

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña  
Facultad de Humanidades y Educación  
Escuela de Psicología

Ideaciones suicidas y rasgos de personalidad en estudiantes de la Escuela de Música de la  
UNPHU, en edades de 19-24 años, en el periodo Enero 2019-Septiembre 2020  
Sto. Dgo. Rep. Dom.



Trabajo de Grado presentado por:

Pamela Marzo Camilo      14-1837

Para la obtención de grado de  
Licenciado en Psicología Clínica

Asesores:

Pat Olga Galán Laureano, M.A.

Lic. Jesús Peña Vásquez

Santo Domingo, D.N. República Dominicana

Agosto 2020

## ÍNDICE DE CONTENIDO

|   | Página    |
|---|-----------|
| <b>DEDICATORIA</b> .....                        | <b>7</b>  |
| <b>AGRADECIMIENTOS</b> .....                    | <b>8</b>  |
| <b>RESUMEN</b> .....                            | <b>9</b>  |
| <b>ABSTRACT</b> .....                           | <b>10</b> |
| Introducción.....                               | 11        |
| <b>Capítulo 1: Determinación del tema</b> ..... | <b>14</b> |
| 1.1 Planteamiento del problema.....             | 14        |
| 1.2 Preguntas de investigación.....             | 16        |
| 1.3 Justificación.....                          | 17        |
| 1.3.1 Justificación a Nivel Personal.....       | 18        |
| 1.3.2 Justificación a Nivel Psicológico.....    | 18        |
| 1.3.3 Justificación a Nivel Científico.....     | 19        |
| 1.4 Objetivos.....                              | 20        |
| 1.5 Operacionalización de las variables.....    | 21        |
| 1.6 Alcances y Limitaciones.....                | 22        |
| <b>Capítulo 2: Marco Teórico</b> .....          | <b>23</b> |
| 2.1 Marco conceptual.....                       | 22        |
| 2.2 Antecedentes de suicidio.....               | 27        |
| 2.3 Psicosis.....                               | 32        |
| 2.3.1 Psicosis y Depresión.....                 | 33        |
| 2.4 Depresión.....                              | 33        |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.4.1 Etiología de la depresión.....   | 34        |
| 2.4.2 Aspectos psicofisiológicos de la depresión y las ideaciones suicidas.....                    | 35        |
| 2.4.3 Aspectos psicoemocionales y psicosociales de la depresión y las ideaciones<br>suicidas ..... | 36        |
| 2.5 Suicidio.....  | 36        |
| 2.5.1 Ideaciones suicidas.....   | 38        |
| 2.5.2 Intento Suicida o parasuicidio.....  | 38        |
| 2.5.3 Paralesión o autolesión .....  | 39        |
| 2.6 Prevención del suicidio.....   | 39        |
| 2.7 Ansiedad .....   | 41        |
| 2.7.1 Ansiedad como rasgo.....   | 42        |
| 2.7.2 Ansiedad patológica.....   | 42        |
| 2.7.3 Ansiedad en poblaciones con ideas suicidas.....  | 43        |
| 2.8 Teorías acerca del suicidio.....   | 44        |
| 2.8.1 Teoría psicoanalítica.....   | 44        |
| 2.8.2 Teoría Sociológica.....  | 45        |
| 2.8.3 Teoría biológico- genética.....  | 46        |
| 2.9 Personalidad.....  | 46        |
| 2.10 Teorías de personalidad basadas en rasgos de personalidad e ideaciones<br>suicidas.....       | 47        |
| 2.10.1 Teorías neopsicanalíticas.....  | 49        |
| 2.11 Suicidio, depresión y rasgos de personalidad en estudiantes de<br>música.....                 | 49        |
| <b>Capítulo 3. Metodología.....</b>  | <b>52</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| 3.1 Diseño de la Investigación .....   | 52        |
| 3.2 Enfoque de la investigación .....  | 52        |
| 3.3 Universo y Muestra.....  | 52        |
| 3.4 Técnicas de Selección de Muestra.....  | 53        |
| 3.5 Instrumentos Utilizados .....  | 53        |
| 3.6 Validación de los Instrumentos.....  | 55        |
| 3.7 Recolección de los Datos.....  | 55        |
| 3.8 Criterios de Inclusión y Exclusión.....  | 56        |
| <br>   |           |
| <b>Capítulo 4. Presentación y Análisis de los datos.....</b>   | <b>57</b> |
| 4.1 Presentación de los datos.....   | 57        |
| 4.2 Análisis de Datos.....   | 74        |
| <br>   |           |
| <b>CONCLUSIÓN.....</b>   | <b>80</b> |
| <b>RECOMENDACIONES.....</b>  | <b>82</b> |
| <b>PROPUESTA DE PROTOCOLO PSICOEDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE<br/>IDEACIONES SUICIDAS EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE MÚSICA<br/>DE LA UNPHU.....</b> | <b>83</b> |
| <b>REFERENCIAS.....</b>  | <b>87</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>   | <b>98</b> |

## Índice de Tablas

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1. Prevalencia de ideación suicida.....        | 53 |
| Tabla 2. ¿Ha intentado hacerse daño?.....            | 54 |
| Tabla 3. ¿Ha elaborado un plan para suicidarse?..... | 55 |
| Tabla 4. Género.....                                 | 56 |
| Tabla 5. Edad.....                                   | 57 |
| Tabla 6. Ideaciones suicidas (SUI).....              | 58 |
| Tabla 7. Depresión (DEP).....                        | 50 |
| Tabla 8. Ansiedad (ANS).....                         | 61 |
| Tabla 9. Manía (MAN).....                            | 62 |
| Tabla 10. Paranoia (PAR).....                        | 63 |
| Tabla 11. Rasgos Límites (LIM).....                  | 64 |
| Tabla 12. Rasgos Antisociales (ANT).....             | 66 |
| Tabla 13. Agresión (AGR).....                        | 67 |
| Tabla 14. Estrés (EST).....                          | 68 |
| Tabla 15. Falta de apoyo social (FAS).....           | 69 |

## Índice de figuras

|  |    |
|--|----|
| Gráfica 1. Prevalencia de ideaciones suicida.....      | 53 |
| Gráfica 2. ¿Ha intentado hacerse daño?.....            | 54 |
| Gráfica 3. ¿Ha elaborado un plan para suicidarse?..... | 55 |
| Gráfica 4. Género.....                                 | 56 |
| Gráfica 5. Edad.....                                   | 57 |
| Gráfica 6. Ideaciones suicidas (SUI).....              | 58 |
| Gráfica 7. Depresión (DEP).....                        | 59 |
| Gráfica 8. Ansiedad (ANS).....                         | 60 |
| Gráfica 9. Manía (MAN).....                            | 62 |
| Gráfica 10. Paranoia (PAR).....                        | 63 |
| Gráfica 11. Rasgos Límites (LIM).....                  | 64 |
| Gráfica 12. Rasgos Antisociales (ANT).....             | 66 |
| Gráfica 13. Agresión (AGR).....                        | 67 |
| Gráfica 14. Estrés (EST).....                          | 68 |
| Gráfica 15. Falta de apoyo social (FAS).....           | 69 |

## **Índice de cuadros**

|   |    |
|---|----|
| Cuadro 1.1 Formas de Suicidio.....                      | 42 |
| Cuadro 2.1 Cinco grandes rasgos de la personalidad..... | 45 |

## **Dedicatoria**

A mi familia por siempre apoyarme, guiarme y motivarme a seguir adelante sin importar qué y a mantener la cabeza en alto. A mi madre, por siempre mantenerse a mi lado y no soltarme la mano. A mis abuelos por apoyarme y motivarme cuando lo necesitaba.

A Valentín Marzo y Altagracia Reyes, mis abuelos, por brindarme su apoyo incondicional en todo mi proceso de la universidad y siempre creer en mí.

A mis amigos, Michelle Mieses y Marlyn Martínez por siempre apoyarme y mantenerse fuertes conmigo en todo momento, escucharme y ayudarme en las buenas y en las malas. Gracias por siempre estar ahí para mí, por brindarme su apoyo y palabras de aliento que me ayudaron a salir adelante.

A los estudiantes música y a la facultad de Música de la UNPHU por permitirme realizar mi investigación allí y por cooperar con las pruebas y todo el proceso.

## **Agradecimientos**

A mi familia, por creer en mí y mantenerse siempre pendientes de mis avances. A mi abuela, que siempre trabaja el doble por ayudar, por mantenerme saludable y siempre ser hombro de apoyo para mí. A mi abuelo Valentín, por darme la oportunidad de poder dar lo mejor de mí y estudiar lo que me gusta.

A la institución por permitirme desarrollarme en ella, crecer como persona y profesional.

A mi asesora, Pat Olga, gracias por guiarme en todo el proceso que es, ser profesora, consejera y mi asesora de tesis. Por aconsejarme siempre que pudo, por ser una persona luchadora e inspirarme cada día con su arduo trabajo.

A mis profesores por enseñarme todo lo que hoy en día sé y guiarme en el camino, permitiéndome explorar diferentes temas descubriendo lo que realmente me gustan. A Mabelle Caamaño, por creer en mí, aconsejarme y permitirme usar su espacio siempre que se podía. Por facilitarme diferentes opciones y siempre estar dispuesta a ayudar. Por seguir motivándome a dar lo mejor de mí en todo momento. Gracias por ser educadora, guía y amiga.

## Resumen

Las ideaciones suicidas y los suicidios han ido aumentando a través de los años en el medio artístico, especialmente en los músicos. Los rasgos de personalidad y las ideaciones suicidas están estrechamente relacionadas, siendo estos un factor de riesgo a tomar en cuenta. El objetivo primordial de esta investigación es identificar la prevalencia de las ideaciones suicidas y los rasgos de personalidad, mediante una muestra de 60 estudiantes de música que cumplan con los criterios de inclusión. Para la recolección de datos se utilizó la Escala Columbia para Evaluar la Seriedad de la Ideación Suicida(C-SSRS) y el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI). Según los resultados obtenidos un 25% de la población expresó ideaciones suicidas, siendo este más frecuente en el sexo masculino se pudo destacar rasgos de personalidad que tienen tendencia a ser impulsivos, falta de apoyo social, buen manejo de las situaciones estresantes, pocas quejas de miedo ni de infelicidad con potencial autolesión.

*Palabras clave:* ideaciones suicidas, suicidio, autoagresión, depresión, personalidad, rasgos de personalidad, estudiantes música, arte, creatividad.

## **Abstract**

Suicide ideation and suicide has increased through the years in the arts environment, specially in musicians. Personality traits and suicide ideation come in hand, the first one being part of the risk factors to consider. The objective of this research is to identify suicide ideation's prevalence and personality traits, using a sample of 60 music students determined by the inclusion criteria. The Columbia Suicide Severity Rating Scale and The Personality Assessment Inventory were used to collect the data. According to the results obtained, 25% of the sample expressed suicide intentions in the scale, being more frequent in men. The personality traits found was a impulsive tendency, lack of social support, a good management of stressing situations and few fear and unhappiness complaints.

Key words: Suicide ideation, suicide, autoagression, depression, personality, personality traits, music students, arts, creativity.

## Introducción

El arte ha sido el lenguaje universal, inspirador, desarrollador de potencial, evocador de emociones, entre otras características con las cuales se le reconoce, entre ellas, una forma de expresión de estados psicológicos, es decir, que los artistas inmersos en sus obras llegan a establecer contacto con su interior y su entorno, lo cual les ayuda a reflejar o plasmar su identidad y definir sentimientos. Además, la música destaca la creatividad emocional con mayor fuerza desde que la persona inicia a interactuar conscientemente, mediante la composición musical o el uso de instrumentos musicales.

A su vez, las emociones ya sean positivas o negativas, son expresadas a través del arte. Los artistas llegan a manifestar en sus obras sentimientos como, lo divertido o hermoso, lo relajante o sereno, lo energizante o erótico, lo ansioso o molesto, lo triste o temeroso y las ideaciones suicidas, que también se llegan a reflejar del mismo modo.

Con el paso de los años, se han identificado diversos artistas que han mostrado los deseos de morir a través sus obras, las cuales han sido reconocidas como “un grito de ayuda”, como es el ejemplo de un poeta americano, que solía escribir poemas para distanciarse de sus pensamientos negativos, muere a sus 45 años al perder sus habilidades para escribir poemas y termina quitándose la vida. Es así, como el arte se ha mostrado como una vía para los artistas, mediante el cual pueden expresar sus sentimientos o deseos de terminar con sus vidas, los cuales no suelen ser percibidos de este modo, pero no quiere decir que no estén presentes (Lester & Stack, 2009).

Los músicos, según un estudio realizado en Cambridge por Roberts, Jaremin y Lloyd en el 2013, es una de las ocupaciones con mayor riesgo de suicidio con un 30 casi 40%.

Otro rasgo a destacar, es que las ideaciones suicidas en conjunto con el comportamiento suicida han presentado un incremento en la población artística, a través de los años las personas que estudian o se desenvuelven en el medio artístico se han visto afectados por diferentes trastornos mentales, en especial los trastornos de ánimo, siendo esto un factor de riesgo de suicidio (Stack, 1997).

Dichas ideaciones suicidas, son reconocidas como todos los pensamientos invasivos y repetitivos sobre la muerte autoprovocada, los métodos, circunstancias y/o condiciones deseadas por el individuo para morir (Eguilus, s.f.).

Los suicidios e ideaciones suicidas han estado relacionadas con los trastornos mentales, revelando una prevalencia de 80% a 100% en trastornos mentales de personas que han llevado a cabo el suicidio, entre ellos se encuentran los trastornos del ánimo (mayormente la depresión), entre un 6% a 15%, de pacientes diagnosticados con trastornos de personalidad, alcoholismo, esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos (World Health Organization, 2000).

Links & Kolla (citado en Montoya et. al. 2006), identifican diversas características de la personalidad de una persona con conducta suicida, dentro de las cuales se destacan: perfeccionismo, impulsivo-agresivo y con trastorno emocional. Los dos últimos son rasgos de pacientes con trastorno límite de la personalidad (borderline), el cual junto al trastorno depresivo mayor, ha sido relacionado estrechamente con el suicidio. Según Gallardo (2018). El trastorno borderline o límite de personalidad se caracteriza por tener muchos comportamientos impulsivos, problemas para empatizar, tienen también sentimientos de soledad.

Uno de los propósitos de la presente investigación es recopilar datos de ideaciones suicidas de estudiantes, en edades de 19 a 24 años, de la Escuela de Música de la UNPHU, evaluados mediante proceso de tamizaje con una escala de ideaciones suicidas, con miras a

identificar signos y síntomas emocionales que permitieran estratificar la población y la muestra, cuyos resultados presentaba la problemática estudiada.

El capítulo I, se encuentra una breve introducción al tema que se ha trabajado, además, describe de manera detallada el problema y la justificación de por qué se eligió este tema de investigación, así como los objetivos tanto a nivel general como específicos, que se plantearon para el desarrollo del presente estudio y las variables manejadas en la misma.

En el capítulo II, se desglosan las teorías que sustentan la manifestación de las ideas suicidas y su posible relación con el entorno del arte, los antecedentes de los temas, y cuáles variables psicoemocionales y de personalidad poseen en común, más aún, se presenta como los ejes transversales influyen en ciertas personas para la selección del arte como medio de expresión emocional y psicológica. Con el fin de la sustentación teórica y práctica del presente estudio.

Mientras que en capítulo III, se describen los métodos y materiales utilizados durante el proceso de investigación, el modelo de la misma, la forma de procesamiento de datos y los criterios tomados en cuenta.

Por último, en el capítulo IV se muestran los resultados arrojados, los cuales son correlacionándolos con otras investigaciones tomadas en cuenta en el marco teórico, en conjunto a la exposición de las conclusiones, discusiones y recomendaciones a tomar en cuenta.

## **Capítulo 1: Delimitación del tema**

### **1.1 Planteamiento del problema**

Las ideaciones suicidas, son propias de estados emocionales y mentales de sujetos depresivos, cuyos rasgos de personalidad facilitan estos tipos de pensamientos. A través de los años, se destacan síntomas repetitivos en las trayectorias comportamentales de artistas que presentan ciertas conductas que llaman la atención, como tendencias a crisis depresivas, crisis de ansiedad, crisis de angustias, brotes psicóticos, sensibilidad por el mundo externo o poca inteligencia emocional ante situaciones adversas.

Muchos de los artistas que han sido diagnosticados con psicopatologías, manifiestan como uno de sus síntomas principales los pensamientos y comportamientos suicidas. Así mismo, algunos no suelen reconocer o aceptar la necesidad de asistir a psicoterapia, por lo tanto, le estilan dar la atención que amerita su estado hasta que se agrava su sintomatología, llegando a perder el control de sus vidas, presentado una inestabilidad de pensamientos y emociones, en todas las áreas de sus vidas, dejándose dominar de ideaciones suicidas hasta la consumación del suicidio como tal.

Distintos casos de famosos como, Robbie Williams, Kim Jonghyun, Demi Lovato, Vicent Van Gogh, Belinda, Katty Perry, entre otros, sirven de referencia para este tema que compete al presente estudio (Kudo, 2013; El Comercio, 2017; Cuervo, 2018).

De las ramas del arte se seleccionó la música, debido que a nivel global es un estímulo al que la gente se encuentra más expuesta, es decir, que la música se manifiesta en todas las culturas. Ante la gran gama y la competencia musical, y la exposición pública de los artistas en los medios de comunicación e incluso de presión que estos reciben de su entorno, los artistas llegan a ser más propensos a sufrir de depresión, ansiedad o tener ideaciones suicidas, debido

a que se encuentran más comprometidos en su trabajo. De este modo, mediante la música, tienen la libertad de expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones más marcadas, plasmando cada uno de sus deseos en ellos, como una forma de catarsis, sin embargo, los espectadores, en lugar de verlos como un grito de ayuda, suelen percibirlo como una obra de arte (Cross & Cross, 2013; Lester & Stack, 2009).

La tasa de suicidio en artistas ha ido aumentando a través de los años, un estudio en Cambridge sobre ocupaciones con mayor riesgo de suicidio revela como entre los años 1980 y 2005, el número de suicidios en esta población aumenta considerablemente un 54%. En la misma revela como especialmente los músicos están dentro de las ocupaciones con mayor riesgo de suicidio con un 30 casi 40% (Roberts, Jaremin & Lloyd, 2013).

La salud mental es un problema mundial, según las estadísticas de la Organización Mundial de Salud (citado en Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004), mundialmente la prevalencia de los trastornos mentales son aproximadamente de 851 millones de personas, lo que constituye un 15% de la carga mundial de enfermedad y en aumento.

Según la información recopiladas de Santacruz, Gómez, Posada & Viracachá en el año 1995. (citado en Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004), sobre la depresión tanto leve, moderada, como severa, sugieren que jóvenes de nacionalidad colombiana entre 16-21 años de edad, muestran índices altos de depresión comparados con otro rango de edad.

De la misma forma, un estudio realizado en Estados Unidos por Department of Health and Human Services (Curtin et. al., 2016), mostró resultados significativos en el incremento entre adolescentes y adultos jóvenes entre los años 1999-2014, tanto entre mujeres como hombres. Además, obtuvieron que las causas de muertes más comunes hubieran sido por armas de fuego, envenenamiento, asfixia, entre otros.

Para el 2014 se registraron incrementos en los suicidios con armas de fuego, presentándose como la causa más frecuentes en hombres en un 55.4%, mientras que en mujeres la causa principal resulto ser por asfixia con una prevalencia de 34.1%. Los investigadores demostraron como la tasa de suicidio había cambiado, informando un aumento al 45% por parte del sexo femenino y un 16% del sexo masculino (Curtin et. al., 2016).

Cada vez la tasa de suicidio en personas con un trastorno del ánimo y/o trastorno de la personalidad, va aumentando. Más suicidios suceden día a día y entre ellos, más artistas y personas relacionadas con el arte se ven involucrados. Muchos de los casos suelen iniciar con simples pensamientos como “Quisiera dormir para siempre” o “¿Cómo sería si ya no estuviera?”, los cuales pueden ir acumulándose con el tiempo. Los rasgos de personalidad están directamente relacionados con las ideaciones suicidas, así mismo como los comportamientos autolesivos y el suicidio.

En otros artistas se ha observado el tema del suicidio y como ha ido aumentando, por esto surgió la necesidad de investigar a los estudiantes de música de la UNPHU sobre las ideaciones suicidas y los rasgos de personalidad que influyen de forma que se pueda actuar y buscar un enfoque de intervención adecuado para la prevención del suicidio en esta población.

## **1.2 Preguntas de investigación**

1. ¿Cuál es la prevalencia de las ideaciones suicidas en los estudiantes de música de la UNPHU, en edades de 19-24 años?
2. ¿Cuáles son los rasgos de personalidad que predominan en los estudiantes de música de la UNPHU, en edades de 19-24 años, que presenta las ideas suicidas?
3. ¿Cuál es la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en los estudiantes de música de la UNPHU, en edades de 19-24 años?

