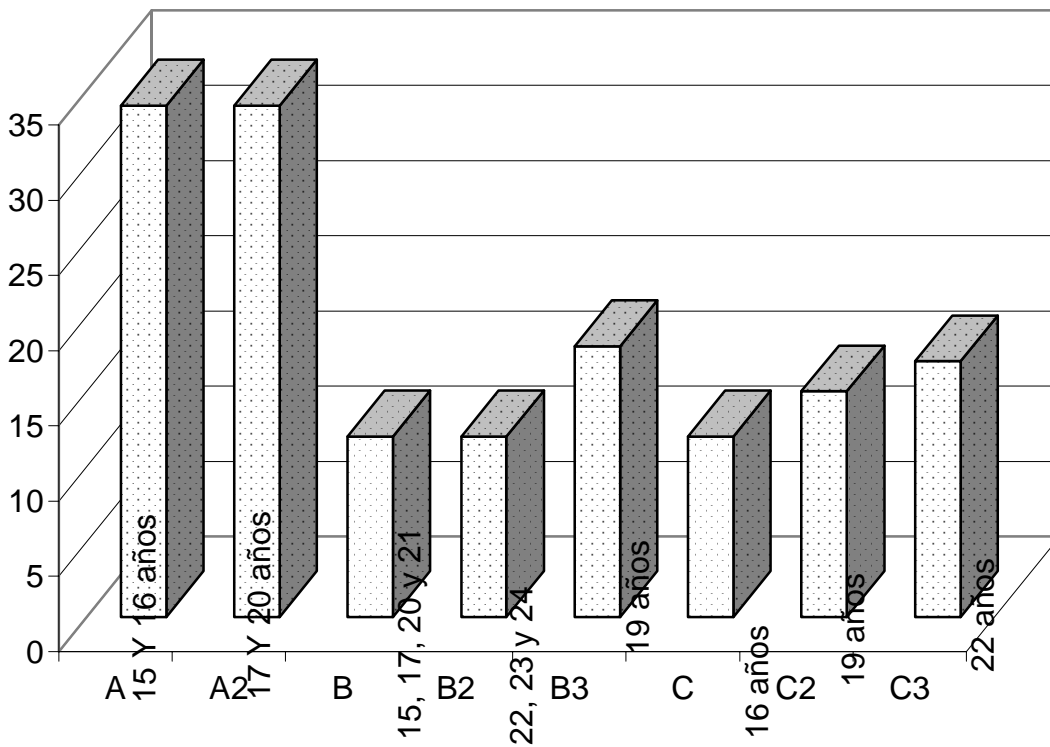


Fig. 3 Promedio de edad e ideación suicida en mujeres por grupo



EDAD:

En el grupo A, se encontró que en las edades de 15 y 16 años hay más sujetos con poco aprecio por la vida: sumando entre las dos edades un 66.7%. En un segundo lugar



Edades
11.8%

Para el grupo C, los adolescentes de 16 años obtuvieron 12% puntaje de ideación suicida, los de 19 años el 15% y de 22 años un 17%. Lo que significa que en el grupo C se presenta menor variabilidad con respecto a la edad (de 16 a 17 años), después el grupo A (de 15 a 20 años), y finalmente el grupo con mayor variabilidad es el grupo B (de 15 a 24 años).

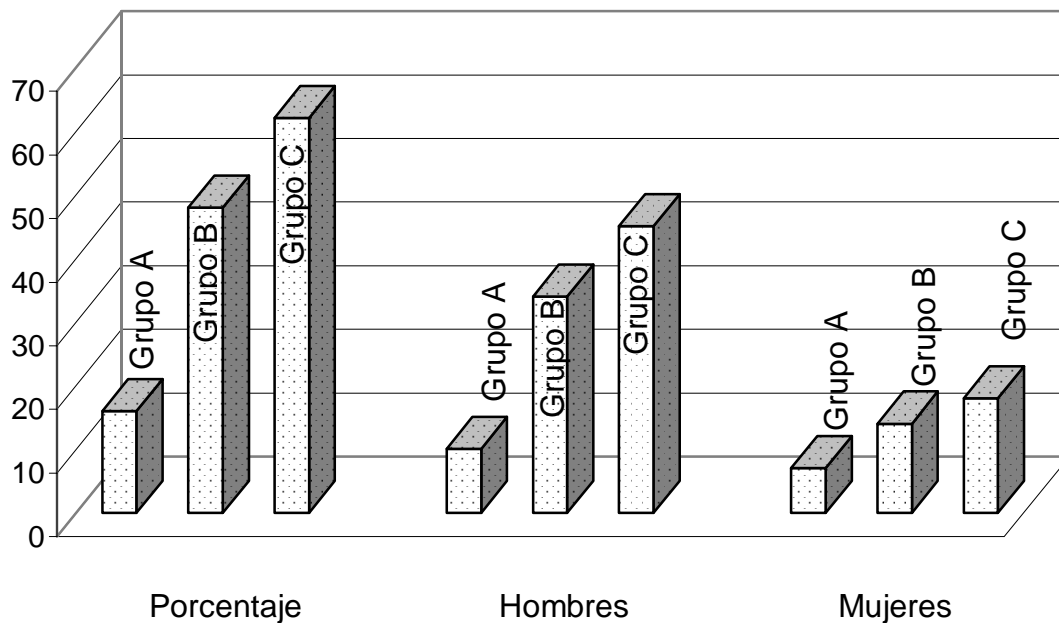
SEXO:

Grupo A.- En éste grupo, el 18% de los individuos funcionales registraron poco aprecio por la vida: 6% mujeres y 12% hombres.

Grupo B.- El 51% manifestó poco aprecio por la vida: 15% mujeres y 36% hombres.

Grupo C.- Se registro el 62% con pensamientos suicidas: 17% mujeres y 45% hombres.

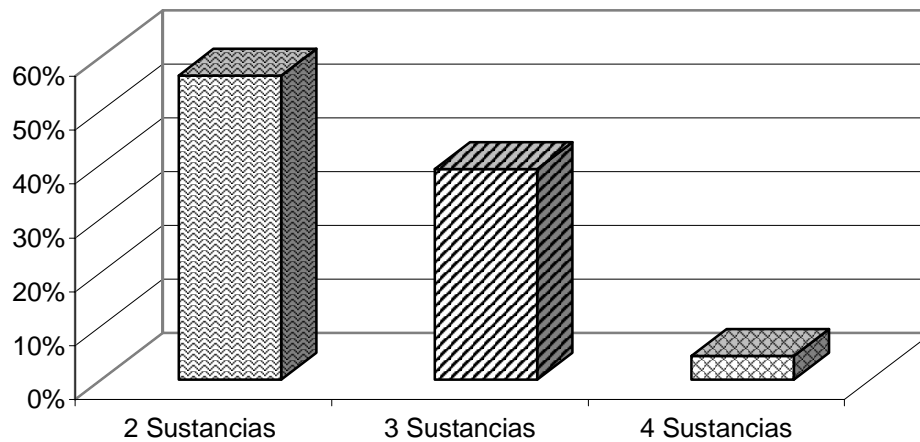
Fig. 5 Porcentaje de Ideación Suicida en cada grupo por sexo



POR NÚMERO DE SUSTANCIAS:

