



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
PSICOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE ABUSO DE ALCOHOL Y
DEPRESIÓN, IDEACIÓN SUICIDA Y DESESPERANZA
DE VIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA
ZONA ORIENTE DEL ESTADO DE MÉXICO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:

AUGUSTO ABDIEL RAMÍREZ MUÑOZ

JURADO DEL EXAMEN

DIRECTOR: LIC. RUBÉN TORRES AGUSTÍN
COMITÉ: MTRA. GLORIA MARINA MORENO BAENA
LIC. GERARDO REYES HERNÁNDEZ
ESP. JOSÉ JUAN BAUTISTA BUTRÓN
LIC. JAVIER RIVERA CONTRERAS



CIUDAD DE MÉXICO

ABRIL 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

*“La vida no es fácil, pero,
existe un motor llamado corazón,
un seguro llamado fe,
un conductor llamado dios”.*

Dedico este trabajo principalmente a mi madre, quién siempre ha confiado en mí, a pesar de mis innumerables errores y constantes fallos, por todas esas veces que seco mis lágrimas con sus brazos, por alentarme sin saberlo, por hacerme ver que la vida es un proceso efímero y disfrutable, por ser la mujer que admiro y amo por sobre todas las cosas, a quien debo todo lo que pienso y lo que soy, valoro en demasía los momentos que me has brindado y las oportunidades que has desperdiciado en tu vida por apoyar la mía, las situaciones adversas que pasamos juntos y la forma resiliente de responder ante las amenazas que nos rodeaban, este trabajo no es mío, es nuestro.

A mi padre ausente, a quien quiero y respeto a pesar de la distancia, gracias a él, he aprendido a ser un hombre fuerte y valiente, a aceptar los retos a pesar de lo difícil que puedan llegar a ser, gracias a mi madre puedo decirte; “te quiero” sin dudarlo.

A mi universidad, institución que me ha brindado la oportunidad de ser un profesionalista honesto y congruente entre ideales y encomiendas sociales, con quien estoy y estaré profundamente agradecido, espero en un futuro cercano poder retribuirte como te lo mereces, espero estar a la altura de las circunstancias.

A mis profesores, a la maestra Gloria, por inculcarme vocación y amor por la carrera, gracias a usted la psicología se ha vuelto mi vida, al profesor Rubén, por acompañarme en este viaje, tenerme paciencia, darme ánimos cuando estuve a punto de tirar la toalla, y brindarme consejos que atesorare siempre, a los profesores Gerardo, José Juan y Javier que amablemente aceptaron ser parte de este proyecto y lo enriquecieron con sus valiosos comentarios.

Y finalmente a mí mismo, porque estoy satisfecho de mi presente, porque gracias a todos a aquellos que me dijeron no podrás, hoy lo logre.

*“En su infancia y en su juventud se mostró concentrado a incluso taciturno,
no por timidez ni por adusta misantropía,
sino por una especie de preocupación interior,
tan profunda que le hacía olvidarse de lo que le rodeaba.”*

Fiódor Dostoievski

¡GRACIAS!

Contenido

Resumen	1
Introducción.	2
CAPÍTULO 1: Alcoholismo.	5
1.1 Alcoholismo, una visión general en México	5
1.2 Impacto social del abuso de alcohol en la adolescencia.....	11
y la juventud.	11
1.3 El alcohol y la comorbilidad con las enfermedades mentales y el suicidio.....	16
2. CAPÍTULO DOS: Desesperanza de vida.....	21
2.1. El concepto de desesperanza y esperanza de vida.	21
2.2 El sentido de la vida	25
2.3 Vacío existencial.	28
2.4: Indefensión aprendida y estrategias de afrontamiento.	31
3. CAPÍTULO TRES: Depresión.....	35
3.1 Visión general, definición y modelo cognitivo.	35
3.2 Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo persistente según el DSM-V.	42
3.3 Depresión y suicidio.....	50
4. CAPÍTULO CUARTO: Suicidio	55
4.1 Definición, panorama general del suicidio como fenómeno complejo, la importancia del mundo social.....	55
4.2 Ideación suicida.....	60
MÉTODO	66
<i>Preguntas de investigación</i>	66
<i>Objetivos de investigación</i>	67
<i>Variables</i>	68
<i>Tipo y diseño de investigación:</i>	70
<i>Población y muestra.</i>	70
<i>Procedimiento:</i>	71
RESULTADOS:.....	72
DISCUSIÓN:	93
CONCLUSIONES:	101
REFERENCIAS:	105
ANEXOS:.....	118

Resumen

El suicidio es un fenómeno complejo que se compone de diversos procesos, entre ellos la desesperanza de vida, la depresión y el abuso de alcohol, estas cuatro variables son descritas a profundidad y relacionadas entre sí, para comprender el suicidio como una entidad global, los jóvenes universitarios de la Zona oriente del Estado de México fueron la población elegida ya que los índices de marginalidad y pobreza son factores importantes a investigar, el presente proyecto se realizó en dos universidades del municipio de Nezahualcóyotl, en primera instancia la Universidad privada La Salle Campus Nezahualcóyotl y en segunda instancia la Universidad Autónoma del Estado de México (Universidad pública), la muestra se conformó por 600 jóvenes universitarios, 300 de ellos pertenecientes a Universidad la Salle y 300 alumnos matriculados en la Universidad Autónoma del Estado de México, en ambas instituciones la muestra se dividió en 150 hombres y 150 mujeres, respectivamente.

El objetivo de la presente investigación, fue conocer si las variables de estudio se presentaban en la población y posteriormente relacionar las variables entre sí, el marco teórico, el método y los resultados son congruentes con los objetivos planteados, las variables de depresión, desesperanza de vida y consumo de alcohol se encuentran presentes en la muestra en un nivel bajo, la variable de ideación suicida se encuentra a un nivel medio-alto, situación de riesgo para la población estudiada, las variables también correlacionan de forma significativa entre sí, a un nivel general (jóvenes de toda la muestra, 600 alumnos), entre los grupos (En cada una de las universidades) y entre sexos.

La depresión, el consumo regular de alcohol y el hecho de percibir pocas esperanzas de dignificar la vida, conlleva a los jóvenes universitarios de la Zona Oriente del Estado de México a interpretar el suicidio como una salida funcional ante los problemas que la vida plantea, la edad, la situación social y cultural en la cual se encuentran inmersos, enmarca a estos jóvenes en un escenario adverso, que permite la instauración de ideas suicidas.

Palabras clave: Depresión, Ideación suicida, Alcoholismo, Desesperanza de vida, Aprendizaje, Cognición, Sentido de Vida, Vacío existencial, Esperanza, Distimia.

Introducción.

El tema del suicidio ha cobrado importancia a lo largo del tiempo, el concepto de suicidio viene de dos raíces latinas: "sui" y "caedo", matar a sí mismo (Robles, Acinas, & Pérez Íñigo, 2015), en la actualidad las tasas de suicidio aumentan con la edad, según la Organización Panamericana de Salud (Periago, 2005), aproximadamente una persona cada 40 segundos decide quitarse la vida, por su parte el alcohol, es considerado como la droga de mayor producción, genera impacto en todos los sectores socioeconómicos del país (México), la expansión es constante, impacta de forma negativa la salud física y mental de la población consumidora, lo que condujo tempranamente a reconocer al "alcoholismo" como uno de los principales problemas de salud mental (Menéndez & Pardo, 2006), en palabras de Chafey (2008) el consumo de drogas y alcohol entre los estudiantes universitarios es considerablemente alto en relación con otros estratos poblacionales, dicho consumo se asocia a un bajo rendimiento académico, depresión y suicidio (Eguren, Priede, Saleme & Rull, 2013), el abuso de alcohol se manifiesta entonces, desde la adolescencia y la juventud, se encuentra relacionado en la mayoría de los casos con enfermedades mentales, la depresión se manifiesta como la más conocida de dichas enfermedades, a nivel mundial la Organización Mundial de la Salud (2018) estima que la depresión afecta a más de 300 millones de personas, dicho padecimiento no cuestiona la capacidad intelectual de los individuos, la sintomatología se concentra en la tristeza inmotivada, alteración del pensamiento, inhibición psicomotora, disminución de los impulsos sexuales y alimentarios, Isaías (2008) refiere que la mayoría de las personas conviven con algún sujeto que sufre sus síntomas con regularidad

El perfil psicopatológico de la depresión resalta el descenso del estado anímico como característica fundamental dentro de la psicopatología, en consiguiente se manifiesta como una de las principales causas de discapacidad (Berenzon, Lara, Robles & Medina, 2013), la desesperanza de vida, se caracteriza por la duda sobre el sentido de la vida; por un vacío existencial que es manifestado a través de un estado de tedio, percepción de falta de control sobre la propia vida y ausencia de metas vitales, el sentido de la vida es la fuerza motivacional fundamental del ser humano (como se cita en García, Gallego, Pérez & Pérez-Delgado, 2009), el logro de sentido se asocia a la autopercepción positiva, responsabilidad y autodeterminación; que dan como resultado el cumplimiento de metas vitales; visión positiva de la vida, del futuro y de sí mismo; y en consecuencia autorrealización, cuando no se alcanza el logro existencial se origina

una frustración que se asociaría con una percepción desesperanzadora de la propia existencia (Adler, 1975).

O'Connor, Connery & Cheyne (2000) hallaron que la desesperanza se asocia, de manera significativa, a ideaciones suicidas y deseos de morir, así como con consecuencias negativas sobre la enfermedad física y mental, a sí mismo Tieska y Lechuga (2003) refieren que la conducta suicida se incrementa a partir de las enfermedades psiquiátricas, en el 60% de los casos de suicidio, se observa un substrato de enfermedad depresiva y en el 40% restante se presentan indicadores de abuso de alcohol, González, Hermsillo, Vacio, Peralta & Wagner (2015) exponen que hombres y mujeres que manifestaron depresión desde edades tempranas, ostentan un 50% de probabilidad de incurrir en ideación y conducta suicida, Hunter y O'Connor (2003) encontraron que las expectativas sobre el futuro condicionan la conducta suicida, Soria, Otamendi, Berrocal, Caño y Rodríguez (2004) observaron que la atribución de los acontecimientos vitales negativos a causas incontrolables se asociaba de manera notable a la generación de expectativas desesperanzadoras, negativas hacia sí mismo, el futuro y el mundo, la desesperanza de vida resulta el mejor predictor del suicidio consumado (Morfín & Ibarra, 2015).

El objetivo de la presente investigación es conocer si existe una relación entre el consumo de alcohol, la desesperanza de vida, la depresión y la ideación suicida en jóvenes universitarios de la zona oriente del estado de México, en ella se plantea la importancia que representan los factores cognitivos dentro de dicho proceso, se hace especial énfasis en la forma en la que los individuos interpretan y significan la vida, sin omitir el medio del cual forma parte y en consecuencia se encuentran inmersos, la investigación se llevó a cabo con estudiantes de la zona oriente del estado de México, pertenecientes a un rango de edad que oscila entre los 18 y los 30 años, en primer lugar, la variable de abuso de alcohol se mide a través del Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol: Versión entrevista (Audit), la variable de depresión se mide a través del inventario de depresión de Beck, la variable de desesperanza de vida del mismo autor y por último la escala de riesgo suicida también de Aron Beck, se eligieron dichos instrumentos debido a que se encuentran validados en la población mexicana y pertenecen al marco teórico del aprendizaje social, en específico a la segunda ola de la terapia conductual, por lo que se redefine como terapias cognitivo-conductuales.

La presente investigación ostenta un alcance descriptivo-correlacional, se procura, por tanto, describir en un primer momento las variables presentes de la población, para posteriormente encontrar la relación que existe entre las 4 variables anteriormente redactadas, la relevancia que

tiene responder a las dificultades que refiere el suicidio como una entidad global, el abuso de alcohol, la desesperanza de vida y la depresión pueden ser indicadores fundamentales para prevenir una posible ideación suicida y finalmente el acto consumado en la muerte de un individuo.

CAPÍTULO 1: Alcoholismo.

1.1 Alcoholismo, una visión general en México

El alcoholismo es un problema que genera impacto en todos los sectores de la sociedad mexicana, no respeta edades, niveles económicos y tampoco niveles intelectuales, su estudio ha pasado de ser no sólo relevante sino también prioritario y fundamental.

La edad de los sujetos que consumen cantidades excesivas de alcohol se ha recortado de forma drástica y la comorbilidad del padecimiento es elevada, el alcoholismo por su parte, ha sido relacionado con enfermedades mentales, consumo de sustancias, accidentes automovilísticos, peleas callejeras y actos suicidas, en el siguiente capítulo se abordan temas como la industria del alcohol, las cifras que brinda la Organización Mundial de la Salud (OMS) con respecto a sus consecuencias y la vulnerabilidad de los jóvenes ante dicho fenómeno.

El consumo excesivo de alcohol supone un problema de salud pública a nivel mundial, según cifras de la OMS (2018), cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo, por dicha causa, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones registradas, por lo tanto, el abuso de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos mentales, entre ellos es posible identificar dos indicadores de particular importancia, en primer lugar los relacionados con depresión y en segundo lugar, los factores relacionados con trastornos de ansiedad.

El abuso de alcohol provoca defunción y discapacidad, también provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas que lo padecen, como para la sociedad en su conjunto, López, Godínez, Flores, Altagracia y Córdova (2013) mencionan que el consumo de alcohol causa 2 millones 500 mil muertes cada año, y este fenómeno se encuentra relacionado con las causas de muerte de 320 mil jóvenes de entre 15 y 29 años de edad, lo que representa un 9 por ciento de las defunciones para dicho grupo. Asimismo, el alcoholismo ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad; es el primer factor de riesgo en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo en Europa, se estima que el abuso de alcohol representa 9% del costo total de la enfermedad en México, y se acompaña de padecimientos como cirrosis hepática, lesiones por accidentes viales, dependencia y homicidios.

En los jóvenes, el abuso de alcohol los hace más propensos a manifestar comportamientos de alto riesgo, a presentar depresión e intento de suicidio, y a asumir conductas violentas. Aunado a estos efectos negativos en la salud, se suman los enormes costos directos e indirectos por enfermedad o padecimientos relacionados con el hábito de consumir alcohol excesivamente (Urquieta, Hernández & Hernández, 2006).

El término alcoholismo fue acuñado originalmente en 1849 por Magnus Huss. Hasta la década de 1940 hacía referencia principalmente a las consecuencias físicas del consumo masivo y prolongado, posteriormente el alcoholismo fue considerado como enfermedad, argumentando la pérdida del control que el sujeto tiene con respecto al consumo excesivo de alcohol.

Hernández, Lizarbe, Librada y Astorga (1994) exponen la importancia de comenzar por comprender de una forma objetiva los conceptos que se encuentran presentes en los procesos relacionados con el abuso de alcohol, definiendo abuso como un modelo desadaptativo hacia una sustancia psicoactiva, caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto es consciente de padecer un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo en situaciones en las que es físicamente peligroso ingerir grandes cantidades de alcohol.

La CIE-10 expone la importancia de saber diferenciar el concepto de abuso en comparación con el de adicción, la adicción es definida por Hernández y Gonzáles (2013) cómo el consumo que el sujeto repite de forma incesante, hacia una o varias sustancias psicoactivas, hasta que el sujeto denominado adicto, se intoxica cotidianamente, refiriendo en la mayoría de las ocasiones un deseo compulsivo de consumir la sustancia adictiva, mencionando la dificultad que conlleva interrumpir voluntariamente el consumo y la obtención del mismo a través de todos los recursos posibles, sin importar si su integridad física se encuentra comprometida, por tanto es relevante conocer la definición conceptual del alcohol, el mismo autor lo define en terminología química, como un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos de hidroxilo, el etanol es uno de los compuestos de éste grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas, por extensión, el término “alcohol” se utiliza también para referirse a las bebidas alcohólicas.

El alcoholismo, es un trastorno que tiene una causa biológica primaria y una evolución natural previsible, lo que se ajusta a las definiciones aceptadas de cualquier enfermedad, dentro de lo anteriormente citado, es necesario describir perfectamente la situación actual del etanol en México, ya que es considerado como el compuesto fundamental de las bebidas embriagantes.

Desde hace varios años se produce etanol de caña de azúcar en los diferentes estados del país mexicano, el cual cuenta con diversas destilerías (Becerra, 2009), el etanol es utilizado principalmente para la elaboración de bebidas embriagantes, no así para fabricar combustible, según Zabicky & Solís (2000) el abuso de alcohol genera una adicción al etanol, es importante mencionar que dentro de las terapias psicológicas, son trazados diversos objetivos, entre los cuales destaca la abstinencia del alcohol, esto es, posiblemente, el epicentro de la patología misma, ya que el sujeto puede no percibir el riesgo que implica consumir alcohol de forma excesiva.

La medicina y la psiquiatría en particular, han logrado algunos avances en el cumplimiento del mencionado objetivo, sin embargo ayudar a que el enfermo alcohólico se mantenga sobrio, no es encomienda sencilla, y por tanto, el papel del psicólogo es fundamental en el tratamiento. Algunos pacientes optan por acudir a terapias que carecen de una base científica, estas terapias no se encuentran respaldadas por una investigación empírica que demuestre la eficacia de sus tratamientos, por ende, es importante resaltar que gran parte de los paciente alcohólicos logran identificar los fallos en los contextos más generales de su vida (familia, amigos, trabajo, etc.), sin embargo, suelen no realizar ninguna acción con respecto a éste tema.

Históricamente el alcohol ha sido utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos, en consecuencia, el consumo nocivo de alcohol conlleva una carga social importante y económica para el individuo, el consumo de alcohol se encuentra determinado por la cantidad de etanol consumido, como también por los hábitos de consumo y en raras ocasiones, la calidad del alcohol, en 2018, unos 3,3 millones de defunciones, o sea el 5,9% del total mundial, fueron atribuibles al consumo de alcohol (OMS, 2018).

Es importante mencionar el contexto que envuelve la industria de la bebida, ya que crece de forma incesante y se reinventa a si misma a lo largo del tiempo, la industria de la bebida en México, se define como estable y en constante crecimiento, muestra de ello son las diferentes empresas que elaboran la bebida bajo el nombre de diferentes marcas comerciales, ofreciendo a la población mexicana una amplia variedad de bebidas alcohólicas, en diferentes tamaños, colores y sabores, las bebidas con mayor demanda son aquellas que ostentan un precio más bajo en el mercado, con un mayor nivel de acceso para las comunidades pertenecientes a un rango de edad que oscila entre los 18 y los 30 años, existen factores socioeconómicos, como escolaridad, nivel académico y edad, que influyen en el consumo.

En ésta población (jóvenes) en particular, el nivel económico es medio y bajo, por tanto los jóvenes son atraídos hacia bebidas “económicas”, el riesgo social en el cual se encuentran inmersos y la mayoría de los jóvenes no percibe, radica en que estos jóvenes pueden ser víctima de los negocios clandestinos, instaurados en el país, la industria aprovecha dicha situación y algunos grupos de venta ilegal adulteran las bebidas con el objetivo de rebajar sus costos, ofreciendo su producto a los jóvenes de forma indiscriminada, pensando solo en el beneficio propio, por tanto, es necesario distinguir diferentes tipos de bebidas, en primer lugar, las denominadas bebidas “legales” las cuales son elaboradas bajo un estricto control de calidad e higiene y constituyen el mercado regulado, pagan impuestos y se descartan daños a la salud si se ingieren con medida, en contraparte, las bebidas no legales son clasificadas en dos tipos (Medina, Robles & Real, 2009), el primer tipo concierne a las llamadas “bebidas paralelas”, estas bebidas cumplen, en teoría, los puntos anteriores pero son más accesibles en cuestiones de costo, argumentando el nulo pago de impuestos cuando ingresan al país y en segunda instancia las “bebidas de procedencia ilícita” éstas pueden ser una copia de las botellas originales, son también llamadas vulgarmente como “piratas”, se ha demostrado que éstas bebidas son rebajadas con metanol, el cual es también llamado alcohol metílico, alcohol de madera, carbinol o alcohol de quemar, el metanol es considerado como un producto petroquímico básico que durante mucho tiempo fue usado como combustible de autos de carrera (Patiño, 2013), cuando el metanol se metaboliza en el cuerpo humano se transforma en formaldehído, ésta sustancia daña de forma irreversible el nervio óptico, sin embargo no se sabe con exactitud con que sustancias rebajan las bebidas en su totalidad.

La adulteración de las bebidas alcohólicas constituye una práctica ilegal y penada en el país, sin embargo, los jóvenes no miden los riesgos de la industria y agravan su abuso de alcohol con bebidas adulteradas, Medina Robles & Real (2009) destacan los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Adicciones (2008) en la cual los datos exponen que la bebida alcohólica que los ciudadanos mexicanos prefieren, es la cerveza con un 69.9%, por su parte, ésta encuesta también expresa que los hombres ingieren mayores cantidades de alcohol con 76.7%, es indudable que la ilegalidad de las bebidas alcohólicas se encuentra presente en nuestro contexto, por tanto las edades en las cuales se identifica el inicio del consumo excesivo de alcohol, oscila entre los 12 y los 13 años, cifras que preocupan la integridad física, psicológica y social de los pacientes alcohólicos en general, el problema del alcoholismo no se reduce únicamente a gente adulta, sino también a jóvenes y adolescentes, ya no es un

problema que aqueje exclusivamente a los adultos, los niños y los jóvenes en la etapa de la pubertad también son parte del problema, es decir, del inicio del consumo.

El consumo de alcohol suscita preocupación social. Por un lado, ciertas características de este período evolutivo (edades que oscilan entre 14 y 19 años) pueden facilitar el consumo de alcohol y otras drogas, en España a través de la encuesta del observatorio español sobre drogas (2000) se encontró que el 76% y el 89% de los escolares (jóvenes entre 15 y 19 años) que habían probado el alcohol o el tabaco volvieron a consumir estas sustancias en los últimos treinta días. Con respecto al alcohol, el 43% de los adolescentes que había bebido en el último mes lo hizo exclusivamente durante el fin de semana. Cerca del 40% reconoció haberse emborrachado alguna vez. Entre los consumidores de drogas ilegales se constató que el patrón de uso continuado era relativamente frecuente (Espada, Botvin, Griffin & Méndez, 2003).

El factor de riesgo más representativo del alcoholismo es la relación que existe con situaciones de muerte, en palabras de Espada, Carrillo, y Montesinos (2000) el alcoholismo repercute en trastornos del aparato digestivo, cáncer de esófago, hígado y páncreas, trastornos cardiovasculares, conjuntamente con algunas secuelas psicológicas como depresión, suicidio, celotipia, trastornos de pánico y también tomando en cuenta las consecuencias de carácter social, como es el aislamiento, los problemas laborales y la desestructuración de la familia.

En la población joven el alcohol puede fungir como puerta de acceso a enfermedades mortales, Vera, López, Ariza, Díaz, Flórez, Franco, Isaza, Ortiz, Rueda y Torres (2004) relacionan el alcoholismo con el SIDA, definido como la última etapa clínica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), con el consumo excesivo de alcohol, el grupo de edad entre 15 y 24 años resultó ser el más afectado por la infección del VIH y problemas de abuso de alcohol, por su parte Chinchá, Omayra, Frine, Bernabé, Kruger y Gotuzzo (2008) refuerzan dicha relación, refiriendo las cifras aportadas por el Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos de América, el cual reporta que las personas con abuso de alcohol tienen mayor probabilidad de contraer infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, debido a su asociación con conductas sexuales de riesgo, tales como múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales sin protección, relaciones con trabajadoras sexuales y dinero a cambio de relaciones sexuales de alto riesgo. Asimismo, personas con la infección por VIH son más propensas a consumir mayores cantidades de alcohol, éste último puede fungir como

modificador de la conducta sexual, haciendo que los consumidores tengan mayores niveles de relaciones sexuales no protegidas.

El alcohol ha sido relacionado también con el acceso a otro tipo de sustancias adictivas (Medina, Peña, Cravioto, Villatoro & Kuri, 2002), se han realizado estudios en México que han logrado documentar una importante asociación entre la conducta de consumo de tabaco y alcohol con el consumo de cocaína y heroína entre estudiantes de enseñanza media y media superior, varones y mujeres, en quienes el riesgo de probar drogas se incrementa con la severidad del patrón de consumo, es decir a mayor frecuencia de consumo de tabaco y alcohol, mayor la probabilidad de que los adolescentes prueben otras drogas, los jóvenes se encuentran por tanto en una zona de riesgo realmente importante, por una parte, los daños directos a la salud y en segunda instancia el riesgo a ingerir otros tipos de sustancias adictivas que impactan de forma agresiva la calidad de vida de los jóvenes.

El alcohol puede actuar entonces como una puerta de entrada a otro tipo de drogas como son: la cocaína, la heroína, la piedra y la marihuana, entre otras. Las causas de dichas adicciones han sido múltiples, y se han relacionado principalmente con la búsqueda de identidad, independencia, en una marcada necesidad de aceptación ante sus iguales y estrés académico, Alfonso, Huedo y Espada (2009) mencionan que el inicio y mantenimiento del consumo de drogas legales ha sido identificado como factor de riesgo para iniciarse en el uso de drogas ilegales, refieren también que el factor de riesgo más estudiado ha sido la situación familiar, para todo tipo de sustancias adictivas, acentuando que el consumo de drogas en la mayoría de los casos son una salida ante una vida y una situación familiar desfavorable, si bien es cierto que el impacto a la salud de los jóvenes es un hecho evidente, también es importante conocer que sucede en su medio social, si el contexto refuerza situaciones de riesgo o en su defecto, no tiene ninguna clase de influencia en el fenómeno, en el siguiente subcapítulo se estudia a profundidad el abuso de alcohol en la juventud.

1.2 Impacto social del abuso de alcohol en la adolescencia y la juventud.

Globalmente, el consumo de alcohol genera un impacto social y económico importante para la sociedad, es importante destacar los daños a la salud que provoca el consumo excesivo de alcohol, sin embargo, también es fundamental mencionar el contexto social del cual forma parte, para poder así comprender el proceso del alcoholismo como una entidad global, en la cual, cada uno de sus aspectos son igualmente relevantes.

En los últimos veinte años se han realizado investigaciones en el ámbito de las ciencias de la salud para evaluar el impacto social del consumo de alcohol (Ivano, García y Nebot, 2011), para Mora y Natera (2001) los estudios que predominan en el campo de la salud poseen un corte cognitivo conductual y específicamente estudian las expectativas que sostienen los investigadores con respecto a dicha área, por lo tanto, los esfuerzos teóricos y empíricos se han enfocado en identificar las causas y las relaciones que poseen los alcohólicos con respecto de otras sustancias psicoactivas, mencionan también que las actitudes han sido una de las variables psicosociales que más se han utilizado en la investigación sobre adicciones en población escolar; no obstante, se ha encontrado que las actitudes tienen escaso valor predictivo en el consumo de alcohol, siendo más determinantes las variables como sexo, nivel socioeconómico y nivel académico.

El consumo de alcohol es un proceso que en la actualidad se presenta desde la adolescencia y la juventud, los jóvenes fungen como una población de riesgo a padecer indicadores de alcoholismo, en consecuencia la OMS (2018) define la adolescencia como la segunda década de la vida, es decir, la etapa que abarca edades entre los 10 y los 19 años, algunos autores (González, Rojas, Hernández y Fernández, 2005) la definen también como el periodo de transición entre la infancia y la edad adulta, exponen la adolescencia como una etapa caracterizada por la sucesión de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en el ser humano, es considerada como una etapa relativamente exenta de problemas de salud.

Los jóvenes son definidos por Corredor (2003), como un grupo de sujetos que cursan una etapa de vida que oscila entre los 15 y 24 años de edad, para el Banco Mundial la edad ronda entre los 12 y los 24 años, para la Unión Europea, la juventud se da entre los 15 y 29 años respectivamente, esto acarrea una superposición de edad entre niñez y juventud, lo que se

evidencia en el hecho de que la juventud permanece como una categoría indefinida en los marcos constitucionales de la mayoría de los países (Peñuela, Del Rio, Moreno, Camacho Acosta y De León, 2014).