4. ¿Cuales otros síntomas psicoemocionales que se identifican en los estudiantes de música de la UNPHU, en edades de 19-24 años, que presenta las ideas suicidas?
5. ¿Cuáles son los datos sociodemográficos que prevalecen en estudiantes de música de la UNPHU en edades de 19-24 años, que presenta las ideas suicidas?
6. ¿Que estrategias de prevención y actuación en personas con ideaciones suicidas serian asertivas promover, como parte del autocuidado y abordaje, acorde a los datos arrojados por la investigación?

### **1.3 Justificación**

Este trabajo de investigación es realizado debido al sinnúmero de artistas que han manifestado comportamientos suicidas a lo largo de los tiempos, lo que es una consecuencia de constantes pensamientos obsesivos e intrusivos con contenido suicida. Estos pensamientos podrían estar relacionados a signos y síntomas psicoemocionales y a los rasgos de personalidad.

Los artistas expresan sus emociones, sensaciones y percepciones mediante las diferentes formas de arte. A través de los años, se ha revelado como diversos artistas que padecen de alguna psicopatología y como muchos tienden a sentirse más creativos cuando están en un nivel alto de melancolía, manía, etc., y que por ello es menos probable que busquen ayuda o tratamiento. Dichos comportamientos y afecciones van deteriorando la salud mental de la persona a través del tiempo.

En la República Dominicana, no se hay muchas investigaciones referentes a este tema, por lo cual esta puede servir de base a otras investigaciones futuras, y con ello buscar una manera de prevención que pueda mejorar la calidad de vida de manera general.

Entendiendo así, que desde hace años se ha observado una problemática en la población de artistas; actores, cantantes, pintores, bailarines, entre otros, esta investigación pretende identificar diferentes variables psicoemocionales que destacan los estudiantes de arte con ideaciones suicidas, en correlación con los rasgos de personalidad. Se pretende además, crear conciencia sobre esta población en específico a profesionales de la salud mental, acerca de la necesidad de brindar apoyo y acompañamiento psicológico durante su desarrollo profesional en el área de las artes. Lo cual podría prevenir el deterioro de su salud biopsicosocial.

### **1.3.1 Justificación a nivel personal**

Años tras años, se ha observado cómo va aumentando la tasa del suicidio y ha llevado a pensar en que muchas poblaciones sufren por debido a este tema, entre ellas se quiere hacer énfasis en los estudiantes de arte y artistas, quienes se alega que son “personas que sus problemas no son tan graves como los demás”, sin detenerse a pensar en qué exactamente pasa por la cabeza de alguno de ellos y si realmente son una población a la que hay que prestarle atención médica.

La carrera de artes es considerada por muchos como “fácil” o “relajante” pero las personas no piensan en la carga emocional, social, familiar que podrían tener, por esto se ha decidido investigar acerca de las ideaciones suicidas de esta población y buscar los síntomas de ansiedad y depresión, además de los rasgos de personalidad que lo acompañan, de forma que se logre hacer un llamado a concientizar a la sociedad sobre dicha población en riesgo.

### **1.3.2. Justificación nivel psicológico**

La psicología siempre ha mostrado interés en las ideaciones suicidas y los factores que influyen en ellos, así mismo como en los niveles de afrontamiento que poseen las personas para resolver el situación o problema (Pinzón et. al., 2013).

Del mismo modo, las ideaciones suicidas van de la mano con los síntomas de depresión, bajo autoconcepto, síntomas de ansiedad y otros posibles trastornos psicológicos. Por tanto, está directamente relacionado con la psicología, la cual estudia el pensamiento y el comportamiento humano, así como el mejoramiento de la calidad de vida de las personas. Además del impacto emocional que causa en las personas cercanas o conocidas pueden sentirse culpable, vergüenza, una inquietud por no poder hacer algo para prevenirlo (Clayton, 2018).

Esta investigación tiene como finalidad, aportar a los profesionales de la salud mental toda la información relevante que permita, en el caso de la Psicología Clínica, tener herramientas para abordar y acompañar a los estudiantes de cualquiera de las manifestaciones del arte, buscando así, la prevención del deterioro de la salud mental de los mismos y de una posible muerte por causa de suicidio.

### **1.3.3. Justificación a nivel científico**

“Para los profesionales que se enfocan en el área de la salud, como aquellos especializados en neurociencias, psiquiatras, psicólogos, entre otras áreas de desempeño científico, las estadísticas de sus estudios más recientes muestran un alto porcentaje de mortandad a causa de suicidio, así que por lo tanto, las informaciones que se pretenden aportar en esta investigación de carácter actualizado, busca exponer una data relevante como marco de referencia, específicamente en lo relacionado con las ideaciones suicidas, sus causas, así como los factores inherentes a estos temas”.

## **1.4 Objetivos**

### **Objetivo general**

1. Identificar la prevalencia de ideaciones suicidas y los rasgos de personalidad en los estudiantes de la UNPHU de la Escuela de Música, en edades de 19-24 años en el periodo de Enero 2019 a Septiembre 2020.

### **Objetivos específicos**

1. Determinar la prevalencia de las ideaciones suicidas en estudiantes de la UNPHU de la Escuela de Música, en edades de 19-24 años en el periodo de Enero 2019 a Septiembre 2020.
2. Estratificar la prevalencia de los rasgos de personalidad en estudiantes de la UNPHU de la Escuela de Música, en edades de 19-24 años en el periodo de Enero 2019 a Septiembre 2020.
3. Determinar otros síntomas psicoemocionales que se identifiquen en estudiantes de la UNPHU de la Escuela de Música, en edades de 19-24 años en el periodo de Enero 2019 a Septiembre 2020.
4. Registrar la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes de la UNPHU de la Escuela de Música en edades de 19-24 años en el periodo de Enero 2019 a Septiembre 2020.
5. Describir los datos sociodemográficos que prevalecen en estudiantes de la UNPHU de la Escuela de Música, en edades de 19-24 años en el periodo de Enero 2019 a Septiembre 2020.

6. Identificar estrategias de prevención y actuación en personas con ideaciones suicidas serían asertivas promover, como parte del autocuidado y abordaje, acorde a los datos arrojados por la investigación.

## 1.5 Operacionalización de las variables

| Objetivos   | Variables  | Indicadores                       | Fuentes           | Escalas |
|---|--|-----------------------------------|-------------------|---------|
| <b>General</b><br>Identificar la prevalencia de ideaciones suicidas y los rasgos de personalidad en los estudiantes de la Escuela de Música de la UNPHU, en edades de 19-24 años. | Prevalencia  | Porcentaje de las ideas suicidas  | PAI<br>C-SSRS     | Nominal |
| <b>Específicos 1</b><br>Determinar la prevalencia de las ideaciones suicidas.   | Ideaciones suicidas  | Evaluación de suicidio            | C-SSRS            | Ordinal |
| <b>Específicos 2</b><br>Conocer la prevalencia de los rasgos de personalidad.   | Rasgos de personalidad,  | Resultado de la prueba            | PAI               | Nominal |
| <b>Específicos 3</b><br>Determinar otros síntomas psicoemocionales que se identifiquen en la muestra seleccionada.  | Psicoemocionales : impulsividad, infelicidad, autoestima, entre otros. | Resultado de prueba               | PAI               | Nominal |
| <b>Específicos 4</b><br>Identificar la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión  | Ansiedad y depresión   | Resultado de prueba               | PAI               | Nominal |
| <b>Específicos 5</b><br>Identificar los datos socio-demográficos que prevalecen en la muestra seleccionada.   | Edad, Género   | Cuestionario de historial clínico | Historial Clínico | Nominal |
| <b>Específicos 6</b>  | Estrategias de prevención  | Información                       | Investiga-        | Nominal |

|  |  |                                    |            |  |
|--|--|------------------------------------|------------|--|
| Identificar estrategias de prevención y actuación en personas con ideaciones suicidas serian asertivas promover, como parte del autocuidado y abordaje, acorde a los datos arrojados por la investigación. |  | encontrada y resultados de prueba. | ción y PAI |  |
|--|--|------------------------------------|------------|--|

## 1.6 Alcances y Limitaciones

### Alcances

En la investigación se identificó la prevalencia de las ideaciones suicidas junto con los rasgos de personalidad, de los cuales las escalas predominantes fueron utilizadas para la identificación de correlación entre ambas.

Se realizó una descripción de la personalidad a modo de definición de la población seleccionada, en correlación con la prevalencia de las ideaciones suicidas.

### Limitaciones

1. El tiempo, una de las limitantes del estudio fue el tiempo de estudio y vacaciones que se le dan a los estudiantes al final de cada cuatrimestre.
2. El rango de edad, debido a que muchos de los estudiantes no cumplían con el rango de edad seleccionado para la muestra.
3. La disposición de colaboración por parte de la muestra, varios de los estudiantes no estaban de acuerdo en ser parte de la investigación.
4. Disponibilidad de los estudiantes para continuar con el proceso de evaluación.

## **Capítulo 2: MARCO TEÓRICO**

## Capítulo 2 – Marco Teórico

### 2.1 Marco Conceptual

Acto suicida: cuando el individuo se hace daño a sí mismo de manera consciente (Osnaya et. al., 2007).

Afrontamiento: son esfuerzos tanto cognitivos como conductuales que permite a la persona manejar las diferentes situaciones de estrés psicológico, independientemente de las consecuencias (López & Sebastián, 2002).

Agresión: conducta cuya intención es dañar a una persona u objeto (Dollard et al, Citado en Ortiz et. al, 2006)

Astenia: fatiga, falta de energía y motivación, agotamiento o cansancio (Casanovas, 2009).

Esquizofrenia: según Tamminga (2018), es una afección que se caracteriza por la pérdida de de contacto con la realidad, percepciones y creencias no verdaderas, habla y conductas desorganizadas, así como también afección aplanada y disfunción laboral y social.

Estrés: es una respuesta que se manifiesta por pensamientos, sentimientos y acciones ante una situación de amenaza (Orlandini, 2012).

Comportamiento suicida: es constante e incluye los pensamientos obsesivos y consistentes de ideaciones suicidas en sus diferentes expresiones (intentos, amenazas, acciones autolesivas, incluso el acto de cometer suicidio) (Barrero, 1999).

Depresión: Según Sejías (2014) “es una alteración patológica del estado del ánimo con un descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de

tipo vegetativo, emocionales, cognitivos y conductuales que alteran los ritmos vitales y persisten por tiempo prolongado”.

Ideaciones suicidas: son pensamientos que se tienen acerca de terminar o acabar con la propia vida (Osnaya et. al., 2007).

Manía: es una alteración del ánimo excesivamente eufórico y altos niveles de energía de manera repetitiva (Castillero, s.f.).

Paranoia: es un pensamiento asociado a los trastornos mentales, en los cuales tiende a creer que todo lo que ocurre es a causa de un mismo hecho y que entidades misteriosas ocultan una verdad pero solo una persona es capaz de ver (Trigilia, s.f.).

Paralesión o autolesión: son aquellas heridas o lesiones causadas de manera deliberada sin una intención suicida, mayormente son causadas en la piel (Zaragozano, 2017).

Parasuicidio: es un acto con consecuencia no letal el cual el individuo lleva a cabo de manera voluntaria o deliberada con una conducta no habitual con amenaza de muerte, que sin la intervención de otros le causara autodaño (Reyes & Torres, 2001).

Personalidad: la personalidad ha sido considerada como un conjunto de características de un individuo con un patrones de pensamiento, sentimientos y comportamientos, así como también los mecanismos psicológicos inherentes a los mismos (Nichols, 2015).

Psicosis: se refiere a la alteración de los pensamientos y percepciones del individuo, así mismo como una cierta pérdida de contacto con la realidad. (Soler, 1992)

Rasgos de personalidad: son patrones de pensamientos, sentimientos y conductas que caracterizan la manera de actuar de una persona a lo largo del tiempo (Diener & Lucas, 2019)

Suicidio: se le llama así a todo caso de muerte indirecta o directamente de un acción negativa o positiva, cumplido por la víctima misma, que sabía debía producir ese resultado (Barrionuevo, 2009).

Trastornos alimenticios: este trastorno supone un desequilibrio o perturbación de la imagen corporal en su representación mental, ya sea perceptivo, cognitivo-afectivo y conductual (Lameiras, et. al. 2002).

Trastorno depresivo mayor: es una enfermedad del ánimo la cual está asociada a síntomas de origen emocional, vegetativos y físicos (Ruiz, et. al. 2007).

Trastornos del sueño: es un trastorno que provoca cambios en la forma de dormir (Mayo Clinic, 2019).

Trastorno límite de la personalidad (borderline): es aquel se caracteriza por la inestabilidad e hipersensibilidad en las relaciones interpersonales, imagen personal, impulsividad y cambios bruscos del estado de ánimo (Skodol, 2018).

Trastorno de síntomas somáticos: se caracteriza por diversos la presencia persistente de pensamientos, sentimientos, conductas excesivas relacionadas a los síntomas (Dimsdale, 2018).

Neurotransmisores: son sustancias químicas del cerebro creadas por el cuerpo, que envían la información de neurona a otra. (García-Allen, s.f)

Serotonina: es un neurotransmisor que desempeña un papel importante en el estado de ánimo, bajos niveles de este neurotransmisor se asocian a la depresión y la obsesión. (García-Allen, s.f)

Monoaminas: son los neurotransmisores que se encargan de recibir y liberar la información para cada una de las actividades que realizamos. Así como también son las encargadas de la atención y estados emocionales (Rivera, 2020)

Trastorno antisocial: se caracteriza porque la persona distingue entre el bien y el mal e ignora los sentimientos y los derechos de las demás personas. Suelen ser manipuladores o comportarse de forma cruel con otros. (Mayo Clinics, 2020)

## **2.2 Antecedentes de suicidio**

El suicidio como acto, es una consecuencia de estados de ánimo patológicamente descontrolados, como parte de un episodio, crisis o brote psicótico en personas diagnosticadas o no, con un trastorno y/o cuadro depresivo. Según los criterios desencadenantes del diagnóstico, el paciente inicia con pensamientos o ideaciones suicidas constantes, la mayoría de las veces no siempre las expresan explícitamente, pero permanecen latentes en el inconsciente, cuando aparece un detonante importante, interno y/o externo, que rebasa el control emocional y mental de quien lo padece, puede entonces culminar en un acto suicida o en muerte por suicidio.

La tasa de suicidio en artistas ha ido aumentando a través de los años, un estudio en Cambridge sobre ocupaciones con mayor riesgo de suicidio revela como entre los años 1980 y 2005, el número de suicidios en esta población aumenta considerablemente un 54%. En la misma revela como especialmente los músicos están dentro de las ocupaciones con mayor riesgo de suicidio con un 30 casi 40% (Roberts, Jaremin & Lloyd, 2013).

Un estudio realizado por Carton, Carton & Vazquez (2010), sobre un análisis de biografías de 30 músicos desde el año 1968, nos revela que el riesgo de suicidio en músicos es elevado. El mismo muestra que un 33% tenía un trastorno afectivo y que un 85% de la

población tenía antecedentes o estaban en tratamiento. Entre los procesos más frecuentes se encuentra que por asfixia y/o por una sobredosis de una sustancia tóxica.

Así mismo, otro estudio en Perú realizado por Chalco y Rojas (2018), a estudiantes de música, se puede observar que un 20% de los encuestados presentaron ideaciones suicidas, entre estos, los antecedentes más comunes eran antecedentes de intento de suicidio, baja autoestima, depresión y una familia poco saludable.

En relación a esto, un estudio realizado en Inglaterra con 162 artistas intérpretes, entre 26 bailarines, 65 músicos, 33 actores y 38 cantantes, determinó que según el Perfil de Personalidad de Eysenck y una lista de control de síntomas de estrés, los actores mostraron ser extrovertidos y expresivos, los bailarines manifestaron ser más propensos a ser infelices, ansiosos, hipocondriacos y con baja autoestima, demostrando que hay una gran incidencia de 47% de depresión en artistas y un 38% de ellos eran bailarines (Marchant-Haycox & Wilson, 1992).

Otros autores como Jamison & Andreasen (citados en Santamaría & Sánchez, 2012) realizaron un estudio en el que se mostraba una alta prevalencia de depresión, hipomanía y ciclotimia en personas reconocidas del medio artístico. Estos encontraron una relación entre los trastornos psicóticos, trastornos por consumo de sustancias y trastornos de personalidad.

Con respecto a esto, se ha demostrado que distintos pintores, músicos, actores y actrices, entre otros artistas, han sufrido de algún trastorno del estado de ánimo o ansiedad, o bien puede ser que ambas entidades nosológicas. Dentro de los estudios de casos de artistas famosos que han fallecido a causa de suicidio, se encuentra Vincent Van Gogh, pintor reconocido a nivel mundial por su autorretrato, que padecía de un trastorno bipolar tipo I, en una de sus crisis maníacas cortó su oreja, y tiempo después su posterior suicidio (El Universal, 2016).

Por otro lado, en Lima (Perú), en la zona metropolitana, se realizó un estudio epidemiológico (2002) donde a inicio de la investigación se reflejaron prevalencias de episodios depresivos de 18.2% y en el último mes de 6.6%. Huaraz, Cajamarca y Ayacucho, evidenciaron una prevalencia de vida de episodio depresivo de 16.2% y en el último mes del estudio de 5.8%, mientras que en la zona selvática en las ciudades de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto, en el año 2004, se obtuvo una prevalencia de vida de 21.4% y en el último mes de 2.1% (Mori & Caballero, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reveló datos importantes acerca de la depresión en la República Dominicana, mostrando un 4.7 % de casos (Organización Mundial de la Salud, 2017). La depresión es la principal causa de ideas suicidas y de la mortalidad por causa de suicidio a nivel mundial. “De acuerdo con los datos de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) la tasa nacional de suicidio ha aumentado en casi un 32% desde el año 2000, pasando de 5 suicidios por cada cien mil habitantes mayores de cinco años a casi 7 en 2014” (Piña, 2015).

Según el Listín Diario, en un artículo escrito por Pichardo (2017) titulado: “*Se registran 3,629 suicidios en el país durante los últimos seis años*”, aclaró que las ideas suicidas eran pensamientos producto de estados psicóticos latentes que pueden convertirse tarde o temprano en comportamientos o actos suicidas, o peor aún, conllevar finalmente al suicidio. Además, Pichardo (2017), refirió que “se presenta un aumento en la tasa de suicidio en la República Dominicana, y que hasta la fecha se habían registrado un total de 3,629 suicidios entre los años del 2011 y 2017, siendo por ahorcamiento el método más común utilizado por los fallecidos con al menos 1,726 muertes, lo que representaba aproximadamente el 47% de los casos. También, que el promedio de suicidios desde 2011 al 2016 fue de 586 suicidios por año. Y que

con respecto a esto, el año con mayor cantidad de suicidios registrado fue 2012, con 641 fallecimientos, mientras, en el 2015 solo 547 fueron registradas como suicidio.”

El psiquiatra, Dr. José Miguel Gómez, quien ex presidente de la Sociedad Dominicana de Psiquiatría, refirió que una de las primeras causas, tanto mundialmente como a nivel nacional, es la depresión y por ende es esta enfermedad o estado emocional severo lo que subyace en las ideas suicidas, y que un 95% de los actos que culminan en muerte por suicidio, lo cual puede estar vinculado a otros problemas de ámbito social y cultural (Piña, 2015).

De la misma forma, Caffè (Listín Diario, 2019), asesora de la OPS habla acerca del análisis de mortalidad por suicidio, en el estudio que realizaron se encontró que entre las edades de 15 a 24 años es más propenso a que ocurra el suicidio, presentándose comúnmente en hombres más que en mujeres.

La Organización Mundial de la Salud reveló además, que hay una gran incidencia de casos de ansiedad y depresión, la cual ha ido incrementado en los últimos diez años (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Entre los artistas que según sus autopsias han fallecido por suicidio, se pueden mencionar a Ian Curtis en el año 1980, el cual fue un músico e integrante de la agrupación Joy Division, el mismo sufría de epilepsia a pesar de que los médicos no encontraran algún factor físico que lo determinara así. Se dice que los conciertos junto con el estrés hacían que el músico sufriera crisis de ansiedad y depresión. Curtis es encontrado ahorcado en su cocina (Gutiérrez, 2017).

Amy Winehouse en el 2011, en este caso el ex esposo de la famosa cantante cuenta que Amy había intentado suicidarse dos veces antes de su muerte. Después de que ellos terminaran, Amy se vió consumida por una profunda depresión y consumo de medicamentos junto con un

trastorno alimenticio. Amy le admitió a su ex esposo que ella se había autolesionado. Amy muere en 2011 debido a altos niveles de alcohol en su organismo (Bellver, 2016).

Lee Thompson Young en el año 2013, el actor quien había estado sufriendo de depresión por unos años antes de su muerte. Thomson es encontrado muerto en un apartamento en Beverly Hills, por una bala auto-infligida (Díaz, 2013).

McCready en el año 2013, cantante de música Country muere con por un tiro en el cabeza auto-infringido después de ser acusada de homicidio contra el padre de uno de sus hijos y diversos factores situacionales (Duke, 2013).