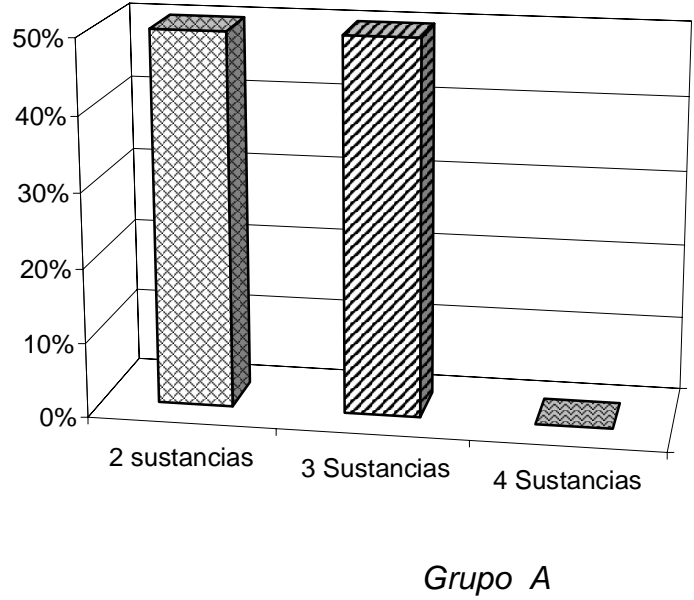
Del total de dependientes a sustancias adictivas, quienes presentaron mayor incidencia en las ideas de muerte, con un 56.5%, fueron los que usan 2 sustancias adictivas. Un 39% los que informaron ingerir 3 sustancias, un 4.4% los que mencionaron el uso de 4 diferentes fármacos.

Fig. 6 Porcentaje de Ideación Suicida al número de sustancias consumidas



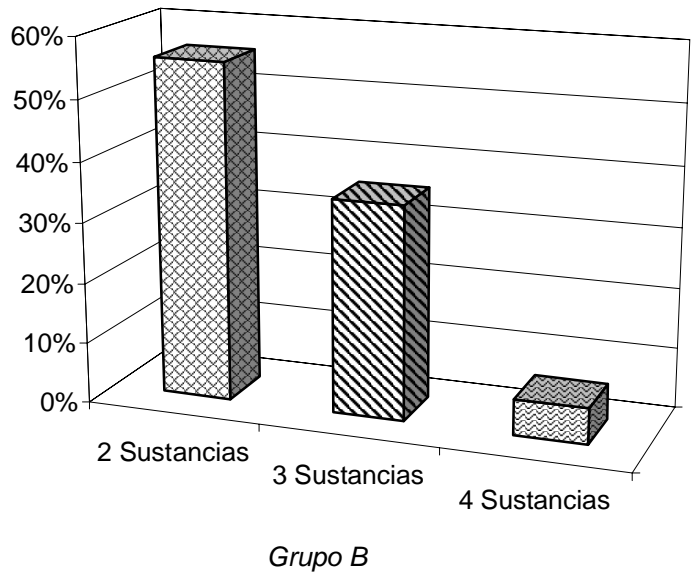
Grupo A.- Se observa que en los que presentan ideación suicida, el 50% consume 2 sustancias y el otro 50% tres.

Fig. 7 Porcentaje de ideación suicida por número de sustancias



Grupo B.- Con respecto a los que presentaron ideación suicida, se registró con un 59% a los que usa 2 sustancias, un 35% con 3 sustancias y el 6%, 4 sustancias.

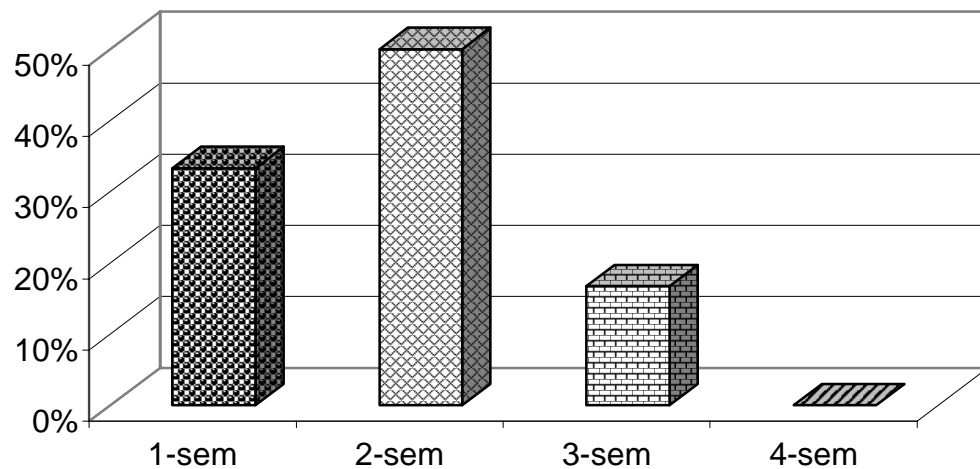
Fig. 8 Porcentaje de ideación suicida por número de sustancias



SEMANAS DE ABSTINENCIA A LA APLICACION

Grupo A.- La mayor incidencia de ideas suicidas ocurrió en la segunda semana de abstinencia de los sujetos con un 50% los que tenían apenas una semana de abstinencia con el 33%; y un 17% de los abstemios por 3 semanas.

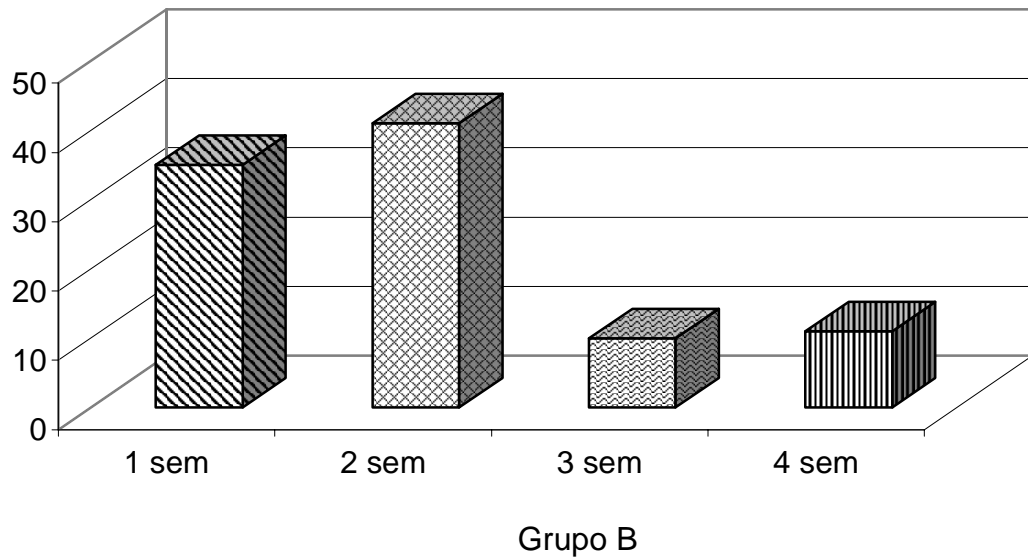
Fig. 9 Porcentaje de ideación suicida por semanas de abstinencia