La juventud es un concepto que antecede la vida adulta, el consumo de alcohol en éstas edades es un factor de riesgo, por tanto, este fenómeno se encuentra presente en la mayoría de las sociedades actuales, y se ha convertido en una preocupación social que amerita ser investigada, para Giró (2011) es en el entorno del grupo de iguales donde los adolescentes interaccionan tratando de expresar aquellos elementos que suponen su identificación como individuos únicos, con una personalidad apropiada al estatus que gozan en el interior del grupo o de los grupos donde mantienen sus relaciones, el nivel de aceptación social que los jóvenes y los adolescentes se fijan como meta de convivencia, puede actuar como una pauta que genere cogniciones y conductas que manipulen la forma en la cual perciben el abuso de alcohol, los pares más cercanos, parejas y grupos pequeños se convierten en una influencia dominante. Consumir alcohol hace parte de la selección y socialización entre amigos, puesto que debe existir aprobación por parte de los otros, evitando la exclusión social por parte de quienes consumen alcohol compulsivamente (Donovan, 2004). El grupo de iguales al cual pertenece el adolescente incide en su socialización, el individuo en conjunto con sus iguales constituye un grupo social organizado que permite la satisfacción de las necesidades mutuas de afiliación y aceptación por parte de los otros, por tanto, los jóvenes y los adolescentes presentan ambivalencias y contradicciones en el proceso de búsqueda del equilibrio consigo mismo y con la sociedad a la que desea incorporarse (Hernández & González, 2013), ya que en ocasiones las creencias que sustentan se contraponen a las que la sociedad estipula.

Uno de los desafíos más apremiantes del adolescente es la aceptación social que se expresa mediante la popularidad, evitando el rechazo de sus pares, el adolescente ha dejado atrás la forma en la que sociabilizaba en la infancia, su contexto actual exige otro tipo de demandas, en las cuales la elección de sus grupos de iguales (amigos) se encuentra relacionada con la búsqueda de comprensión y aceptación, es importante mencionar que el entendimiento de lo social se vuelve mucho más complejo, ya que la persona se enfrenta a un mundo nuevo de posibilidades y reglas que no conocía en la infancia, el adolescente abandona el acatamiento pasivo de las normas sociales en favor de un comportamiento más crítico y desafiante de las normas que enfrentan; por otra parte, tienen mayor presión por parte de padres y profesores ya que se espera de ellos comportamientos más elaborados (Zavala, Valadez y Vargas, 2008),

ante éste escenario abusar de bebidas alcohólicas, es un riesgo importante a considerar, por ejemplo: los jóvenes podrían pensar que beber en exceso hace olvidar los problemas, fungiendo entonces como una puerta de salida ante las adversidades cotidianas, si a esto añadimos el hecho de que el sujeto se encuentra vulnerable por el reconocimiento de un mundo social nuevo para sí, la aceptación social entonces, es un reflejo de un estatus producto de las valoraciones sociales, formulado especialmente por los compañeros de grupo frente a diferentes situaciones y contextos, es un constructo con distintas intensidades que van desde la popularidad hasta el rechazo social.

La deseabilidad social es un factor a considerar, ya que los jóvenes y los adolescentes buscan aceptación, por tanto, se comportan como sus iguales en la mayoría de las veces, Porrata (1995) lo define como la forma en la cual los sujetos disimulan sus acciones y contestaciones, actuando y pensando de la forma socialmente aceptable, es asociada con conformismo y perfil cognitivo deficiente, en la actualidad, Peña y Guerrero (2010) la definen como la tendencia que tiene un sujeto de proyectar apariencias acerca de su persona con el propósito de ser aceptado en una comunidad, los jóvenes que beben de forma cotidiana alcohol, pueden aprender indicadores de consumo excesivo de alcohol de sus pares, ya que en ocasiones los jóvenes definen a los sujetos que consumen sustancias adictivas, como seres superiores a ellos, los adolescentes con una mayor deseabilidad social suelen ser rápidos en tareas motoras, mejores en tareas verbales y se transforman en un modelo para los demás, sin embargo tienden a retirarse de tareas que requieren una demanda cognitiva sostenida, son ansiosos e impulsivos, en palabras de Bolet y Socarrás (2003) la línea que separa la normalidad de la enfermedad, entre el bebedor social y el bebedor abusivo, es la cantidad y la frecuencia de la ingestión, estos mismos autores clasifican a los bebedores de la siguiente forma:

- El abstinentes total: Es aquel sujeto que bajo ningún contexto social ingiere bebidas alcohólicas.
- El bebedor excepcional: Es aquel sujeto que bebe ocasionalmente en cantidades mínimas (1 ó 2 tragos) y en situaciones muy especiales (menos de 5 veces al año), como pueden ser fiestas familiares o reuniones de trabajo muy espaciadas en tiempo.
- Bebedor social: Es aquel sujeto que bebe sin transgredir las normas sociales, el alcohol no le produce efectos biológicos y psicosociales nocivos, mantiene su libertad ante la presencia de éste.

- Bebedor moderado: Es aquel sujeto que consume alcohol hasta 3 veces a la semana en cantidades menores que $\frac{1}{4}$ de botella de ron, 1 botella de vino o 5 medias botellas de cerveza de baja graduación, promedia menos de 12 estados de embriaguez ligera al año.
- Bebedor abusivo sin dependencia: Es aquel sujeto que sobrepasa la cantidad anterior, ingiere más de 20 % de las calorías de la dieta en alcohol (bebedor problema).
- Dependiente alcohólico sin complicaciones: Es aquel sujeto que establece la dependencia física y por tanto la manifestación clínica está dada por la aparición en períodos de abstinencia de temblores severos, nerviosidad, insomnio, cefalea, sudoración, diarreas y espasmos musculares.
- Dependiente alcohólico complicado: Es aquel sujeto que además de lo anterior presenta alucinaciones, a su vez aparecen complicaciones somáticas como polineuropatía, esteatosis hepática, cirrosis hepática, cardiomiopatías y gastritis.
- Dependiente alcohólico complicado en fase final: Es aquel sujeto donde el deterioro físico y su comportamiento social es notable, se reduce la tolerancia al tóxico y la aparición ocasional de cuadros convulsivos, presentan severos cuadros de desnutrición y puede aparecer cáncer del subsistema digestivo, entre otras enfermedades.

El consumo de alcohol también involucra aspectos legales, de salud pública, psicológica y social, debido a los altos costos en salud, en calidad de vida y en costos de vidas humanas resultantes del consumo y abuso de esta sustancia (Albarracín y Muñoz, 2008), la población universitaria es de alta vulnerabilidad para dicho padecimiento, debido a las posibilidades de acceso que tienen para la adquisición de bebidas alcohólicas y escenarios entre clases que incrementan la disponibilidad de situaciones de consumo,

En el ambiente universitario (Londoño, García, Valencia y Vinaccia, 2005), el consumo entre jóvenes es predominantemente de tipo social, ya que el inicio y mantenimiento del mismo se debe al proceso de aceptación, anteriormente descrito, la cultura universitaria creada por los jóvenes, provee a estos de un grupo de afirmaciones positivas acerca del consumo de alcohol y sus efectos, que son incorporadas como creencias dentro de los esquemas cognitivos del sujeto y actúan como reguladoras del comportamiento de consumo. Las expectativas son definidas por Mora Ríos y Natera (2001) como una anticipación de la relación sistemática entre eventos u objetos hacia una situación futura, es decir, si ciertos eventos son registrados, en

consecuencia, ciertos eventos son esperados, con relación al abuso de alcohol se definen de la siguiente forma: Son las creencias individuales que tiene un sujeto sobre los efectos esperados del consumo de alcohol, con base en lo que asume como su “Mundo social”, es decir, las creencias sociales son normas globales, en las cuales los jóvenes y adolescentes se desarrollan, estas creencias en nuestro contexto son difusas, ya que las opiniones son encontradas, los padres por un lado lo prohíben y el grupo social lo fomenta, en la población universitaria se ha puesto de manifiesto que los estudiantes esperan que otras personas sean más fuertemente afectados por el alcohol de lo que esperan para sí mismos, concluyen que a ellos no les sucederá.

Los jóvenes al consumir alcohol expresan el deseo constante de encontrar una salida a los problemas que la vida plantea (Borges, Orozco, Benjet y Medina, 2010), el hecho de ingerir bebidas alcohólicas produce en los jóvenes un nivel de tranquilidad, perciben un mejor estado anímico, suplen carencias que presentan a nivel personal, social, afectivo o intelectual, perciben soledad, falta de confianza en sí mismos, inseguridad, etc.

Albarracín y Muñoz (2008) mencionan que el factor social es predominante en el consumo de alcohol, los amigos, las parejas y grupos pequeños se convierten en una influencia dominante que determina el consumo de sustancias, el beber en exceso ayuda a la socialización entre amigos, puesto que debe existir aprobación por parte de los otros, evitando la exclusión social por parte de quienes consumen alcohol, las actitudes de aprobación por parte de los pares constituyen un factor asociado con el consumo de alcohol entre jóvenes, ésta población ha sido relacionada con enfermedades mentales como la depresión o la ansiedad, atribuyendo en la mayoría de los casos dichas enfermedades a los cambios propios de la adolescencia, la pubertad y la juventud, sin embargo es necesario explicar a fondo cual es la relación que existe entre el abuso de alcohol, las enfermedades mentales y el suicidio enfocándose en todo momento a la población joven de nuestro contexto mexicano.

1.3 El alcohol y la comorbilidad con las enfermedades mentales y el suicidio.

Los trastornos mentales tienen impacto directo en todos los contextos del sujeto (familiar, social, etc.), no solo los síntomas que caracterizan las enfermedades mentales discapacitan directamente al sujeto, los enfermos mentales son estigmatizados y discriminados por la sociedad en general y no sólo el paciente mismo, sino también, las familias propiamente dichas, la depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia, en consecuencia se estima que en 2022 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados (Belló, Puentes y Medina, 2005).

La depresión es caracterizada por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perdura durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día, en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002, se concluyó que los trastornos afectivos (en los cuales se incluyen los trastornos depresivos) se ubican, respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en prevalencia, después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%), Casas y Guardia (2002) refieren que los pacientes psiquiátricos tienen un riesgo aumentado de desarrollar drogodependencias y los pacientes drogodependientes también tienen un mayor riesgo de presentar trastornos psiquiátricos, aproximadamente una tercera parte de los pacientes psiquiátricos presentan también abuso de alguna sustancia, en algún momento de su vida, el doble de la proporción esperada para la población general, por otro lado, más de la mitad de los pacientes drogodependientes han presentado algún otro trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida.

Es importante establecer la compleja relación que existe entre las enfermedades mentales y el abuso de alcohol, por la bidireccionalidad de la misma, actuando cada uno de los anteriores conceptos como predictores uno del otro, se menciona que el alcohol favorece la depresión y viceversa, por tanto los esfuerzos que realiza la secretaria de salud en la actualidad, van enfocados a disminuir la depresión y el alcoholismo a través de la detección oportuna de pacientes potenciales a padecer problemas de ésta índole, se ha planteado como objetivo, proteger a la población en general, intentando erradicar aspectos como la violencia familiar, la drogadicción, niveles de ansiedad e indicadores propios de la depresión.

La posible relación de causalidad entre el alcoholismo y los trastornos psiquiátricos asociados se puede producir de maneras diversas (Narváez & López, 1991).

1. El alcoholismo y el trastorno psiquiátrico pueden ser simultáneos o sucesivos y su asociación se puede dar por coincidencia.
2. El alcoholismo puede ser la causa o bien aumentar la gravedad de determinados trastornos psiquiátricos
3. Los trastornos psiquiátricos pueden ser la causa o bien aumentar la gravedad del alcoholismo.
4. Tanto el alcoholismo como los trastornos psiquiátricos pueden ser la consecuencia de una tercera condición.
5. Tanto el consumo excesivo como la abstinencia de alcohol pueden inducir síntomas muy parecidos a los de un trastorno.

Investigaciones a nivel internacional (Natera, Juárez, Medina y Saínz, 2007) han reportado la presencia de depresión como un predictor de frecuencia e intensidad del consumo de alcohol, más entre las mujeres que entre los hombres, González, Juárez, García, Solís, Forteza, Jiménez, Medina y Fernández (2012) apoyan a Natera y colaboradores, refiriendo la relación existente entre el abuso de alcohol y la depresión, mencionan que el dos por ciento de la población en México ha padecido depresión en algún momento de su infancia, adolescencia o juventud, promediando siete episodios a lo largo de su existencia, durante los cuales la mayoría no recibe tratamiento y en algunos casos ni si quiera se identifican rasgos de dicho padecimiento (depresión).

Estudios epidemiológicos muestran que el abuso de alcohol manifiesta ser la droga de inicio en los estudiantes hacia otras drogas, tales como, heroína, cocaína, marihuana entre otras, dicha situación se ha relacionado con la sintomatología depresiva, también se ha encontrado asociación positiva con el consumo de alcohol en cuanto a la cantidad por ocasión y el consumo excesivo episódico, en pacientes diagnosticados con depresión (De la fuente, 1990).

La relación entre el alcoholismo y la depresión ha sido evaluada con algunos aspectos socioeconómicos, por ejemplo Gómez, Bohórquez, Pinto, Masis, Laverde, Rondón, Sepúlveda y Díaz (2004) exponen un aumento de indicadores depresivos, cuando la persona considera su espacio físico desfavorable, también se tomaron en cuenta elementos, como la poca cohesión familiar, los ingresos insuficientes, el mal estado de salud y la poca satisfacción con los logros alcanzados, los individuos se percibían desfavorablemente en la medida en que aumentaba la

gravedad de la depresión, finalmente se observó un ligero aumento en la proporción de personas con elevado consumo de alcohol que presentaban síndrome depresivo.

La depresión ha sido vinculada con todo tipo de sustancias psicoactivas (se analizará el tema a profundidad en el tercer capítulo de éste mismo trabajo), el alcoholismo vinculado a la depresión requiere atención y un conocimiento preciso del panorama de salud pública, para así poder desarrollar programas de intervención que se adecuen a las necesidades objetivas que tienen los jóvenes, ya que los factores de riesgo descritos anteriormente son preocupantes, las condiciones sociales y económicas que sufre el país acentúan más el problema.

El alcohol es la droga de mayor empleo, el consumo es frecuente por jóvenes que tienen un rango de edad de entre 13 y 25 años, se puede afirmar con base en los autores anteriormente citados, que el alcohol se encuentra relacionado con factores individuales y sociales, la asociación significativa y existente entre el abuso de alcohol y los comportamientos de riesgo para la salud en general, son investigados y trabajados de forma multidisciplinar, el riesgo es visible para todas aquellas carreras que pertenecen al área de la salud, por tanto, el consumo de alcohol no solo manifiesta comorbilidad con enfermedades mentales, sino también con otras sustancias susceptibles de abuso, conductas sexuales de riesgo y con ideación suicida, de la misma forma, el consumo frecuente de alcohol, en un número considerable de adolescentes y jóvenes, está asociado con la presencia de síntomas depresivos, llegando a sugerirse que el consumo abusivo de alcohol es un síntoma de un trastorno depresivo y de ideación suicida que en el peor de los casos culmina con la muerte, es posible que el alcohol sea utilizado como una forma de afrontamiento del estado anímico depresivo (Díaz, 2012).

El abuso del alcohol puede producir hechos trágicos para la vida, no solamente dando muerte a sí mismo, sino también, en riñas callejeras, accidentes automovilísticos y conductas sexuales de alto riesgo, el suicidio es definido por Serfaty (1998) como un acto voluntario que el individuo realiza para hacerse daño y con el cual busca la muerte; no obstante, se ve frustrado al no conseguir su objetivo, independientemente de la gravedad de la lesión, la frustración resultante de episodios depresivos y consecuencia del abuso de alcohol facilitan dicho fenómeno, el suicidio se manifiesta en los sujetos que abusan de la ingesta de bebidas alcohólicas como una salida rápida y adecuada para satisfacer sus deseos de olvido, Leal y Contreras (1998) mencionan que el ser humano ha estado acostumbrado a evitar el dolor a través de todos los medios posibles, en los jóvenes y adolescentes la salida más rápida se refleja en el consumo excesivo de alcohol y en el peor de los casos en suicidio consumado, la

frustración ante la vida se define como un fenómeno natural en todo ser humano que surge cuando nos enfrentamos a situaciones adversas, el proceso de perturbación es el siguiente (Knaus, 1983):

1. Se percibe que no se puede tener lo que se quiere, en el momento justo que se desea.
2. Tienen lugar cogniciones de catastrofización, posteriormente se auto-verbaliza la creencia de insoportabilidad y tiene lugar un proceso de intolerancia.
3. Se repite el mensaje de que no es posible detener la experiencia frustrante, y se fija en la cognición del sujeto, la percepción distorsionada de que no puede hacer absolutamente nada para mejorar su condición.
4. Se genera una preocupación excesiva intolerante e irracional, de que la frustración, conducirá de forma lógica las situaciones, lo que limita al sujeto a considerar otras alternativas.
5. La intensidad de los estados emotivos que son experimentados, impiden aprender de nuestras experiencias y, por consiguiente, el patrón se repite, es decir se vuelve cíclico.

La adicción se rige por un principio filosófico que es el hedonismo, o la búsqueda del placer y el rechazo al dolor (Leal & Contreras, 1998), el abuso del alcohol funge como una evasión total hacia la realidad que aqueja la vida cotidiana de los sujetos, los miedos y las preocupaciones diarias, culminando en el peor de los casos en el suicidio, las bebidas alcohólicas parecen ser un instrumento que ayuda a enfrentar los problemas, sin embargo es evidente que los sitúa en situaciones vulnerables y también disminuye la posibilidad de que los individuos vislumbren diversas posibilidades para resolver una situación específica y superar la frustración de no ver cumplidas sus metas y por ende incurrir en alcoholismo, la depresión y el suicidio.

De acuerdo a Ellis (1979) todos los seres humanos presentan virtualmente una tendencia a presentar sentimientos perturbadores y conductas disfuncionales por ser hedonistas a corto plazo, buscan la gratificación inmediata y pierden de vista el hedonismo a largo plazo, el hedonismo a corto plazo se define como la tendencia que tienen los sujetos a evitar el dolor y el hedonismo a largo plazo, es definido como el gozo del aquí y el ahora, sin perder de vista el futuro y las posibilidades que conlleva ver más allá de lo inmediato.

El alcohol y el suicidio puede fungir entonces, como supuestos “agentes” capaces de evitar los problemas presentes en la vida cotidiana de los sujetos, sin embargo, Narváez & López (1991) mencionan que los pacientes alcohólicos refieren con frecuencia que beben para mitigar o

aliviar estados de ánimo depresivos, sin conseguir su fin, ya que, pasado el efecto de las sustancias adictivas, la sensación de malestar se potencializa, para Lima, Rodríguez, Lamas, Landeira & Álvarez (2012) este proceso es considerado como “auto-medicación, se sabe que la enfermedad psiquiátrica es el factor de riesgo más importante para el suicidio o su intento, es importante subrayar que más del 90% de los suicidios tienen lugar en personas con algún tipo de enfermedad psiquiátrica definida. Dentro de éstas la más habitual es el trastorno depresivo (mayor y persistente) que está presente hasta en el 80% de todos los suicidios sin embargo, también el consumo crónico de alcohol y su posible abstinencia pueden agravar el estado de ánimo de los sujetos, como consecuencia de los efectos farmacológicos del alcohol, o bien de los problemas psicosociales asociados y concluir en conducta suicida, éste último es más frecuente en pacientes alcohólicos si se compara con la población en general, las pérdidas sociales recientes, los efectos depresógenos y deshinibidores del alcohol, los síntomas depresivos persistentes contribuyen a gestos suicidas (Narváez & López, 1991), la probabilidad de suicidio entre sujetos que abusan de alcohol es 60% mayor que el resto de la población, el 94% de suicidas presentan un trastorno psiquiátrico, el 25% presentan alcoholismo y el alcohol precipita el suicidio en el 68% de todos los casos.

Hacer consciencia de la importancia que tiene investigar el alcoholismo en los jóvenes, es intentar que la probabilidad de quitarse la vida sea la última de opciones de los jóvenes universitarios, a continuación, es pertinente realizar una revisión exhaustiva de la denominada desesperanza de vida, el fenómeno en el cual la mayoría de los pacientes alcohólicos se encuentran inmersos, un estado que podría actuar como posibilidad de cambio y no como una antesala del suicidio consumado.

2. CAPÍTULO DOS: Desesperanza de vida

2.1. El concepto de desesperanza y esperanza de vida.

Los jóvenes que presentan la tendencia a consumir de forma excesiva bebidas alcohólicas, en la mayoría de los casos reportan un futuro desesperanzador y una visión de fatalista de sí mismo, carecen de metas y objetivos que permiten entonces, dignificar la propia vida y no solo ser parte de una existencia determinada por el fracaso, la frustración y la desesperanza.

Trabajar con la desesperanza y esperanza de vida permite reconstruir un nuevo escenario para los pacientes que comienzan a vislumbrar el suicidio como la mejor opción para terminar con la percepción de agobio que identifican en su vida, la desesperanza de vida puede fungir como un comienzo y no como el fin de una vida, para dejar de sufrir no es necesario quitarse la vida, a lo largo del siguiente capítulo, se menciona el concepto de vacío existencial, la diferencia que existe entre desesperanza de vida y patología depresiva, sin duda alguna, tópicos importantes a considerar y analizar en la población universitaria de la zona oriente del Estado de México, manifestando el abuso de alcohol como principal factor precipitante de la desesperanza de vida, la depresión y el suicidio.

Definir la esperanza y la desesperanza de vida es un proceso exhaustivo, ambos constructos teóricos recaen de forma vulgar en una visión dicotómica de la vida (positiva o negativa), sin embargo, el concepto no es estrictamente psicológico, la filosofía se encuentra inmersa dentro del concepto mismo, el sujeto que reconoce sus propias virtudes y defectos de forma individual, se humaniza, a través de la aceptación y la superación constante de dificultades presentes en la existencia humana, el fracaso es parte de la propia vida.

La desesperanza se manifiesta cuando las falsas expectativas generan esperanza (García, Gallego y Pérez, 2007), entre más esperanzas se sostienen sobre una situación específica, más grande es la frustración, ya que se espera en la mayoría de las veces lo que no depende del sujeto en sí, lo inalcanzable, en muchas ocasiones se tergiversan los conceptos por la sensibilidad social que suscita el tema del suicidio y la desesperanza de vida.

Algunos jóvenes en la actualidad, suelen trabajar o estudiar en lugares que no son de su agrado, es decir, se ven obligados por las condiciones económicas del país a desistir de sus metas de vida por la falta de oportunidades laborales, trabajan para sobrevivir y por tanto, se ven obligados a aceptar trabajos que la mayoría de las veces no tienen nada que ver con la

disciplina que estudiaron o sus intereses personales y aptitudes de servicio, durante todos los días de su vida, los jóvenes realizan las mismas tareas impuestas por una sociedad, y este destino es considerado como absurdo o racional de acuerdo a las creencias individuales del sujeto, sin embargo a pesar de ello, la vida no termina, es una nueva posibilidad de cambio, a partir de ahí es posible considerar la adversidad como una nueva visión sobre el mundo y su futuro, la desesperanza de vida es estudiada por la teoría cognitiva, las cuales en su mayoría, postulan que los factores de vulnerabilidad cognitiva interaccionan con la ocurrencia de acontecimientos vitales negativos para desencadenar reacciones depresivas, llamando a esta visión negativa sobre la vida “desesperanza”, Beck (1990) y sus colaboradores, la definen como un conjunto de sentimientos y cogniciones negativas acerca de uno mismo, del mundo y del futuro, estos autores relacionan el concepto de desesperanza de vida con el de ideación suicida, es decir, a mayor nivel de desesperanza de vida, mayor frecuencia e intensidad de ideaciones suicidas y mayor probabilidad, por tanto, de materializar una conducta de ésta índole (Beck, Brown, Berchick, Stewart & Steer, 1990), el paradigma esencial de la propuesta de Beck consiste en la metáfora del hombre como un sistema de procesamiento de información; esto es, en un entorno continuamente cambiante que demanda capacidades adaptativas, el individuo construye la realidad mediante la selección, codificación, almacenamiento y recuperación de la información presente en el medio. La información sobre sí mismo y sobre el mundo experimenta transformaciones cognitivas y afecta las respuestas emocionales y conductuales del propio sujeto, produciendo así una interdependencia entre cognición, emoción y conducta (González, Valdez y González, 2011).

La desesperanza parece ser un factor asociado al riesgo de que un sujeto incurra en ideación y conducta suicida, la falta de expectativas conduce a presentar síntomas depresivos, la desesperanza de vida, por tanto, fue considerada durante un periodo largo de tiempo como un estado sensorial, difuso y amorfo, desde la perspectiva cognitiva Beck, Weissman, Lester & Trexler (1974) operacionalizan dicho constructo teórico con la

escala de Desesperanza y la definen como, un sistema de esquemas cognitivos que tiene como denominador común las expectativas negativas hacia sí mismo, el futuro y los demás, el sujeto que manifiesta desesperanza, interpreta como imposible la superación de los problemas cotidianos que enfrenta, vislumbra su futuro de forma negativa y por tanto es incapaz de cumplir las metas que se plantea.

La interpretación negativa de los acontecimientos del sujeto permite la comorbilidad de los síntomas depresivos y la ideación suicida, entre los diferentes factores de riesgo estudiados, se ha demostrado que la desesperanza es el mejor y más fuerte predictor del suicidio consumado (Marco, García, Pérez & Botella, 2014).

Para Frankl (2001) el sentido de la vida es la fuerza motivacional fundamental del ser humano y condición de la autorrealización personal, el logro de sentido se asocia positivamente con la vivencia de la propia libertad, responsabilidad y autodeterminación al cumplimiento de metas vitales, contribuye a una visión positiva de la vida, del futuro y de sí mismo, busca la coherencia y autoidentidad (Martínez, Trujillo, Díaz & Jaimes, 2011), la búsqueda de la coherencia, del “sentido” resulta una tendencia universal, buscar el significado para integrarlo al conjunto de experiencias vividas y aprender de cada una de ellas.

Cuando el sentido de la vida es inexistente o precario, se manifiestan sentimientos de extrañeza hacia la cotidianidad, despersonalización y desrealización, la parte opuesta del concepto desesperanza, de acuerdo con Lazarus (1991) la esperanza, y consiste en una expectativa positiva acerca de la posibilidad de superar un estado o situación, que aún no se ha alcanzado, implica una visión de logro, los sujetos con esperanza se fijan metas a corto, mediano y largo plazo, son conscientes que pueden no alcanzar algunos objetivos, sin embargo no desisten de seguir intentando, son constantes, manifiestan un sentido de vida, un impulso en todas sus acciones y cogniciones, se fijan metas de forma cotidiana y aprenden de los fracasos, la esperanza implica entonces la confianza y la certeza de que es casi improbable que algo no deseado ocurra, la esperanza puede ser definida como una expectación gozosa y esperada fervientemente.

La esperanza y la desesperanza de vida, involucran aspectos esenciales del hombre, los estados de desesperanza en pacientes alcohólicos los ubica en una fatalidad constante, no se habla de liberación, la esperanza llega entonces, cuando el paciente logra vislumbrar la oportunidad de mejorar su situación individual, finalmente la desesperanza es un estado transitorio en el cual, la esperanza puede formar parte de un nuevo comienzo, el sentido de la vida surge entonces, a través de la elección diaria, de la autoaceptación incondicional, de comprender que la vida no es sencilla y en consecuencia, la vida se presenta como un reto diario, en el cual es posible decidir sobre los fracasos propios de la existencia humana o en su defecto, quedarse paralizado ante los problemas cotidianos, en el siguiente sub capítulo, se

aborda la importancia de entender de una forma racional el sentido de la vida y sus implicaciones con relación a la depresión, el suicidio y el alcoholismo.

2.2 El sentido de la vida

El sentido de la vida ha sido una búsqueda fundamental del ser humano a lo largo de la historia de la humanidad, el sentido de la vida no es una noción teórica; es un hecho práctico, no basta con preguntar por el sentido de la vida; hay que responder a él, esta respuesta ha de darse, no con palabras, sino con hechos, es decir con pautas conductuales.

El sentido de la vida se atribuye al individuo, solamente en función de la persona, el individuo es resultado de patrones sociales que actúan sobre cada uno de ellos, “moldeándolo” como persona, carece de sentido decir que la persona está prefigurada en los componentes culturales y sociales, el sentido de vida entonces, es el resultado de la percepción biográfica de un individuo, no se encuentra previamente configurado, tampoco se encuentra determinado por factores biológicos o sociales, es un conjunto de supuestos personales que el sujeto expone al mundo, tomando como base el aprendizaje y la experiencia,

Cada sujeto posee la capacidad de auto dirigirse, de definir su postura ante el mundo y en consecuencia tener trazado un proyecto de realización vital ante eventos que tienen como característica la incomodidad generalizada (Frankl, 2001).

Las personas que encuentran el sentido de sus vidas son aquellas que comprenden que tienen una misión en la vida, una tarea que cumplir, cuentan con un plan de vida en las diferentes áreas de la misma (Valladares, 2004), descubren el sentido de su vida a través del trabajo cotidiano, aprenden de las grandes experiencias de la vida y también lo llevan a cabo en el sufrimiento que resulta imposible de evitar, manifiestan una percepción clara y realista de su futuro, sus hipótesis acerca de la vida son más acertadas y racionales, se permiten el fracaso, y por ende aprenden de ello.