Otro caso es Robín Williams en el 2014, actor reconocido por sus grandes películas de comedia, cometió suicidio después de ser diagnosticado con Parkinson a los 63 años, sin embargo, este solo fue la gota que rebaso el vaso, ya que venía sufriendo de ideaciones, actos suicidas, con una depresión subyacente. A su vez, Demi Lovato, una cantante y actriz americana, presento síntomas de automutilación por varios años, no es referida a un psicólogo hasta que la situación pasa a mayores (Kudo, 2013; Cuervo, 2018).

Por otro lado, es importante resaltar que en solo un mes en el transcurso del 2017, fueron reportados tres artistas que cometieron suicidio, entre ellos, Chris Cornell, la cabeza de la banda Soundgarden, quien fue encontrado atado al cuello con una correa en el baño de su cuarto de un hotel donde se quedaba, Chester Bennington, vocalista de la famosa banda Linkin Park, fue encontrado ahorcado, el cantante había expresado en entrevistas sus pensamientos sobre suicidarse (Ávila, 2017).

Kim Jonghyun, un artista surcoreano de gran influencia fue diagnosticado con depresión, el mismo recibió atención psicológica cuando ya la situación era grave e inestable (El Comercio, 2017).

En República Dominicana, se destaca el caso del famoso Eduardo Brito, un cantante de ópera dominicano, quien permaneció por un largo tiempo en el Manicomio de Nigua, San Cristóbal. El mismo, padecía de sífilis cerebral, la cual le producía delirios y trastornos nerviosos (Tineo, 2015).

### **2.3 Psicosis**

El Servicio Nacional de Salud (2019) habla sobre la psicosis, la cual es una pérdida de contacto con la realidad. Así mismo, una alteración de los pensamientos y percepciones del individuo, donde el mismo ve y escucha cosas que otros no pueden (alucinación), del mismo modo tener creencias que no son ciertas (delirio).

Los síntomas principales de la psicosis son las alucinaciones y los delirios.

- Los delirios son la alteración de las creencias o ideas falsas que no es compartida por los demás o es interpretada de manera errónea, como una conspiración rusa está buscándole o que la policía está conspirando en su contra (Pinzón, 2017 & Servicio Nacional de Salud, 2019).
- Alucinación: es una falsa percepción en el que el individuo puede ver, escuchar, oler, sentir cosas que solo existen en su mente. Aunque estas puedan sentirse muy reales (Servicio Nacional de Salud, 2019).

### **2.3.1 Psicosis y Depresión**

La psicosis es uno de los factores de riesgo que está enlazado con las ideaciones suicidas, conducta suicida y el suicidio. Se ha observado que pacientes con trastornos psicóticos tienen niveles más altos de ideaciones suicidas que los que no tienen algún trastorno psicótico (Warman et. al., 2004).

Aunque la psicosis está estrechamente relacionada con la esquizofrenia, no es única de este trastorno, podemos relacionar la psicosis a la depresión. La Depresión Psicótica según Nebot (2018), es un subtipo del Trastorno Depresivo Mayor con síntomas psicóticos. Los síntomas de la misma se incluye la desesperanza, las ideaciones suicidas, alteraciones de los procesos cognitivo, insomnio, impulsividad, entre otras (Nebot, et. al., 2018).

Así mismo, personas con depresión psicótica tienen más probabilidad de tener ideaciones suicidas o cometer suicidio que las persona solamente con un trastorno de depresión mayor sin psicosis (Warman et. al., 2004).

Un estudio realizado por Warmar y otros (2004), reveló que pacientes con algún trastorno psicótico obtuvieron puntuaciones más altas en ideación suicida e intento de suicidio que personas sin algún trastorno psicótico.

## **2.4 Depresión**

Seijas (2014), habla de que la depresión “es una alteración patológica del estado del ánimo con un descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, cognitivos y conductuales que alteran los ritmos vitales y persisten por tiempo prolongado de al menos dos semanas.”

De una manera más detallada podremos ver la sintomatología de la depresión, según Opazo (2018) donde se encuentra los siguientes criterios:

- Persistencia de tristeza, ansiedad o vacío existencial.
- Desesperanza y/o pesimismo.
- Sentirse culpable, inútil, y/o impotente.
- Irritabilidad, inquietud.
- Pérdida de interés en las actividades consideradas placenteras, incluso las relaciones sexuales.
- Astenia.
- Dificultades cognitivas, como el recordar detalles, concentrarse y tomar decisiones.
- Trastornos del sueño: insomnio, despertar muy temprano o dormir en exceso.
- Trastornos del apetito: comer excesivamente o presentar anorexia.
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio.
- Dolores y molestias persistentes, como cefaleas, cólicos, o problemas digestivos que no ceden ante el tratamiento.

#### **2.4.1 Etiología de la depresión**

Una de las posibles causas del trastorno depresivo se encuentra la bioquímica, que habla acerca de los neurotransmisores, son moléculas que se localizan de manera natural en el cerebro, cuya función es regular el estado de ánimo, así como la dopamina, catecolamina, noradrenalina. Los bajos niveles de serotonina, siempre son asociados a la depresión (Opazo, 2018).

También se ha podido determinar científicamente, que el trastorno como tal de la depresión puede ser heredado de generación en generación. La depresión es más común en

personas con familiares de sangre también padecen de este trastorno, aunque aún los investigadores siguen buscando genes que puedan ser origen de la depresión (Mayo Clinic, 2018).

Por otro lado, la depresión, puede ser causado por una alteración o cambios en las hormonas, ya sea por un embarazo, menopausia, problemas de tiroides, entre otras afecciones médicas (Mayo Clinic, 2018).

#### **2.4.2 Aspectos psicofisiológicos de la depresión y las ideaciones suicidas**

Es importante destacar los síntomas fisiológicos a la hora de hablar de la depresión y las ideaciones suicidas, entre ellos se encuentran: la alteración del apetito, las alteraciones del sueño, la reducción del deseo sexual y las molestias somáticas, fatiga, astenia (Cardozo, Guarino & Rodón, 2016).

Estas manifestaciones tienen que ver con la activación de los hemisferios cerebrales y el sistema límbico, específicamente en el desajuste de hormonas como la noradrenalina, serotonina, acetilcolina y las endorfinas (Cardozo, Guarino & Rodón, 2016).

En la depresión existe un desequilibrio en los neurotransmisores, dentro de los cuales se hace énfasis en el funcionamiento del ácido gamma aminobutírico (GABA), el cual está relacionado con el suicidio, cuando existe una gran concentración del mismo hay probabilidades elevadas de riesgo de suicidio (Salazar et. al., 2014).

En Salazar et. al. (2014), se habla sobre la importancia de las amígdalas en los procesos internos y las conductas motivadas, la cual esclarece un desequilibrio de GABA asociado a la toma de decisiones del individuo. La toma de decisiones va deteriorando la capacidad del

individuo de tomar iniciativa, así mismo como la capacidad de confrontar los problemas de la vida.

### **2.4.3 Aspectos psicoemocionales y psicosociales de la depresión y las ideaciones suicidas**

Entre los aspectos psicoemocionales de la depresión, Royo & Martínez (2012), encontraron tristeza, disminución de la autoestima, pensamientos negativos (de soledad, vacío, incompreensión, culpa), ideas de inutilidad e ideas de muerte o suicidio y alteraciones del humor como la irritabilidad. Mientras, entre los aspectos psicosociales Salud Madrid (citado en Villar, 2018), detectó la apatía, pérdida de interés por actividades, haber sufrido abuso o maltrato, poco apoyo emocional, aislamiento o rechazo social, bajo estatus social. También entre otros factores psicosociales se podría identificar situaciones de estrés en el día a día, tales como separaciones o pérdidas (Coryell, 2005).

## **2.5 Suicidio**

Según Emilio Durkheim (Barrionuevo, 2009), se llama suicidio a “todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, cumplido por la víctima misma, que sabía debía producir ese resultado”.

Por otro lado, Gutiérrez-García, Contreras & Orozco-Rodríguez (2006), determinaron que estudios epidemiológicos arrojan que entre los géneros femenino y masculino, los individuos pertenecientes a este último son los que más suicidio cometen. En cambio, en el género femenino son las que realizan en mayor cantidad los intentos suicidas, ya sea ingiriendo pesticidas o medicamentos.

De igual forma, en estudios recientes se ha evidenciado un aumento en el número de suicidios entre los jóvenes de 15 a 24 años, siendo esto más común entre personas que anteriormente recibían tratamiento por un psiquiatra, con trastornos de personalidad o antecedentes de abuso de sustancias e historias de intentos de suicidio (Gutiérrez-García, Contreras & Orozco-Rodríguez, 2006).

El comportamiento suicida es constante e incluye los pensamientos obsesivos y consistentes de ideaciones suicidas en sus diferentes expresiones (intentos, amenazas, acciones auto lesivas, incluso el acto de cometer suicidio). Cualesquiera de estos indicadores son considerados riesgosos para la vida del individuo que lo presenta (Barrero, 1999).

Según Barrero (1999), las amenazas son expresiones tanto verbales como escritas del deseo de morir. Los gestos son acciones que no se llevan a cabo, como tomar las pastillas en las manos pero sin tomarlas; y el intento suicida, para suicidio o autolesión, es hacerse daño de forma deliberada.

Vargas & Saavedra (2012), nos dicen que los gestos y amenazas suicidas son manifestaciones que si llegaran a ser realizados, podría provocar daño severo o incluso la muerte del individuo. Estos comportamientos suelen ser subestimados por los demás y normalmente son unas de las manifestaciones más frecuentes en las personas propensas a conductas suicidas.

Diferentes autores han referido informaciones distintas sobre los diferentes pensamientos que se podrían presentar como el deseo de quitarse la vida, la representación suicida, la ideación suicida con un plan indeterminado y la ideación suicida con una planificación determinada (Barrero, 1999; Vargas & Saavedra, 2012).

Según Gallardo (2018), investigaciones han mostrado que las personas con tendencias o ideaciones suicidas tienden a tener un tipo de personalidad con rasgos comunes de impulsividad, baja autoestima, pocas habilidades sociales, sentimientos de soledad y falta de estrategias asertivas de afrontamiento. A pesar de esto, existen numerosos factores de riesgo del suicidio, el principal y el que se ha observado de manera más frecuente es la depresión tanto como síntoma y enfermedad.

### **2.5.1 Ideaciones suicidas**

Las ideaciones suicidas se consideran pensamientos obsesivos persistentes, así como verbalizaciones de manera recurrente de autoagredirse, autolesionarse o auto provocarse la muerte. Según el estudio de Bella, Fernandez & Willington (2010), de las patologías más asociadas con ideaciones suicidas y/o intento de suicidio, son la depresión con un 29.27%, seguido por los desórdenes de conducta, con un 24.39% como son los diversos trastornos en los que podemos incluir el trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad, esquizofrenia, trastorno biomorfo corporal, abuso de sustancias, trastorno de ansiedad y entre ellos el más destacado o el más común está el trastorno depresivo mayor (Gerónimo & Sena, 2018).

### **2.5.2 Intento suicida**

El intento suicida es una acción con consecuencia no letal el cual la persona lleva a cabo de manera voluntaria o deliberada una conducta con amenaza de muerte, sin una intervención apropiada de otros podría traer como consecuencia la autolesión (Reyes & Torres, 2001).

### **2.5.3 Paralesión o autolesión**

Las paralesiones son aquellas heridas o lesiones causadas de manera deliberada sin una intención suicida, mayormente son causadas en la piel (Zaragozano, 2017).

También determinado como gesto suicida, estas autolesiones indican que la persona tiene la intención de morir o alguna otra finalidad. Estas pueden provocar lesiones y al mismo tiempo puede que no provoque ninguna lesión o simplemente provocar la muerte. (Álvarez Ariza et. al., 2010)

## **2.6 Prevención del suicidio**

Para prevenir el suicidio hay que tomar en cuenta los diversos factores de riesgo. Según Álvarez Ariza, et. al. (2010), los factores de riesgo asociados a la conducta suicida a tomar en cuenta son:

- Factores individuales: Dentro de los cuales se incluyen los Trastornos mentales tales como la depresión, trastorno bipolar, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, abusos de sustancia, conducta alimentaria, personalidad, impulsividad, agresión. Así como también los factores psicológicos (desesperanza, impulsividad, rigidez cognitiva, entre otros), intentos anteriores de suicidio e ideación suicida, sexo, edad, causas genéticas, enfermedad física o discapacidad.
- Factores familiares y contextuales: Historia familiar anterior de suicidio, eventos importantes y estresantes, factores sociofamiliares y ambientales (apoyo sociofamiliar, religión, etnia, nivel socioeconómico, educativo y situación laboral) y la exposición.
- Otros factores: Historia de abuso o maltrato, orientación sexual, acoso, acceso sencillo a armas/medicamentos/sustancias tóxicas.

La evaluación de del riesgo suicida es una parte importante a la hora de hablar de prevención del suicidio. Las herramientas más importantes a la hora de realizar la evaluación de riesgo de suicida son la entrevista clínica en la cual se recoja información de ayuda al

abordaje del riesgo suicida y la escala de evaluación que es un instrumento psicométrico que pretende evaluar el riesgo suicida (Álvarez Ariza, et. al., 2010).

Al contrario de los factores de riesgo podemos encontrar los factores que protegen a las personas contra el riesgo de suicidio. Estos son: las relaciones personales estables y sólidas, la religión o creencias espirituales, prácticas positivas y eficaces de afrontamiento y bienestar como modo de vida (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Entre las estrategias de suicidio encontradas más utilizadas, se encuentra la psicoeducación que busca como objeto principal brindar información de la enfermedad o problemática, ya sea individual o grupal y así poder prevenir las tendencias suicidas y disminuir los síntomas al mismo que tiempo que aumenta la calidad de vida de las personas, su capacidad de resolver problemas y la motivación. (González Salas, 2016)

Así mismo, otra de las estrategias de prevención consiste en formar grupos de apoyo entre los pacientes o entre la comunidad, en el cual se puede incluir familiares y/o personas capacitadas para orientar y brindar ayuda. Como también el fomentar los factores protectores de los individuos con ideaciones suicidas. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

## **2.7 Ansiedad**

La ansiedad ha sido un tema muy estudiado a través de los años. De manera general se puede definir la ansiedad como combinación de manifestaciones tanto físicas y mentales las cuales llevan al individuo a mantenerse en un estado de alerta ante el peligro y/o amenaza inminente y no se pueden atribuir a peligros reales (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

En la misma intervienen procesos químicos del cerebro como el neurotransmisor GABA el cual a veces funciona como ansiolítico y otras como generador de angustia. Del mismo modo, la amígdala y el hipocampo se encargan de transmitir la angustia. (Orozco & Baldares, 2012).

Según Spielberg (citado en Ries et. al., 2012) la ansiedad puede clasificarse en ansiedad como estado emocional y ansiedad como rasgo. La primera categoría se define como un conjunto de sentimientos de tensión, pensamientos molestos, nerviosismo, entre otros que pueden cambiar con el tiempo. La ansiedad como rasgo no se ve tanto en la conducta de un individuo, sino que la persona puede percibir ciertas como amenazantes (Ries. et. al., 2012).

### **2.7.1 Ansiedad como rasgo de personalidad**

La ansiedad como rasgo es relativamente estable y no se manifiesta de manera directa en la conducta del individuo sino que tiene tendencia a percibir situaciones como amenazantes. Los mismos tienen una predisposición a sufrir ansiedad por estado con mayor intensidad (Ries. et. al., 2012).

Se puede entender la ansiedad-rasgo como un estado de alerta y la valoración que le da el individuo a las diferentes situaciones de la vida cotidiana que tienden a ser percibidas como amenazantes (Valdés, 2016).

La prevalencia de la ansiedad como rasgo, según la investigación de Caro, Trujillo y Trujillo (2019) es de 26% de nivel alto y un 49% de nivel normal. En los estudiantes se muestra que 62% son mujeres entre las edades de 19 a 24 años.

Para evaluar la ansiedad como rasgo existe un cuestionario llamado Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo, creado por Spielberg y otros en el año 1973 (Valdés, 2016).

### **2.7.2 Ansiedad patológica**

La ansiedad se refiere al miedo, nerviosismo, tensión y estados psicopatológicos ya sea como signos y síntomas de algún trastorno relacionado con la ansiedad o un trastorno de ansiedad como tal (Sarudiansky, 2013).

La misma se convierte en patología cuando se vuelve inadecuado o desproporcional con la situación y durante largos periodos de tiempo. La misma se puede distinguir por ser prolongada, con mayor componente somático y cuando afecta el rendimiento del individuo en diferentes áreas de su vida (Orozco & Baldares, 2012).

Así mismo, según Orozco & Baldares (2012), se puede observar diferentes síntomas de los trastornos de ansiedad tanto a nivel físico como cognoscitivo, entre ellos se pueden mencionar: las palpitaciones o elevada frecuencia cardíaca, sudoración, temblores, sensación de ahogo, náuseas, mareos o desmayo, desrealización, miedo a perder el control, miedo a volverse loco, escalofríos, sofocaciones, entre otros.

Una investigación por Riveros, Hernandez y Rivera (2011) indica que la ansiedad fue más observada en mujeres que en hombres. Del mismo modo, otras investigaciones como Orozco & Baldares (2012,) señalan que la prevalencia de trastornos de ansiedad es alta de un 2-8%, siendo este más común en mujeres.

### **2.7.3 Ansiedad en poblaciones con ideas suicidas**

Uno de los factores de riesgo individuales del suicidio es el trastorno de ansiedad, siendo está un factor importante y a tener en cuenta en cuanto al tema del suicidio e ideaciones suicidas (Álvarez Ariza, et. al., 2010).

Una investigación en Lima, Perú por Riveros, Hernandez y Rivera (2011), la misma evalúa la ansiedad, depresión y las ideaciones suicidas en estudiantes universitarios, se encontró una prevalencia de ansiedad de 58% y en ideaciones suicidas un 41%. El primer grupo siendo más predominantes en mujeres que en hombres.

Del mismo modo, las ideaciones suicidas van de la mano con los síntomas de depresión, bajo autoconcepto, síntomas de ansiedad y otros posibles trastornos psicológicos. Por tanto, está directamente relacionado con la psicología, la cual estudia el pensamiento y el comportamiento humano, así como el mejoramiento de la calidad de vida de las personas. Además del impacto emocional que causa en las personas cercanas o conocidas pueden sentirse culpable, vergüenza, una inquietud por no poder hacer algo para prevenirlo (Clayton, 2018).

Por otro lado, Labarca (citado en Caro, Trujillo y Trujillo, 2019) encontró que un 46% y un 22% de estudiantes de medicina se observaron síntomas signitativos de depresión, ansiedad. Dentro de los cuales se puede destacar que un 15% presentaron ideaciones suicidas y un 3% intento de suicidio.

## **2.8 Teorías acerca del suicidio**

Diferentes especialistas del área de psicología han argumentado y aportado teorías significativas sobre los procesos suicidas, éstas se dividen en psicoanalíticas, sociológica y biológico-genética, las cuales serán descritas más adelante.

### **2.8.1 Las teorías psicoanalíticas**

Basada en el acto inconsciente de agredirse a sí mismo. Teniendo en cuenta que hay una identificación con los seres amados, si ocurre alguna frustración, el individuo toma la agresión internalizando esta, la persona no solo desea renunciar a sí mismo, sino que intenta

matar a su propio yo, o a sus partes negativas, agrediendo también al que le rodea (duelo y melancolía) (Freud & Shneiman, citado en Garcia, s.f.).

Otro rasgo de esta teoría es que Freud define las pulsiones de la vida como la energía que motiva a buscar comida y agua para sobrevivir y nos mantiene en constante movimiento. Después que se dio cuenta que las pulsiones de vida no explican todo, añadiendo que la finalidad de esto es la satisfacción, y que por ende se puede decir que su objetivo de vida, es la muerte, a lo que llamó pulsión de muerte (Boeree, 2019).

Dicho lo anterior, la pulsión de muerte o el principio nirvana es el deseo inconsciente de morir, de paz, de escapar de los estímulos, haciéndonos más propensos al aislamiento, como el deseo por descansar. Dicha pulsión puede ser representada como suicidio o los deseos de suicidio (Boeree, 2019).

Por otra parte, Karen Horney teórica del neo psicoanalismo, denomina la “angustia básica” como la sensación de ser pequeño e insignificante, puestos en peligro, abuso, humillación, envidia (Horney & Rogers, 2012).

Horney, considera que por la alteración en el ciclo vital, nacen trastornos los cuales son provocados por factores culturales del desarrollo del niño, haciéndole neurótico. A medida que el niño va desarrollando nuevas actitudes surge la “angustia básica”, dentro de la cual el niño se esfuerza por vencer la misma y así poder desarrollar sentimientos de superioridad. Creando así un desbalance entre el Yo ideal y el Yo real, a lo que Horney le llamó “alienación del Yo” (Rodríguez, 1990).

### **2.8.2 Teorías Sociológica**

Emile Durkheim (1987), señala que la causa del suicidio es la sociedad, la cual motiva y provoca al individuo a tomar la decisión. Este autor considera que las personas no se suicidan

por motivaciones individuales, sino por medio de ciertos individuos. A base de esto, surgen cuatro formas de clasificar el suicidio: el egoísta, el anómico, el fatalista y el altruista (García, s.f.; Rodríguez, 1990).