Grupo A

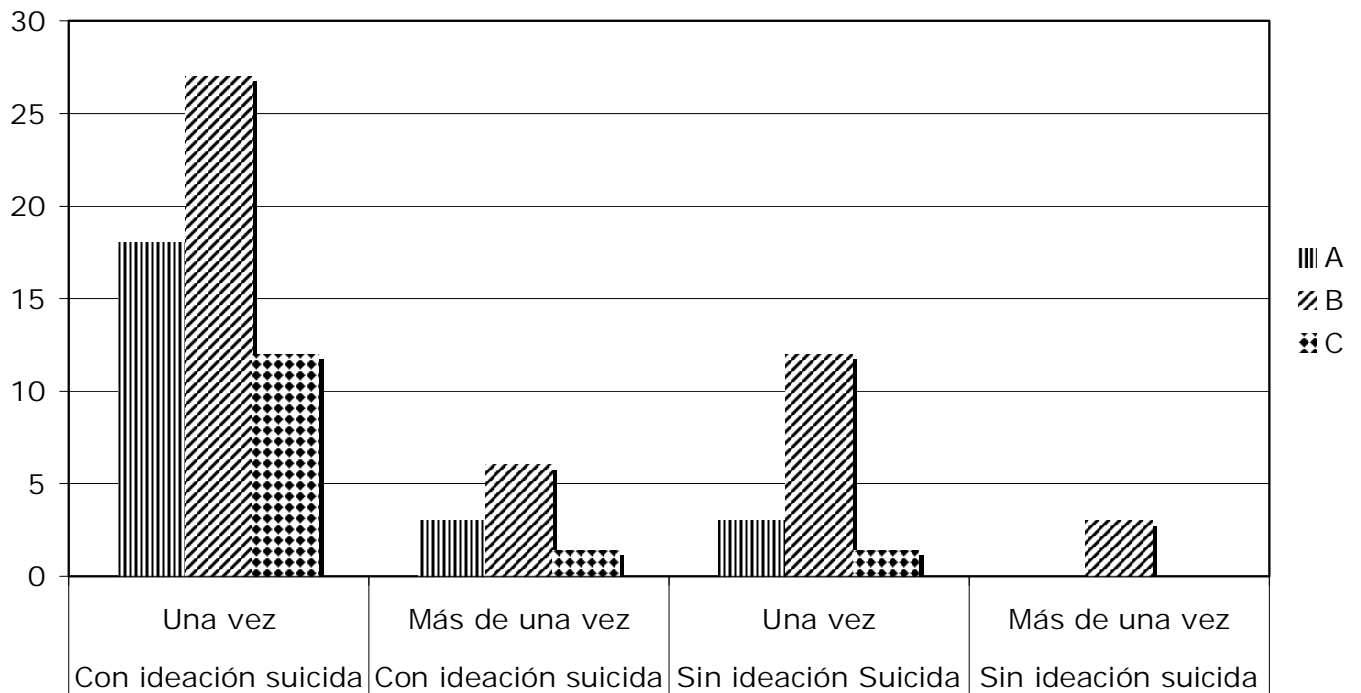
Grupo B.- En este grupo se coincide con lo registrado en el grupo A; donde el mayor grado de ideación suicida se presentó en los jóvenes con dos semanas de abstinencia registrando un 41%, e igualmente los que tenían una semana de abstinencia con un 35%. En tanto que los jóvenes con tres y cuatro semanas de abstinencia presentaron poco aprecio por la vida con un 12% respectivamente.

Fig. 10 Porcentaje de ideación suicida por semanas de abstinencia



Intento de suicidio en los grupos con adicción

Esta figura 11, muestra los intentos suicidas que han efectuado los jóvenes adictos, que de una muestra de 66 personas se dividió a la mitad, 33 dependientes funcionales y 33 disfuncionales.



Para conocer los intentos suicidas se consideraron a los adolescentes que presentaron ideación suicida y a los que no. En el grupo A de los jóvenes con ideas de muerte el 18% respondió haber intentado suicidarse una sola vez y el 3% más de una vez, en el grupo B el 27% intento suicidio una vez y el 6% más de una ocasión. Para los adolescentes sin ideas suicidas, los del grupo A, el 3% llevó a cabo un intento y más de uno ningún sujeto. Para el grupo B, el 12% sí intento suicidarse una vez y el 3% realizó más intentos. En el grupo de no adictos, con ideas de muerte el 12% lo intento una vez y 1.5% en más de una ocasión, y los adolescentes sin ideación suicida, sólo el 1.5% intento una sola vez y ninguno más de una vez.

Tabla No. 1 Comparación de niveles y porcentajes del grado de ideación suicida en jóvenes funcionales y disfuncionales.

Nivel de Ideación Suicida

	Funcional	Disfuncional
Sin Ideación Suicida	76%	42%
Nivel 1 Ideación Suicida	12%	12%
Nivel 2 Ideación Suicida	6%	15%
Nivel 3 Ideación Suicida	3%	9%
Nivel 4 Ideación Suicida	3%	3%
Total Ideación Suicida	24%	39%

En la tabla no.1 se muestran los niveles de ideación suicida de ambos grupos, primeramente los funcionales con 76% y los disfuncionales con 42%. Los niveles alcanzados para los funcionales en cuánto a presencia de ideación suicida 1er. Nivel con 12%, 2º Nivel el 6%, 3er. Nivel 3% y 4º. Nivel también con un 3%, totalizando el 24% de los que presentaron ideación suicida. En tanto en los disfuncionales, el 1er. Nivel fue del 12%, en el

2º. Nivel del 15%. En el 3er. Nivel con un 9% en el 4º. Nivel con el 3%, sumando un total del 39% de los que sí registraron ideas de suicidas

Tabla No. 2 Comparación estadística entre jóvenes funcionales y disfuncionales.

Valor de Prueba U de Mann Whitney	Significancia estadística
997, $p < 0.05$	0.05

Se encontró diferencias significativas entre los porcentajes de presencia de ideación suicida en el grupo de jóvenes funcionales con respecto al grupo de jóvenes disfuncionales (U de Mann Whitney =997, $p < 0.05$). Por lo que se rechaza la hipótesis nula, comprobando la hipótesis de investigación acerca de que hay mayor presencia de ideación suicida en los jóvenes disfuncionales que en los funcionales. Lo que quiere decir que la presencia de ideas de muerte sí está sujeta a la dependencia a las sustancias adictivas, y que al ser mayor el consumo de estas drogas se presenta tanto mayor ideación suicida como intentos de suicidio en los adolescentes diagnosticados como disfuncionales en comparación con los sujetos funcionales.

CAPITULO V. Análisis y Conclusiones.

Esta investigación llevó a identificar que existe diferencia en cuánto al grado de aparición de pensamientos de muerte, entre los adolescentes clasificados como funcionales y los clasificados como disfuncionales, por lo que se rechaza la hipótesis nula, encontrando por tanto que los adolescentes dependientes a sustancias adictivas diagnosticados como disfuncionales son los que presentan mayor intensidad y frecuencia de ideación suicida en comparación con el grupo diagnosticado como funcional. La diferencia fue significativa de acuerdo a la prueba estadística U de Mann Whitney, en donde se arroja que $p < 0.005$, rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis de investigación con un margen de error del 5%. Estos resultados implican que el consumo de sustancias adictivas se relaciona con la aparición de la ideación suicida y probablemente con los intentos de suicidio. Ya que en la comparación de ambos grupos se encontró que el grupo B (disfuncionales) tiene el mayor porcentaje de personas con de ideas suicidas (51.5%) que el grupo A (18%) (U de Mann Whitney =997, $p < 0.05$). Lo que indica que los adolescentes dependientes disfuncionales, son un grupo de riesgo de ideación suicida.

De acuerdo a la edad como en el subgrupo A , los individuos de 15 y 16 años presentaron mayor porcentaje de ideación suicida, seguidos por aquellos de 17 y 20 años. Siendo que por cada joven de 17 ó 20 años de edad que presenta ideas de muerte, se registran dos jóvenes de 15 ó 16 años de edad con esas mismas ideas. Sin embargo es en el subgrupo B los que mayor ideación suicida presentan son, en primer lugar, los sujetos de 19 años con un 17.6%, seguidos de los de 15, 17, 20, 21, 22, 23 y 24 años que obtuvieron un porcentaje homogéneo de 11.8%. En tanto que en el grupo de adolescentes no dependientes a sustancias adictivas, la edad en que se registró el mayor porcentaje de ideación suicida fue a los 22 años (17.0%), seguida por la de 19 años (15%); (edad que al compararla aparece también en el grupo B y en tercer lugar los jóvenes de 16 años con un 12%.