Durante la adolescencia y la juventud, la búsqueda del significado de la vida se manifiesta con mayor fuerza, ya que la exigencia de encontrar objetivos vitales se vuelve prioridad, por tanto, el significado de la vida no llega a resultados esperados, es decir, al descubrimiento de algo sobre lo cual poder construir la propia identidad con el efecto de un sentido de plenitud, de dirección y de orientación (Huamaní & Ccori, 2008), en este periodo, el adolescente vive en un estado de crisis y se debate entre numerosas alternativas para encontrar la solución más adecuada a sus necesidades y consolidar su propia identidad.

Lukas (2001) elabora una descripción de lo que es el sentido de vida:

- Lo que alberga la oportunidad sobresaliente de que se produzca algo bueno.

- Contempla el bienestar individual y social.
- Cogniciones libres de motivación egoísta.
- Pensamiento concreto y enfocado en el presente (Aquí y ahora).
- Es susceptible de consenso con el prójimo experimentado.
- Cognitivamente flexible.
- Racional.
- Procura una fuerza de deseo para alcanzar las metas preestablecidas por el individuo.
- El sujeto es asertivo.
- Afronta los problemas y busca diversas formas de resolver las problemáticas en cuestión.

El ser humano busca constantemente significados que le brinden información sobre la existencia, en el cerebro las terminales sensoriales suministran sin cesar datos, que son codificados por las reglas epigenéticas de la mente y por los esquemas culturales (Gómez, 2000), sin embargo, no existe un aparato sensorial (como el oído, o la vista) que se encuentre especializado en captar el sentido de la vida.

No cabe más sentido de vida que aquel que se va alcanzando sistémicamente, localmente, transitoriamente, en medio de constantes episodios sinsentidos que amenazan con eliminar todo logro plasmado en la realidad, el concepto de vida implica el de muerte, quizá sólo entre estos dos polos tenga su oportunidad el sentido de vida (García, García-Bermejo & Villarrubia, 2005).

El ser humano vive en un mundo que no elige, es depositario de una cultura, se encuentra regido por creencias y costumbres, no se habla de una determinación en sí, sino de una influencia que se da de generación a generación a través de las reglas culturales.

En palabras de Ramírez & Saavedra (1981), el ser humano al vivir tiene la oportunidad de elegir, conocerse, poseerse y comprometerse con la vida, apropiarse de sí mismo, de su hacer y del proceso de convivencia con los otros, o en su defecto puede optar por vivir la vida con desgano, como no suya, ajeno a sí mismo y a los otros, en ese sentido, la patología fundamental es pretender no dar una respuesta a las diversas dimensiones de la vida: personal, familiar, social y cultural, para Oramas (2013) el sentido de la vida Incluye aspectos valorativos y afectivos que se integran en la proyección futura de los individuos:

- Autoconciencia: componente cognitivo de las actitudes hacia sí mismo. Se expresa en las creencias y pensamientos que tiene el sujeto sobre sí mismo.
- Autoestima: componente afectivo de las actitudes hacia sí mismo. Consiste en la apreciación y valor que se concede el sujeto a sí mismo, y se expresa en el grado en que se quiere y se acepta.
- Autoeficacia: componente conductual de las actitudes consigo mismo, grado en que el sujeto considera que puede llevar a cabo sus propósitos y cumplir sus metas.

Los tres componentes se encuentran ligados entre sí, ostentan el mismo valor de importancia, ya que a partir de ellos, (Como piensan, como se valoran y como actúan ante ello) el sujeto le otorga sentido a su vida, el concepto de “sentido” entonces se traduce en proporcionar una razón, orden o coherencia a la existencia del individuo, por tanto el sujeto se encuentra relacionado con el concepto de “propósito”, el cual hace referencia a la intención, al cumplimiento de alguna función o al logro de algún objetivo, entonces el hecho de que la vida tenga un sentido, significa que tiene un propósito y se lucha por alcanzar el mismo, el sin sentido de la vida se basa en el vacío existencial, el cual será analizado en el siguiente subcapítulo.

2.3 Vacío existencial.

Es importante establecer que existen diferencias significativas entre el vacío existencial y la desesperanza de vida (González y Hernández, 2012), el vacío es el contenido cognitivo de la desesperanza de vida y la desesperanza de vida es la expresión del vacío existencial, si se comprende el vacío existencial y por ende se acepta, la desesperanza de vida no tiene lugar en la cognición del sujeto, la desesperanza de vida no es sinónimo de “vacío existencial”, el vacío es definido socialmente como una interrogante sobre lo que somos, los sujetos viven percibiendo una falta, no logran conceptualizar su vida como procesos completos y el sentido de la vida se desprende de la interpretación del vacío, dicha falta es totalmente individual, cada sujeto interpreta su vida de acuerdo a sus reglas personales y los supuestos cognitivos que rigen dichas reglas.

La población del continente americano en su mayoría se encuentra caracterizada por una comprensión fatalista de la existencia (Sánchez, 2005) el fatalismo señala una forma de ver la vida que se traduce en conformismo y resignación ante cualquier circunstancia disfuncional para el sujeto, desde la perspectiva de Frankl (2001) las personas fatalistas que manifiestan un vacío existencial presentan los siguientes puntos:

- El sujeto piensa que la vida y sus vicisitudes se encuentran predeterminadas por el destino desde el inicio de la vida, de esta manera, la existencia individual se constituye en un proyecto, que se despliega de acuerdo con el destino que ha de tomar la existencia individual del sujeto y por ende se manifiesta la creencia de que el ser humano no puede hacer nada para impedirlo.
- Los sujetos manifiestan la creencia de que no son capaces y, en consecuencia, no pueden hacer obra alguna para cambiar su futuro, debido al hecho de que su libertad de obrar y participar en el control de sus actos se halla neutralizada por fuerzas ajenas a su poder.
- Los asuntos referentes a la vida son mejor resueltos por los otros que por él mismo, son rígidos y muchas veces refieren creencias religiosas, frente a la cual nada ni nadie puede oponerse (bajo su visión, todo es absolutista).

Por lo tanto la realidad fatalista describe la forma peculiar en la que el individuo se relaciona con su mundo, el sujeto tiende a bloquear todo esfuerzo por el progreso y el cambio de su

existencia, Paulo (1970) menciona el papel que desempeña el fatalismo como parte de la ideología del oprimido, el sujeto se encuentra inmerso en una realidad de despojo e impotencia, que se presenta como una situación límite insuperable, bajo esas condiciones, si el sujeto no logra captar las raíces de su estado, su conciencia se acoge a la forma fatalista de relacionarse con el mundo, deja de pensar sobre la propia naturaleza humana.

Por su parte, Gonzáles (2016) define el vacío existencial como la evidencia de la inadecuación de los sistemas e instituciones actuales para la vida humana, por lo tanto, no percibir el propio vacío implica una adaptación a una estructura social poco virtuosa, y por ello constituye un fenómeno de insensibilidad ante el vacío general.

La necesidad de dotar de sentido al mundo que nos rodea genera ansiedad, tanto individual como social, las sociedades actuales en su mayoría se encuentran saturadas de individuos que añoran identificar un motivo para mantener su existencia libre de la frustración, no existe ningún sujeto que resulte completamente libre de todo fracaso, el aprendizaje se basa en el ensayo y error de los individuos, en el proceso de aprendizaje, intervienen aspectos de tipo afectivo y relacional. Cuando se aprende, todos los procesos cognitivos son implicados en el proceso de aprendizaje y se forjan situaciones de enseñanza en el éxito y en el fracaso, se construyen significados acerca de contenidos concretos que suceden en la vida cotidiana, cuando se habla de atribuir significados, se menciona un proceso que moviliza el nivel cognitivo, conduce a revisar y a aportar contenido a los esquemas de conocimiento (Núñez, González, Pienda, García, González, Roces, Álvarez & González Torres, 1998), el fracaso ante situaciones de la vida, es lo que antecede a los episodios exitosos, de los fracasos antes mencionados es posible aprender errores.

Sevilla (2016) expone una visión integradora del concepto de vacío, alejado totalmente de un constructo teórico que genere miedo o rechazo, este autor sostiene que es oportuno resignificar la ausencia para modelar entonces, nuevas presencias, dejar de temer el vacío, aceptándolo (Laboral, familiar, educativa, etc., la vida no se acaba ante dichas falencias) y desde esa perspectiva admitir las posibilidades que el vacío ofrece, como contenedor de alternativas, identificar como superar y significar la ausencia, por ejemplo la sociedad en general tiene trazado un plan de vida general para la población, enfatizando la cuantificación académica, reforzando el ciclo de vida (tradicional) el cual consiste en, nacer, crecer, reproducirse y morir, la angustia que genera la insatisfacción de las expectativas planteadas por la sociedad producen vacío en el sujeto, al interpretarse como una falta de lo que socialmente se ha

definido como meta existencial, aquellos que deciden dicho camino para sus vidas, lidian con el fracaso de no conseguir las expectativas que han sido depositadas en ellos y por otro lado, aquellos que deciden un camino diferente, son rechazados por la comunidad en general, en ambos casos la frustración que conduce al vacío se encuentra presente en toda la población, el miedo es un proceso funcional, que permite la adaptación y la evolución de la especie, el miedo al vacío es la significación de lo que no somos y por tanto implica el temor a ser lastimados y dicho temor repercute al ser humano a mostrarse frente a los otros como sujetos fuertes, significando la fuerza como frialdad, el miedo a ser observado como débil, ser rechazado o humillado, no se presenta miedo al vacío en sí, sino a la incertidumbre que produce el vacío, a la interpretación individual de las falencias personales

La consciencia del origen de tales miedos, puede acercar al sujeto a reconocer sus fallas y por tanto trabajar en ellas, cuando se distorsiona el vacío emerge el miedo a no tener un sostén, a ser vulnerables y perder la iniciativa de emprender nuevos proyectos, el individuo se queda paralizado por las circunstancias, significar con matices diferentes a la parálisis personal, permitirse el fallo y la falta, dejar que la ausencia brinde la oportunidad de reconocer nuevas presencias que se desean de forma personal para la cotidianidad de los días y que la existencia sea tan plena que no tema vaciarse de sí misma para unirse con lo absoluto, cuando el afán de ser perfectos en todas las condiciones y ocasiones de la vida y el control rígido absoluto cese en la falacia de control personal, en éste apartado es importante comprender a fondo lo relevante que resulta exponer a un autor que realizó experimentos en laboratorio para poder comprender porque los sujetos de experimentación responden de forma pasiva ante las amenazas del entorno, es la parte experimental que aborda la desesperanza de vida.

2.4: Indefensión aprendida y estrategias de afrontamiento.

La desesperanza de vida es estudiada por diversos autores desde diferentes áreas de conocimiento, la teoría más experimental sobre dicho constructo, es aportada desde la psicología, en éste subcapítulo será abordado el concepto de “Indefensión aprendida” de Seligman, el cual ayuda a comprender de una forma más específica el constructo teórico de desesperanza de vida, para De Vicente y Díaz-Verciano (2005), el concepto de indefensión aprendida ha tenido una gran evolución en cuanto a investigación y es de resaltar la gran importancia que tiene en su aplicación desde distintas áreas de la psicología como el área educativa, el área clínica y el área de la psicología social, ya que basa su constructo teórico en los principios de aprendizaje.

Vázquez & Polaino (1982) mencionan que la indefensión aprendida conceptualmente hablando tiene tres posibles significados:

1. Un determinado procedimiento experimental consistente en someter a los sujetos a una situación inescapable y totalmente aversiva para ellos.
2. El conjunto de déficits conductuales, motivacionales y emocionales que aparecen con posterioridad, son consecuencia de haber sido sometidos al proceso experimental.
3. Una determinada teoría que intenta explicar, los mecanismos patógenos y los procesos que intervienen en la manifestación de la sintomatología.

La indefensión aprendida es también denominada comúnmente como impotencia aprendida, es un concepto que hace referencia a la condición, en la cual todos los animales (Seres humanos filogenéticamente superiores también) han aprendido a responder pasivamente ante los estímulos del medio, manifestando una creencia subjetiva de imposibilidad, es decir, que los sujetos perciben una imposibilidad de realizar acciones que permitan resolver la problemática presente, en un principio, Seligman y Beagley (1975) proponen que la indefensión aprendida es resultado de la expectativa que crea el sujeto de que le resulta imposible controlar el resultado de sus propias respuestas ante el medio, ésta expectativa de independencia-respuesta-resultado media tres aspectos fundamentales en todo individuo:

1. El déficit motivacional para emitir nuevas respuestas.
2. El déficit cognitivo para aprender que las respuestas controlan los resultados.
3. Las reacciones afectivas ante indicadores de miedo y depresión.

Según estos autores (Seligman y Beagley, 1975) se ha comprobado experimentalmente que cuando los animales son sometidos a situaciones aversivas incontrolables, posteriormente muestran fallos de aprendizaje tanto en tareas instrumentales motivadas aversivamente, es decir, el estrés y la ansiedad que produce la rutina diaria funge como situaciones aversivas en los sujetos (generan cogniciones de rechazo y emociones como miedo o asco) y por tanto suelen ser menos asertivos en la mayoría de sus acciones, responden de forma pasiva, sin ganas, sin deseos de emprender metas, se paralizan y son sujetos pasivos que responden de forma evitativa ante las exigencias del contexto, lo cual en muchos casos ocasionará como consecuencia que se retroalimente de los esquemas de pensamiento derrotista de muchos de sus pares y que termine por asumir posturas de control externo como el atribuir las causas de su pobreza a la suerte, al destino, a Dios o a la maldad de las demás personas, así como a configurar estrategias de afrontamiento inadecuadas y, quizás, a una autoeficacia muy reducida o ausente.

Durante los últimos años ha ido creciendo el interés sobre las distintas formas de cómo las personas hacen frente a las situaciones difíciles y estresantes que van encontrando a lo largo de la vida, las estrategias de afrontamiento son el resultado de dicho esfuerzo, los jóvenes y los adultos que manifiestan abuso de alcohol son un grupo específicamente vulnerable a asumir posturas de control externo, son retroalimentados por el contexto social de forma inadecuada, con mensajes que apelan rebeldía y frialdad, las estrategias de afrontamiento son definidas por Lazarus y Folkman (1984) como los esfuerzos cognitivos-conductuales continuamente cambiantes que realiza el sujeto para manejar las demandas internas o externas, que exceden los recursos personales, el afrontamiento estaría determinado por la persona, el ambiente y desde luego por su interacción con el mismo, proponen dos estilos de afrontamiento, en primera instancia el focalizado en el problema, los sujetos tienden a modificar la situación problemática para disminuir el estrés que provoca y en segunda instancia, el focalizado en la emoción, en el cual los sujetos reducen la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional, no se concibe que un estilo de afrontamiento sea más apropiado que otro. La funcionalidad vendría determinada por el tipo de situación en la que se aplique, el estilo centrado en los problemas sería más funcional ante situaciones que se puedan modificar, mientras que el estilo centrado en las emociones tendría una importante función adaptativa en situaciones que no pueden ser cambiadas (Gómez, Luengo, Romero, Villar & Sobral, 2006), si tomamos en cuenta que en los adolescentes los cambios fisiológicos y

emocionales son repentinos y variados, es particularmente importante tomar en cuenta las formas en las cuales los adolescentes hacen frente a las adversidades que presentan, el afrontamiento en los adolescentes se relaciona con un conjunto de acciones y cogniciones que lo capacitan para tolerar, evitar o minimizar los efectos producidos por un evento estresante (González, Montoya, Casullo & Bernabéu, 2002), afrontar la adversidad es un proceso que llevamos a cabo todos los días, todas las personas del mundo a través de diferentes medios, las estrategias de afrontamiento nos ayudan a identificar las formas en las cuales evaluamos y reaccionamos ante las dificultades.

En palabras de Yela & Malmierca (1992), la indefensión aprendida se presenta como resultado de un ajuste en la cognición del sujeto, produciéndose en el mismo un reajuste de sus creencias y expectativas, dicha reformulación propone que los individuos:

- Aprenden las relaciones entre respuestas y resultados,
- Atribuyen causas a la relación antes descrita
- Dependiendo de la atribución causal (la atribución del sujeto) desarrollan expectativas sobre las futuras relaciones respuesta-resultado.

De este modo, la creencia de la incontrolabilidad y la atribución sobre su causa, determinan la forma de expresión de la indefensión aprendida, con el paso de los años Abramson, Seligman & Teasdale (1978) reformularon el modelo explicativo inicial de Seligman, poniendo especial atención en el apartado cognitivo, intentando detallar de una mejor manera el proceso que se lleva a cabo en la formación de expectativas del sujeto, el nuevo modelo únicamente inserta el concepto de atribución y se refiere a las expectativas que crea el sujeto con respecto a encontrarse en una situación donde tiene la posibilidad de controlar y a su vez de no controlar los resultados.

El nuevo modelo, por tanto, se resume en el siguiente algoritmo (Vázquez & Polaino 1982):

- No contingencia objetiva
- Percepción de no contingencia presente y pasada
- Atribución para la no consecuencia presente y pasada
- Expectativa de futura no contingencia
- Síntomas de indefensión

El papel determinante de las expectativas en el nuevo modelo, son las atribuciones peculiares que el individuo efectúe con respecto a la causa de la no contingencia entre sus respuestas y

los resultados de las mismas, es decir del poco o nulo control del medio, por lo tanto la desesperanza de vida, resulta la antesala en la mayoría de los casos de un estado depresivo mayor o persistente, tópicos que se investigarán a fondo en el siguiente capítulo de la presente investigación.

3. CAPÍTULO TRES: Depresión

3.1 Visión general, definición y modelo cognitivo.

Hablando propiamente del abuso de alcohol y desesperanza de vida, las investigaciones apuntan a que los sujetos que presentan abuso de alcohol y desesperanza de vida son sujetos con un alto índice de incurrir en un estado depresivo, en consecuencia éste tercer capítulo aborda la depresión desde sus comienzos, el transcurso de la misma a través de la historia y la clasificación que hacen los manuales psiquiátricos de la enfermedad, sin duda alguna un apartado obligatorio dentro de la presente investigación.

La depresión es una de las enfermedades más conocidas por la sociedad actual, Isaías (2008) refiere que la gran mayoría de las personas comparten la existencia con algún individuo que manifiesta indicadores depresivos. Este padecimiento, contribuye a una disminución en la calidad de vida, un aumento importante en la utilización de servicios públicos para su atención, como también un incremento en la mortalidad por comorbilidad, con otros trastornos psiquiátricos y enfermedades médicas como la epilepsia, la desnutrición o la obesidad, entre otras, la depresión mayor definida de acuerdo a los criterios del DSM-V, tiene una prevalencia puntual de aproximadamente 8 a 10% en mujeres y 3 a 5% en varones.

El concepto de la depresión a través de la historia es relatado por Polaino (1985) y comienza con los postulados descritos por Hipócrates (460-370 A. C.) cuando menciona el concepto de “melancolía” y dicho concepto es caracterizado por una visión rígida de la vida, aversión a los alimentos, irritabilidad, tristeza, temor, somnolencia, actitudes misantrópicas, cansancio de la vida y a menudo ideas de muerte, éste autor subraya los síntomas somáticos, posteriormente, Galeno de Pérgamo (130- 201) retoma el concepto de melancolía y agrega la importancia de las estructuras fisiológicas que conforman el proceso, el término “melancolía” es un vocablo griego que se desprende de *melas* que significa negro y *chole* que significa bilis, por tanto, la palabra melancolía se utilizaba desde la antigüedad para describir a los pacientes que vomitaban bilis negra a causa de episodios de ansiedad, tristeza profunda e irritabilidad, desde luego que la melancolía no es sinónimo de depresión, sin embargo la melancolía fue uno de los primeros vocablos que intentan explicar la sintomatología depresiva.

Posteriormente ya en la edad media, la melancolía comienza a manifestarse en la población en general, no se trataba de una afectación que únicamente tuviese impacto sobre clérigos, sino que

afectaba también a las clases más bajas y al sector laico, la tristeza desaparece del catálogo de pecados y se expande en la sociedad como un padecimiento médico, durante los siglos XV Y XVI conceptos como pereza, estupor, e indolencia son reconceptualizados por sufrimiento, desaliento y desesperación, conceptos que con el transcurso del tiempo y los avances de la psicología y la medicina, se transformaron en indicadores importantes para el diagnóstico de la depresión, según Mori & Caballero (2010), la mayoría de los episodios depresivos presentes en la población general, que no son diagnosticados como depresión mayor, suelen remitir en la mayoría de los casos, ya sea espontáneamente (en los casos leves) o con tratamiento, más no así el episodio depresivo mayor, ya que inclusive los individuos que han cursado un proceso psicoterapéutico y farmacológico satisfactoriamente, tienden a volver a presentar el trastorno con más facilidad que un sujeto que jamás ha cursado por dicha enfermedad, en promedio, los episodios pueden durar varios meses a un año, también mencionan que si bien la depresión es menos común en adultos mayores que en jóvenes, para los primeros constituye un problema importante de salud, el cual ensombrece su pronóstico cuando se ve acompañado de otras enfermedades tanto agudas como crónicas, la depresión afecta de forma negativa la salud de los pacientes, y está asociada con un aumento de mortalidad e intento de suicidio, según la OMS (2018), la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración,

El constructo teórico (concepto existente en la producción teórica, sin embargo de definición controvertida) ha sido nutrido por diversos modelos dentro de la Psicología, resulta necesario disponer de modelos que ayuden a comprender de una mejor forma los factores implicados en la etiología, mantenimiento y recaída del proceso depresivo (Vázquez, Hervás, Hernangómez, & Romero, 2010), gracias al avance de las investigaciones realizadas dentro de la psicología cognitiva y sus modelos integradores de información, es posible identificar las variables que se encuentran inmiscuidas en dicho proceso, comprenderlas y a través de la comprensión antes mencionada, generar tratamientos basados en evidencia empírica que trabajen en el mantenimiento de los cambios obtenidos dentro del proceso psicoterapéutico.

En primera instancia, unos de los modelos más utilizados para explicar la depresión, es el modelo cognitivo para la depresión de Aaron Beck (2008), surge a partir de observaciones sistemáticas y de investigaciones realizadas por el mismo, dicho modelo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión, en primera instancia la triada cognitiva, que

consiste en tres patrones cognitivos principales, el primero de ellos se centra en la visión negativa del sujeto hacia sí mismo, el segundo enfoca la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de forma negativa y el tercero y último de ellos se centra en la visión negativa acerca del futuro.

El segundo concepto del modelo cognitivo son los esquemas, que es utilizado para explicar porque mantiene el sujeto depresivo creencias que lo hacen sufrir y son contraproducentes, el esquema constituye la base para transformar los datos en cogniciones, localiza, diferencia y codifica el estímulo con el cual se ve enfrentado en su cotidianidad, Calvete & Estévez (2009) describieron que los esquemas cognitivos se activan por los ambientes estresantes que son relevantes a cada esquema particular, cuando se activan, los esquemas generan emociones muy intensas en la persona y conducen directa o indirectamente a una serie de problemas psicológicos tales como depresión, sentimientos de soledad, relaciones destructivas y adicción al alcohol, los esquemas se aprenden durante la infancia, y posteriormente se auto perpetúan sesgando las interpretaciones de las experiencias posteriores (Echeburúa & Corral, 1999), éstos autores también elaboran una clasificación de los esquemas:

- Esquemas cognitivos: Asignan significado a los estímulos
- Esquemas afectivos: Son responsables de la generación de sentimientos y emociones
- Esquemas motivacionales: Generan deseos
- Esquemas instrumentales: Preparan al sujeto para la acción
- Esquemas de control: Son encargados de la dirección o inhibición de las acciones.

Y por último el tercer concepto del modelo cognitivo de la depresión son los errores en el procesamiento de la información, errores sistemáticos del pensamiento que mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, las también llamadas distorsiones cognitivas, errores del pensamiento habituales y repetitivos que dan lugar a productos cognitivos ilógicos y disfuncionales, las distorsiones son las siguientes (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983):

- Abstracción selectiva: selección en forma de túnel, de un solo aspecto de una situación.
- Pensamiento polarizado: valoración de los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta aspectos intermedios.
- Sobregeneralización: sacar de un hecho general una conclusión particular sin base suficiente, si ocurre algo malo en una ocasión, se esperará que ocurra una y otra vez.

- Interpretación de pensamiento: se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna, los sentimientos e intenciones de los demás.
- Visión catastrófica: adelantar acontecimientos de modo catastrófico para los intereses personales.
- Personalización: hábito de relacionar, sin base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo.
- Falacia de control: las personas con esta distorsión suelen creerse responsables de todo lo que ocurre a su alrededor o bien en el otro extremo se ven impotentes y sin que tengan ningún control sobre los acontecimientos de su vida.
- Falacia de justicia: consiste en la costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos y necesidades.
- Falacia de cambio: son los otros quienes han de cambiar primero su conducta, ya que creen que depende solo de aquellos.
- Razonamiento emocional: consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente.
- Etiquetas globales: consiste en generalizar una o dos cualidades de un juicio negativo global.
- Culpabilidad: consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos a uno mismo o a los demás, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen al desarrollo de los acontecimientos.
- Deberías: consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas o normas se considera insoportable y conlleva a una alteración emocional extrema.
- Tener razón: consiste en la tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto.
- Falacia de recompensa divina: consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorara mágicamente en el futuro.

El modelo cognitivo toma en cuenta la situación de los pacientes depresivos, específicamente a la forma en la que dichos pacientes han formado parte de un tratamiento psicológico y farmacológico, Beck, Rush, Shaw & Emery (1983) redactan los siguientes tres puntos fundamentales:

1. Los fármacos antidepresivos son más baratos que la terapia psicológica, sin embargo, no todos los pacientes responden a la medicación, solamente el 60-65% de los pacientes muestra una mejoría definitiva como resultado del tratamiento mediante antidepresivos tricíclicos.
2. Muchos pacientes se niegan a tomar la medicación por razones personales, o bien presentan efectos secundarios que obligan a abandonarla.
3. Es posible que la dependencia excesiva de los fármacos pudiese impedir indirectamente la utilización por parte del paciente de sus propios métodos psicológicos para hacer frente a la depresión.

Los estudios que han aportado al modelo de la depresión una evidencia más sólida son los estudios longitudinales. En este sentido, han encontrado que la intensidad de las reacciones depresivas se puede predecir por la interacción entre un nivel elevado de actitudes y cogniciones disfuncionales con la aparición de sucesos estresantes de tipo general, también se ha demostrado, que las terapias cognitivo-conductuales demuestran una mayor eficacia en el tratamiento de la depresión (Vázquez, Hervás, Hernangómez, & Romero, 2010).

La interpretación que los sujetos realizan de lo que les sucede de forma cotidiana, es un aspecto fundamental para el modelo cognitivo, uno de los más importantes dentro de este, es transformar al paciente en su propio terapeuta, un adecuado uso de la terapia psicológica podría resultar a largo plazo, más valiosa que la propia intervención farmacológica, ya que ofrece a los usuarios, la oportunidad de aprender algo acerca de su propia existencia, Beck, Rush, Shaw & Emery (1983) definen la terapia cognitiva como un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas como son, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, entre otras. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo por tanto sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores.

Desde el punto de vista terapéutico, queda claro que la terapia cognitiva es tan eficaz como la terapia farmacológica para tratar un episodio de depresión mayor, los datos indican, que la terapia cognitiva tenía algún efecto preventivo, en el sentido de que los pacientes tratados por este procedimiento recaían menos que los tratados con fármacos.

Esta eficacia se ha demostrado en ámbitos de atención primaria, en pacientes con depresión moderada y grave DeRubeis et al., (1999); Cuijpers, van Lier, van Straten y Donker, (2005); Hollon et al., 2005 (como se cita en Vázquez, Hervás, Hernangómez, & Romero, 2010) mencionan que la TCC resulta ser un tratamiento eficaz en términos de costes y funcionamiento en contextos clínicos reales en todos los niveles socioeconómicos, se encuentra avalada por estudios científicos, los experimentos demuestran eficacia, eficiencia y objetividad en cada uno de los trastornos que trabaja.

Beck, Rush, Shaw & Emery (1983) refieren que el objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente, dicho método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones fundamentales dentro del proceso terapéutico:

1. Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
2. Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
3. Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
4. Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.
5. Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Los pacientes en el modelo cognitivo comienzan a incorporar a su repertorio personal, técnicas que emplea el terapeuta, el sujeto aprende durante el proceso psicoterapéutico diversas técnicas que posteriormente generalizan a la mayoría de los contextos de su vida, Beck (1974) aborda la importancia de las técnicas conductuales y su empleo prioritario en pacientes que ostentan el diagnóstico depresivo severo, no sólo para modificar la conducta, sino también para elicitar cogniciones asociadas a conductas específicas,

La terapia cognitiva, difiere de la terapia convencional en dos puntos fundamentales, el primero de ellos es la estructura general de las sesiones y el segundo, los tipos de problemas en los que se centra y presenta las siguientes características (Beck, 1974):

- El terapeuta estructura la terapia según un diseño específico que requiere la participación y colaboración del paciente.