Cuadro 1.1  
*Formas de Suicidio*

---

|                    |   |
|--------------------|---|
| Suicidio Egoísta   | El individuo tiene vínculos sociales muy débiles para hacer que valore su vida y quiera estar vivo. Sin la presión social existente, provoca que quiera o lleve a cabo la decisión de suicidarse. |
| Suicidio Altruista | El individuo piensa que, quitándose la vida, les hará un favor a otros, que les beneficiará.  |
| Suicidio Anómico   | Explica que ocurre por la inestabilidad social que se ha producido y la carencia de valores.  |
| Suicidio Fatalista | Cuando en la sociedad, las reglas son muy estrictas y no permiten que el individuo abandone el estado en el que se encuentra (un esclavo).  |

---

*Fuente:* Adaptado de Rodríguez (1990) & Echevarri (2010).

### **2.8.3 Teoría biológico-genética**

Los teóricos que trabajan con las bases neurobiológicas y genéticas del comportamiento humano, intentan explicar los casos de suicidio, refiriéndose a la alta prevalencia de este tipo de conductas en algunas familias, por lo que presumieron que el fenómeno podría deberse a un componente hereditario de psicosis y/o depresión, demencias, retraso mental, trastorno límite de personalidad, los cuales, en algunos casos, se transmiten a través de la genética (Rodríguez, 1990).

#### **Serotonina**

Diversos autores han estudiado la presencia de los neurotransmisores en el cerebro de una persona con depresión y/o ideas suicidas. A su vez, Åsberg (citado en Dajas, 2016) dice que las personas con bajos niveles de serotonina en su líquido cefalorraquídeo (LCR) tienden a tener un mayor grado de probabilidad de intento severo de suicidarse, ya que encontró un

aumento de intentos de suicidio en los pacientes con bajos niveles de serotonina al contrario de los que tienen niveles altos (Åsberg, 1976 citado en Rodríguez, 1990).

## **2.9 Personalidad**

El primer modelo de personalidad fue descrito por Hipócrates en los años 460 y 357 A.C. Dice que “las enfermedades eran causadas por un desequilibrio de los fluidos corporales, también llamados humores”. A partir de esta definición surgieron cuatro tipos de conductas: Sanguíneo, Colérico, Flemático y Melancólico, de los cuales se refiere a que cada individuo tiene una combinación de los mismos según su data genética heredada de sus progenitores, por lo que el comportamiento en términos de personalidad se ve influenciado por aquel “humor” que prevalezca con más consistencia y la jerarquía de los mismos. (Schultz & Schultz, 2010)

Después de la década de los 1930, surgen nuevos enfoques y teorías respecto al estudio de la personalidad, como están el psicoanálisis, el conductismo, la teoría del ciclo vital de la vida, la cual explica que la personalidad se desarrolla a medida que el individuo va creciendo; la teoría de los rasgos, refiriendo que la personalidad que es heredada; la teoría humanista, que se enfoca en las virtudes, fortalezas y realización de nuestro potencial; por último, está la teoría cognoscitiva, que estudia la mente y sus procesos mentales conscientes (Schultz & Schultz, 2010).

Para Funder (citado en Nichols, 2015), la personalidad ha sido considerada como un conjunto de características de un individuo con patrones de pensamiento, sentimientos y comportamientos, así como también los mecanismos psicológicos inherentes a los mismos, en pocas palabras, es quién es cada quién y cómo se comporta con el entorno al cual pertenece (Seelbach, 2013).

En cuanto a Seelbach (2013), indica que el temperamento y el carácter son elementos de la personalidad. El temperamento es el componente heredado que determina los pensamientos, sentimientos y comportamiento según los genes. Mientras que el carácter, son las que se forman a través de las experiencias que se van suscitando en la vida de la persona en los diferentes contextos donde se desarrolla, lo que se le llama “el medio ambiente o entorno”. Un ejemplo del mismo podría ser la manera de expresarse, la forma de afrontar las situaciones y las decisiones que toma, ya que es el tipo de apego, la dinámica socio-familiar y el estilo de crianza donde se aprenden muchas de estas características.

## **2.10 Teorías de personalidad basadas en rasgos de personalidad**

Cattel fue uno de los primeros y de los más importantes en esta teoría, él habla acerca de cuatro rasgos de la personalidad, que son: los comunes, los superficiales, los constitucionales y los dinámicos (Seelbach, 2013).

Es así como la teoría de rasgos de Allport, plantea que en un principio la personalidad consiste de dos rasgos, los individuales que son los que definen el carácter y los comunes se forman en base a la cultura y pueden ir cambiando conforme a cómo van modificando los valores sociales y las normas (Schultz & Schultz, 2010).

Del mismo modo, explica que cada individuo tiene características individuales que conforman su personalidad, tales como su temperamento, cambios o labilidad emocional y los valores que permiten al individuo tener una manera personal o individual (Seelbach, 2013).

Entre otras teorías de la personalidad se encuentra el modelo de Lewis Goldberg, conocida como “modelo de los cinco grandes”, cinco rasgos de la personalidad muestra una jerarquía entre cada uno, los cuales son: Neuroticismo (factor N), Extraversión (factor E),

Apertura a la Experiencia (factor O), Amabilidad (factor A) y Responsabilidad (factor C). Todas estas letras juntas forman la palabra OCEAN, de este modelo se crean diferentes test para medir y evaluar la personalidad (Sánchez, 2017).

Cuadro 2.1  
*Cinco grandes rasgos de la personalidad*

| <b>Rasgos de personalidad</b>                      | <b>Descripción</b>   |
|--|--|
| Apertura a la experiencia o factor “O”             | Es cuando la persona se ve abierta y dispuesta a experimentar nuevas vivencias o experiencias. Una de las características es tener la mente abierta y ser flexible a lo nuevo.   |
| Responsabilidad o factor “C”                       | Se dice de alguien que tiene autocontrol, tiene la habilidad de organizar, planificar, desarrollar métodos eficaces. Estas personas tienden a ser organizadas y escrupulosas, con equilibrio de no caer en una obsesión. |
| Extraversión o factor “E”                          | Se caracteriza por la capacidad de relacionarse con los demás, comportarse de manera fluida en su entorno social.  |
| Amabilidad o factor “A”                            | Suele caracterizarse por conectar con los demás, también la comprensión, tolerancia e inteligencia emocional la cual está presente en personas con este rasgo.   |
| Inestabilidad emocional, Neuroticismo o factor “N” | Como su nombre lo indica, personalidad inestable e incapaz de afrontar las situaciones difíciles.  |

*Fuente:* Adaptado de Sánchez (2017).

### **2.10.1 Teorías neopsicanalíticas**

Entre las teorías neo psicoanalíticas, se encuentra Alfred Adler, el cual habla de los sentimientos de inferioridad, las cuales siempre se encuentran presentes como una fuerza que impulsa o motiva la conducta. Adler, propuso que gracias al sentimiento de inferioridad, las personas intentan superar las inferioridades y que a lo largo de nuestra vida, nos mueve la necesidad de imponerse a esos sentimientos y lograr un óptimo nivel de desarrollo (Schultz & Schultz, 2010).

De esto surge a su vez lo que es el complejo de inferioridad, que es cuando una persona o un individuo no puede superar o compensar estos sentimientos de inferioridad (Schultz & Schultz, 2010).

## **2.11 Suicidio, depresión y rasgos de personalidad en estudiantes de música**

El suicidio está estrechamente relacionado con los trastornos afectivos, entre ellos la depresión. Las personas con ideaciones suicidas suelen tener rasgos de personalidad muy marcados. Un estudio en Perú realizado por Chalco y Rojas (2018), a estudiantes de música dónde se encontró que un 20% de los encuestados presentaron ideaciones suicidas, entre estos, los antecedentes más comunes eran el intento previo de suicidio, depresión, baja autoestima y una situación familiar poco saludable; los perfiles de personalidad de aquellos que presentan ideaciones suicidas son las escalas de depresión y manía.

Otro estudio relevante realizado por Fowler (Citado en Krivoy et. al., 2018) en músicos de Jazz, a los cuales se le aplicó el Rorschach. Los resultados más marcados fueron rasgos narcisistas, baja autoestima, depresión, introvertido, dificultades en relaciones personales.

Así mismo, el estudio de Román y Klimenko (2015) nos dice que el 69% de la muestra encuestada puntuó alto en esquizofrenia, indicando una tendencia al aislamiento y problemas de relaciones interpersonales. En el estudio de Joy realizado en 2008 (citado por Krivoy et. al., 2018) los resultados fueron similares a estos. Un 65% obtuvo puntuaciones altas en desviación psicópata, marcando una tendencia a conductas impulsivas, egocentrismo, rasgos narcisistas. Un 46% sacaron puntuaciones alta en paranoia y un 42% de los artistas puntuaron alto en rasgos depresivos, mostrándose inseguros y con autocrítica negativa.

A través de los años, se ha estudiado a las personas creativas y sus personalidades. Autores como Jamison & Andreasen (citados en Santamaría & Sánchez, 2012) realizaron un estudio en el que se muestra una alta prevalencia de depresión, hipomanía y ciclotimia en personas reconocidas del medio artístico. Estos encuentran una relación entre los trastornos psicóticos, trastornos por consumo de sustancias y trastornos de personalidad.

Al mismo tiempo, otro estudio se llevó a cabo el cual fue realizado en una universidad Colombia, sobre la Creatividad y rasgos de personalidad con estudiantes universitarios, que revela en la muestra una gran cantidad de personalidad narcisista, histriónicas y obsesivas (Santamaría & Sánchez, 2012).

Links & Kolla (Citado en Montoya et. al. 2006), identificaron características de la personalidad destacadas de la conducta suicida, como es: perfeccionismo, impulsivo-agresivo y con trastorno emocionales. Los dos últimos característicos de pacientes con trastorno límite de personalidad.

Más aún, se ha podido observar en estudios como Fabio, Kelly, Malone & Mann (citado en Montoya et. al. 2006) que las ideaciones suicidas suelen ser comúnmente vistas en personas con una comorbilidad de trastorno de personalidad limítrofe y en el antisocial.

Se ha demostrado que el trastorno depresivo mayor y el trastorno límite de la personalidad están estrechamente relacionados con el suicidio. Según Gallardo (2018), el trastorno límite de personalidad tiende a tener muchos comportamientos impulsivos, problemas para empatizar, tienen también sentimientos de soledad.

En cuanto a la depresión, siempre se ha visto como el comportamiento suicida y la depresión, han estado correlacionados. Anteriormente, se observó los diferentes rasgos de personalidad que tienden a tener las personas con ideaciones o comportamientos suicidas, entre

ellos los sentimientos de soledad, baja autoestima los cuales también son síntomas que se encuentran en el trastorno depresivo mayor (Gallardo, 2018).

Si bien, un estudio realizado indica que el 74.4% cumplen los rasgos del trastorno límite de personalidad, también con trastorno depresivo mayor se pudo identificar un 77,5% de las personas que sí intentaron suicidio. Por otro lado, se observó que las personas con intentos suicidas muestran porcentajes menores del 50% con indicadores de trastornos de estrés postraumáticos y trastornos de pánico (Yen, Shea, Sanislow, et. al 2015).

## **Capítulo 3. METODOLOGÍA**

### **3.1 Diseño de la investigación**

El diseño de esta investigación es no experimental de corte transversal, ya que hace uso de un estudio descriptivo, debido a que pretende recoger información pertinente y medir las variables para determinar su prevalencia sin intención alguna de manipular.

### **3.2 Enfoque de la investigación**

Esta investigación hizo uso de un enfoque cuantitativo, pues este utiliza la recolección y análisis de los datos para contestar las preguntas de investigación y probar hipótesis, revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación, además que confía en el uso de la estadística para establecer de manera exacta los diversos patrones de conducta en una población (Hernández-Sampieri, Collado y Baptista, 2014).

### **3.3 Universo y muestra**

El estudio de campo se realizó en la Escuela de Música de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), ubicado en Santo Domingo, República Dominicana durante el periodo de Enero 2019 – Septiembre 2020.

La población constó de 80 estudiantes de música entre las edades de 19 a 24 años, de los cuales 60 fueron tomados para la muestra, mediante un análisis de muestreo probabilístico, de selección intencional o por criterio, por ser conveniente y necesario para la investigación cuantitativa.

### 3.4 Técnicas de selección de muestra

La muestra fue seleccionada mediante la Escala de Columbia para Evaluar la Seriedad de la Ideación Suicida, sacando de ellos los puntajes más altos de la escala o los estudiantes con más probabilidad o tendencia al suicidio, según la escala y una evaluación empírica/observacional realizado por el evaluador.

### 3.5 Instrumentos

Para la recopilación de información se utilizó el C-SSRS, con la finalidad de obtener datos de las ideaciones suicidas de cada uno de los estudiantes de música entrevistados, analizando los datos proporcionados junto con la Historia Clínica Breve y el Inventario de Evaluación de la Personalidad.

**Consentimiento informado:** es un procedimiento por exigencia ética donde se respeta la privacidad y autonomía del paciente. El paciente de forma voluntaria accede o rechaza el proceso de intervención explicado por el profesional. (Vera Carrasco, 2016)

**C-SSRS (Escala Columbia para Evaluar la Seriedad de las Ideaciones Suicidas):** es una escala de evaluación de suicidio desarrollada por diversas instituciones, incluyendo la Universidad de Columbia, con apoyo de NIMH. Esta escala está sustentada y es parte de Salud Pública nacional e internacional iniciativa de evaluación de tendencias suicidas. Está disponible en 103 idiomas, la misma ha sido implementada exitosamente en diferentes entornos, escuelas, universidad, en la milicia, bomberos, policías, atención primaria y para investigaciones científicas.

**Historial Clínico Breve:** historial clínico que consta de ítems básicos que nos ayudará a investigar de manera concisa el historial del paciente y los síntomas que pueda estar presentando, enfocándonos desde una vista de la depresión y ansiedad, y sus síntomas.

**PAI (Inventario de evaluación de la personalidad):** considerado una de las innovaciones más importantes en el ámbito de la evaluación clínica. Permite una evaluación comprehensiva de la psicopatología en adultos mediante 22 escalas: 4 escalas de validez (inconsistencia, infrecuencia, impresión negativa e impresión positiva), 11 escalas clínicas (quejas somáticas, ansiedad, trastornos relacionados con la ansiedad, depresión, manía, paranoia, esquizofrenia, rasgos límites, rasgos antisociales, problemas con el alcohol y problemas con las drogas), 5 escalas de consideraciones para el tratamiento (agresión, ideaciones suicidas, estrés, falta de apoyo social y rechazo al tratamiento) y dos escalas de relaciones interpersonales (dominancia y afabilidad). Además, incluye 30 subescalas que proporcionan una información más pormenorizada. De las escalas mencionadas, se utilizaran y evaluaran: depresión, manía, paranoia, rasgos límites, rasgos antisociales, agresión, ideaciones suicidas, estrés y falta de apoyo social.

El Inventario de evaluación de la personalidad (PAI) fue aplicado a 15 estudiantes de la UNPHU con ideaciones suicidas.

### **3.6 Validación de los instrumentos**

De la población de estudio se tomó tres personas a los cuales se le aplicó la Escala Columbia para Evaluar la Severidad de las Ideaciones Suicidas para ver si este instrumento utilizado llenaba las expectativas para la cual se seleccionó.

### **3.7 Recolección de los Datos**

Para el proceso de recolección de datos primarios de investigación para el estudio fueron las siguientes:

Se solicitó una carta de presentación institucional al departamento de Psicología de la UNPHU, la cual facilitó el ingreso al área de la Escuela de Música y proporcionó el acceso a

la muestra. Una vez aprobado el acceso, se procedió a concluir con los documentos destinados al estudio de campo (consentimiento informado, evaluación CSSR-S). Se realizó las aplicaciones de las mismas, de manera individual y sin un tiempo límite.

Luego de brindar garantía de la confidencialidad y de informar el proceso que se estará realizando más adelante, se obtuvieron los consentimientos informados firmados por los estudiantes que aceptaron participar en el estudio.

Una vez finalizada la administración de los historiales y las escalas, se procedió a depurar y eliminar errores de información, para darle paso al procesamiento de los resultados obtenidos, creación de tablas y gráficos, para finalmente poder interpretar y analizar las estadísticas.

### **3.8 Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Criterios de inclusión**

- Estudiantes de la Escuela de Música de la UNPHU.
- Estudiantes entre las edades de 19 a 24 años.
- Estudiantes de música con ideaciones suicidas.

#### **Criterios de Exclusión**

- Estudiantes de otras carreras afines de la UNPHU.
- Estudiantes menores de 19 y mayores de 24 años.
- Estudiantes sin ideaciones suicidas.

## Capítulo 4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

### 4.1 Presentación de los datos.

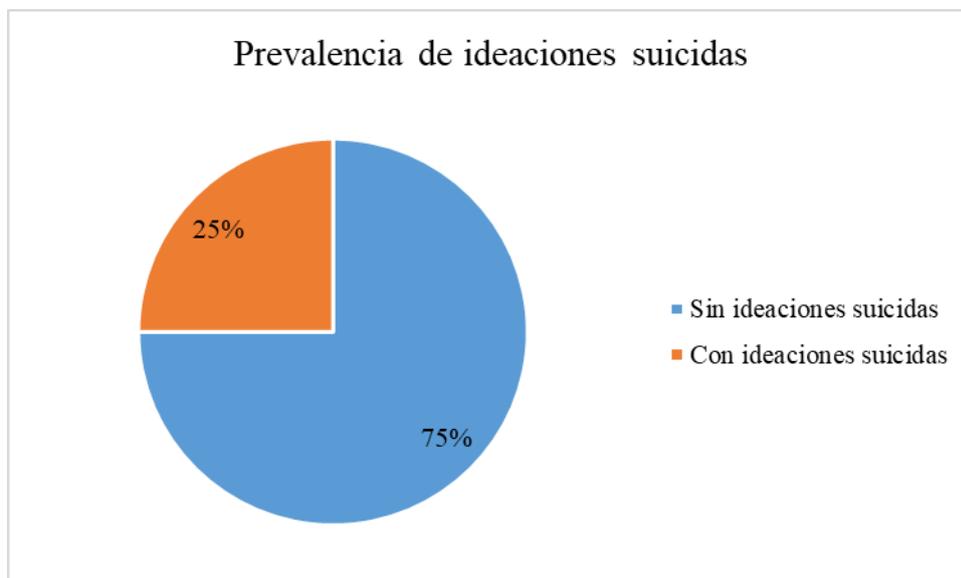
A continuación, presentaremos los datos obtenidos después de aplicar los instrumentos. Estos serán presentados mediante tablas y gráficas porcentuales de los resultados obtenidos.

*Tabla 1. Prevalencia de ideación suicida*

|                         | N=60 | Porcentaje % |
|-------------------------|------|--------------|
| Sin Ideaciones suicidas | 45   | 75%          |
| Con Ideaciones suicidas | 15   | 25%          |
| Total                   | 60   | 100%         |

Fuente: Prevalencia de ideaciones suicidas obtenidos de la Escala Columbia para Evaluar la Seriedad de las Ideaciones Suicidas aplicado a los estudiantes de la UNPHU de la Escuela de Música.

*Gráfica 1. Prevalencia de ideaciones suicidas*



Fuente: Tabla 1

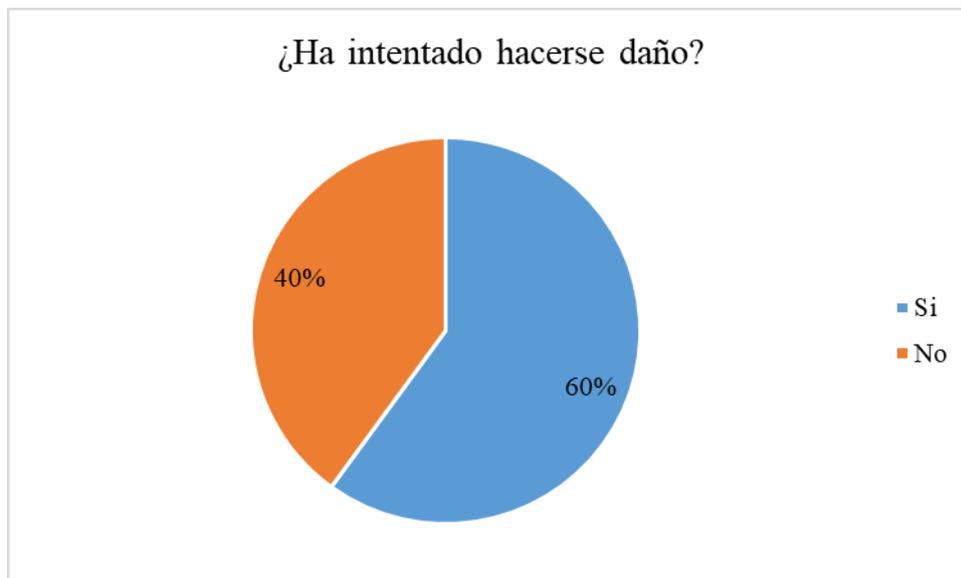
El tamaño de la muestra seleccionada constó de 60 estudiantes de música, de los cuales se puede observar que el 45% expresó no padecer de ideaciones suicidas, mientras que un 25% si expresó tener ideaciones suicidas dentro de la escala.