Para las 3 hipótesis planteadas en este trabajo, podemos concluir que de acuerdo a la prueba estadística Kruskal.Wallis, las diferencias significativas fueron en las comparaciones entre los grupos A-B y A-C, no así en la comparación entre los grupos B-C.

Los rangos promedio de cada grupo fueron: A:39, B:71 y C:77. Lo que indica que los adolescentes funcionales tienen mayor apego a la vida que los disfuncionales y aún que los no adictos. Lo que pudiera deberse a que son jóvenes que buscan apoyo para salir de la relación adictiva a las drogas, además que son jóvenes a los que se les está brindado atención profesional, lo que se refleja en sus expectativas de vida. Otra explicación posible, no contradictoria con la anterior, es que para estos jóvenes existe una red social de apoyo y aún podría ser necesario para ayudar al joven y quizá por último la situación crítica que los lleva a pedir ayuda, colocándolos en un lugar de transición: en donde ya no se consideran jóvenes sin adicciones pero tampoco disfuncionales están en un momento trascendente para regresar a la liberación de las sustancias adictivas o el depender de ellas para “desconectarse” de una vida funcional.

A lo anterior podríamos agregar que los rangos mencionados de ideación suicida en los tres grupos no todos son de riesgo, pues aunque se encuentran por arriba de la mediana ello no es determinante de riesgo suicida. Por lo que es necesario registrar otros indicadores tal como la desesperanza y la depresión y su relación con la dependencia a las drogas. Otro aspecto a considerar es que los jóvenes registrados en ésta investigación estaban decididos a obtener algún tipo de apoyo profesional (Centros de Integración Juvenil) y en muchos de los casos acompañados por un familiar o amigo lo que ubica claramente la búsqueda de ayuda con el fin de terminar con la dependencia a las drogas. Lo que lleva al planteamiento de las siguientes preguntas: ¿Los adolescentes dependientes a las drogas que no han acudido a buscar apoyo ni asesoría de tipo psicológica o psiquiátrica, podrían registrar variaciones significativas en la presencia de ideación suicida, por presuponer que no han intentado salir de la adicción? y 2,¿el ser adicto solo es un factor que en algunos casos eleva la frecuencia de ideación suicida en la última etapa de la dependencia a sustancias adictivas?

En ambos grupos de dependientes se observó que por el número de sustancias adictivas se encontraron diferencias en cuánto a los pensamientos de muerte: en el grupo A, los adolescentes dependientes a 2 y 3 sustancias presentaron por igual la frecuencia de pensamientos de muerte (50%); y en el grupo B casi el 60% de los que dijeron tener ideas de poco aprecio por la vida son dependientes a 2 sustancias, continuado con un 35%

aquellos que usan 3 sustancias y sólo el 6% que utiliza 4 sustancias. En éste apartado podemos afirmar que el número de sustancias no determina la presencia o ausencia de deseos de autodestrucción, sino que la dependencia generada por el uso de la sustancia adictiva es el factor principal en la aparición de dichas ideas muerte. Nótese que en este último rubro, el número de sustancias es inversamente proporcional a la aparición de las ideas suicidas; es decir que a menor uso de sustancias adictivas apareció mayor presencia de ideas de muerte, y a mayor uso de sustancias se registró menor proporción de ideación suicida. Es innegable mencionar que el daño neurofisiológico ocasionado por el uso de las drogas puede intervenir en la claridad y juicio de los individuos para responder a los cuestionamiento comunes cotidianos, luego entonces se considera un factor importante de observar en la posible ambigüedad en la resolución de la escala de ideación suicida por estos fármacodependientes.

Al medir el último consumo a la aplicación de la escala, se puede observar el llamado síndrome de abstinencia que se produce debido a la interrupción del uso de las sustancias adictivas y que se asocia la aparición de pensamientos e ideas de poco aprecio por la vida en los adolescentes tanto del grupo A con un 50% y del grupo B con un 41%, ya en la segunda semana transcurrida. Encontrando además, que la primera semana se ubica como el segundo tiempo de riesgo suicida para los individuos dependientes de ambos grupos con registro de casi el 35%. En el caso de los funcionales el resto de la muestra registra menor frecuencia para la tercera semana y en los disfuncionales, se distribuye el porcentaje en la tercera y cuarta semana (12%). Lo anterior sugiere que se considere en la fase diagnóstica del CIJ, incluir la aplicación de la Escala de Ideación Suicida fundamentalmente los 15 primeros días a la presentación del paciente, por considerar éste tiempo como de riesgo de ideación suicida, para proceder a la atención de los jóvenes con riesgo.

En lo que respecta al sexo de los sujetos, se encontró que por cada mujer que registró ideas de dos hombres las presentaron, siendo igual dicha comparación en ambos subgrupos. Lo cual coincide con lo encontrado por Villardón (1993), y Florenzano (1998) y Balanzario (2004) en CIJ en donde los hombres tienen más incidencia en la frecuencia de pensamientos contrarios a la vida. Recordando que de la puntuación máxima (56) de la

escala, la más cercana a ésta fue con un rango de 48 y la alcanzó un adolescente dependiente con edad de 20 años clasificado como funcional. Y del grupo de no dependientes también fue un sujeto del sexo masculino con 20 años de edad. Es relevante mencionar que en el grupo de dependientes se encontró que un adolescente de 20 años de edad reportó usar 3 sustancias, manifestando una semana de abstinencia cuando se le aplicó la escala de Beck, siendo el que registró el rango más alto de pensamientos de poco aprecio por la vida con el rango 48. Y que en el grupo de no dependientes, también fue un adolescente del sexo masculino de 20 años de edad, el que mayor rango registró (40).

Por lo que se concluye que los adolescentes drogo-dependientes, tanto funcionales como disfuncionales, representan un grupo de riesgo de pensamiento suicida, dada la interacción entre la etapa de desarrollo en la que se encuentran (adolescencia) y la dependencia al uso de sustancias adictivas. De lo que se deriva la recomendación de que durante la evaluación diagnóstica efectuada por el CIJ, se preste atención a la posibilidad de riesgo de ideación suicida, especialmente en los jóvenes del sexo masculino entre los 15,16 y 19 años de edad que consuman más de dos sustancias, y que se encuentren dentro de las dos primeras semanas de abstinencia.

Para los intentos de suicidio realizados se encontró que en el grupo de dependientes el 24% confesó haber intentado suicidarse por lo menos una vez (el 6% en el grupo A y 18.3% en el grupo B). En el grupo A, 4.5% mujeres y 1.5% hombres, y en el grupo B 11% mujeres y 7.3% hombres. En tanto que en el grupo de no adictos 12.3% dijo haberlo intentado una vez y 1.3% más de una vez, siendo 8% mujeres y el 5.6% hombres. Contrario a lo encontrado en otros estudios, se registró en esta investigación que el pensamiento suicida se presentó principalmente en el sexo masculino, y el intento suicida se reportó en mayor proporción en el sexo femenino. Concluyendo que en los dependientes disfuncionales además de presentar mayor nivel de ideación suicida que en el grupo de dependientes funcionales (Tabla, 1), también se registró el reporte de una mayor proporción de intentos suicidas previos (Figura, 11) .

Por tales motivos se recomienda que por parte del grupo técnico de Centros de

Integración Juvenil y de cualquier profesional o institución interesados en la rehabilitación de los adolescentes dependientes a sustancias adictivas, que contemplen en fase diagnóstica de los pacientes la aplicación de la escala de Ideación Suicida con el objeto de intervenir oportunamente, apoyados en la información que nos revela el nivel de poco aprecio por la vida, logrando en el aspecto terapéutico trabajar con un tratamiento psicológico los factores que social e individualmente pueden estar generando pensamientos de muerte, planeación e intentos de suicidio. Tomando como referencia que efectivamente el ser individuos que son dependientes al uso de sustancias adictivas eleva las posibilidades de presentar conductas suicidas.