- El terapeuta necesita valerse de una cierta inventiva para estimular al paciente a participar activamente en las distintas operaciones terapéuticas.
- La terapia cognitiva se centra en problemas “aquí-y-ahora”.
- Especial énfasis en la investigación empírica de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente.
- El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones.
- Mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.

El modelo cognitivo propone que las experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo, dichos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas, debido a la importancia que ostenta la depresión por sus implicaciones sociales e individuales, existe un manual que permite diagnosticar de forma adecuada el estado depresivo mayor y persistente, dicho manual será detallado a continuación, en el siguiente subcapítulo.

3.2 Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo persistente según el DSM-V.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) crea la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10) y ha sido el instrumento que permite la comparación nacional e internacional de enfermedades en el campo de la salud pública. Este instrumento estadístico se revisa cada 10 años, con el objetivo de incorporar a la clasificación los avances de la medicina, es una clasificación de enfermedades, un complejo sistema de asignación de categorías (alfabéticas, numéricas o alfanuméricas) a enfermedades o situaciones relacionadas con la enfermedad de acuerdo con una serie de criterios preestablecidos.

Su propósito consiste en permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recogidos en diferentes países o áreas, y en diferentes épocas (Martin, Vázquez & Castanedo, 2002), en el primer congreso Mundial de Psiquiatría, organizado en París (1950), se expresó el deseo de disponer de un manual que permitiera comparar los diagnósticos y los pronósticos formulados en diferentes países, para los principales trastornos mentales descritos desde el nacimiento de la psiquiatría (Garrabé, 2012), la OMS incluyó en la Clasificación Internacional de Enfermedades, un capítulo específico para los trastornos mentales, el capítulo V, este capítulo de la Clasificación Internacional está basado fundamentalmente en la clínica y la psicopatología.

Del Barrio (2009) refiere que la American Psychiatric Association (APA) procedió con la realización del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) con el objetivo de crear un solo manual práctico de la psicopatología, su primera versión fue realizada en 1948, por dos personalidades que fungieron como pioneros, Meyer (psiquiatra organicista) y Menninguer (psicoanalista), además de la colaboración de los psiquiatras del Ejército, su orientación fue multidimensional, fundado en el consenso de expertos.

En la actualidad, el DSM-V (versión vigente) ha añadido párrafos de clarificación, como el uso del juicio diagnóstico, y las categorías diagnósticas, se han hecho precisiones sobre prevalencias y se han añadido subgrupos en casi todas las categorías, es decir, se siguen incorporando datos de la investigación, se recogen 404 códigos diferentes, lo que indica una remodelación hacia el alza. De acuerdo con el DSM-V, la depresión es clasificada dentro de los trastornos del estado de ánimo, se refiere a síndromes conformados por diferentes patrones comportamentales de significación clínica que no obedecen a respuestas convencionales y cuya característica singular

se centra en una alteración del humor asociada al malestar y discapacidad, así como al riesgo de perder la vida, a causa de una percepción negativa de sí mismo, del futuro y del mundo.

En la sección dos del DSM V se postulan los criterios diagnósticos y sus respectivos códigos, la depresión se encuentra dentro del subcapítulo titulado “Trastornos depresivos”, el trastorno depresivo mayor es definido como un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Navarra, 2005).

El DSM V postula que se deben cubrir al menos 5 o más síntomas durante mínimo 2 semanas consecutivas y representan un cambio del funcionamiento previo, el manual hace especial énfasis en descartar enfermedades médicas que pudiesen intervenir con el diagnóstico adecuado por parte de los profesionales en la salud mental y los criterios se presentan de forma continua de la letra A hasta la letra E con notas y precisiones importantes que serán redactadas a continuación.

Criterio A:

1. Estado anímico depresivo durante la mayor parte del día, casi todos los días, mencionan sentirse tristes, vacíos, sin esperanzas, ya sea por referencia personal del sujeto o en su defecto de su familia o personas cercanas.
2. Disminución importante del placer y el interés que producían actividades diarias, la mayor parte del día, casi todos los días de la semana.
3. Pérdida o aumento de peso sin dietas, ni ejercicio físico excesivo, como también aumento o descenso del apetito.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Retraso motor o agitación casi todos los días.
6. Pérdida de energía y fatiga, casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva, casi todos los días
8. Dificultad y disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, tomar decisiones importantes diarias.

9. Pensamientos acerca de la muerte recurrentes (Suicidio)

Criterio B:

Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral, el sujeto decae en áreas importantes de su propio funcionamiento.

Criterio C:

El episodio no se puede atribuir a ninguna afección médica o efectos fisiológicos de una sustancia.

El DSM V realiza dos notas importantes en dichos apartados, la conjunción de los criterios A y C dan como resultado un diagnóstico de depresión mayor y también menciona la importancia de identificar los eventos activadores causantes de las emociones y cogniciones, ejemplifica con alguna pérdida significativa para el sujeto, ruina económica, catástrofe natural, alguna enfermedad mortal, etc. Los anteriores episodios pueden generar en el sujeto sentimientos de tristeza, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida de peso, es decir, criterios que se encuentran agrupados en el apartado A y por tanto, aunque pareciera ser consecuencias conductuales, cognitivas y emocionales “normales” por consecuencia de la pérdida, también se debe considerar la presencia de una posible patología depresiva, conjuntamente con la respuesta del episodio, dicha decisión requiere una revisión clínica exhaustiva basada en la historia clínica del paciente, los criterios diagnósticos del DSM V y la conceptualización cognitiva conductual del caso.

Criterio D.

El episodio depresivo mayor no se puede explicar a través de un trastorno del espectro esquizoide y otros trastornos psicóticos.

Criterio E.

Nunca ha existido un episodio maniaco o hipomaniaco, la única forma de no aplicar este criterio, es cuando los pacientes han presentado episodios inducidos por sustancias o atribuidos por comorbilidad con alguna otra afección médica.

Procedimientos de codificación y registro:

El diagnóstico del estado depresivo mayor, se encuentra sustentado en la ocurrencia del episodio, o un episodio único, la gravedad de los síntomas actuales, la presencia de características psicóticas o la ausencia de las mismas y el estado de remisión, las características psicóticas y la gravedad actual solo se encuentran indicadas si el sujeto presenta los indicadores de un estado depresivo mayor, dichos puntos se encuentran indicados solo si en la actualidad se cumplen todos los criterios para diagnosticar un estado depresivo mayor.

El DSM V refiere la importancia de saber identificar cuando un episodio único se transforma en recurrente, por tanto, postula que debe existir un intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre cada uno de los episodios, como pauta diagnóstica y si se presentan características psicóticas, codificarlas independientemente de la gravedad del episodio.

Posteriormente cuando ya se tiene el diagnóstico del paciente, se procede al registro del mismo, enumerando los términos en el siguiente orden:

1. Trastorno de depresión mayor
2. Episodio único o recurrente
3. Especificadores de gravedad, episodios psicóticos y remisión
4. Especificadores sin código que sean aplicables al episodio actual.

En el cuarto punto se incluye la comorbilidad del trastorno, se especifica si presenta ansiedad, características melancólicas y se codifica en el último orden.

Una vez aclarados los criterios diagnósticos del estado depresivo mayor, se continua con la explicación detallada de los criterios que conforman el estado depresivo persistente (distimia) ya que el estado distímico se presenta en el 80% de sujetos que refieren desesperanza de vida (Riveros, Hernández & Rivera, 2007), saber identificar un estado depresivo mayor de uno persistente es fundamental para su correcto diagnóstico y efectivo tratamiento.

La distimia es una condición relativamente poco estudiada en los trastornos depresivos (Jiménez, Gallardo, Villaseñor & González, 2013), la mayoría de los estudios realizados en sujetos con depresión se basan en pacientes que sufren principalmente un cuadro con un diagnóstico de depresión mayor, sin embargo, se considera que la distimia puede producir igual o mayor limitación funcional, ya que los pacientes con distimia se quejan de que sus síntomas interfieren de manera importante con sus actividades sociales y su funcionamiento en todos los contextos de su vida.

El trastorno distímico se caracteriza por un estado de ánimo depresivo durante días la mayor parte del día, es definido como un trastorno afectivo crónico que persiste al menos 2 años en adultos y 1 año en adolescentes y niños. Durante ese periodo, el paciente debe tener los síntomas durante más de 2 meses seguidos y no presentar un episodio depresivo mayor. Además, la afección no debe explicarse por la presencia de trastorno depresivo mayor crónico.

El DSM V postula 8 criterios fundamentales para el diagnóstico de la distimia, enumerados por letras que van de la A a la letra H que en su totalidad componen los 8 criterios antes mencionados.

Criterio A

- Estado anímico depresivo durante la mayor parte del día, referido por el paciente o personas cercanas al mismo, este síntoma se presenta durante un mínimo de 2 años consecutivos

Criterio B

Presencia de dos o más síntomas siguientes:

1. Poco apetito o apetito excesivo
2. Insomnio o hipersomnia
3. Fatiga o poca energía al hacer actividades diarias
4. Bajo concepto de sí mismo
5. Dificultad para la toma de decisiones y poca concentración durante del día
6. Sentimientos de desesperanza

Criterio C

Durante el periodo de dos años (tiempo fundamental para el diagnóstico adecuado), los individuos no manifiestan los síntomas de los criterios A y B, durante más de dos meses seguidos.

Criterio D

Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden presentarse de forma continua durante dos años.

Criterio E

Nunca se ha presentado un episodio maniaco o hipomaniaco

Criterio F

La distimia no se puede explicar a través de un trastorno del espectro esquizoide y otros trastornos psicóticos.

Criterio G

Los síntomas no se pueden explicar a través de medicamentos o drogas ni enfermedades médicas, como por ejemplo tiroidismo.

Criterio H

La conjunción de todos los síntomas pertenecientes a los criterios anteriormente descritos genera en el paciente, malestar clínicamente significativo, deterioro en el ámbito social, laboral y otros contextos cotidianos del mismo.

Es notable que en el diagnóstico del estado depresivo mayor se agregan 4 síntomas que no se encuentran presentes en el diagnóstico de la distimia (trastorno depresivo persistente), por tanto un número reducido de personas manifiestan síntomas depresivos persistentes que han persistido durante dos años como mínimo, sin llegar a cumplir los criterios del estado depresivo mayor, si en algún momento el sujeto presenta los síntomas de la depresión mayor se realizara el diagnóstico y posterior tratamiento de éste último trastorno y no así de distimia, en éste trastorno también se redacta la gravedad de la sintomatología.

Es importante considerar el anexo de los siguientes puntos en el diagnóstico y codificación de la distimia:

- Especificar sí el trastorno se encuentra en remisión parcial o total
- Especificar sí el inicio es temprano (Antes de los 21 años) o tardío (Después de los 21 años)
- Especificar sí durante la mayor parte de los dos años anteriores a la distimia se presentan las siguientes 4 características:
 1. Síndrome distímico puro: No se cumplen los criterios en dos años para un diagnóstico por depresión mayor

2. Distimia con episodios de depresión mayor persistente: Se han cumplido todos los criterios de un estado depresivo mayor en dos años consecutivos
3. Distimia con episodios intermitentes de depresión mayor con episodio actual: Actualmente el sujeto cumple con todos los criterios de un estado depresivo mayor, pero han existido episodios de al menos 8 semanas en por lo menos dos años anteriores con síntomas por debajo del umbral de un estado mayor, no cumple con los indicadores de una depresión mayor completa.
4. Distimia con episodios intermitentes de depresión mayor sin episodio actual: En la actualidad no se cumplen todos los criterios para un episodio mayor, pero se han presentado 2 o más episodios en los dos años anteriores.

Según Riveros, Hernández, & Rivera (2007), la depresión puede dividirse en dos grandes grupos, depresión primaria y secundaria.

Depresiones secundarias: Son las relacionadas con otras enfermedades médicas o psiquiátricas, por tanto, es indispensable identificar el trastorno original que las provocó:

- Secundarias en relación con otras alteraciones psiquiátricas, la esquizofrenia, tras la remisión del episodio agudo o en algunas manifestaciones de la esquizofrenia que se caracterizan por una actitud clínica negativa, también los estados de ansiedad aguda o generalizada se vuelve crónica con el tiempo y no se resuelve y por último los alcohólicos y otros adictos, al retirárseles el tóxico que les causa dependencia secundaria en relación con otras alteraciones médicas.

Depresiones primarias: Son las que no están ligadas a otro tipo de enfermedad médica o psiquiátrica y aparecen de manera autónoma o una vez que se producen los desencadenamientos antes descritos. Las subdivisiones son de acuerdo con su sintomatología y su gravedad.

1. Depresiones primarias unipolares. Se presentan en fases. Cuando no se remedian, a los intervalos de normalidad siguen fases depresivas. Tanto la duración de la fase como el tiempo que transcurre entre una y otra varía de un individuo a otro. En algunas el episodio dura solo unas semanas; en otras se vuelve crónico con el paso de los años.
2. Depresiones primarias bipolares. Las fases depresivas alternan con intervalos de normalidad, pero también con episodios maníacos, la manía es otra cara de la moneda de la depresión, los pacientes se muestran eufóricos, expresivos, son imperativos, se entregan a la verborrea, padecen insomnio, hacen gastos excesivos, se comprometen a hacer tareas

irrealizables y se muestran irascibles cuando se les lleva la contraria. En casos graves pueden llegar a la agitación, a las ideas delirantes o a las alucinaciones.

La depresión como se ha visto a lo largo de la presente investigación ha sido vinculada con el suicidio, dicha relación se expone a profundidad en el siguiente subcapítulo.

3.3 Depresión y suicidio

La depresión y el suicidio son dos constructos teóricos que han sido abordados a lo largo de la historia de la humanidad, ambos son multifactoriales, si bien es cierto que resulta complicado conocer cuál es la causa de todos los estados depresivos o la base de cada uno de ellos, es posible comprender de una mejor forma el proceso suicida y cuál es la vinculación de la depresión dentro de dicho fenómeno, González, Ramos, Caballero, y Wagner (2003), mencionan la importancia que tiene vincular al proceso suicida, el malestar emocional y la depresión, considerando el suicidio como un concepto que rebasa la polaridad salud-enfermedad, asumiendo su carácter multidimensional, por su parte Rosselló & Berríos (2004) al revisar el DSM V y trabajar sobre este constructo, defienden la depresión como un trastorno caracterizado mayormente por sentimientos de tristeza, irritabilidad, cambios en el apetito y en los patrones de sueño, baja autoestima y pensamientos o actos suicidas, sin embargo, aunque el suicidio es incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM V) como síntoma de depresión, éste no es un sinónimo de la misma, no todos los pacientes con depresión se suicidan, como tampoco todos los suicidas padecen depresión. La organización mundial de la salud define el intento suicida como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención, este debe verse a la luz de los conocimientos actuales como la falla de los mecanismos adaptativos del individuo a su medio ambiente, provocado por una situación conflictiva actual o permanente que genera un estado de tensión emocional, o como consecuencia a diversas causas, concepto que aporta una valoración integral y dialéctica de los factores que intervienen en el hecho.

Las investigaciones en poblaciones generales (Bella, Fernández & Willington, 2010), muestran que una proporción importante de las personas reconocen que han presentado ideación suicida en algún momento de su vida y un tercio de ellas pasarán a planificar un intento de suicidio; sólo logran efectivizarlo el 10% (suicidio consumado), dicho porcentaje nos refiere la importancia de trabajar con los indicadores que nos refieren temáticas sobre muerte y desesperanza, ya que no otorgar el valor que merece resulta un error que podría finalizar en un acto consumado por negligencia, se sabe que la mayor parte de las personas que consuman un suicidio han dado aviso previamente a sus familiares y conocidos; pero, en la mayor parte de las ocasiones, han sido desestimados en su gravedad, las investigaciones concuerdan en que, en las últimas décadas, se

observa un importante incremento de las conductas suicidas, como también la disminución en la edad en la que se presenta dicho fenómeno, se reconoce que dentro de las conductas suicidas, la ideación suicida es la más frecuente en adolescentes y jóvenes de ambos géneros, y que no necesariamente se asocia con la presencia de rasgos o trastornos psicopatológicos; a diferencia de los intentos de suicidio, que son menos frecuentes, pero que se asocian con mayor prevalencia a trastornos psicopatológicos, como trastornos de conducta disocial y depresión, entre otros.

La depresión encuentra su mayor complicación en el aumento del riesgo de suicidio, especialmente cuando la depresión se asocia con niveles altos de desesperanza y con aislamiento social (Cástulo, 2005), desde el punto de vista neurobiológico, el suicidio está relacionado con un déficit en la biodisponibilidad de la serotonina, que ocasionaría aumento de la impulsividad y conductas agresivas más frecuentes, se ha observado también una disminución de los receptores presinápticos a nivel de la corteza frontal con un aumento de la densidad de los receptores postsinápticos y disminución del metabolito de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo, finalmente se han encontrado alteraciones en el metabolismo de la dopamina, que nos ayudan a entender la mayor frecuencia de intentos de suicidio, dichos intentos son comórbiles con la psicopatología depresiva, tomando en cuenta que la depresión es uno de los factores de riesgo más reconocidos del suicidio, también es asociado a dicho fenómeno, el factor de la desesperanza de vida, entendida de una forma general como una percepción y sentimientos negativos con respecto a la triada cognitiva, los resultados de una investigación realizada por Mojica, Sáenz, & Rey-Anaconda (2009), expresan que la ideación suicida se incrementaba conforme aumenta la puntuación en la Escala de Desesperanza de vida y el diagnóstico de un estado depresivo.

Es importante hacer hincapié en la importancia de reconocer al suicidio y la depresión como procesos que en la mayoría de las ocasiones se presentan de forma comórbida, sin embargo no son sinónimos y es necesario realizar un diagnóstico integral para reconocer con claridad de qué forma se abordara la problemática con el paciente en el momento exacto que reporte los respectivos síntomas, pese a que la juventud es uno de los principales activos de México, en la actualidad quienes tienen entre 18 y 30 años de edad sufren situaciones que ponen en riesgo su desarrollo personal y su propia subsistencia como parte integrante de una sociedad. Una de éstas, es el riesgo de padecer problemas de depresión que los lleva en la mayoría de los casos a intentar acabar con su vida, Rodríguez, José, Román & Galaviz (2012), refieren que la depresión asociada con la ideación y el intento suicida ha sido abordada desde diferentes perspectivas y con diversos instrumentos, particularmente con el propósito de aportar elementos básicos para acciones

preventivas, evitando en la medida de lo posible que los jóvenes recurran al acto suicida como estrategia de afrontamiento ante los problemas cotidianos, propios de la vida, es fundamental recordar el contexto de los jóvenes en México, ya que el contexto social se encuentra caracterizado por problemas elementales en el sector económico, tener un título profesional en la actualidad no es sinónimo de éxito profesional, basta observar cuantos profesionistas trabajan fuera de sus campos laborales, la inseguridad es evidente, la falta de oportunidades también lo es, se enfrentan a diario en contra de un futuro que parece ser incierto donde nada es seguro y la presión social presiona con mayor fuerza, la preocupación por una “buena vida” aniquila el presente y la funcionalidad de los individuos, ser joven en México significa desencuentros entre la modernidad de una pretendida economía sustentada en el desarrollo comercial e industrial y el arraigo en las actividades primarias, el desarrollo alcanzado ha sido insuficiente para generar nuevos empleos, ofertas académicas más atractivas, la cobertura escolar sigue siendo insuficiente, particularmente en la educación media superior cuya eficiencia terminal es inferior a la media nacional, con un 55.2% y 57%, respectivamente, las expectativas de empleo siguen siendo reducidas con tasas de desempleo altas, 6.26 y 5.27 (Rodríguez, José, Román & Galaviz, 2012), el riesgo de manifestar conductas de abuso de alcohol de aumenta de forma alarmante, por tanto el estudio de dicha problemática en ésta situación específica resulta fundamental y prioritario, ya que los jóvenes se encuentran más proclives a padecer un estado depresivo mayor, comorbil con tentativa suicida, por su parte Cabrera, Zuñiga y Coria, (2011) señalan que los trastornos depresivos en estudiantes universitarios presentan una mayor tasa en comparación con la población general y por tanto se atribuyen como causas principales el estrés y la depresión, ya que ambas pueden generarse a partir de cualquier cambio drástico en la vida del individuo, argumentan que el ingreso a la universidad suele ser el primer cambio importante en la vida de un joven adulto, que se traza como objetivo aspirar a una vida profesional fructífera en el ámbito personal y económico, donde diariamente se mantiene la posibilidad de superarse en todo ámbito de la vida, en estudiantes universitarios la depresión se asocia a experiencias o sentimientos de fracaso académico y mecanismos de supresión de adversidades o inclusive de frustración ante la percepción de una mala decisión que afectara el futuro en su totalidad, el ámbito universitario entonces, constituye un lugar en que son puestas en juego las competencias y habilidades para alcanzar los objetivos autoimpuestos, determinado por la duración de la carrera elegida, resulta imposible dejar de lado los factores psicosociales en los que intervienen específicamente la relación intrafamiliar, la falta de apoyo social, las medidas disciplinarias, las pérdidas tempranas

y las situaciones humillantes, como la discordia y la ruptura de relación inter personales con personas significativas, que pueden actuar como potencializadores de ideación y conducta suicida, se han identificado como factores de riesgo, la relación entre el suicidio y la depresión, siendo la conducta e ideación suicida uno de los síntomas más serios de la Depresión Mayor, sin ser sinónimo de la misma.

Cassano y Fava (2002), resaltan dentro de la revisión que hacen a cerca de la relación existente entre trastorno depresivo y daños a la salud, que los hallazgos con respecto a las consecuencias del trastorno depresivo, son principalmente: el incremento de la mortalidad, el aumento de la tasa de suicidio y de homicidios, el incremento de los comportamientos agresivos y del consumo de drogas, la disminución de la actividad productiva y el aumento de los costos al utilizar los servicios de salud, la depresión por tanto no respeta clases sociales ni condición académica, se encuentra latente entre todos los miembros de la sociedad sin importar su estrato psicosocial.

De Jalón & Peralta (2002) concluyen que los trastornos afectivos y sobre todo el trastorno depresivo mayor es el trastorno psiquiátrico que más se relaciona con el suicidio, en el meta-análisis de Harris y Barraclough, se obtuvo como resultado, que la depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar 15 veces y la distimia en 12 ocasiones.

La ideación suicida y la depresión según Pérez Barrero (1999) contemplan un amplio campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación:

- El deseo de morir: Cuando los sujetos refieren un poco valía personal, mencionan que la vida no es digna de ser vivida y que la muerte es la salida más viable para terminar con los problemas.
- La representación suicida: Los sujetos verbalizan escenas en las cuales se quitan la vida.
- La idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción: Los sujetos tienen la creencia de la muerte como única salida, sin embargo, no han desarrollado un plan estructurado para llevarlo a cabo.
- La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún: se presenta la creencia de muerte bajo cualquier precio, es decir, se verbaliza: “Me mataré como sea”.
- La idea suicida con una adecuada planificación: Se le conoce también como planteamiento suicida y regularmente la conducta suicida se lleva a cabo, los individuos estructuran y planean el escenario adecuado para quitarse la vida, tomando en cuenta aspectos específicos y generales, intentando controlar todo el contexto para que se disminuya cualquier tipo de error al cometer el acto.

En conclusión, la depresión es el mayor indicador de riesgo suicida, por tanto, el suicidio planteado como un fenómeno complejo es el tópico que prosigue a analizar dentro de la presente investigación, para poder comprenderlo finalmente como un proceso compuesto por múltiples factores, todos ellos redactados en el siguiente capítulo de la presente investigación.

4. CAPÍTULO CUARTO: Suicidio

4.1 Definición, panorama general del suicidio como fenómeno complejo, la importancia del mundo social.

A lo largo de los tres capítulos anteriores se ha expuesto que el suicidio es una posibilidad presente en sujetos que manifiestan abuso de alcohol, desesperanza de vida y estados depresivos, dentro de éste capítulo se aborda el suicidio desde la perspectiva individual hasta el apartado social, mostrando la temática suicida como un fenómeno complejo y no solo como la conducta de quitarse la vida, el proceso es fundamental para comprender entonces, porque los seres humanos vislumbran la opción de suicidarse como una solución efectiva y funcional para cada uno de ellos.

El suicidio es mucho más que la conducta de quitarse la vida, el concepto de suicidio viene de dos raíces latinas: "sui" y "caedo", matar a sí mismo (Robles, Acinas, & Pérez Íñigo, 2015), se considera que la mayoría de las personas que habitan un grupo social en alguna ocasión, han llegado a percibir que las posibilidades para resolver una problemática se encuentran agotadas, que la existencia personal por ende, es un reflejo de soledad y vacuidad, es decir, de sentirse vacíos, sin motivación, ni metas que permitan superarse día a día en todos los contextos de su vida, algunos piensan en el suicidio como solución, otros más a través de sus recursos personales salen adelante.

En primera instancia, con el objetivo de comprender mejor el fenómeno suicida, es importante comprender el contexto que rodea el "proceso suicida", por tanto el suicidio ha sido mitificado por la sociedad a través de su historia (en el pasado principalmente), los mitos son definidos como criterios culturalmente aceptados y entronizados en la población que no reflejan la veracidad científica, pues se trata de juicios de valor erróneos con respecto a un tema en específico, por tanto el suicidio y los suicidas no son la excepción, el fenómeno suicida ha sido mitificado por la sociedad (Pérez, Rivera, Atienzo, Castro, Leyva y Chávez, 2010), según éstos autores los mitos más comunes son los siguientes:

- El individuo que quiere matarse, no lo expresa: Se desatienden indicadores importantes de ideación suicida.
- Aquel que dice que va a matarse nunca lo hace: La mayoría de los suicidas lo verbalizan o efectúan conductas de riesgo antes de llevar a cabo la conducta.

- Si de verdad quiere matarse ya lo hubiera hecho: Todo suicida se encuentra en un estado ambivalente, es decir con deseos de morir o seguir viviendo.
- Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida: Entre el 1% y el 2% de los que intentan suicidarse lo logran durante el primer año después del intento y entre el 10% y el 20% lo consumarán en el resto de sus vidas.
- Todo aquel que piensa en el suicidio está deprimido: Aunque todos los individuos con diagnóstico de depresión tienen más posibilidades de llevar a cabo un suicidio, tampoco la depresión es sinónimo de suicidio.

Los mitos sobre el suicidio y el suicida constituyen obstáculos para el diagnóstico, tratamiento y prevención de dicha ideación y conducta que conduce a la muerte, los mitos se extienden y se van fortaleciendo con el paso del tiempo, la generación anterior refuerza la creencia a la generación actual y el proceso se repite de forma cíclica, si bien es cierto que el objetivo de éste trabajo no es eliminar los mitos sociales, es importante tomarlos en cuenta para tener una delimitación más clara acerca del tema, en ese sentido uno de los autores más representativos del área social es Durkheim (1992), en su libro titulado “El suicidio” postula que el mundo social, se encuentra en un nivel superior por encima del aspecto individual, sin llegar a negar el plano psicológico individual, dotándole de cierta autonomía, de forma relativa, ya que existe un trasfondo social ineludible totalmente inmodificable a través de la voluntad individual, sin embargo los individuos inciden en el mundo social, aunque de forma mínima, en lo social se encuentran regularidades, es decir leyes que cambian con el paso del tiempo a través de los hombres, detrás de esta normatividad se encuentra una creencia colectiva, que la sociedad impone de una forma sutil a veces casi imperceptible a los individuos que a través del tiempo van internalizando, normalizando y legitimando, a Durkheim no le interesan los motivos de porque las personas se suicidan, sino la estructura superior a la individualidad, es decir la sociedad. Palacio (2010) considera pertinente la revisión del discurso que dicta la psicología cognitiva, donde el suicidio es visto como un indicador más de las enfermedades mentales; y a la depresión, como la explicación más difundida y como la justificación más pertinente para explicar dicho fenómeno, sin embargo como se ha descrito en capítulos anteriores, depresión y suicidio no son sinónimos, resultaría apresurado atribuir su causalidad a la proporción o la relación del suicidio y la depresión, ya que está relación no es siempre directa, y por tanto podrá ser relativizada, éstos autores también mencionan la importancia de la teoría de Durkheim en éste aspecto, ya que el conceptualiza “Las

sociedad suicidógena”, las sociedades donde el suicidio parece ser una tendencia legítima, causada principalmente por la anomía, la cual es definida por Durkheim (1992) como la ausencia de normas o la existencia de normas contradictorias que determinan una comunidad en la que no se ha regulado debidamente con leyes una situación concreta, en este caso, Durkheim considera que el nombrado por él: suicidio anómico, es un ejemplo de ello, ya que es una forma del suicidio que se produce por graves alteraciones del orden social, la anomía se define (del griego ἀνομία, ausencia de νόμος ley) como la falta de leyes que rijen el comportamiento social de los individuos, Aceituno, Asún, Ruiz, Venegas, Corbalán, & Reinoso (2009) describen negativamente los procesos de integración de los individuos al mundo social del que forman parte, se trata de nociones que dan cuenta tanto de condiciones propias de la vida social como de la percepción subjetiva acerca de ellas, mediante éste concepto se trata de describir, más que las condiciones "estructurales" de la vida social, el modo como los individuos experimentan dichas condiciones y las hacen parte de la percepción de sí mismos en relación a su entorno social, una vez más se habla de la interpretación de los sucesos.