Tabla 2. ¿Ha intentado hacerse daño?

|       | ¿Ha intentado hacerse daño? |              |
|-------|-----------------------------|--------------|
|       | N=15                        | Porcentaje % |
| Si    | 9                           | 60%          |
| No    | 6                           | 40%          |
| Total | 15                          | 100%         |

Fuente: Comportamiento suicidas obtenidos de la Escala Columbia para Evaluar la Seriedad de las Ideaciones Suicidas aplicado a los estudiantes de la UNPHU de la Escuela de Música.

Gráfica 2. ¿Ha intentado hacerse daño?



Fuente: Tabla 2

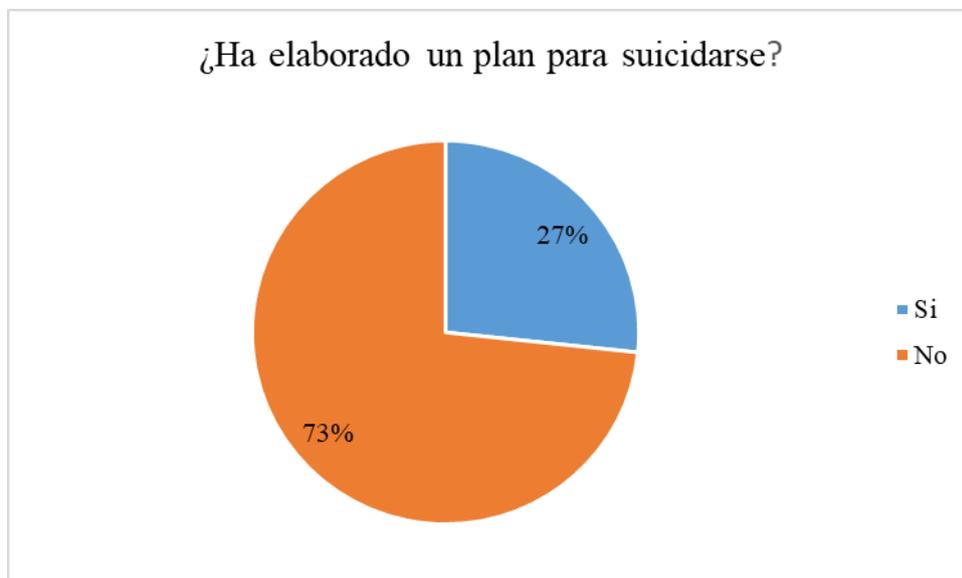
De la muestra de 60 estudiantes encuestados 15 expresaron ideaciones suicidas de los cuales se puede observar que el 60% expresó haberse hecho daño, mientras que el 40% expresa que no se ha hecho algo para hacerse daño.

Tabla 3. ¿Ha elaborado un plan para suicidarse?

|       | ¿Ha elaborado un plan para suicidarse? |              |
|-------|--|--------------|
|       | N=15                                   | Porcentaje % |
| Si    | 4                                      | 27%          |
| No    | 11                                     | 73%          |
| Total | 15                                     | 100%         |

Fuente: Comportamiento suicidas obtenidos de la Escala Columbia para Evaluar la Seriedad de las Ideaciones Suicidas aplicado a los estudiantes de la UNPHU de la Escuela de Música.

Gráfica 3. ¿Ha elaborado un plan para suicidarse?



Fuente: Tabla 3

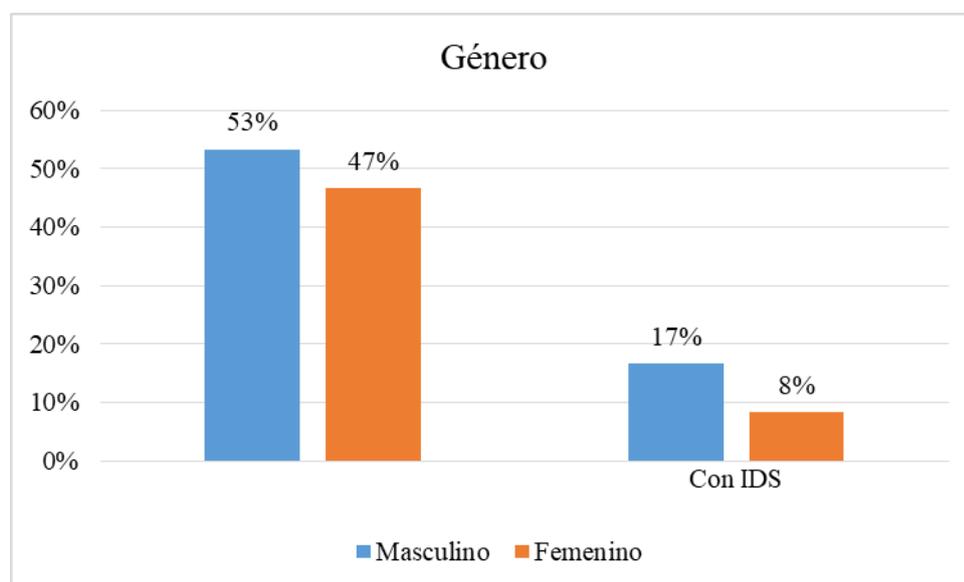
Como se observa en la tabla de los 60 estudiantes de música encuestados 15 expresaron tener ideaciones suicidas, de los cuales el 73% expresó no haber elaborado un plan para suicidarse, mientras que en 27% restante se refleja que si han hecho planes.

Tabla 4. Género

| Género    | Estudiantes con IDS |              |      |              |
|-----------|---------------------|--------------|------|--------------|
|           | N=60                | Porcentaje % | N=15 | Porcentaje % |
| Masculino | 32                  | 53%          | 10   | 17%          |
| Femenino  | 28                  | 47%          | 5    | 8%           |
| Total     | 60                  | 100%         | 15   | 25%          |

Fuente: Datos sociodemográficos obtenidos del historial clínico y la Escala Columbia para Evaluar la Seriedad de las Ideaciones Suicidas aplicado a los estudiantes de UNPHU de la Escuela de Música.

Gráfica 4. Género



Fuente: Tabla 4

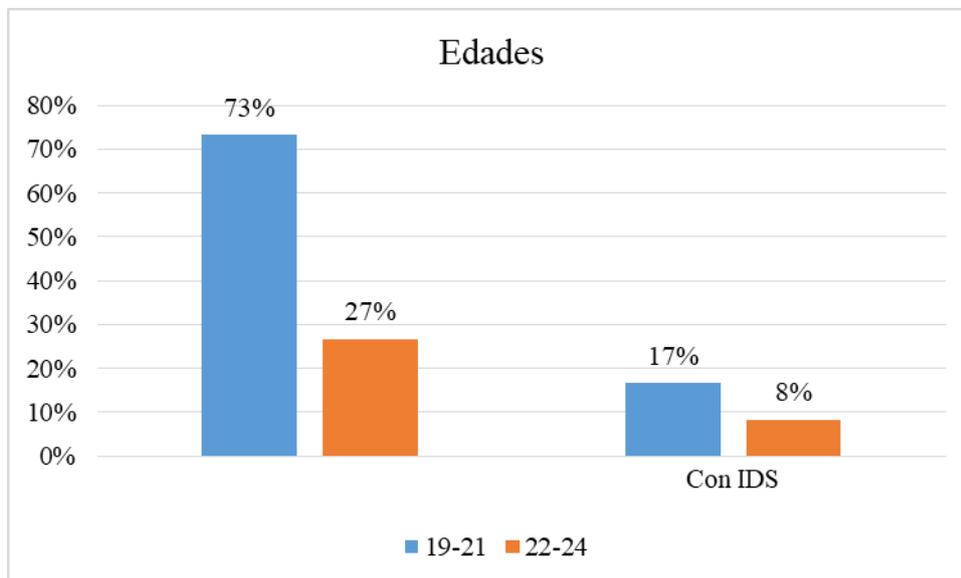
Como se valora en la tabla 4 el tamaño de la muestra de 60 estudiantes de la Escuela de Música de la UNPHU, un 53% de los encuestados fueron masculino y el 47% restante femenino. Dentro de los cuales solo un 25% presentaron ideaciones suicidas, entre estos un 17% masculino y un 8% femenino de la muestra encuestada.

Tabla 5. Edad

| Edades |      |              | Estudiantes con IDS |              |
|--------|------|--------------|---------------------|--------------|
|        | N=60 | Porcentaje % | N=15                | Porcentaje % |
| 19-21  | 44   | 73%          | 10                  | 17%          |
| 22-24  | 16   | 27%          | 5                   | 8%           |
| Total  | 60   | 100%         | 15                  | 25%          |

Fuente: Datos sociodemográficos obtenidos del historial clínico y la Escala Columbia para Evaluar la Seriedad de las Ideaciones Suicidas aplicado a los estudiantes de la UNPHU de la Escuela de Música.

Gráfica 5. Edad



Fuente: Tabla 5

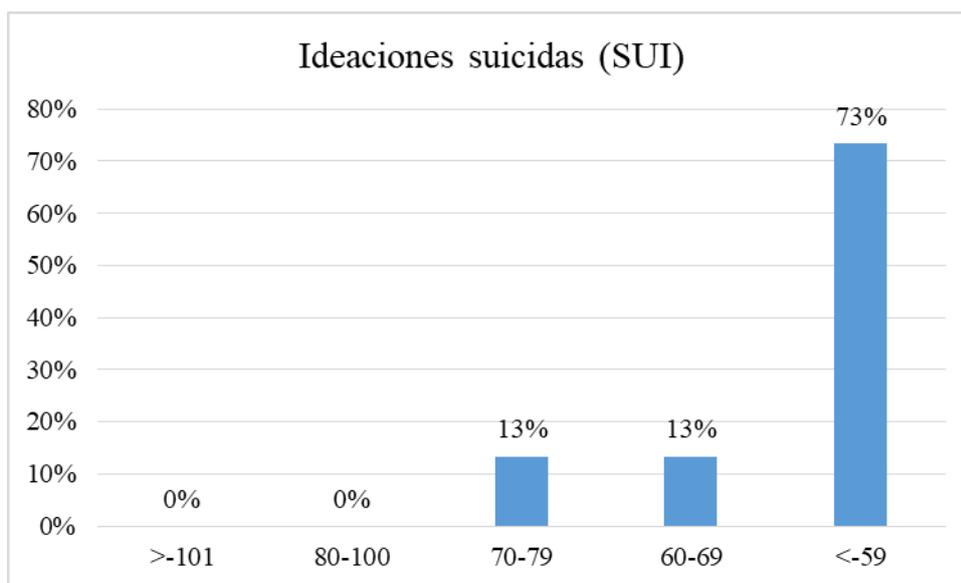
Como se puede apreciar la tabla 5, dentro de la población evaluada un 73% tenía entre 19 a 21 años, mientras que el 27% restante entre 22 a 24 años. Así mismo, se observó que un 25% de los encuestados expresaron padecer ideaciones suicidas, de los cuales un 17% estuvo entre 19 a 21 años y un 8% entre 22 a 24 años.

Tabla 6. Ideaciones suicidas (SUI)

|        | SUI  |      |
|--------|------|------|
|        | N=15 | %    |
| >-101  | 0    | 0%   |
| 80-100 | 0    | 0%   |
| 70-79  | 2    | 13%  |
| 60-69  | 2    | 13%  |
| <-59   | 11   | 73%  |
| Total  | 15   | 100% |

Fuente: Fuente: subescala de ideaciones suicidas obtenidas del Inventario de Evaluación de Personalidad aplicado a los estudiantes de la UNPHU de la Escuela de Música.

Gráfica 6. Ideaciones suicidas (SUI)



Fuente: Tabla 6

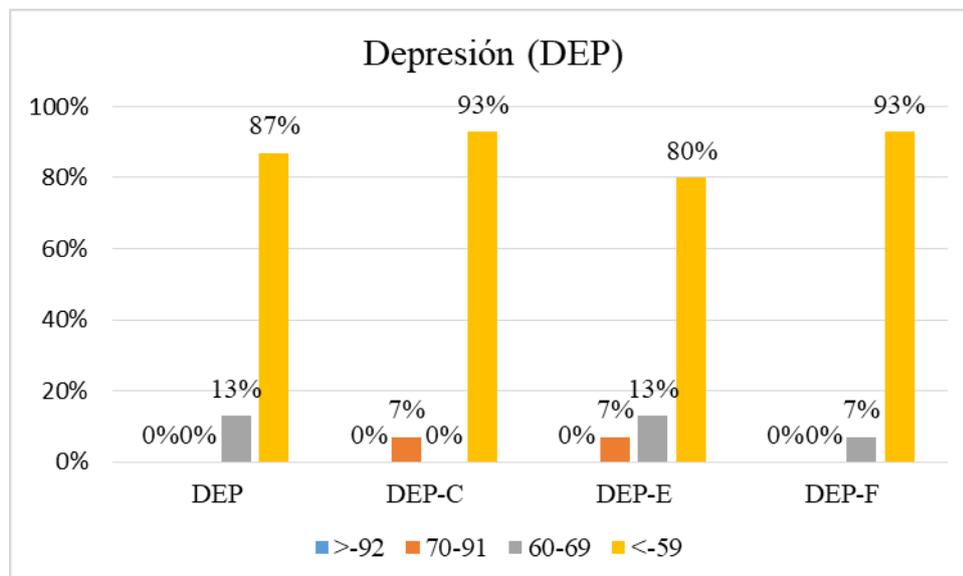
Como se muestra en la tabla 6, el 73% de la muestra presentó puntuaciones por debajo de 59, es decir, que se encuentran escasas las intenciones de ideaciones suicidas. Un 13% se encontró dentro del rango leve (60-69), por lo que los pensamientos suicidas son periódicos y pasajeros. A su vez, el 13% restante se destacó dentro del rango moderado (70-79), lo que quiere decir que manifiestan ideaciones suicidas.

Tabla 7. Depresión (DEP)

|       | DEP  | DEP-C | DEP-E | DEP-F |
|-------|------|-------|-------|-------|
| >-92  | 0%   | 0%    | 0%    | 0%    |
| 70-91 | 0%   | 7%    | 7%    | 0%    |
| 60-69 | 13%  | 0%    | 13%   | 7%    |
| <-59  | 87%  | 93%   | 80%   | 93%   |
| N=15  | 100% | 100%  | 100%  | 100%  |

Fuente: Escala y subescalas de depresión obtenidas del Inventario de Evaluación de Personalidad aplicado a los estudiantes de UNPHU de la Escuela de Música.

Gráfica 7. Depresión (DEP)



Fuente: Tabla 7

Los datos revelaron que un 87% de los entrevistados poseen unas puntuaciones T por debajo de 59 depresión (DEP), en cambio, un 13% obtuvo puntuaciones T pequeñas (60 a 69). En Depresión Cognitiva (DEP-C), un 93% tuvo puntuaciones T menores de 59, mientras que el 7% restante obtuvo puntuaciones moderadas (70 a 91).

Se pudo observar que en Depresión Emocional, un 80% sacó puntuaciones menores de 80, por otro lado 13% fue de puntuaciones T pequeñas (60 a 69) y un 7% sacó puntuaciones T

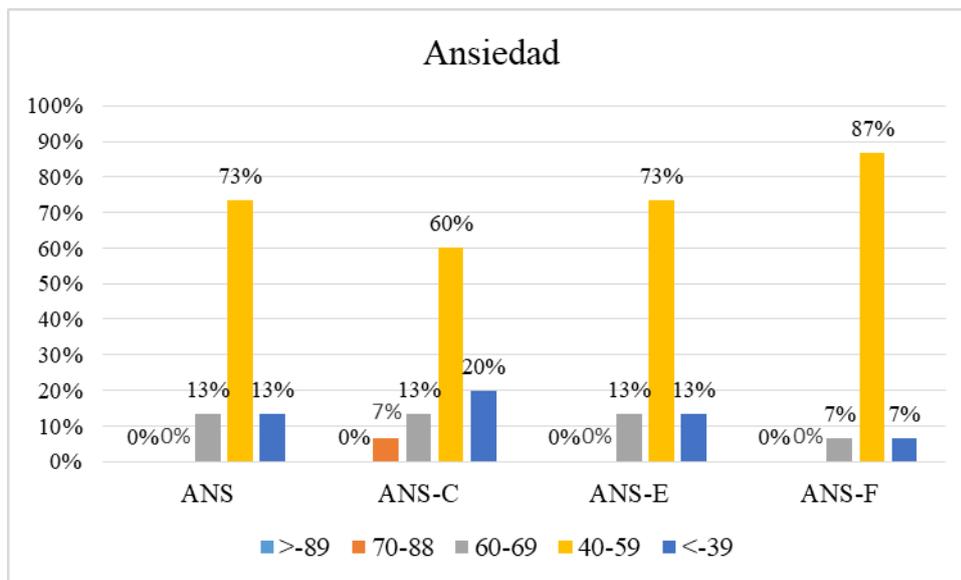
moderadas (70 a 91). En Depresión Física (DEP-F), un 93% obtuvo puntuaciones T menores de 59, mientras que el 7% restante puntuaciones T pequeñas (60 a 69).

Tabla 8. Ansiedad (ANS)

|       | ANS  | ANS-C | ANS-E | ANS-F |
|-------|------|-------|-------|-------|
| >-89  | 0%   | 0%    | 0%    | 0%    |
| 70-88 | 0%   | 7%    | 0%    | 0%    |
| 60-69 | 13%  | 13%   | 13%   | 7%    |
| 40-59 | 73%  | 60%   | 73%   | 87%   |
| <-39  | 13%  | 20%   | 13%   | 7%    |
| N=15  | 100% | 100%  | 100%  | 100%  |

Fuente: Escala y subescalas de manía obtenidas del Inventario de Evaluación de Personalidad aplicado a los estudiantes de la UNPHU de la Escuela de Música.

Gráfica 8. Ansiedad (ANS)



Fuente: Tabla 8

En la escala de ansiedad donde se observan los datos que revelan que un 73% de la muestra seleccionada obtuvo puntuaciones T entre 40 a 59, lo cual indican pocas quejas de ansiedad o tensión, a su vez un 13% obtuvo puntuaciones T entre 60 a 69, es decir, personas que podrían estar experimentando ciertos niveles de tensión y pueden ser percibidos como

nerviosos, tímidos. El 13% restante, obtuvo puntuaciones muy bajas indicando ausencia de temor o precaución.

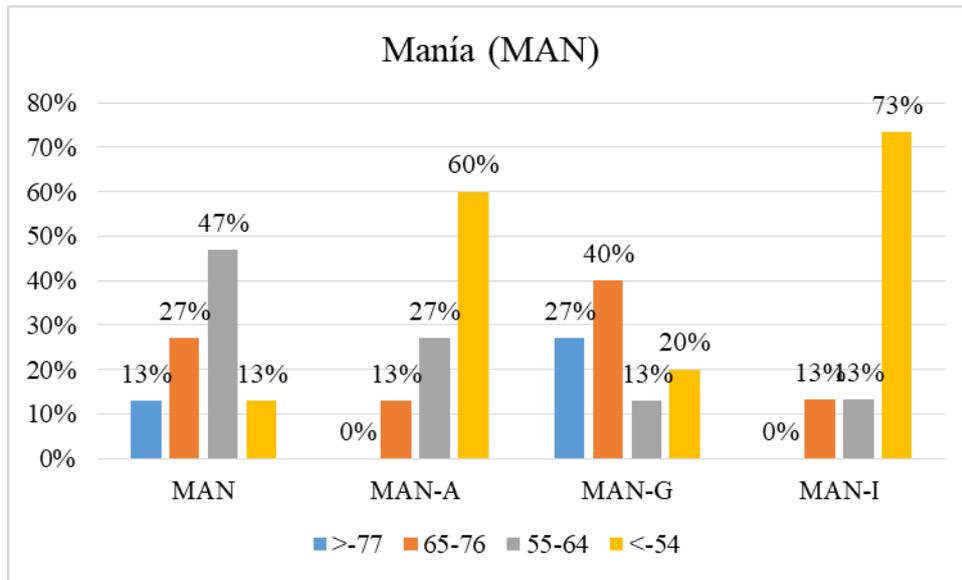
Dentro de las subescalas se puede encontrar en Ansiedad Cognitiva (ANS-C) que un 60% obtuvo puntuaciones T entre 40 a 59, un 20% en puntuaciones muy bajas y menores de 39, un 13% obtiene puntuaciones T moderadas que oscilan entre 60 a 69, mientras que el 7% restante obtiene puntuaciones elevadas indicando inquietudes sobre asuntos cotidianos y preocupaciones rumiativas. En Ansiedad Emocional (ANS-E) se observa un 73% en puntuaciones T entre 40 a 59, un 13% en puntuaciones T entre 60 a 69 y el 13% restantes puntuaciones muy bajas. En Ansiedad Física (ANS-F) se obtuvo un 87% en puntuaciones entre 40 a 59, un 7% en puntuaciones T entre 60 a 69, mientras que el 7% restante obtiene puntuaciones muy bajas y menores de 39.