El psicólogo debe considerar el apoyo de familiares o en su caso de la pareja; ya que los adolescentes de ambas muestras mencionaron que los motivos y/o razones que impedirían llevar a cabo un intento de suicidio son: en primer lugar la familia (mamá, abuela e hijos), así como en otros casos compañeros sentimentales (“mi novio”, “mi pareja”); y en segundo lugar el miedo a quedar vivo y/o en mal estado de salud.

Para lograr una mejor detección del riesgo de ideación suicida, a pesar de que no se pudo hacer en esta investigación por restricción en los CIJ, es importante considerar que junto con la escala de Ideación Suicida, se debería aplicar las escalas de desesperanza y de depresión, ya que así se podría ampliar el conocimiento acerca del estado de riesgo en los jóvenes adictos. Otro aspecto a trabajar corresponde a la necesidad de efectuar estudios que conlleven a identificar la relación específica entre la dependencia a sustancias adictivas y la ideación suicida. Considerando además la incorporación de variables tales como los años de consumo de sustancias adictivas la edad de inicio en el consumo, el tipo de sustancias que usan y el sexo. Ya que no es lo mismo un niño que comienza a drogarse a los 9 ó 10 años, que aquél joven que su consumo de drogas empieza a los 15 años, o aquella niña que fuma tabaco a aquella que inhala solventes, así como el que depende del alcohol y del cigarro, al que es dependiente al alcohol, cocaína y pastillas. Además de estudiar específicamente la relación de la ideación suicida con el consumo de drogas tomando de referente las etapas de desarrollo. También intentar llevar a cabo un seguimiento longitudinal en los casos de los adolescentes adictos funcionales y

disfuncionales con el fin de identificar si persisten o no los pensamientos suicidas, dependiendo del grado de control de la adicción y en su caso, reconocer las condiciones que acompañarían a tal situación. Reconociendo que aún falta mucho por hacer, el presente trabajo cumple con el propósito de generar información científica que conlleve a la generación de nuevas investigaciones en donde se trabaje el problema del riesgo de suicidio en poblaciones jóvenes en México.

A N E X O S

Anexo 1.

Inventario de datos generales.

Sexo: M_____ F_____ Edad:_____ Número de sustancias en uso:_____

Fecha de ingreso a CIJ:_____ Respuesta de autorización:____ Tipo de usuario:

Anexo 2.

Escala de Ideación Suicida de Beck

INSTRUCCIONES

A continuación se le presentaran una serie de descripciones que en muchas ocasiones se apegan a lo que algunas personas sienten. Marque con una x (equis), la opción de respuesta que corresponda a su vivencia personal del último mes.

Sección I.

- 1, ¿Qué tantas ganas tiene de seguir viviendo?
 - 0) el deseo de vivir es fuerte o moderado
 - 1) el deseo de vivir es poco. Débil
 - 2) No tiene deseos de vivir
2. ¿Qué tanto desea usted morir?
 - 0) no tiene deseos de morir
 - 1) el deseo de morir es poco
 - 2) el deseo de morir es fuerte o moderado
3. Para usted ¿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. ¿Has 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 deseará quitarse la vida ¿en qué momento lo haría?

- 0) lo haría cuando alguien lo pudiera rescatar
- 1) dejaría la vida o la muerte a su suerte (ejem. cruzar la calle sin precaución)
- 2) usted mismo (a) lo propiciaría o se dejaría morir sin involucrar a nadie.

NOTA: si contestó 0 en las preguntas 4 ó 5, no conteste las secciones II, III y IV; pase a la sección V.

6. ¿ Qué tanto tiempo piensa (duración del pensamiento) en la posibilidad de atentar contra su vida?
- 0) lo piensa en periodos cortos o en forma pasajera
 - 1) la idea permanece por más tiempo
 - 2) el pensamiento es constante (crónico)
7. ¿Qué tan seguido (frecuencia del pensamiento) piensa en la posibilidad de atentar contra su vida?
- 0) los rechaza
 - 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 ha tenido pensamientos de morir
- 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 haya impedido llevar a cabo sus deseos de quitarse la vida (como la familia, creencias religiosas, intento previo, etc.)?
- 0) no cometería suicidio porque hay motivos suficientes que se lo impediría
 - 1) hay cierta duda por los motivos que lo impedirían
 - 2) no le importan o tienen una mínima importancia los motivos que se lo impid
11. ¿Qué razones tendría para llevar a cabo un intento?
- 0) sus intenciones son para manipular, llamar la atención
 - 1) combinaciones de 0 y 2

2) sus intenciones son para escapar, poner fin o resolver sus problemas

Sección III

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

- 0) no lo he considerado
- 1) lo ha considerado, pero no en detalle
- 2) lo ha considerado muy detalladamente

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

- 0) le es difícil conseguir el método
- 1) la forma en que planea quitarse la vida le llevará tiempo y esfuerzo, las oportunidades que tiene son pocas
 - 2a) la forma en que desea atentar contra su vida es factible porque hay oportunidades para lograrlo
 - 2b) hay alguna planeación anticipada del éxito para conseguir el método y la oportunidad para llevarlo a cabo

14. ¿Usted cree que podría llevar a cabo un intento?

- 0) le asusta la idea, no es lo suficientemente fuerte, no tiene valor, es incapaz de llevarlo a cabo
- 1) no está seguro de tener el valor de hacerlo, pero cree que es más capaz
- 2) está totalmente seguro de que lo pueda llevar a cabo y tiene el valor y capacidad para realizarlo

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

- 0) no lo ha pensado
- 1) no está muy seguro
- 2) si lo ha pensado

Sección IV

16. Últimamente ¿ha preparado y planeado como 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. Últimamente ¿ha escrito o pensado enviar a alguien alguna nota sobre los motivos por los cuales desea terminar su vida?
- 0) no
 - 1) empezó a escribir pero no la terminó, solamente ha pensado en hacerlo
 - 2) ya tiene un escrito hecho
18. Actualmente ¿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. Actualmente ¿ha dejado entrever sus intenciones de quitarse la vida?
- 0) reveló abiertamente sus ideas
 - 1) evitó revelarlas
 - 2) trató de disimularlo o de ocultarlo

Sección V

20. ¿Intento suicidarse previamente?
- 0) no o nunca
 - 1) una vez
 - 2) más de una vez
21. ¿Qué tanto deseó morir en ésta ocasión en comparación con la última vez que lo intentó?
- 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

BIBLIOGRAFÍA

Adam, S.(1990). Environmental Psychosocial and psychoanalytic aspect of suicidal behavior.En: Blumenthal S & Dupfer DJ.(1992) Suicide over the life cycle. American Psychiatric Press,Inc.Washigton.

Baldessarini, R. & Toldo, R. (2003), Suicide Historical, descriptive and apidemilological considerations, Journal and Clínical Psychiatry, 2003.

Beck, A. (1974). The prediction of suicide. New York: Charles Press

Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M.,y Weissman, A. (1979). "Assessment of Suicidal Intetion: The Scale for Suicide Ideation". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 861-865.

Bonner, R.(1992) "Isolation, seclusion, and psychosocial vulnerability as risk factors for suicide behind bars". En: Maris R., et.al., Ed. Assessment and of suicide. Guilford Press. New York.