Durkheim (1992) infirió tres categorías de suicidios:

1. Suicidio egoísta: es aquel que resulta de la alienación del individuo respecto de su medio social, este tipo de suicidio se reduce notablemente en tiempo de crisis, sea política, económica o de estado de guerra.
2. Suicidio altruista: es el que se encuentra en sociedades rígidamente estructuradas que ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal y hacen del sacrificio por el grupo, una exigencia moral.
3. Suicidio anómico: es el que se da cuando existe una falla o dislocación de los valores sociales, que lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida. Eso puede resultar de perturbaciones temporales como la guerra o las crisis económicas; de factores personales como la rápida movilidad social, como lo relacionado con la industrialización de los países subdesarrollados, que socavan la autoridad tradicional y los valores establecidos, el aspecto social es importante y por tanto no omitirlo dentro de esta investigación de corte clínico, resulta elemental.

El suicidio desde el apartado individual será fundamental, una vez comprendido el aspecto social, se comenzara a ver los puntos más importantes del suicidio a un nivel individual, Canales (2013) menciona que lo más llamativo del suicidio es que la idea de morir produce una tranquilidad que no se produce bajo ninguna otra posibilidad, las personas que piensan en matarse anhelan la

fantasía de liberación, es decir el poder dejar atrás “el infierno” en el que el sujeto vive, el organismo por tanto, entra en un estado de bloqueo, en una aceptación temprana y disfuncional para la propia vida, se podría pensar que cuando un sujeto se percibe dichoso, feliz y satisfecho, la idea de morir evoca angustia, pues dicha creencia aleja al individuo del estado de felicidad en el cual se encuentra inmerso, en contraste, cuando un individuo se siente triste, con miedo exacerbado, con vacío existencial, el hecho de pensar en la innegable finitud, ayuda a comprender de forma disfuncional que la muerte terminara con dicho dolor, por su parte Quintanar (2007) refiere que al momento de estar frente a un paciente con ideación suicida, el contexto social es solamente un parámetro importante para comprender mejor al sujeto, más no estructurar objetivos de acuerdo a los apartados sociales preestablecidos, el suicidio entonces se presenta como una consecuencia de diversos factores sociales, demográficos, económicos, psicológicos, históricos e inclusive filosóficos que tienen impacto en la sociedad y se manifiesta de forma diversas en cada uno de los individuos, las disciplinas que lo estudian reportan diferentes definiciones, la parte médica lo ve como parte de una enfermedad, la religión como una muerte cobarde y la renuncia al paraíso prometido, los filósofos hablan sobre argumentos existenciales y objetivos propios de la vida humana, cada una de las disciplinas lo define a través de diferentes argumentos, todas las disciplinas buscan comprender los motivos que llevan a un ser humano a quitarse la vida a través de sus propios medios.

La palabra suicidio tiene una connotación negativa ya que habla de querer morir y se conceptualiza como un fracaso desadaptativo, el acto suicida se lleva a cabo en medio de una crisis, en la cual los trastornos emocionales condujeron al individuo a un grado tal de restricción cognoscitiva que no encuentra soluciones para hacer frente a sus problemas, al respecto Canales (2013) apoya a Quintanar y menciona también la importancia de comprender la restricción cognoscitiva, ya que al adelantar lo inevitable, se toma una decisión que no tiene vuelta atrás, bajo los efectos de esta inestabilidad emocional el sujeto sólo logra escribir la parte más oscura de su propia existencia, el sujeto no identifica situaciones o hechos positivos, todo en su vida manifiesta una connotación negativa, el suicidio entonces, se percibe y se vive por parte de quien lo lleva acabo, como una solución concreta a un problema concreto: “Para grandes problemas, grandes soluciones”, el reconocer un problema implica, en principio, gran parte de la solución.

Morfín & Ibarra (2015) redactan los factores que encontraron más determinantes en los sujetos que vislumbran el suicidio como la solución más viable para responder a sus problemáticas, la mayoría de los pacientes suicidas presentan como antecedente algún tipo de enfermedad

psiquiátrica, las mujeres por su parte suelen presentar porcentajes significativos más elevados de ideación suicida e intentos de suicidio, por su parte los hombres consiguen la muerte por este medio en proporción 5 a 1 con relación a las mujeres.

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud (como se citan en Morfín & Ibarra, 2015) propuso dos términos para clasificar el fenómeno suicida:

1. Comportamiento Suicida Mortal: Son designados todos los actos suicidas consumados, es decir, todos aquellos sujetos que se quitan la vida como hecho conductual.
2. Comportamiento Suicida no Mortal: Son designados todos los hechos suicidas, es decir, las acciones suicidas que no resultan directamente en la vida del sujeto, existe una planificación, una ideación y en la mayoría de las veces un acto suicida que no es consumado por el sujeto.

El suicidio resulta entonces fungir como una elección intrínseca a la existencia humana, es importante hablar de éste tema con claridad y tranquilidad, intentando en la medida de lo posible evitar caer en creencias erróneas acerca del mismo, haciendo siempre la diferencia entre hechos y juicios de valor, el estado mexicano, no se ha definido con claridad al respecto en las normas actuales, el suicidio es tratado como una consecuencia del estado depresivo mayor y por ende, en muchas ocasiones se confunden ambos fenómenos percibiendo un sinónimo de los mismos, cuando claramente no son iguales, son comorbiles, el suicidio ha sido en un principio pecado, luego un crimen, y finalmente una enfermedad mental, también podemos interpretar el suicidio como un acto de heroísmo (Sectas, grupos terroristas, etc), lo cual expone contundentemente el suicidio como un fenómeno complejo y compuesto de todo tipo de variables individuales y sociales específicas al sujeto en cuestión, un punto fundamental resulta la vida como un proceso filosófico, para comprender de una mejor manera el suicidio es importante revisar lo que la filosofía aporta al respecto, en el siguiente capítulo se aborda la filosofía estoica, corriente de pensamiento que defiende hasta las últimas consecuencias la racionalidad humana, es decir el uso de la razón inclusive en la propia muerte.

4.2 Ideación suicida.

Como se ha revisado hasta este punto, el suicidio es visto como un fenómeno multifactorial y dinámico, dentro del cual intervienen dimensiones anteriormente descritas (Factores sociales e individuales), La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), define al suicidio como una muerte por lesión autoinflingida y deliberada, iniciada por la persona, intencional, como medio para obtener un resultado deseado, consciente y social, resultado de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales (Toro, 2013), si bien es cierto que las conductas suicidas son importantes causas de mortalidad a nivel mundial, se convierte entonces, en prioridad conocer la ideación que antecede al propio acto, para poder identificar a las personas que se encuentran en riesgo y trabajar al respecto, Chávez-Hernández & Leenaars (2010) exponen que el suicidio se manifiesta como un fenómeno innegable y significativo para todas las sociedades del mundo, siendo entonces un síntoma claro de la pugna entre las pasiones del hombre, desde su individualidad hasta las fuerzas culturales de su entorno. No obstante, aunque el suicidio es un mismo evento en todos los casos (una persona se quita voluntariamente la propia vida por medio de diversos medios), las causas son siempre específicas de un sujeto en cuestión, en consecuencia, Casullo (2005) expone las dimensiones más significativas en las cuales se ha llevado a cabo el suicidio:

- 1.- Ideaciones suicidas: se estudian distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido del oficio de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción.
- 2.- Parasuicidios: comprenden conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia.
- 3.- Suicidios: 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.

Este mismo autor (Casullo, 2005) refiere los factores de riesgo más comunes en la ideación y el acto suicida:

- Trastornos psiquiátricos (psicopatológicos)
- Pobres habilidades para resolver problemas (cognitivos)
- Violaciones sexuales muy agresivas (experiencias vitales traumáticas)
- Trastornos en la identidad sexual (desarrollo personal)
- Acceso a armas de fuego (ambientales)

- Adicción a drogas (uso de sustancias)
- Conflictos entre los padres (familiares)
- Desempleo, problemas laborales (psicosociales)
- Familias disfuncionales muy violentas (familiares).

La ideación suicida comprende entonces, las disonancias cognitivas que son presentadas en los sujetos, influenciados por el medio y por factores individuales, Casullo (2005) expone lo reportado por Orbach, que hace referencia a los comportamientos que se encuentran vinculados a la ideación suicida:

1. Depresivo perfeccionista: Personas rígidas que se exigen altos rendimientos y se manejan con altas expectativas de logro, por tanto, buscan en demasía la aprobación social, son altamente vulnerables a situaciones de fracaso y de crítica, idealizan a personas y son altamente propensas a internalizar sentimientos agresivos y hostiles, suelen presentar un grupo muy selecto de amistades y por tanto se muestran como personas sumamente solitarias.
2. Impulsivo: Son personas caracterizadas por presentar baja tolerancia a la frustración, incapaces de sentir afectos negativos, muy irritables, con marcadas tendencias a la actuación de sus conflictos, suelen desaprobar el rechazo bajo cualquier situación.
3. Desintegrado: Son personas que manifiestan estados severos de ansiedad con episodios de miedo a perder la identidad, el autocontrol e irritarse en forma desmedida, son poco asertivas y en general se manejan de forma sumisa ante los otros y en algunas ocasiones padecen ataques de pánico o trastornos psiquiátricos.

La ideación suicida se encuentra caracterizada por planes y deseos constantes de quitarse la vida (Toro, 2013), dentro de éste proceso se ven manifestados pensamientos de muerte persistentes, el intento suicida es un acto autolesivo con cualquier grado de intención letal, y la amenaza suicida, por tanto, es cuando la persona a pesar de tener los medios no logra su objetivo, se parte entonces de tres supuestos básicos: es un acto voluntario, el individuo desea morir y percibe su situación como intolerable e irremediable, para Ellis (2008) existen diferencias en las estructuras cognitivas, pautas conductuales y actividades diarias de los sujetos que presentan ideación suicida en contraste con individuos que no lo manifiestan, por consiguiente expone las siguientes hipótesis concluidas con base en la investigación científica producida por dicho autor:

- Los individuos suicidas tienen dificultad al utilizar y depender de recursos internos imaginativos en mayor grado que los individuos no suicidas.

- Los individuos suicidas presentan rigidez cognitiva, suelen limitar su pensamiento en mayor medida que sujetos no suicidas.
- Manifiestan un déficit para proyectarse a sí mismos en el futuro.
- Triada cognitiva orientada a la depresión.
- Los individuos suicidas se encuentran orientados en el presente, contrario a los sujetos que no presentan ideación suicida.

El modelo cognitivo básico de la ideación suicida, inicia con una explicación acerca de su etiología y mantenimiento, que tiene lugar como consecuencia de la activación de esquemas disfuncionales, las personas desarrollan una triada cognitiva orientada hacia la depresión, en consecuencia se genera una visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro, sobredimensionada, los patrones cognitivos pueden encontrarse relacionados con la desesperanza de vida y el trastorno depresivo.

Por su parte Shneidman (como se cita en Elis, 2008), postulo el modelo cúbico del suicidio en el mismo expone y conceptualiza el suicidio como una confluencia de tres apartados psicológicos, distribuidos en tres ejes:

1. El primer eje es el dolor psicológico intolerable, que puede clasificarse en una escala tipo likert, donde 1 es bajo y 5 se define alto.
2. El segundo eje es el de presiones psicológicas incesantes o estresantes, que se califican con la misma escala likert.
3. El tercer y último eje es la perturbación personal, calificado con la misma escala likert de 5 puntos, donde bajo es puntuado con 1 y alto con puntaje de 5.

Dentro de éste modelo cúbico, Shneidman postula que cada persona que consuma el suicidio se encuentra en los niveles máximos de dolor, presión y perturbación, es decir en la esquina 5-5-5 del modelo cúbico, en palabras de Canales (2013) para dejar de sufrir no es necesario morirse, el aprendizaje resulta el concepto fundamental de las terapias cognitivas, el sujeto aprende desde la infancia y hasta la actualidad, por tanto, los errores cometidos, son parte del proceso y se encuentran latentes en toda existencia humana, la concepción de perfección se considera irracional ya que los seres humanos somos sujetos imperfectos que tienden a perfeccionarse a cada instante o en su defecto dejarse vencer por las circunstancias, la disfuncionalidad se encuentra en el desagrado a éste tipo de situaciones y el dolor que producen los cambios, equivocarse en la vida es parte de la propia naturaleza humana, ya que no se cuenta con la

capacidad de adivinar el futuro, se aprende a través del ensayo y el error, los pacientes que presentan ideación suicida al manifestar rigidez cognitiva son incapaces de vislumbrar diferentes soluciones ante un mismo problema, la muerte es interpretada como la solución más viable para poner fin a sus problemas.

La conceptualización cognitiva según Thomas Ellis (2008), se lleva a cabo en los sujetos a través de un proceso compuesto por 8 pasos, los cuales son descritos a continuación:

1. Factores distales: La presencia de episodios de abuso psicológico, de maltrato físico, abuso de sustancias, factores familiares y la falta de asertividad implícitas en el paciente, los recursos deficientes con los que cuenta para hacerle frente a las dificultades que plantea la propia vida.
2. Factores proximales: Situaciones específicas en la vida del paciente que desbordan los recursos personales del mismo, es decir, eventos activadores que producen creencias como las siguientes:
 - Estoy sola y soy una persona desdichada por ello.
 - La vida es injusta para mí, los problemas sobrepasan mis respuestas ante ellos.
 - La mejor solución es poner fin a los problemas de raíz, es decir estar muerto.
 - No hay nada que pueda hacer.
 - La vida no merece ser vivida.
 - El dolor diario es el peor de los males.
 - Estoy cansado de fracasar, es mejor estar muerto, entre otras.
3. Incremento en cogniciones depresivas: las creencias permean esquemas de indefensión, la triada depresiva comienza a generar efectos en los sujetos que se ven reforzados por las creencias descritas en el punto número dos.
4. Incremento en la desesperanza de vida y cogniciones de impotencia: una vez que los pacientes comienzan a generar creencias intermedias y una triada cognitiva orientada a la depresión suelen percibirse como sujetos impotentes ante el evento activador, es decir, que no pueden hacer absolutamente nada por hacerle frente a sus problemas de forma asertiva, se genera en los pacientes un contexto desolador, donde todo es negativo y la desesperanza de vida se instaura en el mismo.

5. Cambio pronunciado de humor negativo: las emociones se polarizan hacia la negatividad, permitiéndose un contexto propicio para generar un estado depresivo mayor o persistente con ideación suicida.
6. Tendencia reducida para afrontar y resolver problemas: el paciente no tiene recursos para enfrentar las adversidades del medio, se encuentra atrapado, no ve ninguna salida viable y comienza a dejarse vencer por las circunstancias, en este punto la mayoría de los individuos llevan a cabo conductas de riesgo para la salud, como relaciones sexuales sin protección, incurrir en actos delictivos y consumir todo tipo de drogas.
7. Los beneficios percibidos de conductas y cogniciones auto dañinas incrementan: Las ideas de muertes se afianzan en la cognición del sujeto, morir es mejor solución que seguir vivos, las ventajas percibidas de dicho acto para el sujeto en cuestión son mayoritarias en comparación con afrontar los problemas y por ende buscar una solución a los mismos, en éste punto el equilibrio emocional del sujeto se encuentra roto, no vislumbra nada que no sea morir, comienza con la planeación del acto y son pacientes con un riesgo inminente de cometer un suicidio consumado
8. Intento de suicidio: llevar a cabo la conducta y poner fin con su vida.

Las variables personales y sociales que se ven involucradas en el punto 7 son, un tópico fundamental a considerar ya que es donde los pacientes fijan las ideas de muerte, a éste proceso se le conoce como ideación suicida o pensamiento suicida, por tanto, si bien es cierto que la ideación suicida en la mayoría de las veces genera una rigidez cognitiva, dentro y a través del proceso psicoterapéutico, es posible flexibilizar la rigidez y comprender la sensación de vacío para entonces, desde ahí generar cambios cognitivos que permitan al sujeto percibir con objetividad la raíz de sus problemas y entonces generar un plan de intervención adaptado para cada una de las necesidades de los pacientes que desean quitarse la vida.

En conclusión, el fenómeno suicida se ve compuesto por diversos factores que han sido descritos a lo largo de los capítulos anteriores, la comorbilidad de dicho proceso es un factor a considerar ya que la interpretación del mismo es estrictamente particular, y en consecuencia, su correcto tratamiento depende de un diagnóstico contingente y eficaz, la muerte voluntaria es una decisión intrínseca a la existencia humana, es por dicho motivo que el investigador de esta línea es claro y contundente con sus resultado, rige su proceso a partir de hechos y no de juicios de valor, como

individuos podemos elegir entre vivir o morir, como sociedad podemos elegir entre dejar a la gente morir o comprender los procesos por los cuales transitan los seres humanos, como se ha podido revisar dentro de la presente investigación, la ideación suicida aumenta con el paso del tiempo, la desesperanza de vida, la depresión y el abuso de alcohol son factores que se encuentran presentes dentro del proceso suicida, sin embargo no son los únicos que intervienen en sí, ampliar la investigación en cada uno de sus apartados, es fundamental para poder llevar a cabo intervenciones más eficientes y objetivas para los seres humanos que cursan por un proceso suicida, con la finalidad de actualizar la información existente con respecto a esta temática.

MÉTODO

Preguntas de investigación

Pregunta General

¿Existe abuso de alcohol, ideación suicida, desesperanza de vida y depresión en jóvenes universitarios de la zona oriente del estado de México?

¿Existe una relación entre el abuso de alcohol, la ideación suicida, la desesperanza de vida y la depresión, en jóvenes universitarios de la zona oriente del Estado de México?

Preguntas específicas

1. ¿Qué sexo manifiesta mayor depresión?
2. ¿Qué sexo manifiesta mayor desesperanza de vida?
3. ¿Qué sexo manifiesta mayor ideación suicida?
4. ¿Qué sexo manifiesta mayor abuso de alcohol?
5. ¿Existe una relación entre la depresión, la ideación suicida, la desesperanza de vida y el abuso de alcohol en jóvenes que cursan estudios universitarios en instituciones privadas?
6. ¿Existe una relación entre la depresión, la ideación suicida, la desesperanza de vida y el abuso de alcohol en jóvenes que cursan sus estudios en universidades públicas?
7. ¿Existe una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a ideación suicida, desesperanza de vida, depresión y abuso de alcohol entre jóvenes que cursan sus estudios en universidades públicas y jóvenes que lo hacen en privadas?

Objetivos de investigación

Objetivo General

Conocer si existe abuso de alcohol, ideación suicida, desesperanza de vida y depresión en jóvenes universitarios de la zona oriente del estado de México.

Conocer si existe una relación entre el abuso de alcohol, la ideación suicida, la desesperanza de vida y la depresión en jóvenes universitarios de la zona oriente del Estado de México.

Objetivos específicos

1. Conocer que sexo (Sujetos que obtuvieron un resultado mayor a 17 puntos en el inventario de Depresión de Beck) presenta mayores indicadores de depresión.
2. Conocer que sexo (Sujetos que obtuvieron un resultado mayor a 9 puntos en la escala de Desesperanza de vida de Beck) presenta un mayor índice de desesperanza de vida.
3. Conocer que sexo (Sujetos que obtuvieron un resultado mayor a 10 puntos en la escala de Riesgo suicida de Beck) presenta un mayor índice de ideación suicida.
4. Conocer que sexo (sujetos que obtuvieron un resultado mayor a 8 puntos en la escala AUDIT) presenta un mayor índice de abuso de alcohol.
5. Conocer si existe relación entre la depresión, la ideación suicida, la desesperanza de vida y el abuso de alcohol en jóvenes que cursan sus estudios universitarios en instituciones privadas.
6. Conocer si existe relación entre la depresión, la ideación suicida, la desesperanza de vida y el abuso de alcohol en jóvenes que cursan sus estudios universitarios en instituciones públicas.
7. Conocer si existe una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a ideación suicida, desesperanza de vida, depresión y abuso de alcohol entre jóvenes que cursan sus estudios profesionales en universidades públicas y jóvenes que lo hacen en instituciones privadas.

Hipótesis de la investigación

Hipótesis de Investigación

1. Existe abuso de alcohol, ideación suicida, desesperanza de vida y depresión en los jóvenes universitarios de la zona oriente del estado de México.
2. Existe una relación positiva entre el abuso de alcohol, la ideación suicida, la desesperanza de vida y la depresión, en jóvenes universitarios de la zona oriente del Estado de México sin importar si las instituciones son de carácter público o privado.
3. Las mujeres presentan mayores indicadores de depresión, en comparación a su sexo opuesto.

4. Las mujeres presentan mayores indicadores de desesperanza de vida, en comparación a su sexo opuesto.
5. Las mujeres presentan mayores indicadores de ideación suicida, en comparación a su sexo opuesto.
6. Los hombres presentan mayores indicadores de abuso de alcohol en comparación con su sexo opuesto.
7. Existe una relación positiva entre la depresión, la ideación suicida, la desesperanza de vida y el abuso de alcohol en jóvenes que cursan sus estudios universitarios en instituciones privadas.
8. Existe una relación positiva entre la depresión, la ideación suicida, la desesperanza de vida y el abuso de alcohol en jóvenes que cursan sus estudios universitarios en instituciones públicas.
9. Existe una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la ideación suicida, desesperanza de vida, depresión y abuso de alcohol entre jóvenes que cursan sus estudios profesionales en universidades públicas y jóvenes que lo hacen en instituciones privadas.

Variables

Depresión.

Definición conceptual: La depresión es definida según el DSM V como un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva, Alberdi, Taboada, Castro & Vázquez (2006) agregan la presencia de irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, a su vez un fallo en el procesamiento de la información, es decir, en cómo el sujeto interpreta los acontecimientos que suceden a diario.

Definición operacional: Se clasificará como depresión severa a los sujetos que registren un puntaje igual o mayor a los 17 puntos a través del inventario de Depresión de Beck.

Ideación Suicida:

Definición conceptual: La ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno (Mondragón, Saltijeral, Bimbela & Borges, 1998), relacionado con la desesperanza de vida y la depresión, al igual que con el consumo de drogas y alcohol, es un conjunto de ideas disfuncionales que generan un entorno propicio para el suicidio finalizado, es la cognición primaria de la conducta suicida consumada.

Definición operacional Se clasificará como ideación suicida a los sujetos que registren un puntaje igual o mayor a los 10 puntos a través de la escala de riesgo suicida de Beck.

Desesperanza de vida:

Definición conceptual: Lukas (2001) afirma que la falta de sentido de la vida o desesperanza de la misma se conceptualiza como un estado anímico y motivacional con expectativas sobre el futuro caracterizados por la apatía, el cansancio, la falta de ilusión, la sensación de inutilidad de la vida, el fatalismo y la desorientación existencial, pudiendo finalizar en conductas suicidas.

Definición operacional Se clasificará como desesperanza de vida a los sujetos que registren un puntaje igual o mayor a los 9 puntos a través de la escala de desesperanza de vida de Beck.

Consumo excesivo de alcohol.

Definición conceptual: La Organización Mundial de la Salud en 1976 (como se cita en García, Lima, Aldana, Casanova & Feliciano, 2004), define el alcoholismo con el término "síndrome de dependencia del alcohol (SDA)" y refiere la existencia de un trastorno de conducta crónico, manifestado por un estado psíquico y físico, que conduce compulsivamente a ingestas excesivas de alcohol con respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad, de manera repetida, continua o periódica con objeto de experimentar efectos psíquicos, que acaban interfiriendo en la salud y en las funciones económicas y sociales del bebedor, a su vez es caracterizado por cambios orgánicos patológicos y aceptado universalmente como uno los principales problemas de la salud pública en todo el mundo.

Definición operacional: Se clasificará como alcohólicos a los sujetos que registren un puntaje igual o mayor a 8 puntos en el Test de Identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT).

Variables Sociodemográficas (VS)

Sexo, Edad, Universidad.

Definición operacional: Serán obtenidas a través del inicio de la batería de pruebas, en el encabezado específicamente.

Tipo y diseño de investigación:

El diseño de ésta investigación por la etapa en la que se capta la información es prospectivo, toda la información se recogerá de acuerdo con los criterios establecidos por el investigador posteriormente a la planeación de la misma, de acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado es transversal, se mide en una única ocasión las características de uno o más grupos de unidades en un momento dado, de acuerdo con la relación de las poblaciones es comparativo, ya que se pretende comparar algunas variables para contrastar una hipótesis general y varias particulares y por último de acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza es observacional ya que el investigador solo puede describir o medir el fenómeno estudiado y relacionarlo con las variables previamente preestablecidas por sí mismo.

Población y muestra.

Para fines de la presente investigación se elegirá una muestra no probabilística, intencional, por cuotas, conformada por 600 estudiantes universitarios divididos en dos grupos, en el primero de ellos 300 jóvenes (150 hombres y 150 mujeres) que en la actualidad cursen sus estudios profesionales en La Salle plantel Nezahualcóyotl y en el segundo grupo 300 jóvenes (150 hombres y 150 mujeres) que cursen sus estudios en la Universidad Autónoma del Estado de México.

Criterios de inclusión: 600 jóvenes entre 18 y 30 años (ambos sexos) que se encuentren actualmente estudiando en las universidades anteriormente descritas, distribuidos en 2 grupos de 300 sujetos cada uno, en ambos grupos los jóvenes deben responder la totalidad de los reactivos que conforman la prueba.

Criterios de exclusión: Personas que abandonen la investigación, se encuentren bajo los efectos de alguna droga, excedan los 30 años de edad o respondan aleatoriamente el instrumento.

Criterios de eliminación: Individuos que contesten de forma incoherente (todos los reactivos en una sola opción seleccionada) el instrumento.

Procedimiento:

La muestra fue obtenida dentro de 2 universidades, la primera de ellas fue la universidad privada La Salle Campus Nezahualcóyotl y en segunda instancia la universidad pública UAEM (Universidad Autónoma del Estado de México), en ambos casos se acudió al plantel en un primer momento con el objetivo de solicitar los permisos pertinentes para la aplicación de los instrumentos, dicho proceso tardó aproximadamente un mes, posteriormente se acudió a ambas instituciones alrededor de 6 semanas para la aplicación de los instrumentos en días hábiles y en ambos turnos, con el objetivo de conseguir la muestra de 600 estudiantes pertenecientes a las instituciones antes descritas, que cumplieran con los criterios de inclusión anteriormente mencionados.

Para lograr tener una mejor comunicación con los jóvenes, se les hacía mención de los objetivos que perseguía la presente investigación y se procedió a brindar el anuncio de confidencialidad acerca de la información brindada (en caso de aceptar ser participantes del estudio), la aplicación de dichos instrumentos se llevó a cabo en sus horas libres dentro de sus salones de clase, finalmente se procedió a la aplicación de cada uno de los instrumentos que conforman la batería de pruebas y una vez recolectada la información en su totalidad, se realizó el análisis de los datos obtenidos.

RESULTADOS:

La muestra se conformó por 600 estudiantes universitarios pertenecientes a la zona oriente del estado de México, los cuales fueron seleccionados en un rango de edad de entre 18 a 30 años cumplidos, posteriormente se dividieron los participantes en dos grupos (Véase tabla 1), 300 alumnos pertenecientes a la Universidad Autónoma del Estado de México y 300 alumnos matriculados en la Universidad La Salle Campus Nezahualcóyotl.

Tabla 1.
Estudiantes divididos en dos grupos (Universidad Pública y Privada)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
UAEM	300	50.0	50.0	50.0
La Salle Nezahualcóyotl	300	50.0	50.0	100.0
Total	600	100.0	100.0	

Los resultados de la tabla reflejan la totalidad de la muestra, la cual se encuentra dividida en dos planteles.

Ambos grupos se dividieron en partes proporcionales a un 50%, en el grupo 1, alumnos pertenecientes a la UAEM, 150 Hombres y 150 mujeres y en el grupo 2 alumnos pertenecientes a Universidad la Salle distribuidos en la misma proporción (Véase tabla 2).