*Tabla 9. Manía (MAN)*

|       | MAN  | MAN-A | MAN-G | MAN-I |
|-------|------|-------|-------|-------|
| >-77  | 13%  | 0%    | 27%   | 0%    |
| 65-76 | 27%  | 13%   | 40%   | 13%   |
| 55-64 | 47%  | 27%   | 13%   | 13%   |
| <-54  | 13%  | 60%   | 20%   | 73%   |
| N=15  | 100% | 100%  | 100%  | 100%  |

Fuente: Escala y subescalas de manía obtenidas del Inventario de Evaluación de Personalidad aplicado a los estudiantes de la UNPHU de la Escuela de Música.

Gráfica 9. Manía (MAN)



Fuente: Tabla 9

Los datos revelaron en la escala de Manía (MAN) que un 47% obtuvo puntuaciones T entre 55-64, un 27% obtuvieron puntuaciones T moderadas entre 65-76 mientras que un 13% de los entrevistados estuvieron dentro del nivel alto mayor de 77, así mismo con las puntuaciones menores de 54.

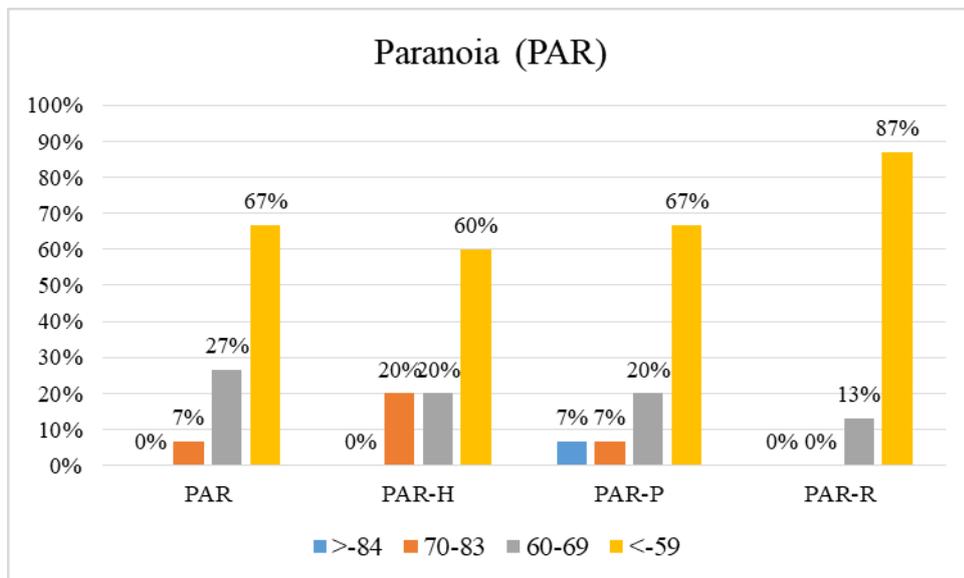
En las subescalas de Manía se obtuvo en el Nivel de Actividad (MAN-A) un 60% en puntuaciones T menores a 54, un 27% entre 55 a 64 y un 13% de puntuaciones T moderadas (65 a 76). En Grandiosidad (MAN-G), un 40% de los entrevistados obtuvieron puntuaciones T moderadas (65 a 76), mientras que un 27% sacó puntuaciones T elevadas mayores de 77, un 20% restante obtuvo puntuaciones T menores de 54 y el otro 13% puntuaciones T pequeñas (55 a 64). La Irritabilidad (MAN-I) obtuvo un 70% en puntuaciones T menores a 54 y un 13% en puntuaciones pequeñas (55 a 64) y moderadas (65 a 76).

Tabla 10. Paranoia (PAR)

|       | PAR  | PAR-H | PAR-P | PAR-R |
|-------|------|-------|-------|-------|
| >-84  | 0%   | 0%    | 7%    | 0%    |
| 70-83 | 7%   | 20%   | 7%    | 0%    |
| 60-69 | 27%  | 20%   | 20%   | 13%   |
| <-59  | 67%  | 60%   | 67%   | 87%   |
| N=15  | 100% | 100%  | 100%  | 100%  |

Fuente: Escala y subescalas de paranoia obtenidas del Inventario de Evaluación de Personalidad aplicado a los estudiantes de la UNPHU de la Escuela de Música.

Gráfica 10. Paranoia (PAR)



Fuente: Tabla 10

En la escala de paranoia (PAR), donde se observa en la tabla 10 que un 67% de las personas entrevistadas obtuvieron puntuaciones T menores de 59, por ende tienden a ser personas abiertas. Un 27% obtuvo una puntuación T de (60 a 69) y un 7% están los que están dentro del rango moderado (70 a 83).

Dentro de las subescalas de paranoia, la Hiper-vigilancia (PAR-H) se obtuvo un 60% en las puntuaciones T menores de 59, un 20% en puntuaciones T pequeñas (60 a 69) y el 20%

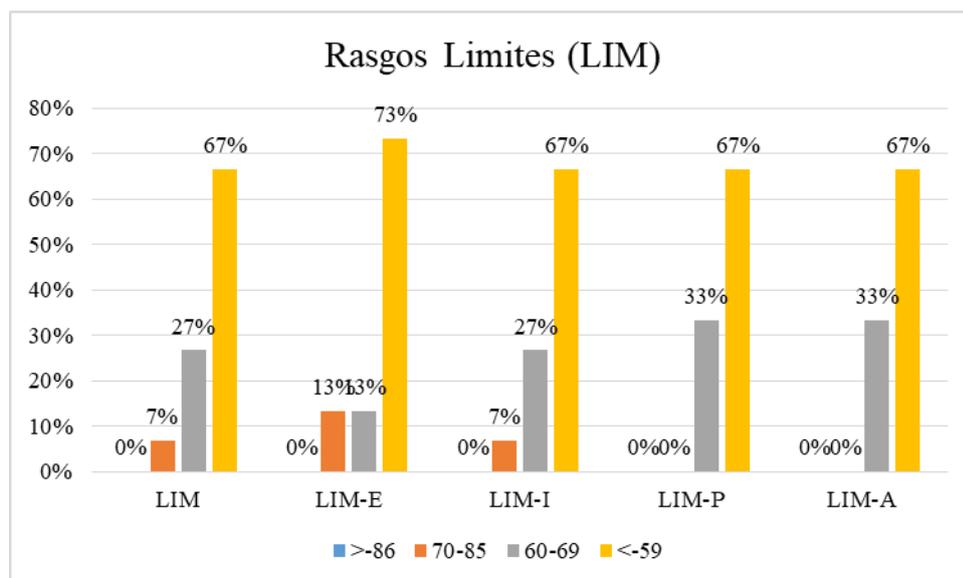
restante en puntuaciones T moderadas (70 a 83). En Persecución (PAR-P) se obtuvo un 67% de puntuaciones menores a 59, un 20% de puntuaciones T pequeñas (60 a 69), así mismo un 7% en puntuaciones moderadas (70 a 83) y el 7% restante en puntuaciones T severas mayores de 84. El Resentimiento obtuvo 87% en puntuaciones T menores de 59, mientras que el 13% restante obtuvo puntuaciones T pequeñas (60 a 69).

Tabla 11. Rasgos límites (LIM)

|       | LIM  | LIM-E | LIM-I | LIM-P | LIM-A |
|-------|------|-------|-------|-------|-------|
| >-86  | 0%   | 0%    | 0%    | 0%    | 0%    |
| 70-85 | 7%   | 13%   | 7%    | 0%    | 0%    |
| 60-69 | 27%  | 13%   | 27%   | 33%   | 33%   |
| <-59  | 67%  | 73%   | 67%   | 67%   | 67%   |
| N=15  | 100% | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  |

Fuente: Escala y subescalas de rasgos límites obtenidas del Inventario de Evaluación de Personalidad aplicado a los estudiantes de la UNPHU de la Escuela de Música.

Gráfica 11. Rasgos límites (LIM)



Fuente: Tabla 11

Se reveló que un 67% de los estudiantes de música de la UNPHU mostraron puntuaciones T menores de 59, lo cual indica una tendencia a ser una persona emocionalmente estable y con relaciones sólidas. Mientras que un 27% estuvieron dentro de un nivel pequeño con puntuaciones T entre (60 a 69) con una tendencia a ser personas malhumoradas, sensibles y con ciertas incertidumbres. Un 7% de los entrevistados sacaron puntuaciones T de nivel moderado (70 a 85), sugiriendo una tendencia a ser impulsivos y labilidad emocional.

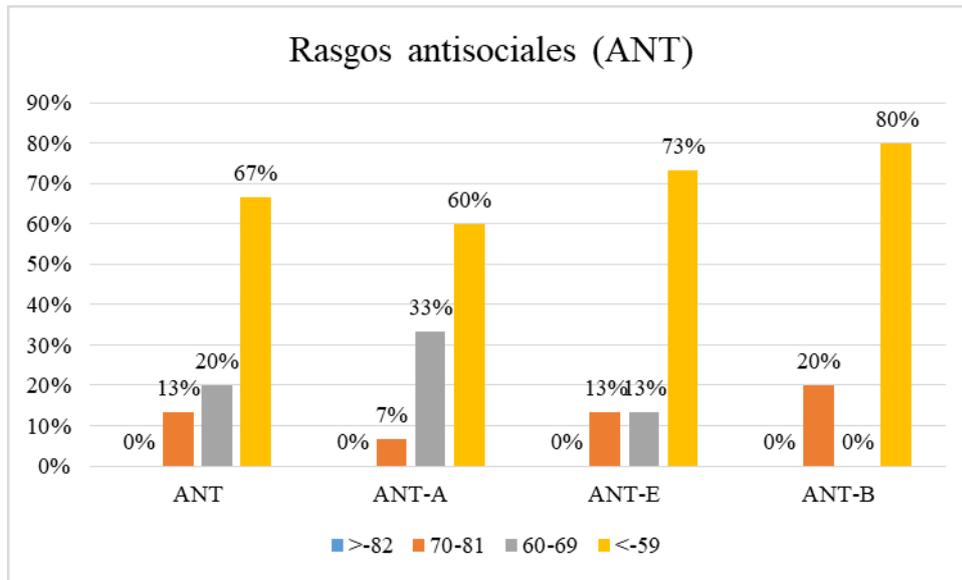
En las subescalas de los rasgos límites en la Inestabilidad Emocional (LIM-E) obtuvo un 73% en las puntuaciones T menores de 59, un 13% en puntuaciones T pequeñas (60 a 69) y el 13% restante en puntuaciones T moderadas (70 a 85). En Problemas de Identidad (LIM-I) se revela un 67% en puntuaciones menores de 59, un 27% en puntuaciones T pequeñas (60 a 69) y un 7% restante en puntuaciones T moderadas (70 a 85). La subescala de Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P) obtuvo un 67% en puntuaciones T menores de 59 y el 33% restante en puntuaciones T pequeñas (60 a 69). En Autoagresiones (LIM-A) se reveló un 67% en puntuaciones T menores de 59 y el 33% restante en puntuaciones pequeñas (60 a 69).

*Tabla 12. Rasgos antisociales (ANT)*

|       | ANT  | ANT-A | ANT-E | ANT-B |
|-------|------|-------|-------|-------|
| >-82  | 0%   | 0%    | 0%    | 0%    |
| 70-81 | 13%  | 7%    | 13%   | 20%   |
| 60-69 | 20%  | 33%   | 13%   | 0%    |
| <-59  | 67%  | 60%   | 73%   | 80%   |
| N=15  | 100% | 100%  | 100%  | 100%  |

Fuente: Escala y subescalas de rasgos antisociales obtenidas del Inventario de Evaluación de Personalidad aplicado a los estudiantes de la UNPHU de la Escuela de Música.

Gráfica 12. Rasgos antisociales (ANT)



Fuente: Tabla 12

Se reveló que 67% de los estudiantes de música de la UNPHU obtuvieron puntuaciones T menores de 59, indicando un buen control de impulsos y conductas. Por otro lado, un 20% estuvo dentro de las puntuaciones T entre 60-69 dentro de un nivel pequeño, lo cual indica una tendencia a la impulsividad y a correr riesgos. Un 13% muestra puntuaciones T moderadas entre 70-81 lo cual indica alta tendencia a impulsividad y hostilidad.

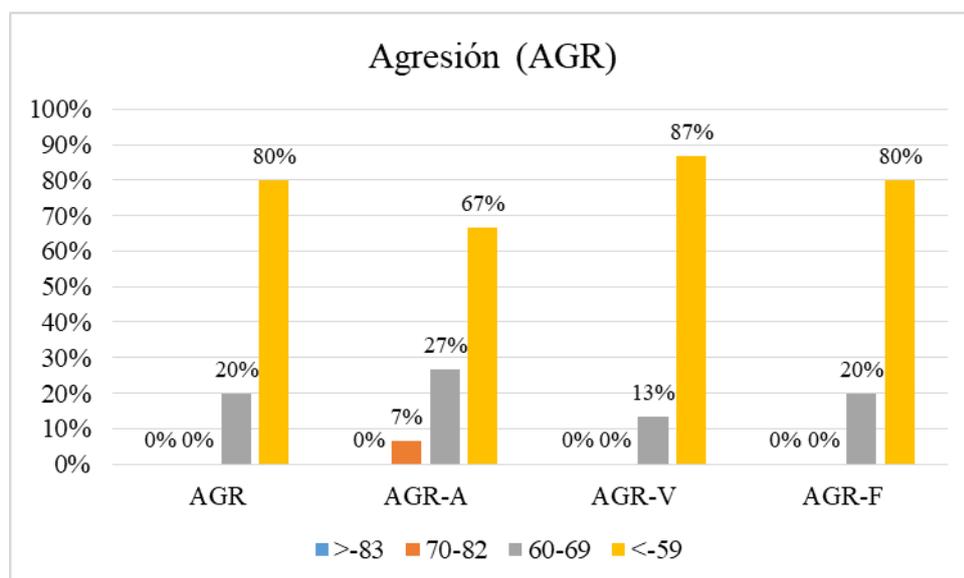
En las subescalas de rasgos antisociales, la Conducta Antisocial (ANT-A) obtuvo un 60% en puntuaciones T menores de 59, un 33% en puntuaciones T pequeñas (60 a 69) y el 7% en puntuaciones T moderadas (70 a 81). En Egocentrismo (ANT-E) se obtuvo un 73% en puntuaciones T menores de 59, un 13% en puntuaciones T pequeñas (60 a 69) y el 13% restante en puntuaciones moderadas (70 a 81). En Búsqueda de Sensaciones se presentó que un 80% de la muestra mostraron puntuaciones T menores de 59, mientras que un 20% se encontró dentro de un rango moderado (70 a 81).

Tabla 13. Agresión (AGR)

|       | AGR  | AGR-A | AGR-V | AGR-F |
|-------|------|-------|-------|-------|
| >-83  | 0%   | 0%    | 0%    | 0%    |
| 70-82 | 0%   | 7%    | 0%    | 0%    |
| 60-69 | 20%  | 27%   | 13%   | 20%   |
| <-59  | 80%  | 67%   | 87%   | 80%   |
| N=15  | 100% | 100%  | 100%  | 100%  |

Fuente: Escala y subescalas de agresión obtenidas del Inventario de Evaluación de Personalidad aplicado a los estudiantes de la UNPHU de la Escuela de Música.

Gráfica 13. Agresión (AGR)



Fuente: Tabla 13.

En la tabla 13 se observa que un 80% de los estudiantes de música de la UNPHU entrevistados están en un rango insignificante de agresión de manera general, lo cual indica un control sobre la forma de expresión del enojo. En cambio un 20% de los entrevistados obtuvieron puntuaciones T entre 60-69 lo cual indica un rango pequeño de agresión, viéndose así como personas que tienden a ser impacientes, irritable y cambiante.

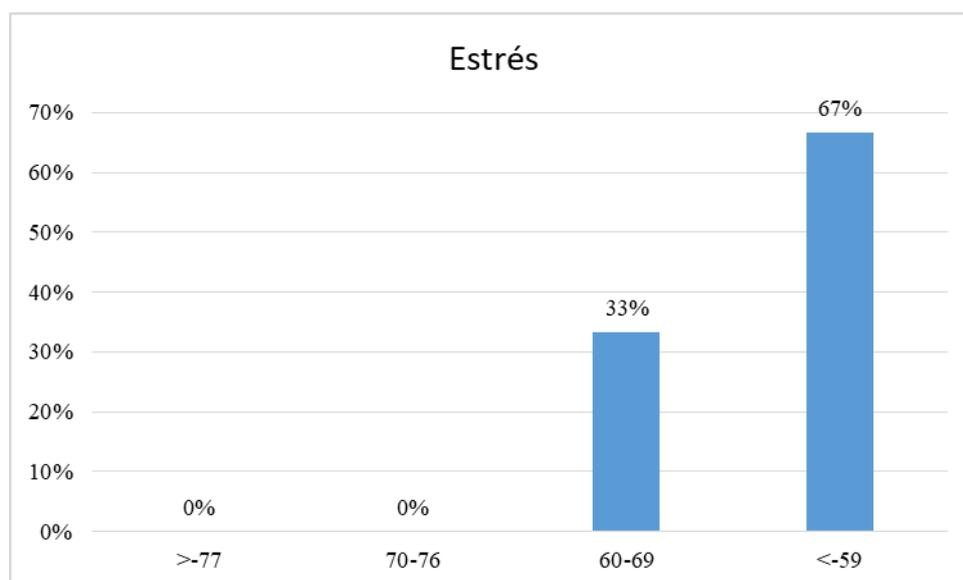
Dentro de las subescalas presentadas, la Actitud Agresiva (AGR-A) presentó un 67% en puntuaciones T menores de 59, un 27% obtuvo puntuaciones T pequeñas (60 a 69) y el 7% restante mostró puntuaciones T moderadas (70 a 82). En Agresión Verbal se observó que un 87% de la muestra obtuvo puntuaciones T menores de 59 y el 13% restante puntuaciones pequeñas. La Agresión Física (AGR-F) obtuvo un 80% en puntuaciones T menores de 59, mientras que el 20% restantes se encontró dentro de un rango pequeño (60 a 69).

Tabla 14. Estrés (EST)

| Estrés |      |             |
|--------|------|-------------|
|        | N=15 | Porcentaje% |
| >-77   | 0    | 0%          |
| 70-76  | 0    | 0%          |
| 60-69  | 5    | 33%         |
| <-59   | 10   | 67%         |
| Total  | 15   | 100%        |

Fuente: Escala y subescalas de estrés obtenidas del Inventario de Evaluación de Personalidad aplicado a los estudiantes de la UNPHU de la Escuela de Música.

Gráfica 14. Estrés (EST)



Fuente: Tabla 14.

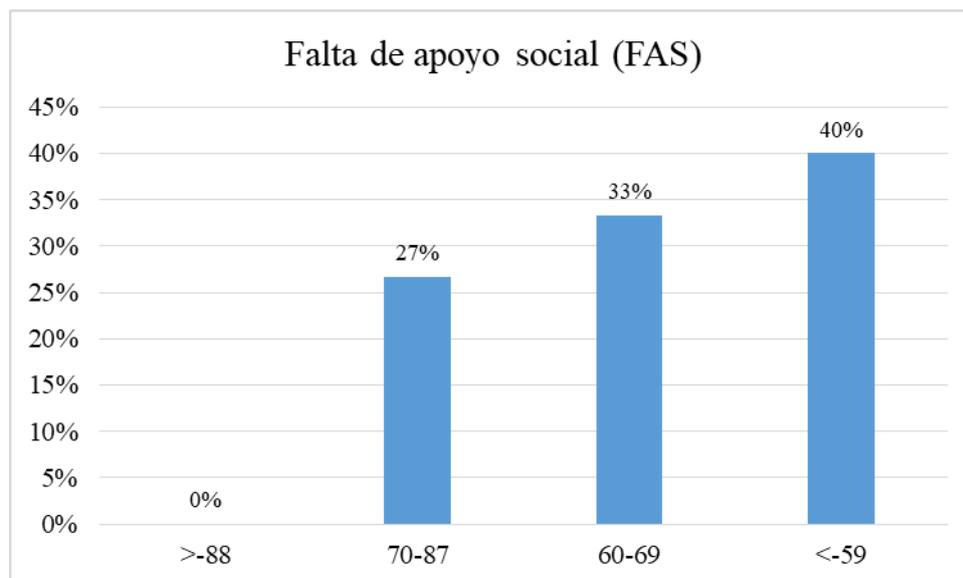
Se observa en la tabla 14, que un 67% de los entrevistados obtuvieron puntuaciones T menores de 59 lo cual indica un nivel insignificante de estrés, personas que manifiestan una tendencia a sentirse estables, tranquilos/as. Mientras que un 33% obtuvieron puntuaciones T entre 60-69 indicando un nivel pequeño de estrés, esto refiere a que la persona podría estar pasando por cierto estrés.