Cancrini, L. (1987). "Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles". Comunidad y drogas, 1:45-47. En: Ysern, R. (1995). "Estudiantes de BUP y Consumo de drogas", Servicio de Publicaciones. Universidad de Córdoba, España.

Casullo, M.; Bonaldi, P. & Fernández, L.:(2000).Comportamientos Suicidas en la Adolescencia. Buenos Aires.

Castillo, P. Gutiérrez, A.; & Gracia, S.; (2003).Consumo de Drogas entre Pacientes que ingresaron a Tratamiento en CIJ en 2002. CIJ Informe de Investigación 03-01, México.

Centros de Integración Juvenil (2001). Síntomas de Depresión en una muestra de usuarios de drogas solicitantes de Tratamiento en CIJ, Dirección de Prevención, Subdirección de Investigación: Informe de Investigación 00-08, México, D.F.

Centros de Integración Juvenil (2002). Cómo proteger a tus hijos contra las drogas, Guía práctica para padres de familia. Fundación Gonzálo Rio Arronte, I.A.P. México.

Centros de Integración Juvenil (2003). Consumo de Drogas entre pacientes que ingresaron a tratamiento en CIJ en 2002, Dirección de Investigación y Enseñanza. Subdirección de Investigación. Informe de Investigación 03-01. Compiladores David Bruno Díaz Negrete y Mario Carlos Balanzario Lorenzana. Edición Subdirección de Comunicación Social. México.

Centros de Integración Juvenil (2004). Estudios epidemiológicos del consumo de drogas en usuarios de los servicios de tratamiento de CIJ, Dirección de Investigación y Enseñanza. Subdirección de Investigación. Compiladores Bruno D. Díaz Negrete & Balanzario M. Lorenzana. Edición Subdirección de Comunicación Social. México

Corominas, J. (1961). Breve diccionario etimológico de la Lengua Castellana. Gredos. Madrid, España.

Christman, A. (2000). El suicidio de los adolescentes. Bajado de internet el día 27 septiembre 2004. <http://www.unam.mx/rompan/24/>

Davies, P. (1989). "The actions and uses of drugs". Pearson, richer, butterworths, Londres. En: Massun, E. (1991). "Prevención del uso indebido de las drogas". Trillas, México.

Davidson y Choquet (1982), citados en Sarro y De la Cruz 1991 en "Los suicidios", Edit. Martínez Roca, México

Diekstra, R. (1993), "*The epidemiology of suicide and parasuicide*". Acta Psychiatr Scandinava,371,1993.371 (supl) 9-20

Diekstra, R. (1995) "On the nature magnitude and causality of suicidal behaviors: an international perspective. Suicide and inte-threatening behavior", Acta Psychiatrica Scandinava 25,(1) 36-57

Doppart, L. (1979), citado en Sarro y De la Cruz en "*Los suicidios*" Edit. Martínez Roca,México

Durkheim, E. (2003). *El suicidio*. Coyoacán, México, D.F. 7ª. reimpresión

Enciclopedia Salvat, (1978) Diccionario. Salvat Editores, S.A. Barcelona. Edit. Mexicana S.A.

Erikson, E. (1972). *Sociedad y Adolescencia*. Editorial Siglo XXI, 1989. México.

Farberow,N.:(1989). *Attitudes toward Suicide*. En:RFW.Diekstra,R.; Maris, S. Platt; A Shmidtke y G. Sonneck. Eds. *Suicide and its Prevention. The Role of Attitude and Imitación*. Leiden, New York: Brill.

Florenzano, R. (1998). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago de Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile

González-Rivera, F., Rodríguez-Pulido, F. (2000), "*Evaluación y medición del riesgo de autolesión y suicidio*". En: Balbuena A. Berrios G. Fernández de Larrinoa P. (eds) *Medición Clínica en Psiquitría y Psicología*. Barcelona: Masson, S.A.

González-Forteza, Velásquez, V. y Escalera, A., (2002) "*Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México 1997 y 2000*", Salud Mental, Vol.25 No.6, diciembre 2002.

Hawthorn, K.; Catalán J. (1983). Attempted suicide. A practical guide to its nature and management. New York: Oxford University Press.

Hendin, H.(1991), "*Suicide and guilt as manifestation of PTSD in Vietnam combat veterans*". American Journal Psychiatry; 148(5), 586-591

Hernández, S.:(1998). Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill, México.

INEGI, (1999). "*Estadísticas de Estudios de intentos de suicidio y suicidios*" Cuaderno No. 4, México,

INEGI, (2003).Estadísticas e intentos de suicidio y suicidios, México-INEGI, cuaderno, núm.9.

Kelly, G.A. (1955). The Psychology of Personal Constructs. New York: Norton. Citado por Villardón, G.L. (1993) "El pensamiento de suicidio en la adolescencia", Bilbao, Deusto Universidad.

Levin, J. (1994). Fundamentos de Estadística para la Investigación Social. Harla, México

Macías, L..(2005), Unidad de Tratamiento en Consulta Externa en CIJ, 6ª. Sección de San Juan de Aragón, México, D.F.

Madden, J.; (1986). Alcoholismo y Fármaco dependencia. Edit. El Manual Moderno. México, D.F.

Mardomingo, M., & Zamora, C. (1993) *“Intento de suicidio en la infancia y adolescencia: factores de riesgo”*. Revista de Psiquiatría Infante-Juvenil; 1:42-49

Massun, E. (1991). Prevención del uso indebido de las drogas. Edit. Trillas, México

McKinney, J.; Fitzgerald, H. & Strommen, E. (1982). Psicología del Desarrollo: Edad Adolescente. Edit. El Manual Moderno, México

Méndez, P.T. (1987). “Aspectos metodológicos de la investigación social”. UNAM, México.

Merani, A. (1976). Psicología de la Edad Evolutiva: Infancia, pubertad adolescencia. Editorial Grijalbo, Barcelona, España

Mondragón, L.; Saltijeral, M.; Bimbela, A. & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. Salud Mental, Vol. 21, Octubre.

Montalban, R.; (1998). La conducta suicida. Arán Madrid España.

Morgan, H.; (1983). ¿Deseos de Muerte?, Edit. Fondo de Cultura Económica. México, D.F.

Moujan, F.; (1997). Abordaje teórico y clínico del adolescente. Edit. Nueva Visión SAIC, México

Neuringer, C. (1974) “Problemas of Assessing Suicidal Risk”. Springfield, IL; Charles C. Thomas Publisher. Citado por Montalban, R. (1998), “La conducta suicida”, Madrid España, Editorial Arán.

Notimex, (2003) De 5.7% la tasa de suicidio en México Enero 17. Bajado el sábado 17 Enero de 2004.

En:<http://noticias.vanguardia.com.mx/shaudetail.cfm/341786/>

Organización Mundial de la Salud: OMS, (1990). El suicidio y los intentos de suicidio. Ginebra

Pedrero, P.E. (2002) « Atribuciones en drogodependencias », Vol.8, No.2, julio 2002, pp.1-22 c/Bergantín, 11 5o. B, 28042-Madrid

Peck, M.L. (1968), "Suicide Motivations in Adolescents". *Adolescence*, 3, 107-118.

Pérez, B., (1996). Factores de Riesgo en la Adolescencia. Revisión Psiquiátrica del LX. No.11 (4):318-25

Pérez, B., (1997). El suicidio, comportamiento y prevención. Editorial Oriente Santiago de Cuba.

Pérez, B., (2004). Factores de riesgo suicida en la adolescencia. Bajado el día 17 enero 2004, serper.grm@infomed.sld.cu y <http://www.psicología-online.com/ebooks/suicidio/adoles.shtml>.

Pfeffer, C. (1988) Risk factors associated with youth suicide: A clinical perspective. *Psychiatric Annals*, 18(11)652-656.