Tabla 2
Sexo de la totalidad de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Hombre</i>	<i>300</i>	<i>50.0</i>	<i>50.0</i>	<i>50.0</i>
<i>Mujer</i>	<i>300</i>	<i>50.0</i>	<i>50.0</i>	<i>100.0</i>
<i>Total</i>	<i>600</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	

La tabla refleja la división por sexo de la totalidad de la muestra.

Las carreras encuestadas dentro de la presente investigación suman seis en su totalidad (Véase tabla 3), es decir, tres carreras por cada uno de los grupos, por parte de la UAEM las carreras encuestadas fueron las licenciaturas en Comercio Internacional, Educación para la Salud y Sistemas Inteligentes, por su parte las carreras participantes de la Universidad La Salle plantel Nezahualcóyotl fueron; las licenciaturas en Psicología, Enfermería y Ciencias del deporte.

Tabla 3
Licenciaturas participantes.

Carreras	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Comercio internacional	107	17.8	17.8	17.8
Educación para la salud	114	19.0	19.0	36.8
Sistemas inteligentes	79	13.2	13.2	50.0
Ciencias del deporte	89	14.8	14.8	64.8
Psicología	129	21.5	21.5	86.3
Enfermería	82	13.7	13.7	100.0
Total	600	100.0	100.0	

La tabla refleja las carreras que fueron encuestadas en ambos planteles (UAEM Y ULSA Neza)

El nivel socioeconómico de los 600 participantes se presenta en 5 niveles, en el primero de ellos el nivel socioeconómico “bajo” con 3.2% (19 participantes), posteriormente el nivel “medio bajo” con un 18% (108 participantes), continua el nivel “medio” con el 63% de los encuestados (381 participantes), sigue el nivel “medio alto” con un 14.5% (87 participantes) y por último el nivel socioeconómico alto con el 0.8% (5 participantes), se pueden observar dichos resultados en la tabla 4.

Tabla 4
Nivel socioeconómico de la muestra estudiada

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	19	3.2	3.2	3.2
Medio bajo	108	18.0	18.0	21.2
Medio	381	63.5	63.5	84.7
Medio alto	87	14.5	14.5	99.2
Alto	5	.8	.8	100.0
Total	600	100.0	100.0	

La tabla refleja los niveles económicos obtenidos en la totalidad de la muestra.

Una vez descritos los datos sociodemográficos, se aplicó la prueba de normalidad de Shapiro Wilk con el objetivo de conocer cómo se comportaba la distribución de la muestra, como se puede observar en la tabla 5, el análisis estadístico refiere 600 gl y un nivel de significancia de .0001, por tanto, se rechaza la hipótesis nula (la distribución de la muestra es normal) y se acepta la hipótesis alterna, la muestra no representa una distribución normal.

Tabla 5
Pruebas de Normalidad (Total de la muestra)

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Total de desesperanza	.203	600	.000	.768	600	.000
Total alcohol	.172	600	.000	.915	600	.000
Total depresión	.151	600	.000	.851	600	.000
Total suicidio	.116	600	.000	.956	600	.000

La tabla refleja que la distribución de la muestra no representa una distribución normal.

Posteriormente se separó a la muestra general en dos grupos, estos últimos quedaron conformados, por 300 estudiantes de la UAEM y 300 estudiantes de la Salle Plantel Neza, se realizó la misma prueba de normalidad (Véase tabla 6 y 7), específicamente a ambos grupos, los resultados concluyen que la muestra en general y por grupos no presenta una distribución normal.

Tabla 6
Pruebas de Normalidad (Estudiantes de UAEM).

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Total de desesperanza	0.196	300	0.000	0.800	300	0.000
Tota de alcohol	0.182	300	0.000	0.909	300	0.000
Totalal de depresión	0.158	300	0.000	0.846	300	0.000
Totalal de suicidio	0.111	300	0.000	0.962	300	0.000

La tabla refleja que el grupo perteneciente a la UAEM no representa una distribución normal.

Tabla 7
Pruebas de Normalidad (Estudiantes de La Salle).

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Total de desesperanza	0.214	300	0.000	0.732	300	0.000
Total de alcohol	0.163	300	0.000	0.917	300	0.000
Total de depresión	0.144	300	0.000	0.850	300	0.000
Total de suicidio	0.118	300	0.000	0.946	300	0.000

La tabla refleja que el grupo perteneciente a la ULSA no representa una distribución normal.

Para comenzar con los análisis, fue necesario saber si se presentaban las variables dentro de la población de estudio (jóvenes universitarios de la zona oriente del Estado de México), los resultados indican (Véase la tabla 8) que el nivel “muy bajo” de consumo de alcohol ostenta un porcentaje del 26% (156 participantes), por su parte el nivel “Bajo” representa un 56.2% de la totalidad de los encuestados (337 participantes), en nivel “medio” se puede observar un 14.8% (89 participantes), el nivel alto refiere un 2.7% (16 participantes) y por último el nivel “muy alto” el 0.3% con una frecuencia de dos participantes.

Tabla 8
Puntajes totales de niveles de consumo de Alcohol.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy bajo	156	26.0	26.0	26.0
	Bajo	337	56.2	56.2	82.2
	Medio	89	14.8	14.8	97.0
	Alto	16	2.7	2.7	99.7
	Muy alto	2	0.3	0.3	100.0
	Total	600	100.0	100.0	

La tabla refleja los puntajes obtenidos por la totalidad de la muestra en cuanto a la variable de consumo de alcohol.

La variable de ideación suicida indica que el nivel “muy bajo” ostenta un porcentaje del 5.3% (32 participantes), por su parte el nivel “Bajo” representa un 33.3% de la totalidad de los

encuestados (200 participantes), en el nivel “medio” se puede observar un 52.5% (315 participantes), el nivel alto refiere un 2.7% (16 participantes) y por último el nivel “muy alto” el 0.3% con una frecuencia de dos participantes (Véase la tabla 9).

Tabla 9
Puntajes totales de niveles de Ideación Suicida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy bajo	32	5.3	5.3	5.3
	Bajo	200	33.3	33.3	38.7
	Medio	315	52.5	52.5	91.2
	Alto	48	8.0	8.0	99.2
	Muy alto	5	0.8	0.8	100.0
	Total	600	100.0	100.0	

La tabla refleja los puntajes obtenidos por la totalidad de la muestra en cuanto a la variable de consumo de ideación suicida.

La variable de desesperanza de vida indica que el nivel “muy bajo” expresa un porcentaje del 14.7% (88 participantes), por su parte el nivel “Bajo” representa un 69.2% de la totalidad de los encuestados (415 participantes), en el nivel “medio” se puede observar un 11.3% (68 participantes), el nivel alto refiere un 2.7% (16 participantes) y por último el nivel “muy alto” el 1.7% con una frecuencia de diez participantes (Véase la tabla 10).

Tabla 10
Puntajes totales de niveles de desesperanza de vida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy bajo	88	14.7	14.7	14.7
	Bajo	418	69.7	69.7	84.3
	Medio	68	11.3	11.3	95.7
	Alto	16	2.7	2.7	98.3
	Muy alto	10	1.7	1.7	100.0
	Total	600	100.0	100.0	

La tabla refleja los puntajes obtenidos por la totalidad de la muestra en cuanto a la variable de desesperanza de vida

La variable de depresión indica que el nivel “muy bajo” de depresión ostenta un porcentaje del 2% (1 participantes), por su parte en nivel “Bajo” presenta un 84.7% de la totalidad de los encuestados (508 participantes), en el nivel “medio” se puede observar un 13.3% (80 participantes), el nivel alto refiere un 1.8% (11 participantes) y por último el nivel “muy alto” un sólo participante (Véase tabla 11).

Tabla 11
Puntajes totales de niveles de depresión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy bajo	1	0.2	0.2	0.2
	Bajo	508	84.7	84.7	84.8
	Medio	78	13.0	13.0	97.8
	Alto	12	2.0	2.0	99.8
	Muy alto	1	0.2	0.2	100.0
	Total	600	100.0	100.0	

La tabla refleja los puntajes obtenidos por la totalidad de la muestra en cuanto a la variable de depresión.

Resultó fundamental conocer si existía una relación entre las distintas variables (Véase tabla 12), por dicho motivo se realizó una correlación de Spearman para responder el cuestionamiento previamente planteado, el cual indica que la variable de Abuso de Alcohol se relaciona con la variable de depresión con una significancia de .014 y un coeficiente positivo de correlación de .100, la variable de depresión se correlaciona con la variable de ideación suicida con una significancia de .0001 y un coeficiente positivo de .350, por su parte la variable de ideación suicida se relaciona con la variable de desesperanza de vida con una significancia de .0001 y un coeficiente positivo de .147, la desesperanza de vida se correlaciona con los indicadores de depresión con una significancia de .0001 y un coeficiente positivo de correlación de .347 y finalmente los indicadores de ideación suicida se correlacionan con el consumo de alcohol con una significancia del .004 y un coeficiente positivo de correlación de .116.

Tabla 12
Relación de las 4 variables dentro de la muestra general.

			Total de desesperanza	Total de alcohol	Total de depresión	Total de suicidio
Rho de Spearman	Total de desesperanza	Coefficiente de correlación	1.000	0.043	.347**	.147**
		Sig. (bilateral)		0.292	0.000	0.000
		N	600	600	600	600
	Total de alcohol	Coefficiente de correlación	0.043	1.000	.100*	.116**
		Sig. (bilateral)	0.292		0.014	0.004
		N	600	600	600	600
	Total de depresión	Coefficiente de correlación	.347**	.100*	1.000	.350**
		Sig. (bilateral)	0.000	0.014		0.000
		N	600	600	600	600
	Total de ideación suicida	Coefficiente de correlación	.147**	.116**	.350**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.000	0.004	0.000	
		N	600	600	600	600

La tabla refleja las correlaciones existentes en la totalidad de la muestra.

Una vez observadas las correlaciones anteriormente descritas, se continuo con el análisis de diferencia entre dos grupos, específicamente se quería conocer si existían diferencias entre sexos (Masculino y Femenino) para dicho cuestionamiento se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, dicha prueba expresa (Dentro de éste trabajo) que las mujeres presentan mayores puntajes en el inventario de Depresión de Beck en comparación a su sexo opuesto con un nivel de significancia de .009, en donde el rango promedio de los hombres se ubica en 281.97 y el de las mujeres en 319.03 (Véase tabla 13 y 13.1),

Tabla 13

Rangos de Depresión entre hombres y mujeres de toda la muestra.

<i>Sexo</i>		<i>N</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>Suma de rangos</i>
<i>Total de indicadores de depresión</i>	<i>Hombre</i>	300	281.98	84592.50
	<i>Mujer</i>	300	319.03	95707.50
	<i>Total</i>	600		

La tabla refleja la diferencia que existe entre sexo en cuanto a la variable “depresión” en la totalidad de la muestra.

Tabla 13.1

Diferencia significativa entre hombres y mujeres de toda la muestra (Depresión)

U de Mann-Whitney	39442.500
W de Wilcoxon	84592.500
Z	-2.624
Sig. asintótica (bilateral)	0.009

La tabla refleja si existe diferencia significativa entre sexos en cuanto a la variable de depresión.

También se encontró que no existe ninguna diferencia significativa (.665) entre sexos con respecto a la variable de desesperanza de vida (Véase tabla 14 y 14.1).

Tabla 14

Rangos de desesperanza de vida entre los estudiantes de toda la muestra.

<i>Sexo</i>		<i>N</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>Suma de rangos</i>
<i>Total de desesperanza de vida</i>	<i>Hombre</i>	300	303.52	91057.00
	<i>Mujer</i>	300	297.48	89243.00
	<i>Total</i>	600		

La tabla refleja la diferencia que existe entre sexo en cuanto a la variable “desesperanza de vida” en la totalidad de la muestra.

Tabla 14.1

Diferencias no significativas entre estudiantes de toda la muestra (Desesperanza).

	<i>Total de desesperanza</i>
U de Mann-Whitney	44093.000
W de Wilcoxon	89243.000
Z	-0.433
Sig. asintótica (bilateral)	0.665

La tabla refleja si existe diferencia significativa entre sexos en cuanto a la variable de desesperanza de vida.

En cuanto a la ideación suicida los datos reportan que no existe ninguna diferencia significativa (Véase tabla 15 y 15.1) el rango de los hombres puntuó en 298.44 y el de las mujeres en 302.57.

Tabla 15

Rangos de ideación suicida entre los estudiantes de toda la muestra.

Sexo		N	Rango promedio	Suma de rangos
Total de ideación suicida	Hombre	300	298.44	89530.50
	Mujer	300	302.57	90769.50
	Total	600		

La tabla refleja la diferencia que existe entre sexo en cuanto a la variable “ideación suicida” en la totalidad de la muestra.

Tabla 15.1

Diferencias no significativas entre estudiantes de toda la muestra (Ideación).

U de Mann-Whitney	44380.500
W de Wilcoxon	89530.500
Z	-0.292
Sig. asintótica (bilateral)	0.770

La tabla refleja si existe diferencia significativa entre sexos en cuanto a la variable de ideación suicida.

En cuanto a el abuso de alcohol los datos reportan que los hombres presentan mayores puntajes en la Escala AUDIT en comparación a su sexo opuesto, con una diferencia significativa del .022 (Véase tabla 16 y 16.1), el rango de los hombres puntuó en 316.51 y el de las mujeres en 284.49.

Tabla 16

Rangos de consumo de alcohol entre los estudiantes de toda la muestra.

Sexo		N	Rango promedio	Suma de rangos
Total de consumo de alcohol	Hombre	300	316.51	94954.00
	Mujer	300	284.49	85346.00
	Total	600		

La tabla refleja la diferencia que existe entre sexo en cuanto a la variable “consumo de alcohol” en la totalidad de la muestra.

Tabla 16.1

Diferencias significativas entre estudiantes de toda la muestra (Alcohol).

U de Mann-Whitney	40196.000
W de Wilcoxon	85346.000
Z	-2.287
Sig. asintótica (bilateral)	0.022

La tabla refleja si existe diferencia significativa entre sexos en cuanto a la variable de consumo de alcohol.

Continuando con los análisis estadísticos, se procedió a evaluar si se encontraba presente una relación significativa entre las 4 variables (Desesperanza de vida, depresión, ideación suicida y abuso de alcohol) dentro de la Universidad La Salle Campus Nezahualcóyotl (Véase tabla 17), los puntajes del inventario de depresión de Beck se relacionan con la escala de desesperanza de vida con una significancia de .0001 y un coeficiente de correlación positivo de .293, la desesperanza de vida únicamente correlaciona significativamente con dicha variable (Depresión) dentro de éste grupo, por su parte la ideación suicida se relaciona con el abuso de alcohol con una significancia de .009 y un coeficiente de correlación positivo .150, de igual forma el abuso de alcohol se relaciona con la variable de depresión con una significancia de .045 y un coeficiente de correlación positivo de .116, por su parte la ideación suicida se relaciona con el abuso de alcohol con una significancia de .009 y un coeficiente positivo de correlación de .150, también muestra una relación con los puntajes del inventario de depresión de beck con una significancia de .0001 con un coeficiente positivo de correlación de .315.

Tabla 17

Relación de las 4 variables dentro de la Universidad La Salle Campus Nezahualcóyotl (ULSANEZA).

			Total de desesperanza	Total de alcohol	Total de depresión	Total de ideación suicida
Rho de Spearman	Total desesperanza de vida.	Coficiente de correlación	1.000	0.059	.293**	0.112
		Sig. (bilateral)		0.312	0.000	0.053
		N	300	300	300	300
	Total de consumo de alcohol	Coficiente	0.059	1.000	.116*	.150**

		de correlación				
		Sig. (bilateral)	0.312		0.045	0.009
		N	300	300	300	300
	Total de depresión	Coefficiente de correlación	.293**	.116*	1.000	.315**
		Sig. (bilateral)	0.000	0.045		0.000
		N	300	300	300	300
	Total de ideación suicida	Coefficiente de correlación	0.112	.150**	.315**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.053	0.009	0.000	
		N	300	300	300	300

La tabla refleja las correlaciones existentes en los alumnos pertenecientes a ULSA.

Posteriormente se procedió a realizar el mismo análisis con el grupo 2 (alumnos de la Universidad Autónoma del Estado de México) como se puede observar en la tabla 18 los resultados arrojan que la variable de desesperanza de vida se relaciona con la variable de depresión con una significancia de .0001 y un coeficiente positivo de correlación de .405, también se relaciona con la variable de ideación suicida con un nivel de significancia .001 y un coeficiente positivo de correlación de .190, la variable de abuso de alcohol no se relaciona con ninguna variable, los puntajes del inventario de depresión de Beck no solo se relaciona con la desesperanza de vida, también lo hace con la variable ideación suicida con un nivel de significancia de .0001 y un coeficiente positivo de correlación de .383

Tabla 18

Relación de las 4 variables dentro de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM).

			Total de desesperanza de vida	Total de alcohol	Total de depresión	Total de ideación suicida
Rho de Spearman	Total de desesperanza de vida	Coeficiente de correlación	1.000	0.044	.405**	.190**
		Sig. (bilateral)		0.449	0.000	0.001
		N	300	300	300	300
	Total de consumo de alcohol	Coeficiente de correlación	0.044	1.000	0.077	0.083
		Sig. (bilateral)	0.449		0.183	0.154
		N	300	300	300	300
	Total de depresión	Coeficiente de correlación	.405**	0.077	1.000	.383**
		Sig. (bilateral)	0.000	0.183		0.000
		N	300	300	300	300
	Total de ideación suicida	Coeficiente de correlación	.190**	0.083	.383**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.001	0.154	0.000	
		N	300	300	300	300

La tabla refleja las correlaciones existentes en los alumnos pertenecientes a UAEM.

También se observó diferencia significativa (Véase tabla 19 y 19.1) en dos de las cuatro variables de estudio comparando ambos grupos (Universidad pública y Universidad privada), al abuso de alcohol presenta un rango promedio de 285.3 en la Universidad Autónoma del Estado de México y un rango de 315.18 en la Universidad La Salle plantel Nezahualcóyotl con un nivel de

significancia de .036, finalmente la escala de Desesperanza de vida presenta un rango de promedio de 312.93 en UAEM y 288.08 en ULSA, con un nivel de significancia de .07.

Tabla 19

Comparación de Universidad pública contra Universidad privada.

Universidad	N	Rango promedio	Suma de rangos	
Total de consumo de alcohol	UAEM	300	285.83	85747.50
	ULSA	300	315.18	94552.50
	Total	600		
Total de desesperanza de vida	UAEM	300	312.93	93877.50
	ULSA	300	288.08	86422.50
	Total	600		
Total de depresión	UAEM	300	294.29	88285.50
	ULSA	300	306.72	92014.50
	Total	600		
Total de ideación suicida	UAEM	300	294.56	88369.00
	ULSA	300	306.44	91931.00
	Total	600		

La tabla refleja las diferencias que existen entre ambos grupos.

Tabla 19.1

Estadísticos de prueba.

	Total de consumo de alcohol	Total de desesperanza	Total de depresión	Total de ideación suicida
U de Mann-Whitney	40597.500	41272.500	43135.500	43219.000
W de Wilcoxon	85747.500	86422.500	88285.500	88369.000
Z	-2.096	-1.778	-0.880	-0.840
Sig. asintótica (bilateral)	0.036	0.075	0.379	0.401

La tabla refleja si las diferencias existentes entre ambos grupos son significativas.

Finalmente, se realizaron algunos análisis complementarios con el objetivo de aprovechar al máximo los datos obtenidos en la presente investigación, en primera instancia se elaboró una

serie de correlaciones que comparan el sexo de los participantes a nivel general y posteriormente entre los 2 grupos, los resultados fueron los siguientes:

Los hombres de toda la muestra (600 participantes) refieren una correlación de la variable de alcohol con depresión con una significancia de .02 y un coeficiente positivo de correlación de .134, de igual forma la depresión se encuentra relacionada con el suicidio con un nivel de significancia de .0001 y un coeficiente positivo de correlación de .310, también la depresión se relaciona con la desesperanza de vida con un nivel de significancia de .0001 y un coeficiente positivo de correlación de .275 (Véase tabla 20).

Tabla 20

Análisis del sexo masculino dentro de la totalidad de la muestra.

			Total de consumo de alcohol	Total de depresión	Total de ideación suicida	Total de desesperanza de vida
Rho de Spearman	Total de consumo de alcohol	Coefficiente de correlación	1.000	.134*	0.102	0.072
		Sig. (bilateral)		0.020	0.079	0.217
		N	300	300	300	300
	Total de depresión	Coefficiente de correlación	.134*	1.000	.310**	.275**
		Sig. (bilateral)	0.020		0.000	0.000
		N	300	300	300	300
	Total de ideación suicida	Coefficiente de correlación	0.102	.310**	1.000	0.061
		Sig. (bilateral)	0.079	0.000		0.296
		N	300	300	300	300
	Total de desesperanza de vida	Coefficiente de correlación	0.072	.275**	0.061	1.000
		Sig. (bilateral)	0.217	0.000	0.296	
		N	300	300	300	300

La tabla refleja las correlaciones existentes en los hombres pertenecientes al total de la muestra.

Para culminar con la muestra a nivel general se realizó la misma prueba estadística con el sexo opuesto (Mujeres), la variable de alcohol se relaciona con la variable de Suicidio con un nivel de significancia de .024 y un coeficiente positivo de correlación de .131, la depresión por su parte se correlaciona con el suicidio con un nivel de significancia de .0001 y un coeficiente positivo de correlación de .392, también la depresión se relaciona con la desesperanza de vida, mostrando un nivel de significancia de .0001 y un coeficiente de correlación de .434 y por último la desesperanza de vida se relaciona con suicidio, expresando un nivel de significancia de .0001 y un coeficiente positivo de correlación de .234 (Véase tabla 21).

Tabla 21
Análisis del sexo femenino dentro de la totalidad de la muestra.

			Tota de consumo de alcohol	Total de depresión	Total de ideación suicida	Total de desesperanza de vida
Rho de Spearman	Total de consumo de alcohol	Coeficiente de correlación	1.000	0.092	.131*	0.016
		Sig. (bilateral)		0.112	0.024	0.780
		N	300	300	300	300
	Total de depresión	Coeficiente de correlación	0.092	1.000	.392**	.434**
		Sig. (bilateral)	0.112		0.000	0.000
		N	300	300	300	300
	Total de ideación suicida	Coeficiente de correlación	.131*	.392**	1.000	.234**
		Sig. (bilateral)	0.024	0.000		0.000
		N	300	300	300	300
	Total de desesperanza de vida	Coeficiente de correlación	0.016	.434**	.234**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.780	0.000	0.000	
		N	300	300	300	300

La tabla refleja las correlaciones existentes en las mujeres pertenecientes al total de la muestra.

Posteriormente resultó interesante conocer si los puntajes anteriores se replicaban en cada uno de los grupos, en primera instancia se analizaron los datos de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), las mujeres (Véase tabla 22) presentan la variable de depresión relacionada con la de suicidio, ostentando un nivel de significancia de .0001 y un coeficiente positivo de correlación de .444, también la depresión se relaciona con la desesperanza de vida mostrando un nivel de significancia .0001 y un coeficiente positivo de correlación de .464, en cuanto al suicidio también se encuentra relacionado con la desesperanza de vida, presenta un nivel de significancia de .0001 y un coeficiente positivo de correlación de .296.

Tabla 22
Mujeres del plantel UAEM

			Total de consumo de alcohol	Total de depresión	Total de ideación suicida	Total de desesperanza de vida
Rho de Spearman	Total de consumo de alcohol	Coeficiente de correlación	1.000	0.081	0.061	0.038
		Sig. (bilateral)		0.326	0.458	0.644
		N	150	150	150	150
	Total de depresión	Coeficiente de correlación	0.081	1.000	.444**	.464**
		Sig. (bilateral)	0.326		0.000	0.000
		N	150	150	150	150
	Total de ideación suicida	Coeficiente de correlación	0.061	.444**	1.000	.296**
		Sig. (bilateral)	0.458	0.000		0.000
		N	150	150	150	150
	Total de desesperanza de vida	Coeficiente de correlación	0.038	.464**	.296**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.644	0.000	0.000	
		N	150	150	150	150

La tabla refleja las correlaciones existentes en las mujeres pertenecientes a UAEM.

Los hombres por su parte presentan una correlación entre la depresión y el suicidio con un nivel de significancia .0001 y un coeficiente positivo de correlación de .315, también la depresión se encuentra relacionada con la desesperanza de vida con un nivel de significancia de .0001 y un coeficiente positivo de correlación de .337 (Véase tabla 23).

Tabla 23.
Hombres del plantel UAEM

		Total de consumo de alcohol	Total de depresión	Total de ideación suicida	Total de desesperanza de vida	
Rho de Spearman	Total de consumo de alcohol	Coefficiente de correlación	1.000	0.134	0.104	0.046
		Sig. (bilateral)		0.102	0.205	0.577
		N	150	150	150	150
	Total de depresión	Coefficiente de correlación	0.134	1.000	.315**	.377**
		Sig. (bilateral)	0.102		0.000	0.000
		N	150	150	150	150
	Total de ideación suicida	Coefficiente de correlación	0.104	.315**	1.000	0.080
		Sig. (bilateral)	0.205	0.000		0.330
		N	150	150	150	150
	Total de desesperanza de vida	Coefficiente de correlación	0.046	.377**	0.080	1.000
		Sig. (bilateral)	0.577	0.000	0.330	
		N	150	150	150	150

La tabla refleja las correlaciones existentes en los hombres pertenecientes a UAEM.

Posteriormente en la Universidad la Salle Plantel Nezahualcóyotl, los hombres presentan una correlación significativa entre los puntajes de la depresión y el suicidio con un nivel de significancia de .0001 y un coeficiente de .290, también la depresión se relaciona con la

desesperanza de vida, sostiene un nivel de significancia de .014 y un coeficiente positivo de correlación de .200 (Véase tabla 24)

Tabla 24
Hombres pertenecientes a ULSA

			Total de alcohol	Total de depresión	Total de suicidio	Total de desesperanza
Rho de Spearman	Total de consumo de alcohol	Coefficiente de correlación	1.000	0.122	0.109	0.096
		Sig. (bilateral)		0.136	0.183	0.241
		N	150	150	150	150
	Total de depresión	Coefficiente de correlación	0.122	1.000	.290**	.200*
		Sig. (bilateral)	0.136		0.000	0.014
		N	150	150	150	150
	Total de suicidio	Coefficiente de correlación	0.109	.290**	1.000	0.059
		Sig. (bilateral)	0.183	0.000		0.470
		N	150	150	150	150
	Total de desesperanza de vida	Coefficiente de correlación	0.096	.200*	0.059	1.000
		Sig. (bilateral)	0.241	0.014	0.470	
		N	150	150	150	150

La tabla refleja las correlaciones existentes en los hombres pertenecientes a ULSA.

Las mujeres (Véase tabla 25) manifiestan una relación significativa (.016) entre el abuso de alcohol y el suicidio con un coeficiente positivo de correlación de .196, la depresión y el suicidio muestran una correlación significativa de .0001 y un coeficiente positivo de .341, también la depresión se relaciona con la desesperanza de vida con un nivel de significancia de .0001 con un coeficiente positivo de correlación de .399.

Tabla 25
Mujeres pertenecientes a ULSA

			Total de consumo de alcohol	Total de depresión	Total de ideación suicida	Total de desesperanza de vida
Rho de Spearman	Total de consumo de alcohol	Coefficiente de correlación	1.000	0.114	.196*	0.024
		Sig. (bilateral)		0.165	0.016	0.770
		N	150	150	150	150
	Total de depresión	Coefficiente de correlación	0.114	1.000	.341**	.399**
		Sig. (bilateral)	0.165		0.000	0.000
		N	150	150	150	150
	Total de ideación suicida.	Coefficiente de correlación	.196*	.341**	1.000	.165*
		Sig. (bilateral)	0.016	0.000		0.043
		N	150	150	150	150
	Total de desesperanza de vida	Coefficiente de correlación	0.024	.399**	.165*	1.000
		Sig. (bilateral)	0.770	0.000	0.043	
		N	150	150	150	150

La tabla refleja las correlaciones existentes en las mujeres pertenecientes a ULSA.

Finalmente, se procedió a realizar la prueba U de Mann Whitney con el objetivo de conocer si existen diferencias estadísticamente entre ambos grupos de acuerdo con su sexo, en la tabla 26 y 26.1 es posible apreciar que no existen diferencias significativas.

Tabla 26,
Comparación de Universidades por sexo (Hombres).