Tabla 15. Falta de apoyo social (FAS)

| Falta de apoyo social |      |             |
|-----------------------|------|-------------|
|                       | N=15 | Porcentaje% |
| >-88                  | 0    | 0%          |
| 70-87                 | 4    | 27%         |
| 60-69                 | 5    | 33%         |
| <-59                  | 6    | 40%         |
| Total                 | 15   | 100%        |

Fuente: Escala y subescalas de falta de apoyo emocional obtenidas del Inventario de Evaluación de Personalidad aplicado a los estudiantes de la UNPHU de la Escuela de Música.

Gráfica 15. Falta de apoyo social (FAS)



Fuente: Tabla 15

En la tabla 15 se observa un 40% obtuvo puntuaciones T menores de 59 en los estudiantes de música de la UNPHU, lo cual indica que son personas que manifiestan tener relaciones de apoyo en familiares y amigos. Un 33% obtuvo puntuaciones T entre 60-69 indicando un nivel pequeño de falta de apoyo social por lo cual tienden a tener pocas relaciones íntimas. Por otro lado, un 27% obtuvo puntuaciones T entre 70-87, como un nivel moderado de falta de apoyo mostrando una tendencia de que sus relaciones le ofrecen poco apoyo emocional, ya sea familiares o amigos.

#### **4.2 Análisis de datos.**

En este apartado se procede a discutir acerca de los hallazgos de la investigación. El principal objetivo del estudio era explorar e identificar la prevalencia de ideaciones suicidas que existen en los estudiantes de música, así mismo, los rasgos de personalidad que poseen.

El principal objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia de las ideaciones suicidas en los estudiantes de música de la Escuela de Música de la UNPHU entre las edades 19 a 25 años. Se analizaron los datos arrojados de las 60 estudiantes de música, durante el periodo de Enero 2019- Septiembre 2020. Dentro de los cuales se encontró un 75% sin ideaciones suicidas, mientras que el 25% restante posee ideaciones suicidas. Del último grupo se observa que un 60% se auto infligido daño, y 27% indica haber elaborado un plan para quitarse la vida, aunque el otro 73% indique que no ha elaborado planes.

Los 15 estudiantes de música con ideaciones suicidas se utilizaron para obtener los datos restantes. Un 73% de la muestra indica tener pocos pensamientos de muerte, mientras que otro 13% muestra tener pensamientos periódicos y pueden tener tendencias depresivas y ansiosas.

Haciendo referencia a diversos trabajos e investigaciones, los resultados obtenidos de la investigación de (Gutiérrez-García, Contreras & Orozco-Rodríguez, 2006) afirman que el sexo

masculino es más propenso a cometer suicidio, al igual que un estudio realizado por la OPS (Listín Diario, 2019). Así mismo, los resultados de nuestra investigación muestran una mayor incidencia de pensamientos suicidas en el sexo masculino con un 17% de la muestra total seleccionada mientras que las de sexo femenino forman un 8%.

Los autores mencionados anteriormente afirman que los jóvenes 15 a 24 años son propensos al suicidio. Para la investigación tomó estudiantes de música de 19 a 25 años de edad, en la cual se encontró que un 17% de la muestra total está dentro del rango de edad de 19 a 21 años, mientras que la minoría con un 8% se encontraron dentro de los 22 a 24 años.

Según estudios revisados anteriormente como Fowler y Joy (citados en Krivoy et. al., 2018), así como también Rojas y Klimenko (2015), hablan sobre los rasgos de personalidad encontrados en músicos, los rasgos más frecuentes o que predominan rasgos de esquizofrenia, rasgos narcisistas, autoestima, rasgos depresivos, introversión autocrítica negativa, egocentrismo y algo que todos tienen en común es la dificultad de establecer relaciones interpersonales.

Dentro de la investigación y la interpretación de los datos se tomará en cuenta un factor de la prueba del PAI, en una de las escalas de validez. Que la muestra seleccionada una cantidad de personas puntuaron medio alto en infrecuencia, dicho esto se procederá con cautela con los ítems a evaluar.

A diferencia de las investigaciones mencionadas anteriormente, la presente muestra que en la muestra de músicos evaluados con ideaciones suicidas no se encuentra datos significativos en cuanto a los rasgos depresivos, obteniendo un 87% en rango de lo “normal”, es decir, son personas que tienen pocas quejas de infelicidad, se muestra como un grupo de personas estables y autoconfiados. En su minoría se puede observar como 13% si muestra una tendencia a la sensibilidad y al pesimismo, sintiéndose infelices y sin autoconfianza. Se puede destacar de las subescalas que se presenta la depresión afectiva o emocional (DEP-E) con un 80% en el rango

“normal”, lo que significa que hay un nivel “normal” indicando que tiene pocas quejas de tristeza y un 13% puntuaciones pequeñas indicando presencia de tristeza y pérdida de placer por las actividades que antes disfrutaba.

Los músicos suelen expresar ansiedad debido a la labor que presentan y la situación en que muchos de ellos deben enfrentar en su día a día. Sin embargo, en los músicos evaluados en esta investigación se encontró pocas quejas de ansiedad (ANS) con un 73%, estos se presentan como optimistas y tranquilos. Si bien es cierto, los mismos suelen utilizar la música como forma de liberar estrés, por lo que también pueden presentarse como eficaces a la hora de afrontar estrés. También cabe destacar un 13% en las puntuaciones más bajas del Test, lo cual indica una falta de temor o ausencia de la misma. La subescala más destaca fue la Ansiedad Cognitiva (ANS-C), en la cual los porcentajes varían de manera proporcional, observándose un 60%, lo que quiere decir, estas personas podrían tener una atención y concentración moderada o considerado dentro de lo “normal”. Un 20% de las puntuaciones de la escala de Ansiedad Cognitiva (ANS-C), indica una ausencia de inquietudes.

Rasgos de personalidad destacados en los estudiantes de música con ideaciones suicidas, se encuentra la escala de manía (MAN), con un 47% el cual se muestra una tendencia a ser hostil, fácilmente irritables, pueden también mostrarse activos y sociales. Con un 27% en puntuaciones en el área clínica (rango moderado), sugiere que son personas un poco más impulsivas y con niveles altos de energía. Se puede observar como la subescala que mayor predomina es la de Grandiosidad (MAN-G), indicando una excesiva autoestima.

Si bien es cierto que la investigación no muestra resultados muy significativos en las escalas de depresión y ansiedad, en la escala de manía se puede observar puntuaciones altas y variadas. Las mismas pueden indicar una tendencia a un trastorno asociado como la manía, hipomanía o ciclotimia. Autores como Jamison & Andreasen (citados en Santamaría & Sánchez, 2012)

encontraron que dentro de personas reconocidas del medio artístico prevalece de alguno de estos trastornos.

Román y Klimenko (2015), destacan que uno de los rasgos más significativos que encontraron fue la paranoia indicando con esto que los artistas tienen tendencia a ser desconfiados y suspicaces. En la investigación con estudiantes de música con ideaciones suicidas, se destaca un 67% de la muestra en la escala de paranoia (PAR), que hace alusión a personas que perdonan fácilmente. Mientras que el 27% de la escala presente indica personas sensibles y que son cuidadosas o cautelosas en sus relaciones interpersonales. La subescala más predominante es la de Hiper-vigilancia (PAR-H), reflejando con un 20% en puntuaciones moderadas y pequeñas personas suspicaces y desconfiados.

Por lo que se puede decir que aunque una gran parte de los estudiantes no muestren rasgos significativos en paranoia, otro grupo muestra ser suspicaz y sensibles, con tendencia a ser desconfiados. Con esto podemos confirmar que en la rama de la música este rasgo es similar a los resultados encontrados en otros estudios con artistas de distintas ramas.

Fabio, Kelly, Malone & Mann (citado en Montoya et. al. 2006) mencionan que las personas con ideaciones suicidas suelen tener una comorbilidad de los trastornos límite y antisocial. Así mismo, Links & Kolla (Citado en Montoya et. al. 2006) explica la relación entre las ideaciones suicidas y características del trastorno límite de la personalidad, siendo así percibidas como impulsivas-agresivas.

Los rasgos límites (LIM) encontrados en los estudiantes de música con ideaciones suicidas, fue de un 67% de la puntuación “normal”, lo que hace referencia a personas emocionalmente estables y con relación sólidas. Sin embargo, un 27% de la muestra sugiere que son personas con tendencia a percibirse como malhumoradas y sensibles. De las subescalas destacadas se encuentra la de Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P) mostrando un 73% con puntuaciones dentro de lo “normal” lo esperado, un 33% de la muestra obtuvo puntuaciones de

rango pequeño (presentado como nivel de atención) lo cual indica una presencia de alguna relación intensa o que se ha sentido traicionado por ella. Otra subescala a destacar es la de Autoagresiones que son un 33% evalúa la impulsividad de la persona y con alto potencial de consecuencia negativa.

En los rasgos antisociales (ANT) encontrados en los estudiantes de música con ideaciones suicidas, se muestra un 67% en la escala antisocial general, lo que indica que tienen un buen control de impulso y relaciones cercanas. Por otro lado, es importante mencionar que el 20% tiene tendencia a la impulsividad, así mismo como el egocentrismo y desinhibición de sentimientos en las relaciones interpersonales. Eso junto con ese 13% en puntuaciones altas indica mayor impulsividad y tienen a ser insensibles con sus relaciones. Indicando que hay probabilidad que la muestra de estudiantes de música tengan cierto grado de impulsividad, en torno a las conductas antisociales o ilegales. Como se puede mostrar una de las subescalas a mencionar es la de Conducta Antisocial (ANT-A), si bien es cierto que el 60% indica estar dentro del rango de lo “normal” en esta escala clínica, un 33% indica cierta impulsividad a realizar actividades ilícitas. El 7% indica atención a este tipo de conducta, siendo este un rango de atención clínica.

Se puede ver como los rasgos impulsivos-agresivos están presente en ambas escalas de rasgos límites (LIM) y rasgos antisociales (ANT), aunque en menor porcentaje, este puede ser un rasgo significativo debido a la intensidad de los mismos. Se puede observar que el 73% posee pocos sentimientos de ideaciones suicidas(SUI), sin embargo un 33% se muestra impulsivo a la hora de hacerse daño a sí mismo (LIM-A).

Por otro lado, también se ha encontrado que en los estudiantes de música evaluados con ideaciones suicida, en la escala de agresión (AGR) se observa un 80% dentro de un rango dentro de lo “normal” o lo esperado, reflejando un control razonable del enojo.

Así mismo, en la escala de estrés (EST), los estudiantes música parecen mantenerse estables y expresar pocos sentimientos de estrés en su entorno.

En la escala de falta de apoyo social (FAS) muestra resultados interesantes. Un 40% refleja intimidad y por lo general mantienen relaciones de apoyo. Un 33% indica pocas relaciones íntimas y la insatisfacción con las mismas. El 27% son personas que posiblemente reciben poco apoyo y sus relaciones con sus familiares y amigos pueden ser conflictivas. Aunque el mayor porcentaje indique cierta intimidad y comodidad con sus relaciones de apoyo, se observó que más de la mitad de los encuestados con ideaciones suicidas se ven insatisfechos con sus relaciones y el apoyo que recibe de las personas cercanas, siendo esto un punto a tomar en cuenta.

Teniendo en cuenta que diversos de los factores de riesgo podrían estar relacionados con la población a cierto nivel (índices psicóticos, bipolares (manía), impulsividad, ideaciones suicidas, intentos suicidas y la falta de apoyo social), sería importante velar por aquellos factores que son protectores como las relaciones personales y prácticas positivas de afrontamiento. Siendo estos últimos importantes tomar en cuenta para un abordaje apropiado y efectivo.

Se considera necesario como estrategia la psicoeducación y aumentar los factores protectores, así se podría disminuir el riesgo de suicidio y/o autolesión. Incluyendo y propiciando dentro de las mismas técnicas de relajación y control de impulso para los estudiantes de Música de la UNPHU.

## **Conclusión**

En la presente investigación utilizó una muestra de 60 estudiantes de música, en los cuales se observa que existen las ideaciones suicidas y dentro de estos se estudian los diferentes rasgos de personalidad.

La prevalencia de las ideaciones suicidas en los estudiantes de música, consta de un 25% significativo, que expresó tener ideaciones suicidas y comportamientos suicidas, así como la autolesión, de la cual se muestra alta incidencia.

A partir del análisis realizado sobre los hallazgos obtenidos, se encontró que en respecto a los rasgos de personalidad según las escalas clínicas (Manía, Rasgos Límites, Depresión, Ansiedad) influyen como posibles detonantes ante la presencia de ideación suicida. Según los estudios por Chalco y Rojas (2018) & Jamison & Andreasen (citados en Santamaría & Sánchez, 2012), los músicos con ideaciones suicidas muestran un perfil de personalidad en el que prevalece la depresión y trastornos relacionados con la manía (hipomanía, ciclotimia). Dado los datos encontrados se puede afirmar la prevalencia de los rasgos maniacos en los músicos con ideaciones suicidas. Así mismo, se observa la ausencia de depresión en la población seleccionada y mostrándose egocéntricos con una excesiva autoestima.

Tras haber identificado la prevalencia de los rasgos de personalidad predominantes en los estudiantes de música de la UNPHU, se determinó los síntomas psicoemocionales. La información obtenida nos indica que según la escala de manía (MAN) y la escala de rasgos límites (LIM), se observa altos índices de impulsividad, tendencias hostiles e irritables, como también egocéntricos y con excesiva autoestima dado los resultados de la subescala de manía (MAN-G). De la misma manera, dentro de la escala de depresión (DEP) una tendencia a tener pocas quejas de infelicidad. Se observó una insatisfacción con sus relaciones personales, así como también tendencia a tener relaciones conflictivas.

A diferencia de otros estudios relacionados, la presente investigación no pudo encontrar porcentajes significativos en las escalas de depresión y ansiedad, durante la recopilación de datos se obtuvo puntuaciones bajas en dichas escalas dando tendencia a personas con pocas quejas de infelicidad y ansiedad.

Según los datos recopilados pertinentes a la investigación, se pudo encontrar una mayor incidencia de ideaciones suicidas en los estudiantes de música de la UNPHU que se encuentran dentro del rango de edad de 19 a 21. Del mismo modo, los hallazgos encontrados en relación al género muestran una mayor prevalencia de ideaciones suicidas en hombres, corroborando los datos obtenidos en la investigación de Gutiérrez-García, Contreras & Orozco-Rodríguez (2006).

Finalmente, dado los datos encontrados tras haber realizado la investigación, se consideró pertinente utilizar la psicoeducación como estrategia de prevención para promover el autocuidado tanto en los estudiantes de música como en el personal de la Escuela de Música, buscando con ello propiciar información necesaria y aumentar los factores protectores de los estudiantes. Por ello se ha realizado una propuesta de un protocolo psicoeducativo para la prevención de ideaciones suicidas en los estudiantes de música de la UNPHU.

## **Recomendaciones**

De acuerdo a los hallazgos encontrados en la presente investigación, se plantean las siguientes recomendaciones:

A la comunidad científica y futuras investigaciones, llevar a cabo la realización de investigaciones entorno a las ideaciones suicidas y rasgos de personalidad en estudiantes del medio artístico, que se realice entorno a un población más amplia tomando en cuenta diferentes áreas artísticas y los rasgos de personalidad de cada uno. También, hacer uso de otras pruebas psicométricas, y realizar y llevar a cabo un programa de intervención y prevención de acuerdo al protocolo realizado.

A los psicólogos, crear un programa de intervención cognitivo conductual y otros enfoques que ayuden a la prevención o disminución de las ideaciones suicidas. También a los psicólogos trabajar en intervención y prevención en base a recomendaciones de protocolos que han tenido excelencia en otros países para psicoeducar y contrarrestar recaídas.

A la Escuela de Música de la UNPHU, capacitar a los docentes y entidades para poder aprender a detectar acorde a un programa recomendado, así identificar a los estudiantes y referirlos a Orientación Académica de manera satisfactoria. Brindar atención a la prevención y a la disminución de posibles recaídas. Del mismo modo, tomar las medidas preventivas y llevar a cabo el protocolo psicoeducativo de prevención de suicidio realizado en diferentes fases a modo de taller.

A bienestar estudiantil de la UNPHU, implementar las escalas de evaluación de suicidio a estudiantes de música de la UNPHU de nuevo ingreso, para la detección temprana y la prevención de ideaciones suicidas.

## **Propuesta de protocolo psicoeducativo para la prevención de ideaciones suicidas en los estudiantes de la Escuela de Música de la UNPHU.**

### **Introducción**

Las ideaciones suicidas podrían desencadenar en una complicación ante el desarrollo de un trastorno psiquiátrico o el suicidio consumado en los estudiantes de la Escuela de Música de UNPHU, por lo que debería de considerarse como un problema primordial en la salud pública.

El presente protocolo busca enfocarse en capacitar y motivar a entidades pertinentes y estudiantes respecto a la prevención de suicidio. Mediante una serie de fases semiestructuradas que ofrezcan los recursos necesarios para la prevención.

### **Justificación**

La prevención de suicidio se ha sido de interés en el tema de la salud mental, así como las estrategias a utilizar en diversas poblaciones. Se ha mostrado una prevalencia de las ideaciones suicidas en los estudiantes de arte, así como también diversos factores de riesgo a tomar en cuenta.

Dada esta prevalencia, nuestro protocolo fue creado con el fin de prevenir el suicidio, por ende se brinda una serie de información en forma de capacitación o pautas a seguir para poder analizar variables detonantes y poder ser intervenidos a tiempo.

Actualmente los tratamientos psicoterapéuticos están adquiriendo más importancia en la prevención de las ideaciones suicidas, conducta y consecuencias derivadas de la misma.

### **Objetivo General**

Prevenir el riesgo de suicidio en estudiantes de la Escuela de Música de la UNPHU.

### **Objetivos Específicos**

1. Psicoeducar a las entidades y los estudiantes de la Escuela de Música UNPHU respecto a los signos y síntomas del suicidio e ideaciones suicidas.
2. Identificar estudiantes en riesgo de suicidio
3. Reducir la prevalencia de conducta suicida
4. Capacitar respecto a la identificación de factores de riesgo
5. Prevenir intentos o re intentos suicidas en los estudiantes
6. Implemento de estrategias de prevención en primeras instancias
7. Referir a los estudiantes en riesgo de suicidio a profesionales de la salud mental
8. Prevención de recaída

### **Metodología**

A modo de taller dividido en dos partes, con los estudiantes y entidades de la escuela de música. A nivel longitudinal que permita el seguimiento de los casos de riesgo de suicidio. Con un modelo de intervención preventiva que tiene como objetivo prevenir todo tipo de dificultades o problemas que impida llegar a los objetivos planteados, relacionados con el suicidio con el objetivo de prevenir todo tipo de dificultades o problemas

La población seleccionada consta de estudiantes tanto de nuevo ingreso como en los que cursan la carrera y entidades pertinentes de la Escuela de Música de la UNPHU. El muestreo de forma voluntaria, de modo que puedan inscribirse para el taller por voluntad propia.

### **Instrumento**

Plantilla de inscripción para el taller, Consentimiento informado, Escala de ideación suicida de Beck, Escala Columbia para Evaluar la Seriedad de las Ideaciones Suicidas.

Estrategia a tomar a usar: manejo de impulso, manejo de emociones, técnicas de relajación.

Recursos logísticos como material gastable.

**Duración:**

Durará aproximadamente 6 horas en total el cual será dividido en 3 horas cada parte.

**Temas centrales a trabajar**

## Primera fase

1. Presentación de concepto de la depresión
2. Identificación de signos y síntomas del suicidio (ideaciones suicidas y comportamiento suicida)
3. Prevalencia de ideaciones suicidas en músicos

## Segunda fase

1. Prevención de suicidio
2. Fomentar ideas positivas y la búsqueda de ayuda
3. Estrategias de prevención (grupala e individual)

## Tercera fase

1. Capacitación del personal para identificar los signos y síntomas, así como capacidad de referir a aquellos estudiantes en riesgo al departamento de orientación psicológica de la universidad (UNPHU)
2. El departamento de psicología que evalúe con un instrumento para detectar ideación suicida y el riesgo del mismo, por ejemplo: Escala Columbia para Evaluar la Seriedad de las Ideaciones Suicidas (CSSRS). Acorde con los resultados de la evaluación referir al estudiante a una institución con un especialista en el área.