Piaget, J. (1986) "Seis Estudios de Psicología", Editorial Barral y Labor, 2ª. Edición, 1986

Pierre, M. (1992). Generalidades Historia. En: ¿Qué es El Suicidio?. Editorial Lito Artes S.A., México, D.F.

Pokorny, A (1986), "A sheme for Classifying Suicidal Behaviors". En Beck A.T. Resnik, H.L. y Lettieri, D.J. Ed.prediction of suicide. Philadelphia: The Charles Press.

Rainer (1984), citado en Sarro y De la Cruz, 1991 en "Los Suicidios", Edit. Martínez Roca, México.

Rich, A.R. y Bonner, R.L. (1991), "A Dinamic Model of Suicidal Behavior". Documento no publicado. Citado en Villardón, G.L. (1993), "El pensamiento de suicidio en la adolescencia", Bibao, Deusto Universidad.

Richardson, K. (1989). "Modelos de Desarrollo Cognitivo"; versión de Pilar Paterna Molina. Alianza. Madrid, España. En: Villardón, G.L. (1993). "El pensamiento de suicidio en la adolescencia". Bilbao, Universidad Deusto.

Ringel (1989), citado en Sarro y De la Cruz, (1991) en "Los Suicidios", Edit. Martínez Roca, México

Rojas, E. (1978) "Estudios sobre el suicidio", Salvat Editores, S.A., Barcelona, Madrid.

Saltijeral, M; & Terroba, G. (1987). Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México. Salud Pública; 21,(4); 7-14

Sarro, B & de la Cruz, (1991). Los suicidios. Edit. Martínez Roca, México

Schneidman, E., & Farberow, N., (1994) "The psychology of suicide: A clinicals guide to evaluation and treatment", Jason Arouson Inc. New Jersey. Citado en Villardón, G.(1993) "El pensamiento de suicidio en la adolescencia", Bilbao, Deusto Universidad E.E.U.U.

Sentíes, H. (2000). "*Esquizofrenia y conducta suicida*". Salud Mental 1; 2; 23-28 México.

Pérez, S. (2000) Manejo de la crisis suicida en el adolescente. Bajado el día 17, Enero 2004, En: Serper.grm@infomed.sld.cu

Siegel, S.(1986). Estadística No Paramétrica, Aplicada a las Ciencias de la Conducta. Edit. Trillas, México

Stadelmann, C.(2006). Jóvenes Suicidas, tendencia en aumento, El Universal, A22, Año:90, Número 32,251. México, D.F.

Stengel, E. (1965). Psicología del suicidio y los intentos suicidas. Ed.Paidos. Buenos Aires, Argentina

Vallejo,N., (1997). Ante la depresión. Salud Pública, México 1998. vol. 40 (5) p.p.430-437 Planeta. España

Villardón, G.L.,(1993). El pensamiento de suicidio en la adolescencia. Bilbao, Universidad de Deusto.

Vuchinich, R., Murphy, J. (2005). "Using Behavioral Theories of Predict Drinking Choice to Outcomes Following a Brief Intervention". Experimental and Clínical Psychoparmacology, Vol. 13 No. 2, 93-101

Winchel y Stanley (1972) citados en "El pensamiento de suicidio en la adolescencia" Villardón, G.L. (1993).

Ysern,R.G.(1995). Estudiantes de BUP y Consumo de drogas. Edit. Servicio de Publicaciones. Universidad de Córdoba, España.

Acerca de cómo fue posible obtener los datos para la presente investigación.

El propósito de este apartado es mostrar las dificultades que se tienen para efectuar una investigación de este tipo. Pero así mismo como a través de la perseverancia y la claridad del trabajo a realizar, es posible vencer tales dificultades. Esperando que tal experiencia sirva también un parte del registro documentado de aquellos aspectos que a veces no se reportan, pero que muchas veces no sólo matizan sino también definen los límites y alcances de una investigación de campo.

Después de estar reflexionando acerca del consumo de sustancias adictivas como posible factor que induce a la ideación suicida, comencé a investigar en que lugar se podría trabajar con la población que tuviera dichas características. En una de las clases del Seminario impartido por la Dra. Eguiluz, la Dra. Córdova y el Lic. Rosales se nos proporcionó información proveniente de los Centros de Integración Juvenil acerca de los estudios que han venido haciendo. Lo que ocasionó en mí todavía más la inquietud por trabajar con personas que consumieran sustancias y su relación con la ideación suicida. Algunos compañeros ya egresados tenían conocidos y comenzó la indagación para encontrar quién me pudiera apoyar dentro de ese instituto para llevar a cabo el tema elegido. Me comuniqué con varias personas hasta que pude localizar al Psicólogo Marco Antonio Guzmán, quién de manera muy cordial me dio cita inmediatamente, en donde me propuso le planteará cuales eran mis motivos para trabajar con éste tema, pareció interesarle y me solicito que para una reunión posterior le llevara mis avances del anteproyecto. En la siguiente visita leyó con detenimiento el propósito, objetivo y pregunta de investigación, me comentó que el presente estudio tendría desde su punto de vista relevancia para Centros de Integración, aclarándome que él había dejado de pertenecer laboralmente sin embargo logró contactarme por medio de una secretaria con el Director Alfredo Lara de la Unidad de tratamiento en consulta externa ubicada en la calle 1557 no 36 de la 6ª. Sección de San Juan de Aragón, Lic. Alfredo Lara el cuál me programó dentro del mes de septiembre. En dicho encuentro me interrogó acerca de las intenciones y propuestas de la presente investigación con pacientes de los CIJ. En ese primer momento me solicitó revisar el anteproyecto y una copia del instrumento que deseaba aplicar; trayéndolo en fecha

posterior. Ahí me expone los inconvenientes de trabajar las características y sustancias que tendrían que cumplir cada grupo de adolescentes a comparar y que era “La ideación suicida en un grupo de adolescentes que consumen alcohol y un grupo de adolescentes que consumen cocaína”. Diciéndome al respecto que las adicciones correspondían a un orden psicopatológico y que la elección entre una sustancia u otra dependía en la mayoría de las veces a los recursos económicos de cada sujeto, descartando un tanto la preferencia o elección individual. Me informa además, que las clasificaciones que se derivan entre los que usan sustancias adictivas, los que abusan y dependen de sustancias adictivas, están basadas en el DSM-4 y el CIE-10. Por lo cual me propone usar dos grupos, divididos cada uno en dos. El primero identificado con los que usan sustancias adictivas, con dos grupos: los que acuden a los CIJ y los que no acuden. Y el segundo grupo integrado por los dependientes a sustancias, con dos subgrupos: los funcionales y disfuncionales. Después sugiere que modifique las sustancias a comparar, pues aunque llegan personas que consumen dichas sustancias, era difícil que fueran consumidores puros, ya que la mayoría de los que acuden a pedir apoyo son poli-usuarios. A partir de lo cual, y en concordancia con los asesores de la presente investigación, se decide delimitar el trabajo hacia: “La ideación suicida en adolescentes dependientes a sustancias adictivas diagnosticados como funcionales y disfuncionales”. Definiendo el trabajo a partir de las observaciones recibidas, acudí a las oficinas de la colonia Roma en el D. F., con el propósito de obtener el permiso para aplicar la escala de Ideación Suicida de Beck a los pacientes de CIJ, entrevistándome con el Subdirector de Investigación el Psicólogo David Bruno Díaz Negrete; el cual me solicitó una carta de presentación para reflexionar la posibilidad de que pudiera ser trabajado dicho estudio. Regresé con la carta el 17 de noviembre del 2004 en sus oficinas, donde su secretaria me indicó que se comunicarían conmigo vía telefónica para enterarme de la decisión. La siguiente cita ahora fue con el Psicólogo Mario Carlos Balanzario Lorenzana, señalando que le parecía interesante el planteamiento, pero que requería que se le entregara por escrito dentro en la metodología, el compromiso para cubrir los siguientes 2 aspectos:

- 1º. Obtener el consentimiento de cada uno de los sujetos que contara con las características especificadas en la descripción de los sujetos.