Universidad		N	Rango promedio	Suma de rangos
Total de consumo de alcohol	UAEM	150	149.89	22484.00
	ULSA	150	151.11	22666.00
	Total	300		
Total de depresión	UAEM	150	143.94	21591.00
	ULSA	150	157.06	23559.00
	Total	300		
Total de ideación suicida	UAEM	150	146.57	21985.50
	ULSA	150	154.43	23164.50
	Total	300		
Total de desesperanza de vida	UAEM	150	158.85	23827.00
	ULSA	150	142.15	21323.00
	Total	300		

La tabla refleja las diferencias que existentes en los hombres comparando sus universidades.

Tabla 26.1
Estadísticos de prueba

	Total de alcohol	Total de depresión	Total de ideación suicida	Total de desesperanza de vida
U de Mann-Whitney	11159.000	10266.000	10660.500	9998.000
W de Wilcoxon	22484.000	21591.000	21985.500	21323.000
Z	-0.122	-1.314	-0.786	-1.690
Sig. asintótica (bilateral)	0.903	0.189	0.432	0.091

La tabla refleja si las diferencias existentes son significativas.

En la tabla 27 y 27.1 podemos apreciar que en cuanto a las mujeres existe diferencia significativa únicamente en la variable “consumo de alcohol” con un nivel de significancia de .004.

Tabla 27
Comparación de Universidades por sexo (Mujeres)

Universidad		N	Rango promedio	Suma de rangos
Total de consumo de alcohol	UAEM	150	136.08	20412.50
	ULSA	150	164.92	24737.50

	Total	300		
Total de depresión	UAEM	150	151.25	22688.00
	ULSA	150	149.75	22462.00
	Total	300		
Total de ideación suicida	UAEM	150	148.45	22268.00
	ULSA	150	152.55	22882.00
	Total	300		
Total de desesperanza de vida	UAEM	150	154.63	23194.50
	ULSA	150	146.37	21955.50
	Total	300		

La tabla refleja las diferencias que existentes en las mujeres comparando sus universidades.

Tabla 27.1
Estadísticos de prueba.

	Total de consumo de alcohol	Total de depresión	Total de ideación suicida	Total de desesperanza de vida
U de Mann-Whitney	9087.500	11137.000	10943.000	10630.500
W de Wilcoxon	20412.500	22462.000	22268.000	21955.500
Z	-2.911	-0.151	-0.409	-0.835
Sig. asintótica (bilateral)	0.004	0.880	0.682	0.404

La tabla refleja si las diferencias existentes son significativas.

Una vez culminados los resultados, se prosiguió a discutirlos en el apartado correspondiente para, continuar con el proceso de la presente investigación.

DISCUSIÓN:

Dentro del presente proyecto se trabajaron 4 variables de estudio (Depresión, Ideación suicida, Desesperanza de Vida y Consumo de alcohol), el objetivo de la presente investigación fue conocer si existe abuso de alcohol, ideación suicida, desesperanza de vida y depresión en jóvenes universitarios de la zona oriente del estado de México, para posteriormente someter las variables a diferentes correlaciones entre sí, ya que si bien es cierto son variables estudiadas con anterioridad en otras ubicaciones geográficas, no existen investigaciones similares que se hayan realizado en la zona oriente del estado de México, los resultados del presente estudio revelan la existencia de las variables en la muestra estudiada y la existencia de diferentes correlaciones que serán analizadas a continuación.

La primera hipótesis se acepta, las variables de estudio se encuentran en nuestra población estudiada, la mayoría de jóvenes universitarios de la Zona oriente del estado de México ingieren alcohol en cantidades bajas, en cuanto a los indicadores de depresión, los jóvenes universitarios no presentan un estado depresivo mayor, presentan en su mayoría indicadores de depresión leve, los puntajes al ser bajos se presentan como un riesgo exponencial de generar un estado depresivo mayor, en cuanto a la variable de desesperanza de vida, los jóvenes expresan puntajes bajos, no perciben la vida de forma desesperanzadora, sin embargo tampoco se encuentran libres de dicha variable, podríamos definir que en éste rubro los alumnos se encuentran mayormente esperanzados por la vida que desesperanzados por la misma, en cuanto a la variable de ideación suicida se observa que de 600 alumnos (muestra general) 315 de ellos, conceptualizan el suicidio como una alternativa a sus respectivos problemas, los puntajes expresan niveles “medios” de ideación suicida, situación realmente alarmante para todos los involucrados en su contexto, ya que dichos indicadores podrían concluir en una conducta de ésta índole, es posible observar indicadores de “niveles bajos” en tres de las cuatro variables (Depresión, desesperanza de vida y abuso de alcohol), en lo que respecta a la variable restante (ideación suicida), los puntajes expresan un nivel medio, a continuación se discuten a detalle los hallazgos que se desprenden de la presente investigación.

Analizada la existencia de las variables dentro de la población, se prosiguió a revisar si existía alguna relación entre las mismas, la segunda hipótesis a refutar dentro de éste estudio, postulaba que existía una relación entre todas las variables, en los 600 sujetos encuestados, los resultados expresan la existencia de relaciones significativas entre las variables, los jóvenes que refieren

depresión consumen alcohol, los resultados que se encontraron concuerdan con el estudio realizado en estudiantes colombianos por Gantiva, Bello, Vanegas & Sastoque (2010) los cuales utilizaron de igual forma la escala Audit (validada de igual forma en dicho país) y encontraron un nivel bajo y medio de consumo de alcohol, para posteriormente relacionarlo con esquemas depresivos.

Los jóvenes que consumen alcohol presentan ideación suicida, el vínculo estrecho que existe entre estas dos conductas autodestructivas es referido también por Terroba & Del Corral (2014) en una población de edad mayor a nuestro rango de estudio (18 a 28 años), de igual forma Pérez, Rivera, Atienzo, Castro, Leyva & Chávez (2010), encontraron que el consumo de alcohol puede detonar la conducta suicida en estudiantes pertenecientes al nivel medio superior, por lo tanto, nuestros resultados completan la información faltante, en un rango de edad de entre 15 y 40 años, es posible observar que las variables se relacionan entre sí, el abuso de alcohol y el suicidio no respetan rangos de edad, con base en resultados empíricamente estudiados, la población universitaria podría ser entonces considerada como una subpoblación en mayor riesgo, ya que como se ha mencionado con anterioridad, los jóvenes son los más expuestos al consumo de sustancias adictivas, también se encontró que los universitarios que presentan depresión también manifiestan ideación suicida, lo cual es referido también por López, Godínez, Flores, Altagracia y Córdova (2013), estos autores encontraron que el abuso de alcohol genera en el sujeto consumidor una mayor tendencia a manifestar comportamientos de riesgo, a presentar depresión e intento de suicidio, y a asumir conductas violentas a sí mismo y a sus pares por igual, los jóvenes que manifiestan desesperanza de vida también presentan ideación suicida, Quintanilla, Haro, Flores, Celis de la Rosa & Valencia (2003) concuerdan con nuestros resultados y mencionan de igual forma que es significativa la presencia de desesperanza de vida en los sujetos con tentativa suicida, el factor más importante que identificaron fue el factor cognitivo, la esperanza de vida se relaciona entonces, con un proyecto de vida, la desesperanza de vida permite explicar cómo alguien puede destruir el proyecto de vida y convertirlo en uno de muerte y finalmente, los estudiantes que presentan depresión también manifiestan desesperanza de vida, autores como Beck, Brown, Berchick, Stewart & Steer (1990) refieren que la desesperanza de vida se correlaciona significativamente con la ideación suicida y la depresión, es decir, a mayor nivel de desesperanza de vida, mayor frecuencia e intensidad de ideas depresivas y mayor probabilidad, por tanto, de generar ideas suicidas y materializar conductas de ésta índole.

La tercera hipótesis postulaba que las mujeres presentarían mayores indicadores de depresión, en comparación con su sexo opuesto, esta hipótesis es aceptada, las mujeres universitarias de la zona oriente del Estado de México presentan mayores niveles de depresión que los hombres, los criterios del DSM-V concuerdan con la aceptación de nuestra hipótesis ya que, según este manual, la depresión tiene una prevalencia puntual de aproximadamente 8 a 10% en mujeres y 3 a 5% en varones, la cuarta hipótesis intentaba demostrar que el sexo femenino presenta mayores indicadores de desesperanza de vida en comparación con su sexo opuesto, la hipótesis se rechaza, los resultados indican que no existen diferencias significativas, la quinta hipótesis postulaba que las mujeres presentan mayores niveles de ideación suicida en comparación de su sexo opuesto, la hipótesis también se rechaza, la desesperanza de vida entonces, es un proceso cognitivo disfuncional que afecta en general a toda la población y la ideación suicida se comporta de la misma forma, sin importar clases sociales, países e inclusive situación académica, son procesos individualizados que merecen ser comprendidos, intervenidos y erradicados.

La sexta hipótesis pretendía comprobar que los hombres ingieren mayor cantidad de alcohol en comparación con su sexo opuesto, dicha hipótesis es aceptada, como reporta la encuesta nacional de adicciones (2008), los hombres ingieren mayores cantidades de alcohol, al respecto, Natera, Borges, Medina-Mora, Solís & Tiburcio (2001) mencionan que las normas sociales son más restrictivas para las mujeres en comparación con los hombres, debido al rol social que desempeñan, lo que podría conducirlos a tener conductas de abstinencia y de mayor autocontrol frente a la bebida, las diferencias con el consumo de los hombres podrían estar relacionadas con los roles de género, sin embargo en la actualidad las mujeres, parecen querer empatar los registros de su sexo opuesto, esto puede ser consecuencia de que culturalmente en su núcleo familiar a las mujeres no se les presenta información de conductas relacionadas con el consumo de alcohol porque las normas sociales marcan como inapropiadas estas conductas en las mujeres, parece que se habla de conductas totalmente varoniles, se considera importante subrayar que el objetivo de la igualdad no es acrecentar registros perjudiciales para la salud en general, la meta es trabajar sobre los estilos de vida que aumenten la salud en general de todos los miembros de la sociedad, sin excepciones, todos son importantes, son más que un dato archivado en un registro.

La séptima hipótesis por su parte, afirmaba la existencia de relaciones significativas entre las 4 variables exclusivamente de los estudiantes matriculados a la Universidad La Salle Campus Nezahualcóyotl, la hipótesis es aceptada ya que los alumnos de dicho plantel que presentan depresión también manifiestan desesperanza de vida, por su parte los jóvenes de esta institución

que refieren abuso de alcohol vislumbran el suicidio como una posibilidad para escapar de sus problemas personales, se reafirma el hecho de que la ideación suicida y la desesperanza de vida no respeta clases sociales, este dato es alarmante ya que socialmente se tiene la idea de que a mayor nivel socioeconómico menor probabilidad de tener conductas de riesgo y enfermedades, lo que los resultados muestran es que hay una prevalencia de estas variables en los estudiantes, entonces es importante resaltar que un estudiante con un nivel socioeconómico alto, no se encuentra libre de patologías, es decir, poder adquisitivo no es sinónimo de salud mental.

La octava hipótesis se acepta ya que existe una relación significativa entre las variables con respecto a los alumnos pertenecientes a UAEM, los alumnos que presentan desesperanza de vida también manifiestan depresión, los jóvenes que manifiestan ideación suicida también presentan indicadores de desesperanza de vida, finalmente los estudiantes que refieren depresión también presentan ideación suicida, si comparamos lo analizado previamente (Hipótesis 7 contra la hipótesis 8), es posible observar que mientras los jóvenes de la Salle relacionan dos variables con abuso de alcohol, los jóvenes de la UAEM no relacionan ninguna variable con abuso de alcohol, sin embargo se encuentran presentes indicadores de desesperanza de vida y depresión, en ese sentido, los jóvenes que estudian en una universidad pública, piensan en el suicidio como alternativa funcional a sus problemas de insatisfacción con la propia vida, es decir para suprimir la desesperanza que esta les produce, Sánchez (2012) menciona que el número de suicidios en niveles económicos bajos aumentan de forma preocupante, las cifras de suicidio son equiparables, en términos de mortalidad, a enfermedades consideradas tradicionalmente como prioridades dentro de los programas de salud pública en todos los países, como el cáncer, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, la falta de oportunidades de este grupo social en específico disminuye ya que las oportunidades laborales escasean y la vida se vuelve entonces, una escena triste, en la cual la gente con menos recursos se considera en desventaja frente a jóvenes universitarios egresados de universidades privadas, en palabras de Hernández (2004) la oferta de egresados se enfrenta a un mercado laboral poco capaz de ofrecer las oportunidades que los estudiantes esperan, la mayoría de ellos optan por desempeñar carreras ajenas a su formación profesional, todo esto habría sido consecuencia de un acelerado y dinámico proceso de formación de profesionales por parte de las instituciones de educación superior, frente a un desempeño precario de nuestra economía en términos de crecimiento económico.

La novena y última hipótesis pretendía conocer si se presentaban diferencias significativas en cuanto a las 4 variables comparando ambas universidades, la hipótesis se acepta ya que los

resultados refieren la existencia de dos diferencias significativas, la primera de ellas pertenece a la variable de abuso de alcohol, los estudiantes de la Universidad La Salle ingieren mayores cantidades de alcohol en comparación a la universidad pública, al respecto Díaz, Díaz, Hernández, Narro, Fernández & Solís (2008) exponen que un mayor ingreso familiar incrementa el riesgo del abuso de alcohol en ambos sexos, un mayor nivel educativo tanto en el padre como en la madre se encuentra relacionado con un incremento en el consumo de alcohol, estos resultados concuerdan con lo observado en nuestros resultados, a mayor nivel económico mayor riesgo de consumir cantidades excesivas de alcohol y en segunda instancia, la desesperanza de vida se encuentra presente en la Universidad Autónoma del Estado de México, Tarazona (2005) define la pobreza como una situación social en la cual existen carencias económicas en un tiempo y un espacio determinado, que afecta el desarrollo integral del ser humano, este autor reporta resultados que apoyan los obtenidos dentro del presente estudio, refiere que los jóvenes matriculados a una universidad privada presentan mayores niveles de satisfacción por la vida y en caso opuesto los jóvenes de las universidades públicas manifiestan niveles de insatisfacción importantes, su interpretación de la vida es desesperanzadora, la pobreza impacta de forma negativa el desarrollo individual de los seres humanos.

Adicionalmente se encontró que los 300 hombres que conforman el 100% de toda la muestra masculina, relacionan abuso de alcohol con depresión, la depresión con el suicidio y la desesperanza de vida con los indicadores de depresión, las mujeres que conforman toda la muestra (300) correlacionan en variables diferentes, como son abuso de alcohol con suicidio, depresión con suicidio, desesperanza de vida con depresión y finalmente desesperanza de vida con suicidio, es decir, todas las variables se relacionan con la ideación suicida en las mujeres de la zona oriente del estado de México, Espinoza, Zepeda, Bautista, Hernández, Newton & Plasencia (2010) reportan que la frecuencia de ideación suicida resulta muy elevada en el grupo total de estudiantes universitarios y que estos resultados coinciden con lo encontrado en China, Uganda y México, la ideación suicida se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, en un estudio realizado por Holguín, Rodríguez, Pérez & Valdez (2007), también se reporta la prevalencia de mayor ideación suicida en mujeres que en hombres, por cada hombre con ideación suicida, se presentaban tres mujeres con el mismo esquema cognitivo.

Específicamente en las mujeres de la UAEM, se encontró que la depresión se relaciona con la ideación suicida, la desesperanza de vida se relaciona con la depresión y la ideación suicida se relaciona con la desesperanza de vida, los hombres de ésta misma universidad presentan la

variable de depresión relacionada con la ideación suicida y la variable de depresión relacionada con la desesperanza de vida, los resultados son congruentes con las hipótesis redactadas con anterioridad, se observa la variable de desesperanza de vida ligada a las variables restantes, el nivel socioeconómico es un factor interesante para trabajar y profundizar en futuras investigaciones, por su parte en ULSA plantel Nezahualcóyotl, los hombres presentan la variable de depresión relacionada con la ideación suicida y la variable de depresión relacionada con la de desesperanza de vida, las mujeres por su parte, manifiestan una relación significativa entre las variables de abuso de alcohol e ideación suicida, depresión e ideación suicida y depresión y desesperanza de vida, una vez más observamos como la variable de suicidio se encuentra relacionada con 2 de 3 variables restantes, es importante acotar que las mujeres de la ULSA manifiestan indicadores de abuso de alcohol y las de UAEM no lo hacen, tampoco los hombres de este plantel educativo correlacionan por sí mismos abuso de alcohol (UAEM), dichos resultados también fueron encontrados en Argentina y fueron descritos por Fantin & Barbenza (2007) en su investigación reportan que existe una tendencia por parte de los jóvenes que pertenecen a un nivel socioeconómico alto a consumir mayores cantidades de alcohol, en comparación con jóvenes que refieren un nivel socioeconómico bajo, los datos no invitan al optimismo y sí a la adopción de medidas preventivas, en el apartado del sexo masculino, los hombres de ambas universidades correlacionan las mismas variables entre sí, también se encontró que únicamente existen diferencias significativas (únicamente hombres) entre la variable de desesperanza de vida, los hombres de la UAEM manifiestan mayores niveles de desesperanza de vida en comparación con jóvenes de ULSA Neza y con lo que respecta al sexo femenino se encontró que la única variable que muestra diferencias significativas es la de consumo de alcohol, las mujeres que estudian en ULSA Neza ingieren mayores cantidades de alcohol que las mujeres que estudian en la UAEM.

Finalmente es importante brindar recomendaciones generales y reconocer las dificultades que se presentaron dentro del proceso de la presente investigación, esta información va dirigida a aquellos investigadores, docentes o alumnos que se encuentren interesados en trabajar con alguna de éstas 4 variables (Desesperanza de vida, depresión, consumo de alcohol y ideación suicida).

Las sugerencias más importantes según el investigador son las siguientes:

- Resultaría interesante tomar en cuenta a más universidades que pertenezcan al municipio de Nezahualcóyotl, ya que así podríamos hablar de todo un municipio y no de una zona específica de este, generaríamos material científico para abordar otro tipo de cuestiones.

- Abordar otras variables que podrían estar involucradas, como son, factores familiares, factores sociales, factores de interacción, factores educativos, metas a corto y mediano plazo, etc.
- Realizar una investigación como complemento que alcance a explicar de forma más detallada las características cualitativas que se encuentren debajo de los datos cuantitativos brindados por este proyecto.
- Involucrar a más docentes que se interesen por el problema del suicidio con el objetivo de generar una línea que ayude a localizar y trabajar con esta variable.
- Aplicar una batería psicométrica más corta y que también se encuentre validada en nuestro país, ya que con la batería que se realizó este trabajo los sujetos de prueba se podían observar cansados, el tiempo de aplicación por la batería de pruebas fue de aproximadamente 20 minutos.

Las dificultades más importantes que tuvieron que superarse fueron las siguientes:

- Disponibilidad de tiempo: Se necesita más de un año para poder llevar a cabo la gestión de todos los permisos necesarios para poder ingresar a trabajar con los alumnos y por consecuencia poder hacer uso de la muestra.
- Gestión de permisos: Los permisos dependen en total medida a las distintas universidades, cada una establece un camino a seguir para agendar distintas entrevistas, se recomienda tener un protocolo claro y bien documentado que permita entonces, acelerar el proceso, en esta ocasión el permiso para ambas universidades tardo aproximadamente 4 meses.
- Características de la muestra: Los jóvenes universitarios son personas bastante interesantes, podemos tener su atención en segundos o perderlo en un abrir y cerrar de ojos, se sugiere tener bien preparado el guion con el cual se comenzará la presentación frente a los grupos y el tema dominado para poder resolver todo tipo de cuestionamientos, si no se satisfacen los dos puntos antes descritos, la confiabilidad de las respuestas se pone en duda.
- Capital Económico: Se gasto bastante capital en cuestiones de copias, la batería se conformó por 8 hojas en su versión final, en la prueba de piloteo se utilizaron 12.

Los datos obtenidos en la presente investigación pueden ser un reflejo de las problemáticas psicosociales que presentan los jóvenes en esta zona, ya que están expuestos a niveles altos de

inseguridad, violencia, consumo de sustancias ilícitas, entre otros. De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018) en la encuesta nacional de victimización y percepción sobre seguridad pública 9 de cada 10 ciudadanos se sienten vulnerables, el 91.7% siente miedo en el transporte público y 86.5% en la calle. También se registró en el 2016 dos mil, cincuenta y tres casos de homicidios dolosos, el Estado de México ocupa el lugar número uno en secuestros en toda la República mexicana. Quizá la presencia de estas variables en los estudiantes de estas Universidades sea la consecuencia de estar inmersos en este contexto que cada vez parece dificultarse más para las nuevas generaciones.

Es importante prestar atención a estos focos de alerta, que de no ser atendidos pueden promover el aumento de estas problemáticas psicosociales que se presentan en esta zona del Estado de México, es importante considerar los resultados obtenidos en la presente investigación, ya que estamos hablando de variables con las cuales convivimos diariamente, el tema de la ideación suicida es preocupante ya que sería un acto negligente no trabajar en la localización y la intervención de éstos procesos cognitivos, la meta a corto plazo es seguir trabajando dentro de estas universidades e intentar expandir la información al resto de los institutos educativos de la entidad.

CONCLUSIONES:

Los datos obtenidos en la presente investigación son consecuencia de las problemáticas psicosociales que presentan los jóvenes universitarios en la zona oriente del Estado de México, dichos jóvenes se encuentran expuestos a niveles altos de inseguridad, violencia, consumo de sustancias ilícitas, escasez de oportunidades laborales, etc, de acuerdo con datos de INEGI (2018) de cada 10 personas se perciben vulnerables, también reportan que en el 2016, se registraron dos mil cincuenta y tres casos de homicidios dolosos, resulta importante referir que el Estado de México ocupa el primer lugar en secuestros en comparación con el resto de los estados pertenecientes a la República mexicana, es en este punto donde la presente investigación cobra relevancia, la muestra fue adquirida del municipio de Nezahualcóyotl, 600 alumnos conforman la muestra final de la presente investigación, el objetivo principal de la misma, es conocer si los jóvenes universitarios del Municipio de Nezahualcóyotl presentan depresión, ideación suicida, desesperanza de vida y abuso de alcohol, dichas variables son populares en la generación actual, la mayoría de las personas conocen a lo largo de su vida a un sujeto que presente sus síntomas con regularidad, las cifras de las variables mencionadas aumentan con el paso del tiempo, ignorar que las variables existen, es evadir una realidad contundente.

Trabajar con la ideación suicida, es conceptualizar el fenómeno suicida como un conjunto de procesos cognitivos que tienen lugar en un tiempo específico, en el cual el sujeto toma decisiones fundamentales, con base en su situación actual, esta situación se puede ver influenciada por padecimientos como la depresión, el abuso de alcohol y la desesperanza de vida, variables estudiadas a profundidad en el presente estudio.

Las cifras expresadas en la presente investigación, pueden aumentar con el paso del tiempo, el marco teórico, el método y los resultados son congruentes con los objetivos planteados, en un primer momento, la primera hipótesis es aceptada, las variables de ideación suicida, depresión, desesperanza de vida y consumo de alcohol se encuentran presentes en la muestra (jóvenes universitarios de la zona oriente del Estado de México), los jóvenes universitarios de este municipio manifiestan bajos niveles de depresión, abuso de alcohol y suicidio, sin embargo no se encuentran ajenos a dichos padecimientos, la tristeza, el consumo regular de alcohol y el hecho de percibir pocas esperanzas de dignificar la vida, conlleva a los jóvenes universitarios de la Zona Oriente del Estado de México a pensar en el suicidio como una salida funcional ante los problemas que la vida plantea ,la edad, la situación social y cultural en la cual se encuentran

inmersos, enmarca a estos jóvenes en un escenario adverso, que permite de forma más sencilla la instauración de ideas suicidas.

Con base en la información brindada dentro del marco teórico, es posible asegurar que la ideación suicida es un proceso complejo que se compone a su vez de diversos factores, entre estos factores se encuentran procesos como el abuso de alcohol, la depresión (Distimia, depresión leve, moderada o mayor) y la desesperanza de vida, variables que no solo se encuentran presentes en los jóvenes universitarios, sino que también correlacionan entre sí, a un nivel general (jóvenes de toda la muestra, 600 alumnos), entre los grupos (En cada una de las universidades) y entre sexos (Mujeres y hombres).

Los resultados son congruentes con el marco teórico, a mayor puntaje de cada una de las variables y mayor significancia de las correlaciones, mayor riesgo de presentar ideación suicida y conducta suicida, en este punto se destaca la importancia que presenta la temprana detección de estos procesos, ya que, de no ser intervenidos, el proceso suicida puede finalizar en la muerte de un individuo.

Dentro de la presente investigación fue posible trabajar con jóvenes universitarios de la zona oriente del Estado de México, los cuales manifiestan la importancia de percibirse a sí mismos como agentes de cambio, es decir, ser escuchados, son jóvenes que al igual que en la CDMX y el resto del país se esfuerzan a diario para conseguir una vida digna, en la cual puedan ejercer las carreras que estudian y los proyectos que tienen trazados como objetivos vitales, la ubicación geográfica del municipio, sitúa a estos jóvenes en escenarios de riesgo, en los cuales diariamente toman decisiones que impactan de forma inmediata su forma de percibir el mundo.

La ubicación del municipio genera tabúes sociales (citados en el marco teórico) mismos que a su vez generan creencias alejadas de la realidad, la violencia se vive diariamente en el país, sin embargo tener miedo de nuestros propios congéneres no soluciona la situación, el cambio general se compone de pequeños cambios, las creencias sociales populares no son parámetros absolutos que nos permitan generalizar, no todos los jóvenes que viven en Nezahualcóyotl se encuentran en un nivel económico bajo y tampoco la totalidad de los mismos ostentan un nivel económico alto, el nivel económico promedio de los jóvenes del municipio de Nezahualcóyotl según la presente investigación, es un nivel medio, lo cual habla de la relación cercana que viven los jóvenes de ambas universidades estudiadas (ULSA y UAEM), ya que si bien es cierto no comparten un salón de clases, si coexisten en un mundo social, comparten vivencias fuera del salón de clases y forman por tanto una comunidad universitaria homogénea.

En cuanto a las hipótesis que comparan las variables entre ambos sexos, se encontró que las mujeres presentan mayores indicadores de depresión, mientras que los hombres presentan mayores índices de abuso de alcohol en comparación con su sexo opuesto, los rangos evidencian que en ambos casos, tanto mujeres como hombres no se encuentran lejos entre sí, conforme pasa el tiempo los rangos se acortan de forma importante, el consumo excesivo de alcohol se define como “alcoholismo”, por tanto, uno de los objetivos a desarrollar en un futuro cercano que nace de la presente investigación, es generar consciencia de la enfermedad que representa el alcoholismo y el tratamiento de dicho padecimiento, para reducir así los niveles encontrados en este trabajo.

En ambas universidades los jóvenes mencionaron la importancia que conlleva realizar investigaciones dentro del municipio, ya que las exigencias propias de la vida, afectan a todos los jóvenes de forma general, los resultados indican que los jóvenes adscritos en universidad privada toman más alcohol y los jóvenes que se encuentran adscritos a una universidad pública, presentan mayores niveles de desesperanza de vida.

Es posible mejorar la calidad de vida de los jóvenes en general, apelando a estilos de vida saludables que tengan su base en información verídica y científica que les permita tomar decisiones asertivas ante los problemas que la vida plantea.

La meta a corto plazo es seguir trabajando dentro de estas universidades e intentar expandir la información al resto de las instituciones educativas, es importante mencionar que la presente investigación ya produjo propuestas importantes en la Universidad La Salle plantel Nezahualcóyotl, como medidas preventivas la universidad procurará que todos los estudiantes pertenecientes a la escuela de “Ciencias de la Salud” formen parte de un proceso terapéutico para prevenir que éste tipo de cuestiones tengan un desenlace desfavorable para la vida, la investigación cumple con los parámetros establecidos en el proyecto, demuestra coherencia entre la justificación, el marco teórico, los objetivos planteados y los posteriores resultados, se elaboró un precedente que permite a investigadores futuros, manejar otro tipo de variables, como las mencionadas en el apartado de discusión, para poder así conocer a profundidad todas las dimensiones que encierra el fenómeno suicida.

Finalmente es importante reconocer la comorbilidad que presenta la ideación suicida, con la desesperanza de vida, la depresión y el consumo de alcohol en los jóvenes universitarios, ya que a largo plazo la presente investigación puede ser un parámetro de inicio para trabajar con los jóvenes del municipio de Nezahualcóyotl y con la colaboración de diversos investigadores nutrir

una línea de estudio que permita mejorar la calidad de vida de los universitarios y reducir gradualmente los resultados expresados con anterioridad en el presente proyecto, para poder así generar un cambio satisfactorio y significativo para la comunidad.

Finalmente, se sugiere seguir trabajando en estas variables, cada una de ellas impacta de forma frontal la salud mental de los jóvenes de la entidad, su identificación es importante, ya que permite intervenir de forma más eficaz, los cuestionamientos que el suicidio plantea, la producción de estudios que comparen o describan diversas variables comorbiles con las expresadas en la presente investigación, significa un proceso que ayuda de forma paulatina a los jóvenes del Municipio de Nezahualcóyotl.

REFERENCIAS:

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, 87(1), 49.
- Aceituno, R., Asún, R., Ruiz, S., Venegas, J. I., Corbalán, F., & Reinoso, A. (2009). Anomia y alienación en estudiantes secundarios de Santiago de Chile: Resultados iniciales de un estudio comparativo 1989-2007. *Psykhe (Santiago)*, 18(2), 3-18.
- Adler, A. (1975). *El sentido de la vida*. España: Espasa libros..
- Albarracín Ordoñez, M., & Muñoz Ortega, L. (2008). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. *Liberabit*, 14(14), 49-61.
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., & Vázquez, C. (2006). Depresión. *Guías clínicas*, 6(11), 1-6.
- Alfonso, J. P., Huedo-Medina, T. B., & Espada, J. P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de psicología*, 25(2).
- Becerra Pérez, Luis Armando. (2009). La industria del etanol en México. *Economía UNAM*, 6(16), 82-98. Recuperado en 04 de septiembre de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-952X2009000100006&lng=es&tlng=es.
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L. & Steer, R. A. (1990). Relationships between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatry outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861.
- Beck, J. (2008). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Bella, M. E., Fernández, R. A., & Willington, J. M. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos argentinos de pediatría*, 108(2), 124-129.

- Belló, M., Puentes-Rosas, E., & Medina-Mora, M. E. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47.
- Berenzon, Shoshana, Lara, María Asunción, Robles, Rebeca, & Medina-Mora, María Elena. (2013). Depression: state of the art and the need for public policy and action plans in Mexico. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80.
- Bolet Astoviza, M., & Socarrás Suárez, M. M. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 22(1), 0-0.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304.
- Cabrera, N., Zuñiga, M., & Coria, A. (2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: Un estudio piloto. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14(4), 341-354.
- Calvete, E., & Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21(1).
- Canales, J. L. (2013) *Suicidio: Decisión definitiva al problema temporal*. Estados Unidos de América: Palibrio.
- Casas, M., & Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14(5).
- Cassano, P., & Fava, M. (2002). Depression and public health: An overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 849-857
- Cástulo, R. (2005). Depresión, suicidio y esquizofrenia. *Avances en psiquiatría Biológica*, 6, 119-124.
- Casullo, M. M. (2005). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Anuario de investigaciones*, 12, 173-182.
- Chafey, M. I. J. (2008). Conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista Griot (Etapa IV-Colección completa)*, 1(4), 5-17.
- Chávez-Hernández, A. M., & Leenaars, A. A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*, 33(4), 355-360.

- Chincha L, Omayra, Samalvides C, Frine, Bernabé-Ortíz, Antonio, Kruger P, Hever, & Gotuzzo H, Eduardo. (2008). Asociación entre el consumo de alcohol y la infección por virus de inmunodeficiencia humana. *Revista chilena de infectología*, 25(1), 49-53. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182008000100010>
- Corredor, D. Y. C. (2003). La importancia de formar jóvenes emprendedores. *Apuntes del CENES*, 23(35), 193-204.
- De Jalón, E. G., & Peralta, V. (2002). Suidicio y riesgo de suicidio. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 27, No. 3, pp. 87-96).
- De la Fuente, R. (1990). Consideraciones sobre los problemas mentales y conductuales que afectan la salud en sociedades en desarrollo: el caso de México. *Salud Mental*, 13(3), 1-7.
- De Vicente Pérez, F., & Díaz-Berciano, C. (2005). Efecto de la dominancia diádica sobre la indefensión aprendida. *Psicothema*, 17(2).
- Del Barrio, V. I. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2-3), 81-90
- Díaz Martínez, A., Díaz Martínez, L. R., Hernández-Ávila, C. A., Narro Robles, J., Fernández Varela, H., & Solís Torres, C. (2008). Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Salud mental*, 31(4), 271-282.
- Díaz, E. A. (2012) *Análisis del suicidio en adolescentes, causas y prevención* (tesina de licenciatura). Recuperado de Tesiunam
- Donovan, J. E. (2004). Adolescent alcohol initiation: A review of psychosocial risk factors. *Journal of adolescent health*, 35(6), 529-e7.
- Durkheim, E. (1992). *El suicidio* (Vol. 37). Ediciones Akal.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de conducta*, 25(102), 585-614.
- Eguren, A. A., Priede, C. C., Saleme, J. P., & Rull, M. A. P. (2013). Consumo de drogas y alcohol en universidades privadas de dos ciudades mexicanas. *Psicología y Salud*, 21(1), 39-46.

- Ellis, A. (1979). Discomfort anxiety: A new cognitive behavior construct. Part 1. *Rational Living*, 14 (2) 3-8.
- Ellis, T. (2008). *Cognición y suicidio: Teoría, investigación y terapia*. Colombia: Manual
- Espada, J. P., Botvin, G. J., Griffin, K. W., & Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, 23(84).
- Espada, J. P., Carrillo, F. M., & Montesinos, M. H. (2000). Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. *Adicciones*, 12(1), 57-64.
- Espinoza-Gómez, F., Zepeda-Pamplona, V., Bautista-Hernández, V., Hernández-Suárez, C. M., Newton-Sánchez, O. A., & Plasencia-García, G. R. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *salud pública de méxico*, 52, 213-219.
- Fantin, M. B., & de Barbenza, C. M. (2007). Nivel socioeconómico y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes escolarizados de San Luis, Argentina. *Fundamentos en Humanidades*, 8(15), 133-145.
- Frankl, V. E. (2001). Psicoterapia y existencialismo. *Escritos selectos sobre logoterapia*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (2001). *El Principio Era El Sentido*. Paidós.
- Gantiva Díaz, C. A., Bello Arévalo, J., Vanegas Angarita, E., & Sastoque Ruiz, Y. (2010). Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(2).
- García Gutiérrez, E., Lima Mompó, G., Aldana Vilas, L., Casanova Carrillo, P., & Feliciano Álvarez, V. (2004). Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Revista cubana de medicina militar*, 33(3), 0-0.
- García, C. R., García-Bermejo, M., & Villarrubia, I. (2005). Relación entre la satisfacción familiar, el bienestar psicológico y el sentido de la vida. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, 12, 141-150.
- García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J. F., & Pérez-Delgado, E. (2007). Depresión, desesperanza, neurosis noógena y suicidio. In *VIII Congreso Virtual de Psiquiatría-Interpsiquis*.

- García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J. F., & Pérez-Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, 8(2), 447-454.
- Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo: Historia y clasificaciones. *Salud mental*, 35(3), 257-261.
- Giró, J. (2011). Las amistades y el ocio de los adolescentes, hijos de la inmigración. *Papers: revista de sociologia*, 96(1), 77-95.
- Gómez, P. (2000). Globalización cultural, identidad y sentido de la vida.
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo-Martín, Á., Romero-Triñanes, E., Villar-Torres, P., & Sobral-Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3).
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto Masis, D., Gil Laverde, J. F., Rondón Sepúlveda, M., & Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Colombiana de Ciencia*, 6 (6).
- González Barrón, R., Montoya Castilla, I., Casullo, M. M., & Bernabéu Verdú, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2).
- González Rivera, I. (2016). Creer para poder: la desesperanza aprendida y la autoeficacia en la vida cotidiana. *Presencia Universitaria*.
- González Tovar, J., & Hernández Montaña, A. (2012). La desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes: análisis desde el modelo de Beck. *Enseñanza e investigación en psicología*, 17(2).
- González, C., Ramos, L., Caballero, M. Á., & Wagner, F. A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4).
- González, S., Valdez, J. y González, N. (2011). Depresión. En J. Moral, J. L. ValdezMedina, N., I. González, A. López-Fuentes. *Psicología y salud*. México: CUMEX.
- González-Forteza, C., Hermosillo de la Torre, A. E., Vacío-Muro, M. D. L. Á., Peralta, R., & Wagner, F. A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud

pública y la práctica clínica. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155.

González-Garza, Carlos, Rojas-Martínez, Rosalba, Hernández-Serrato, María I, & Olaiz-Fernández, Gustavo. (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad: resultados de la ENSA 2000. *Salud Pública de México*, 47(3), 209-218. Recuperado en 05 de septiembre de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000300004&lng=es&tlng=es.

González-González, A., Juárez García, F., Solís Torres, C., González-Forteza, C., Jiménez Tapia, A., Medina-Mora, M. E., & Fernández-Varela Mejía, H. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud mental*, 35(1), 51-55.

Hernández Laos, E. (2004). Panorama del mercado laboral de profesionistas en México. *Economía unam*, 1(2), 98-109.

Hernández, A. I., Lizarbe, V. A., Librada, E. V., Astorga, V. A. (1994) Gobierno de España. *Glosario de términos de alcohol y drogas*, 1, 7-60.

Hernández, R. L., & González, M. E. V. (2013). Consumo de alcohol en estudiantes en relación con el consumo familiar y de los amigos. *Psicología y Salud*, 17(1), 17-23.

Holguín, J., Rodríguez, M. J. C., Pérez, R. R., & Valdez, E. A. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y salud*, 17(1), 45-551.

Huamaní, J., & Ccori. (2008). Respuesta al Sentido de la Vida en Adolescentes. *Colegio de Psicólogos del Perú*, 331

Hunter, E. C., & O'Connor, R. C. (2003). Hopelessness and future thinking in parasuicide: The role of perfectionism. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 355-365.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2018. *Red Nacional de Metadatos*. Recuperado de: <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/384>

Isaías, M. S. (2008) *La terapia cognitiva en trastornos de depresión e ideación suicida* (tesis de licenciatura) Recuperado de tesionam.

- Ivano Scandurra, R., García-Altés, A., & Nebot, M. (2011). Impacto social del consumo abusivo de alcohol en el estado Español: consumo, coste y políticas. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 141-147.
- Jiménez, M. E., Gallardo, G. B., Villaseñor, C., & González, A. A. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 212-218.
- Knaus, W. (1983), *How to conquer your frustration*. Prentice Hall.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Leal, P., & Contreras, A. (1998). La baja tolerancia a la frustración y las adicciones. *LiberAddictus*, 17.
- Lima, M. J. V., Rodríguez, C. A., Lamas, M. L. R., Landeira, A. C., & Álvarez, C. A. (2012). Análisis de los aspectos epidemiológicos de las tentativas de suicidio en un área sanitaria desde la perspectiva de un servicio de urgencias. *Emergencias*, 24, 121-125.
- Londoño, C., García, W., Valencia, S y Vinaccia, S. (2005). Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Revista Anales de Psicología*, Volumen 21, N° 2. Pag 259 – 267. España.
- López-Naranjo, F., Godínez-García, I. H., Flores-Hernández, R., Altagracia-Martínez, M., & Córdova-Moreno, R. (2013). La calidad de varias bebidas alcohólicas comercializadas en México y las consecuencias potenciales en la salud pública. *Revista mexicana de ciencias farmacéuticas*, 44(4), 62-72.
- Lukas, E. (2001). *Paz vital, plenitud y placer de vivir*. Los valores de la logoterapia. Barcelona: Paidós.
- Marco, J. H., García-Alandete, J., Pérez, S., & Botella, C. (2014). El sentido de la vida como variable mediadora entre la depresión y la desesperanza en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, 22(2), 293.

- Martínez Ortiz, E., Trujillo, Á. M., Díaz del Castillo, J. P., & Jaimes Osma, J. (2011). Desarrollo y estructura de la escala dimensional del sentido de vida. *Acta Colombiana de psicología, 14*(2), 113-119.
- Martín-Vegue, A. R., Vázquez-Barquero, J. L., & Castanedo, S. H. (2002). CIE-10 (I): Introducción, historia y estructura general. *Papeles medicos, 11*(1), 24-35.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Muñiz, C. L., Benjet, C., & Jaimes, J. B. (2003). Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud mental, 26*(4), 1.
- Medina-Mora, M. E., Natera, G., & Borges, G. (2002). Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas. México, DF: Secretaría de Salud, 15-25.*
- Medina-Mora, M. E., Robles, R., Corina, D., & Real, T. (2009). Evaluación de políticas públicas para el control del abuso de alcohol en México. *México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/Secretaría de Salud.*
- Medina-Mora, M., Peña-Corona, M. P., Cravioto, P., Villatoro, J., & Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas:¿ el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas?. *salud pública de méxico, 44*, s109-s115.
- Menéndez, E. L., & Pardo, R. B. (2006). Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México. *Desacatos, (20)*, 29-52. Recuperado en 06 de junio de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-92742006000100002&lng=es&tlng=es.
- Mojica, C. A., Sáenz, D. A., & Rey-Anacona, C. A. (2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 38*(4), 681-692.
- Mondragón, L., Saltijeral, M. T., Bimbela, A., & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud mental, 21*(5), 20-27.
- Mora-Ríos, Jazmín, & Natera, Guillermina. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Pública de México, 43*(2), 89-96. Recuperado en 28 de agosto de 2017, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000200002&lng=es&tlng=es.

- Morfín, L. T., & Ibarra, L. A. (2015). *Fenómeno Suicida: Un acercamiento transdisciplinar*. México: Manual Moderno.
- Mori, N., & Caballero, J. (2010). Historia natural de la depresión. *Revista peruana de epidemiología*, 14(2).
- Narváez, A., Rosovsky, H., & López, J. L. (1991). Evaluación del consumo de alcohol en los intentos de suicidio: un estudio con pacientes atendidos en servicios de urgencias. *Salud Mental*, 14(3), 6-12.
- Natera, G; Juárez, F; Medina Mora, M E; Saínz, M; (2007). La depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 24() 165-173. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020637002>
- Natera-Rey, G., Borges, G., Medina-Mora Icaza, M., Solís-Rojas, L., & Tiburcio-Sainz, M. (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud pública de México*, 43, 17-26
- Navarra, G. (2005). Definición y diagnóstico de depresión mayor. *Guía Salud*, 26-33. Recuperado de: www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/.../definicion%20y%20diagnostico
- Núñez Pérez, J. C., González Pienda, J. A., García Rodríguez, M., González Pumariega, S., Roces Montero, C., Álvarez Pérez, L., & González Torres, M. D. C. (1998). Estrategias de aprendizaje, autoconcepto y rendimiento académico. *Psicothema*, 10(1).
- O'Connor, R. C., Connery, H. & Cheyne, W. M. (2000). Hopelessness: The role of depression, future directed thinking and cognitive vulnerability. *Psychology, Health and Medicine*, 5(2), 155-161.
- Oramas Viera, S. S. (2013). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Datos y cifras. *Alcohol*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.

- Organización Mundial de la Salud. (2018). Datos y cifras. *Depresión*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Datos y cifras. *Desarrollo en la Adolescencia*. Recuperado de: https://www.who.int/child_adolescent/topics/adolescense/dev/es.
- Palacio, A. F. (2010). La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días. *Affectio Societatis*, 7(12).
- Patiño, F. J. (2013). *La muerte deseada: Una aproximación sociológica al suicidio en la población juvenil del Distrito Federal* (tesina de licenciatura). Recuperado de Tesiumam.
- Paulo, F. (1970). Pedagogía del oprimido. *Capítulo I. Siglo XXI editores. Pág, 45*.
- Peña, C. M., & Guerrero, F. T. (2010). Percepción de Conflictos Familiares en Jóvenes Universitarios: El Rol de la Deseabilidad Social.
- Peñuela Epalza, M., Paternina Del Rio, J., Moreno Santiago, D., Camacho Pérez, L., Acosta Barrios, L., & De León De León, L. (2014). El uso de los smartphones y las relaciones interpersonales de los jóvenes universitarios en la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud uninorte*, 30(3).
- Pérez Barrero, S. A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general integral*, 15(2), 196-217.
- Pérez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E. E., Castro, F. D., Leyva-López, A., & Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *salud pública de méxico*, 52(4), 324-333.
- Periago, M. R. (2005). La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas.
- Porrata, J. L. (1995). Deseabilidad social en niños y adultos puertorriqueños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(2).
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida: Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. México: Pax México.
- Quintanilla, R., Haro, L., Flores, M., Celis de la Rosa, A. y Valencia, S. (2003). Desesperanza y tentativa suicida. *Investigación en Salud*. 5(2), 113-116.

- Ramírez, C. A., & Saavedra, C. N. (1981). *El sentido de la vida* (Doctoral dissertation, Tesis de maestría). Universidad de Antioquia: Medellín.
- Riveros, M., Hernández, H., & Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de investigación en psicología*, 10(1), 91-102
- Robles, S. I., Acinas, A. P., & Pérez Íñigo, G. J. (2015). *Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida*. España: Síntesis.
- Rodríguez, C., José, M., Román Pérez, R., Abril Valdez, E., & Galaviz Barreras, A. L. (2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud mental*, 35(1), 45-50.
- Rosselló, J., & Berríos Hernández, M. N. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Interamerican Journal of Psychology*, 38(2).
- Sánchez, J. (2005). El fatalismo como forma de ser en el mundo del latinoamericano. *PSICOGENTE*, 8(13).
- Sánchez-Teruel, D. (2012). Variables sociodemográficas y biopsicosociales relacionadas con la conducta suicida. *Perspectivas en psicología aplicada*, 61-78.
- Seligman, M. E., & Beagley, G. (1975). Learned helplessness in the rat. *Journal of comparative and physiological psychology*, 88(2), 534.
- Serfaty, E. (1998). Suicidio en la adolescencia. *Adolesc Latinoam*, 1(2), 105-10.
- Soria, M., Otamendi, A., Berrocal, C., Caño, A., & Rodríguez Naranjo, C. (2004). Las atribuciones de incontrolabilidad en el origen de las expectativas de desesperanza en adolescentes. *Psicothema*, 16(3).
- Tarazona, D. (2005). Autoestima, satisfacción con la vida y condiciones de habitabilidad en adolescentes estudiantes de quinto año de media. Un estudio factorial según pobreza y sexo. *Revista de Investigación en Psicología*, 8(2), 57-65.
- Terroba-Garza, G., Ma, T. S. M., & Del Corral, R. (2014). El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. *Salud pública de México*, 28(5), 489-494.

- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7(1).
- Tuesca, R., & Lechuga, E. N. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud uninorte*, 17.
- Urquieta, José Edmundo, Hernández-Avila, Mauricio, & Hernández, Bernardo. (2006). Tobacco and alcohol consumption among youth in marginalized urban zones in Mexico: analysis of related decisions. *Salud Pública de México*, 48(Supl. 1), s30-s40. Recuperado en 05 de septiembre de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000700005&lng=es&tlng=en.
- Valladares, L. M. (2004). El Sentido de vida en Estudiantes de Primer Semestre de la Universidad de la Salle Bajío. *Revista del Centro de Investigación de la Universidad la Salle*, 6(22), 5.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18(1), 139.
- Vázquez-Valverde, C., & Polaino-Lorente, A. (1982). «La indefensión aprendida» en el hombre: Revisión crítica y búsqueda de un algoritmo explicativo. *Estudios de Psicología*, 3(11), 69-89.
- Vera, L M; López, N; Ariza, N D; Díaz, L M; Flórez, Y; Franco, S G; Isaza, S; Marciales, D P; Ortiz, N; Rueda, J; Torres, L J; (2004). Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Colombia Médica*, 35() 62-68. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28335203>
- Yela Bernabé, J. R., & Malmierca, J. L. M. (1992). Indefensión aprendida en sujetos humanos y su inmunización. Influencia del estilo atribucional y de los programas de reforzamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24(3).

Zabicky, G., & Solís, L. R. (2000). El juramento: maniobra no médica, coadyuvante en el manejo de los sujetos con consumo patológico de etanol en México. Aproximación inicial. *Salud Mental*, 23(4), 22-27.

Zavala Berbena, M. A., Valadez Sierra, M. D. L. D., & Vargas Vivero, M. D. C. (2008). Inteligencia emocional y habilidades sociales en adolescentes con alta aceptación social. *Electronic Journal of research in educational Psychology*, 6(15).

ANEXOS:



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA PSICOLOGÍA



El presente **instrumento** tiene como objetivo recabar datos con fines de investigación. La información que proporcione será tratada de forma anónima y confidencial.

Sexo: **Mujer** () **Hombre** () **Edad:** _____ **Escolaridad:**

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de preguntas, marque con una **X** la opción que más represente su situación desde hace 1 año hasta la actualidad.

1._ ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- A) Nunca (Pase a las preguntas 9 y 10)
- B) Una vez al mes
- C) De 2 a 4 veces al mes
- D) De 2 a 3 veces a la semana
- E) Más de 4 veces a la semana

2._ ¿Cuántas bebidas alcohólicas suele consumir en un día normal?

- A) 1 o 2
- B) 3 o 4
- C) 5 o 6
- D) 7, 8 o 9
- E) 10 o más.

3._ ¿Con qué frecuencia toma 6 bebidas alcohólicas en un solo día?

- A) Nunca
- B) Menos de una vez al mes
- C) Mensualmente
- D) Semanalmente
- E) A diario o casi a diario

4._ ¿Con qué frecuencia en el curso de último año ha sido incapaz de beber una vez que había empezado?

- A) Nunca
- B) Menos de una vez al mes
- C) Mensualmente
- D) Semanalmente
- E) A diario o casi a diario

5._ ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- A) Nunca
- B) Menos de una vez al mes
- C) Mensualmente
- D) Semanalmente

E) A diario o casi a diario

6._ ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

A) Nunca

B) Menos de una vez al mes

C) Mensualmente

D) Semanalmente

E) A diario o casi a diario

7._ ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

A) Nunca

B) Menos de una vez al mes

C) Mensualmente

D) Semanalmente

E) A diario o casi a diario

8._ ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

A) Nunca

B) Menos de una vez al mes

C) Mensualmente

D) Semanalmente

E) A diario o casi a diario

9._ ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?

A) No

B) Sí, pero no en el curso del último año

C) Sí, el último año

10._ ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

A) No

B) Sí, pero no en el curso del último año

C) Sí, el último año



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA PSICOLOGÍA



El presente **instrumento** tiene como objetivo recabar datos con fines de investigación. La información que proporcione será tratada de forma anónima y confidencial.

Sexo: **Mujer** () **Hombre** () **Edad:** _____ **Escolaridad:**

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de expresiones, marque con una **X** la expresión que mejor represente su situación actual.

1._

- A) No me siento triste.
- B) Me siento triste.
- C) Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- D) Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo

2._

- A) No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- B) Me siento desanimado respecto al futuro.
- C) Siento que no tengo que esperar nada.
- D) Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3._

- A) No me siento fracasado.
- B) Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- C) Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- D) Me siento una persona totalmente fracasada.

4._

- A) Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- B) No disfruto de las cosas tanto como antes.
- C) Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- D) Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5._

- A) No me siento especialmente culpable.
- B) Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- C) Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- D) Me siento culpable constantemente.

6._

- A) No creo que esté siendo castigado.
- B) Me siento como si fuese a ser castigado.
- C) Espero ser castigado.
- D) Siento que estoy siendo castigado

7._

- A) No estoy decepcionado de mí mismo.

- B) Estoy decepcionado de mí mismo.
- C) Tengo vergüenza de mí mismo.
- D) Me detesto.

8._

- A) No me considero peor que cualquier otro.
- B) Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- C) Continuamente me culpo por mis faltas.
- D) Me culpo por todo lo malo que sucede.

9._

- A) No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- B) A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- C) Desearía suicidarme.
- D) Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10._

- A) No lloro más de lo que solía llorar.
- B) Ahora lloro más que antes.
- C) Lloro continuamente.
- D) Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11._

- A) No estoy más irritado de lo normal en mí.
- B) Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- C) Me siento irritado continuamente.
- D) No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12._

- A) No he perdido el interés por los demás.
- B) Estoy menos interesado en los demás que antes.
- C) He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- D) He perdido todo el interés por los demás.

13._

- A) Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- B) Evito tomar decisiones más que antes.
- C) Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- D) Ya me es imposible tomar decisiones.

14._

- A) No creo tener peor aspecto que antes.
- B) Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- C) Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- D) Creo que tengo un aspecto horrible.

15._

- A) Trabajo igual que antes.
- B) Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- C) Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- D) No puedo hacer nada en absoluto.

16._

- A) Duermo tan bien como siempre.
- B) No duermo tan bien como antes.
- C) Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

D) Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17._

- A) No me siento más cansado de lo normal.
- B) Me canso más fácilmente que antes.
- C) Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- D) Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18._

- A) Mi apetito no ha disminuido.
- B) No tengo tan buen apetito como antes.
- C) Ahora tengo mucho menos apetito.
- D) He perdido completamente el apetito.

19._

- A) Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- B) He perdido más de 2 kilos y medio.
- C) He perdido más de 4 kilos.
- D) He perdido más de 7 kilos.
- E) Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20._

- A) No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- B) Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- C) Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- D) Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21._

- A) No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- B) Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- C) Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- D) He perdido totalmente mi interés por el sexo.



CARRERA PSICOLOGÍA

El presente **instrumento** tiene como objetivo recabar datos con fines de investigación. La información que proporcione será tratada de forma anónima y confidencial.

Sexo: **Mujer** () **Hombre** () **Edad:** _____ **Escolaridad:**

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de afirmaciones, marque con una **X** si dichas afirmaciones se ajustan o no a su situación personal.

	V	F
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tanto tiempo así		
4. No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda hacerlo en el futuro		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. Tengo una gran confianza en el futuro		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. Espero más bien épocas buenas que malas.		

20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré

--	--



El presente **instrumento** tiene como objetivo recabar datos con fines de investigación. La información que proporcione será tratada de forma anónima y confidencial.

Sexo: Mujer () Hombre () **Edad:** _____ **Escolaridad:** _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente este cuestionario. Marque con una **X** el número de la frase de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

1._ CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES ANTE LA VIDA

1. Su deseo de vivir es:

- A) Moderado a fuerte
- B) Mediano o poco (débil).
- C) No tengo deseo (inexistente)

2. Su deseo de morir es:

- A) No tengo deseos de morir
- B) Pocos deseos de morir
- C) Moderado a fuerte

3. Sus razones para vivir/morir son:

- A) Vivir supera a morir
- B) Equilibrado (es igual)
- C) Morir supera vivir.

4. Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:

- A) Ninguno (inexistente)
- B) Poco (débil)
- C) Moderado a fuerte

5. Realizar un intento de suicidio pasivo:

- A) Tomaría precauciones para salvar su vida
- B) Dejaría la vida/muerte a la suerte
- C) Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida

II CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS

6. Su duración de pensamientos/deseos son:

- A) Breves, duran poco tiempo o pasajeros
- B) Temporadas o periodos largos
- C) Duran un tiempo largo o continuo

7. Su frecuencia de pensamientos/deseos es:

- A) Rara vez; ocasionalmente (baja)
- B) Frecuentemente pienso/deseo
- C) Casi todo el tiempo pienso/deseo

8. Su actitud hacia los pensamientos/deseos es:

- A) Rechazo los pensamientos/deseos
- B) Ambivalente; indiferente
- C) Aceptación de pensamientos/deseos

9. Su control sobre la acción/deseo de suicidio:

- A) Tiene capacidad de control
- B) Inseguridad de capacidad de control
- C) No tiene capacidad de control

10. Sus razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, etc.)

- A) No lo intentaría porque algo lo detiene
- B) Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen
- C) No tiene o es mínimo el interés en las razones que lo detienen

11. Sus razones para pensar/desear el intento suicida:

- A) Manipular el ambiente, llamar la atención
- B) Combinación de reactivos A y C
- C) Escapar, acabar, forma de resolver los problemas.

III CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO

12. El método; Especificidad/oportunidad de pensar el intento:

- A) Sin considerar el método
- B) Considerado, pero sin elaborar los detalles
- C) Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados

13. El método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento:

- A) No oportunidad
- B) Método que requiere tiempo y esfuerzo, no disponible realmente
- C) Método y oportunidad disponible

14. La sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento:

- A) No tiene el valor o capacidad
- B) No está seguro de tener el valor o capacidad
- C) Está seguro de tener valor

15. La expectativa de anticipación de un intento real:

- A) No
- B) Sin seguridad, ni claridad
- C) Si

IV ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO:

16. La preparación real de realizarlo:

- A) Ninguna preparación
- B) Alguna preparación (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
- C) Completa (preparativos terminados)

17. La nota suicida:

- A) No ha escrito nota o carta
- B) Solo pensada, iniciada, sin terminar
- C) Carta terminada

18. Ha realizado acciones finales para preparar suicidio (testamento, pagos legales, arreglos, regalos):

- A) No
- B) Pensamientos de realizarlo
- C) Planes realizados

19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida:

- A) Revela las ideas abiertamente
- B) Evita o revela las ideas con reserva
- C) Encubre, oculta o engaña y miente

20. Intento de suicidio realizado con anterioridad:

- A) No ha intentado
- B) Uno
- C) Más de uno