2º. Que las únicas preguntas serían: edad, última fecha de consumo de las sustancias a las que son adictos y el número de sustancias que se consumen. Donde ambos puntos habrían de obtenerse mediante una entrevista directa.

De acuerdo con sus indicaciones regresé a entregar el documento con lo solicitado. Tres semanas después, y en respuesta a la insistencia telefónica, el día 20 de diciembre, me informaron que estaba programada para el día 23 del mismo mes en su oficina para recibir el dictamen de la propuesta de tesis (anexo, 2).

Al enterarme de la autorización que debía ahora proporcionar la Lic. Rocío Sánchez Villamar, como Titular de la Coordinación Regional D acudí a entregar el anteproyecto y la copia del dictamen en las oficinas de la Col. Del Valle informándome su asistente técnico que tendría que esperar y llamar el día 3 de enero del 2005 fecha en que la responsable regresaría de vacaciones. Llegando el día me presente en las oficinas de la Lic. Sánchez Villamar la cual aceptó recibirme, ya en la entrevista me explicó que ellos como Institución tenían un Departamento de Investigación, y que le extrañaba el que se me estuvieran dando ilusiones pues ella tenía entendido que no se permitía el acceso a sus pacientes por lo delicado que es su labor por lo que dudaba mucho se me diera el acceso para aplicar la escala, pero que le llamara el 12 de enero y ella tendría junta con los directores de los CIJ a su cargo y que aproximadamente a las 13:00 llamara para darme una respuesta. Así fue y cuándo le llame me pidió presentarme el día 19 del mismo mes en donde me explicó su asombro e inconformidad de permitir la aplicación del instrumento para ésta investigación argumentando que existen varios proyecto dentro de CIJ que no se han podido llevar a cabo y que por ello se le estaba dando la oportunidad a una estudiante. Aclarando que no era algo en contra de mí, sólo que le parecía injusto el dar prioridad a otras personas que a los trabajadores de CIJ. En ese momento pidió ver la escala, realizó dos llamadas; una con el Director Alfredo Lara preguntándole que tipo de información me había dado, cuándo y para qué la segunda fue al Departamento de Investigación preguntando si creían pertinente que en el estado de angustia o de depresión en el que llegaban algunos pacientes se les cuestionara acerca de sus deseos de vivir o de morir, pues a ella le parecía un tanto peligroso tocar éste tema a lo que incluso leyó algunas de las preguntas y respuestas, de

manera irónica y sarcástica agregó a su interlocutor: ¿no te parece que el planteamiento de las preguntas es poco claro?, ¿cómo ves?, está medio confuso ¿no?. Enseguida colgó y me cuestiono acerca de la validez y confiabilidad del instrumento; pues a su juicio ese instrumento no estaba adecuado para los adolescentes y menos adictos, indicando que le parecía falta de claridad. Pero que de todos modos ella estaría estudiando algunos detalles con otros departamentos y con los Directores de algunos Centros e Unidades Externas y que acudiera nuevamente el lunes 23 a las 13:30 para una respuesta en definitiva. Llegado el día espere y me atendió a las 14:20, en una actitud amable y un tanto apresurada me enteró de una respuesta afirmativa y que las aplicaciones se realizarían en 4 centros asignados por ella, considerando que ahí se tenían más pacientes. Y que lo único que restaba era llevarle un oficio dirigido a su persona con membrete y firma del responsable en la UNAM de este proyecto, que en forma fuese institucional la petición del número de sujetos, las características específicas que incluían la autorización del Psicólogo Mario Balanzario así como se incluyera el compromiso de entregarle los resultados y el tiempo aproximado en que se le darían a conocer. Ya que sólo así me presentaría formalmente con los Directores de Unidad en una reunión en sus oficinas el día 3 de febrero, con el fin de agendar las fechas para visita y aplicación de las escalas. Entregué el documento solicitado en lugar, fecha y horario asignado. Donde cerca de las 15:00 horas, me mando a llamar para presentarme con los Directores ahí presentes, explicando que no se autorizaba habitualmente realizar investigaciones en los Centros, pero que después de verificar la información dentro de sus archivos de investigación no se encontró lo planteado en mi proyecto y que además contaba con la revisión y visto bueno del Departamento de Investigación aprobándolo por su futura relevancia para su Instituto, así como el considerar en lo futuro la aplicación de ésta escala en la fase diagnóstica en CIJ. Así prosiguió a la asignación de 6 centros: Venustiano Carranza, Iztapalapa Ote., G.A.M. Norte y UTC Norte, Alvaro Obregón Norte y Azcapotzalco. Las Directoras y Directores de cada centro me fueron otorgando fecha y hora en las que podrían recibirme; al primer centro que llegue fué Azcapotzalco. Las Directoras y Directores de cada centro me fueron otorgando fecha y hora en las que podrían recibirme, al primer centro que llegue fue Azcapotzalco el día 8 de febrero a las 8:30, no aplique ninguna escala por qué no había sujetos con las características señaladas, proponiéndome la Psicóloga y el Director Ramiro Vázquez

avisarme por teléfono cuándo tuvieran ingresos como los señalados. El día 9 acudí a Venustiano Carranza donde la directora Martha Gutiérrez, me explicó que ellos trabajaban en conjunto con “Casa Alianza”, donde canalizaban casos como los que se requerían y que también adoptaría la estrategia de que yo me estuviera comunicando los días miércoles o si ocurría un ingreso antes ellos me hablarían, ese mismo día acudí a Alvaro Obregón pues debido a que mantienen un servicio medio interno podía llegar hasta antes de las 19:00 horas. En dicho centro me atendió el Director Manuel Castillo, donde aplique 4 escalas, sugiriéndome que fuera los días miércoles entre 8:00 a.m. y 18:00 p.m., para captar nuevos ingresos. Fue así como a la llegada de cada paciente con las características expuestas por escrito y verbalmente acudí a las diferentes Unidades de Atención de CIJ aplicando en ocasiones una escala por centro en una semana hasta que el día 28 del mes de mayo tenía ya 33 escalas aplicadas por grupo. A partir de lo cual empecé con la codificación de los cuestionarios para arribar al análisis de la información obtenida. Pero, dada la información obtenida, me fue sugerido por mi asesor, el obtener datos de un grupo de sujetos que no usaran sustancias adictivas, con características similares en edad y sexo del grupo de dependientes. Dado lo cual realice una lista con las edades y sexo correspondientes, dándome a la tarea de buscar en las instituciones educativas como el Conalep, Vocacionales y Preparatorias adolescentes que se convirtieran en candidatos para la aplicación del instrumento. Solicitando Solicité a los Directores de las escuelas para entrar a sus instalaciones, proporcionándome acceso en 3 escuelas donde se me permitió ir salón por salón para exponer la necesidad de obtener el apoyo de los jóvenes. A partir de lo cual conseguí los sujetos de menor edad, 15 y 19 años. Para los sujetos de mayor edad acudí a la FES-ARAGON y FES-IZTACALA. Actividad en donde ocupe 2 semanas más para terminar la aplicación de 66 escalas. Siguiendo el mismo proceso de codificación y análisis de datos. Con lo que se logró obtener la totalidad de los datos a partir de lo cual se graficaron, se describieron y analizaron los resultados presentados en este trabajo de investigación.