## Cuarta fase

1. Realizar un seguimiento de evaluación a los estudiantes que hayan sido referidos a la institución mental

## 2. Prevención de recaídas

## Referencias

- Álvarez Ariza, M., Atienza Merino, G., Canedo Magariños, C., Castro Bouzas, M., & Combarro Mato, J. (2010). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Evaluación y Tratamiento. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Avaluación de TecnoloXías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia, 2012, 02.
- Ávila (2017). Los suicidios del espectáculo que estremecieron al 2017. Recuperado de: <https://www.elsoldemexico.com.mx/gossip/celebridades/los-suicidios-del-espectaculo-que-estremecieron-al-2017-539037.html>
- Barrionuevo, J. (2009). Suicidio e intentos de suicidio. Buenos Aires: UBA, Facultad de Psicología.
- Barrero (1999). Suicidio, comportamiento y prevención. Revista Cubana de Medicina General. Integral.
- Bella, M. E., Fernández, R. A., & Willington, J. M. (2010). Depression and the conduct disorder are the most frequent pathologies in child and adolescent suicide attempt. Archivos argentinos de pediatría, 108(2), 124-129.
- Bellver (2016). Amy Winehouse intentó suicidarse dos meses antes de su muerte. Recuperado de: <https://okdiario.com/deportes/amy-winehouse-intento-suicidarse-dos-meses-antes-muerte-273234/amp>
- Boeree (2019). Teorías de Personalidad en Psicología: Sigmund Freud. Recuperado de: [https://www.psicologia-online.com/teorias-de-personalidad-en-psicologia-sigmund-freud-1104.html#anchor\\_4](https://www.psicologia-online.com/teorias-de-personalidad-en-psicologia-sigmund-freud-1104.html#anchor_4)

- Cardozo, I., Guarino, L., & Rondón, J. E. (2016). Validación del Cuestionario Tridimensional para la Depresión (CTD) en población venezolana con enfermedades crónicas. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 21(3), 191-200.
- Caro, Y., Trujillo, S., & Trujillo, N. (2019). Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva y ansiedad rasgo en estudiantes universitarios del área de la salud. *Psicología: Avances de la Disciplina*, 13(1), 41-52.
- Carton, M. S., Carton, C. S., & Vazquez, M. S. (2010). P01-342-Suicide in musicians in the last forty years: a creative mind condition or a psychopathologic expression? *European Psychiatry*, 25(S1), 1-1.
- Casnovas Gordó, J. M. (2009). Del síntoma a la enfermedad: astenia. *Pediatría Atención Primaria*, 11, 425-431.
- Castillero (s.f.). Manía: Síntomas, trastornos asociados y tratamiento. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/clinica/mania>
- Chalco Rendon, P. D., & Rojas Rojas, K. P. (2018). Estilos de afrontamiento e ideación suicida en estudiantes de la Escuela de Artes de la Universidad Nacional de San Agustín-2018.
- Clayton, P (2018). Conducta Suicida. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es/do/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conductasuicida>
- Coryell William Young, E. (2005). Predictores clínicos del suicidio en el trastorno depresivo mayor primario. *Journal of psychiatry*, 65(4), 412-417.

- Cuervo (2018). El infierno de Robin Williams antes de su muerte. Recuperado de:  
<https://www.larazon.es/lifestyle/gente/el-infierno-de-robin-williams-antes-de-su-muerte-JO18340801>
- Cross, T & Cross, J (2013). *Suicide Among Gifted Children and Adolescents: Understanding the Suicidal Mind*. Waco, Texas. Estados Unidos: Prufrock Press Inc.
- Dajas (2016). Psicobiología del suicidio y las ideaciones suicidas. *Revista Psiquiatría de Uruguay* 2016; 80(2):83-110. Recuperado de: [http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2017/01/02\\_REVI\\_01.pdf](http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2017/01/02_REVI_01.pdf)
- Curtin, S. C., Warner, M., & Hedegaard, H. (2016). Increase in suicide in the United States, 1999–2014.
- Díaz (2013). Razones por las que el actor Lee Thompson Young se suicidó continúan siendo 'un misterio'. *Revista People*.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (2019). Personality traits. *General Psychology: Required Reading*, 278.
- Dimsdale (2018). Trastorno de síntomas somáticos. Recuperado de:  
<https://www.msdmanuals.com/es-do/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-s%C3%ADntomas-som%C3%A1ticos-y-relacionados/trastorno-de-s%C3%ADntomas-som%C3%A1ticos>
- Duke (2013). Los 35 días de malas noticias previos al suicidio de Mindy McCready. Recuperado de: <https://cnnespanol.cnn.com/2013/02/20/los-35-dias-de-malas-noticias-previos-al-suicidio-de-mindy-mccready/>

Echevarri (2010). *Teorías Explicativas de la conducta suicida II. Conducta suicida y psicopatología*. Documento electrónico en PDF.

Eguilus, (s,f). Ideación Suicida. Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. Recuperado de: <http://www.redsistemica.com.ar/suicida.htm>

El Comercio (2017). *Jonghyun y los niveles de presión que enfrentan los 'idols'*. Recuperado de: <https://elcomercio.pe/luces/musica/kim-jonghyun-shinee-industria-kpop-exige-nCIAS-depresion-noticia-482704>

El Universal (2016). *Vincent Van Gogh podría haber tenido un trastorno "bipolar"*. Recuperado de: <https://www.eluniversal.com.co/cultural/vincent-van-gogh-podria-haber-tenido-un-trastorno-bipolar-235777-HXEU343217>

Gallardo (2018). Perfil psicológico de una persona suicida. Recuperado de: <https://www.psicologia-online.com/perfil-psicologico-de-una-persona-suicida-3990.html>

García (s.f.). Teorías que explican el suicidio. Recuperado de: <http://coepsique.org/wp-content/uploads/2011/12/3-Suicidio-Teor%C3%ADas.pdf>

García-Allen, J. (s.f). Principales neurotransmisores y sus funciones. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/neurociencias/tipos-neurotransmisores-funciones>

Gerónimo & Sena (2018). Valoración de Riesgo de Suicidio en Adolescentes del Colegio Adventista Metropolitano. Junio 2017- mayo 2018. *Trabajo de Grado*. Santo Domingo, República Dominicana.

- González Salas, L. (2017). La psicoeducación en la reducción de la sintomatología depresiva y prevención del suicidio (Bachelor's thesis).
- Gutiérrez (2017). Ian Curtis, el suicidio de músico genio incomprendido. Recuperado de: <https://de10.com.mx/top-10/2017/05/18/ian-curtis-el-suicidio-del-musico-genio-incomprendido>
- Gutiérrez-García, A. G., Contreras, C. M., & Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental*, 29(5), 66-74.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación. Sexta Edición. Editorial Mc Graw Hill. México. 2014. Hernández, R. *Metodología de la Investigación. 6a Edición, Mc Graw Hill, México.*
- Horney, K., & Rogers, C. (2012). Karen horney. *Neurosis and Human Growth: The Struggle Toward Self-Realization.*
- Krivoy, F., Contreras, P., Marquez, C., & Zambrano, G. Rasgos de la Personalidad en músicos de orquesta a través de las variables estructurales del psicodiagnostico de Rorschach.
- Kudo (2013). Demi Lovato, 20/20 GMA Entrevista - Traduzione ITA. Revisión del DVD.
- Lameiras, Calado, María, Rodríguez & Fernández (2002). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1),23-33.
- Lester & Stack (2009). *Suicide and the creative arts.* Nova Science Publishers.
- Marchant-Haycox & Wilson (1992). Personality and stress in performing artists. *Personality and individual differences*, 13(10), 1061-1068

- Mayo Clinic (2018). Depresión (trastorno depresivo mayor). Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
- Mayo Clinic (2019). Trastorno del sueño. Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/sleep-disorders/symptoms-causes/syc-20354018>
- Mayo Clinic (2020). Trastorno antisocial. Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/antisocial-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20353928>
- López, S. M., & Sebastián, M. G. (2002). Estrategias de afrontamiento al estrés en un grupo de personas en proceso de reinserción social. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (25), 4.
- Mori, N., & Caballero, J. (2010). Historia natural de la depresión. *Revista peruana de epidemiología*, 14(2), 86-90.
- Montoya, R. Q., Figueroa, I. V., Miranda, J. C. V., & Ramírez, L. E. F. (2006). Personalidad y estrategias de afrontamiento en sujetos con tentativa suicida. *Psicología y salud*, 16(2), 139-147.
- Nebot, N. F. S., & Carmona, J. L. María José Naharro Gascón, Rocío Roselló Miranda, Carmen Pascual Calatayud, José Cano (2018). Depresión Psicótica: más allá del Trastorno Depresivo Mayor. XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría.
- Nichols (2015). *Theories of Personality*. Loyola University New Orleans, Estados Unidos.
- Opazo (2018). OMS: La depresión afecta a 350 millones de personas a nivel mundial. Recuperado de: <https://nacionfarma.com/oms-la-depresion-afecta-a-350-millones-de-personas-a-nivel-mundial/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). Nota descriptiva 369. OMS; febrero de 2017.

Recuperado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global.

Orlandini, A. (2012). *El estrés: qué es y cómo evitarlo*. Fondo de cultura económica.

Orozco, W. N., & Baldares, M. J. V. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de costa rica y Centroamérica*, 69(604), 497-507.

Osnaya, M. C., Murillo, M. D. P. R., Avila, R. C., & Pérez, J. C. R. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psico socio demográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 17-21.

Ortiz, M. Á. C., & CALDERÓN, M. J. O. G. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción psicológica*, 4(2), 7-38.

Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista colombiana de psicología*, (13), 17-32.

Pichardo, C (2017). “*Se registran 3,629 suicidios en el país durante los últimos seis años*”. Listín Diario. Santo Domingo, República Dominicana.

Pinzón, M. A. V., Muñetón, M. J. B., & Alarcón, L. L. A. (2013). Psychosocial variables associated to the suicidal intent, suicidal ideation and suicide in young people.

Pinzón, A. (2017). Delirium y Delirio. *Acta Médica Colombiana*, vol. 42, núm. 2, abril-junio, 2017, p. 145

- Piña (2015). Tasa de suicidio aumenta paulatinamente en la República Dominicana. Recuperado de: [http://www.7dias.com.do/portada/2015/05/13/i186641\\_tasa-suicidio-aumenta-paulatinamente-republica-dominicana.html#.XatxhehKjIW](http://www.7dias.com.do/portada/2015/05/13/i186641_tasa-suicidio-aumenta-paulatinamente-republica-dominicana.html#.XatxhehKjIW)
- Reyes & Torres (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. La Habana, Cuba.
- Ries, F., Vázquez, C. C., Mesa, M. D. C. C., & Andrés, O. D. C. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de psicología del deporte*, 12(2), 9-16.
- Riveros, M., Hernández, H., & Rivera, J. (2011). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana.
- Rivera (2020). Monoaminas: qué son y funciones. Recuperado de: <https://lamenteesmaravillosa.com/monoaminas-que-son-funciones/>
- Roberts, S. E., Jaremin, B., & Lloyd, K. (2013). High-risk occupations for suicide. *Psychological Medicine*, 43(6), 1231-1240.
- Román, H., & Klimenko, O. (2015). Estudio sobre la personalidad en una muestra de artistas según el campo de desempeño. *Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas Psicoespacios*, 71- 95. Recuperado de <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>.
- Rodríguez, P (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Cátedras de psiquiatría y Psicología Médica*, Universidad de La Laguna, Canarias. *Psiquis*, 1990: 11: 374-380.

- Royo, J., & Martínez, M. (2012). Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. *Pediatría integral*, 16(9), 755-759.
- Ruiz, Colín, Corlay, Lara, Dueñas (2007). Trastorno depresivo mayor en México: la relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y calidad de vida. *Salud Ment vol.30 no.2 México mar./abr. 2007*
- Salazar, J. A. A., Romero, A. R., & Campos, J. A. (2014). GABA, depresión y suicidio: aspectos epigenéticos asociados. *Psicología. com*, 18.
- Sánchez (2017). Cinco grandes rasgos para analizar la personalidad según Goldberg. Recuperado de: <https://lamenteesmaravillosa.com/cinco-grandes-rasgos-analizar-la-personalidad-segun-goldberg/>
- Santamaría, H., & Sánchez, R. (2012). Creatividad y rasgos de personalidad en estudiantes universitarios: estudio transversal de asociación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(2), 284-298.
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología iberoamericana*, 21(2), 19-28.
- Seijas (2014). *Adicciones y depresión en la salud del hombre*. Revista Médica Clínica de los Condes, Vol 25(1), 79-98.
- Seelbach, G. (2013). Teorías de la personalidad. Red Tercer Milenio: Estado de México.
- Servicio Nacional de Salud (2019). Psychosis. Recuperado de: <https://www.nhs.uk/conditions/psychosis/>
- Schultz, S. D. & Schultz, S.(2010). La teoría de los rasgos: Genética de la personalidad.(Ed.) *Teorías de la Personalidad*, 278-282.

- Skodol (2018). Trastorno límite de la personalidad (TLP). Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es-do/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-lim%C3%ADtrofe-de-la-personalidad-tlp>
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Soler, C. (1992). *Estudios sobre las psicosis*. Ediciones Manantial.
- Stacks (1997). *Suicide among artist*. *Journal of Social Psychology*; 1997; 137, 1; Research Library pág. 129.
- Stack & David (2009). *Suicide and the Creative Arts*. Nueva York, Estados Unidos: Nova.
- Tamminga (2018). Esquizofrenia. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es-Do/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia>
- Tineo, H (2015). De la Vida de Eduardo Brito. *Diario Dominicano*. Recuperado de: <http://diariodominicano.com/cultura/2015/02/21/191386/de-la-vida-de-eduardo-brito>
- Trigilia (s.f.). Paranoia: causas y señales de este tipo de pensamientos delirante. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/clinica/paranoia>
- Valdés, J. F. (2016). *Relación entre Ansiedad Rasgo, Sensibilidad a la Ansiedad y Síntomas de Ansiedad en Niños y Adolescentes* (Doctoral dissertation, Universidad de Málaga).
- Vargas, H. B., & Saavedra, J. E. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 75(1), 19-19.

- Vera Carrasco, O. (2016). El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. *Revista Médica La Paz*, 22(1), 59-68.
- Villa, B. A. D., & González, C. G. (2012). Actualidades en neurobiología de la depresión. *Revista latinoamericana de psiquiatría*, 11(3), 106-115.
- Villar Genao, G. A. (2018). Prevalencia de indicadores de depresión en los estudiantes de la Escuela Nacional de Arte Dramático (ENAD) y de la Escuela Nacional de Artes Visuales (ENAV) período 2017-2018 (Doctoral dissertation, Santo Domingo: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, 2018.).
- Warman, D. M., Forman, E. M., Henriques, G. R., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2004). Suicidality and psychosis: beyond depression and hopelessness. *Suicide and life-threatening behavior*, 34(1), 77-86.
- World Health Organization (2000). *Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas*. (No. WHO/MNH/MBD/00.1). Fundación Intrás.
- Yen, S., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Grilo, C. M., & Edelen, M. O. (2017). Rasgos de la personalidad como predictores prospectivos de intentos de suicidio. *RET Revist Toxicom*, 74-2015.
- Zaragozano (2017). *Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente*. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria. *Bol Pediatr Arag Rioj Sor*, 2017; 47: 37-45.

## Anexos



### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Yo \_\_\_\_\_, de Cédula de Identidad Personal y Electoral No. \_\_\_\_\_ certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al proceso de evaluación psicológica (entrevistas y pruebas psicológicas) que el (la) estudiante de psicología \_\_\_\_\_ me ha invitado a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador (a), contribuyendo a éste procedimiento académico de forma activa. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a este proceso de evaluación cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna. Por este medio expreso que, he recibido una explicación clara y completa del (los) tipo (s) y naturaleza de la (s) prueba (s) psicológica (as) que me será (n) administrada (s), así como el propósito por el cual se me somete a este proceso de evaluación psicológica, y la forma en la que serán utilizados los resultados que arroje, los cuales me han explicado, se manejaran con estricta confidencialidad y solo con mi consentimiento se le podrán presentar a otra persona y/o institución pública o privada.

Por último, certifico mediante nombre y firma más abajo, que he sido informado (a) que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada en las entrevistas y sesiones de evaluación, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Estudiante de Psicología

Documento de identidad \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Paciente

Documento de identidad \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

# ESCALA COLUMBIA PARA EVALUAR LA SERIEDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA (C-SSRS)

Desde el último contacto

Versión de 1/14/09

*Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.;  
Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.*

Exención de responsabilidad:

*Esta escala es para el uso de individuos que han sido entrenados en su administración. Las preguntas incluidas en la Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS) son pruebas sugeridas. En última instancia, la determinación de la presencia de ideación o comportamiento suicida depende del juicio del individuo que administra la escala.*

*Las definiciones de las manifestaciones de comportamientos suicidas de esta escala se basan en aquellas usadas en **The Columbia Suicide History Form**, documento elaborado por John Mann, MD, y Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, pp. 103 -130, 2003).*

*Para reimpressiones de la escala C-SSRS, comunicarse con Kelly Posner, Ph.D., New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032; para información y requisitos de entrenamiento escriba a la siguiente dirección de correo electrónico: [posnerk@nyspi.columbia.edu](mailto:posnerk@nyspi.columbia.edu)*

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

| <b>IDEACIÓN SUICIDA</b>  |                            |   |                            |           |
|--|----------------------------|---|----------------------------|-----------|
| <p>Haga las preguntas 1 y 2. Si ambas respuestas son negativas, pase a la sección de "Comportamiento suicida". Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", haga las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es "sí", complete la sección "Intensidad de la ideación" más abajo.</p>   |                            | <b>Desde la última visita</b>   |                            |           |
| <p><b>1. Deseos de morir</b><br/>El/la participante reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarse dormido/a y no despertar.<br/><i>¿Ha deseado estar muerto/a o quedarse dormido/a y no despertar?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>  |                            | <p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |                            |           |
| <p><b>2. Pensamientos suicidas activos no específicos</b><br/>Pensamientos no específicos de querer terminar con su vida/suicidarse (p. ej., "He pensado en suicidarme") sin pensamientos sobre las maneras de matarse, métodos relacionados, intenciones o plan durante el periodo de evaluación.<br/><i>¿Ha pensado realmente en matarse?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>  |                            | <p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |                            |           |
| <p><b>3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar</b><br/>El/la participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el periodo de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar o detalles del método elaborado (p. ej., ha pensado en el método para suicidarse pero no en un plan específico). Incluye a las personas que digan: "He pensado en tomar una sobredosis pero nunca he ideado un plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo".<br/><i>¿Ha pensado en cómo podría hacerlo?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>  |                            | <p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |                            |           |
| <p><b>4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico</b><br/>El/la participante tiene pensamientos suicidas activos e informa tener cierta intención de llevarlos a cabo, a diferencia de que dijera "Tengo esos pensamientos pero definitivamente no los voy a llevar a cabo".<br/><i>¿Ha tenido estos pensamientos y alguna intención de llevarlos a cabo?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>  |                            | <p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |                            |           |
| <p><b>5. Ideación suicida activa con plan específico e intención</b><br/>Pensamientos de suicidio con detalles elaborados completa o parcialmente y el/la participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo.<br/><i>¿Ha empezado a elaborar o ya tiene elaborados los detalles de cómo se va a matar? ¿Tiene la intención de llevar a cabo este plan?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>  |                            | <p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |                            |           |
| <b>INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN</b>   |                            |   |                            |           |
| <p>Las siguientes características deben ser evaluadas con respecto al tipo más severo de ideación (p. ej., 1-5 de arriba, con 1 siendo el menos severo y 5 siendo el más severo).</p> <p><i>Ideación más seria:</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo N° (1-5)</th> <th>Descripción de la ideación</th> </tr> </thead> </table>   |                            | Tipo N° (1-5)   | Descripción de la ideación | Más seria |
| Tipo N° (1-5)  | Descripción de la ideación |   |                            |           |
| <p><b>Frecuencia</b><br/><i>¿Cuántas veces ha tenido estos pensamientos?</i><br/>(1) Menos de una vez por semana (2) Una vez por semana (3) De 2 a 5 veces por semana (4) Diariamente o casi diariamente (5) Muchas veces al día</p>   |                            | —   |                            |           |
| <p><b>Duración</b><br/><i>Cuando tiene esos pensamientos, ¿cuánto tiempo duran?</i><br/>(1) Fugaces/pocos segundos o minutos (4) De 4 a 8 horas/la mayor parte del día<br/>(2) Menos de 1 hora/algo de tiempo (5) Más de 8 horas/persistentes o continuos<br/>(3) De 1 a 4 horas/mucho tiempo</p>  |                            | —   |                            |           |
| <p><b>Control</b><br/><i>¿Podría/puede dejar de pensar en matarse o en querer morirse si lo desea?</i><br/>(1) Puede controlar los pensamientos fácilmente (4) Puede controlar los pensamientos con mucha dificultad<br/>(2) Puede controlar los pensamientos con muy poca dificultad (5) No puede controlar los pensamientos<br/>(3) Puede controlar los pensamientos con alguna dificultad (0) No intenta controlar los pensamientos</p>   |                            | —   |                            |           |
| <p><b>Impedimentos</b><br/><i>¿Hay cosas - alguien o algo (p. ej., la familia, la religión, el dolor al morir) - que hayan evitado que quisiera morir o que se dejara llevar por los pensamientos suicidas?</i><br/>(1) Los impedimentos definitivamente detuvieron sus intentos de suicidio (4) Los impedimentos probablemente no lo/la detuvieron<br/>(2) Los impedimentos probablemente lo/la detuvieron (5) Los impedimentos definitivamente no lo/la detuvieron<br/>(3) No está seguro/a de que los impedimentos lo/la hayan detenido (0) No corresponde</p>  |                            | —   |                            |           |
| <p><b>Razones para la ideación</b><br/><i>¿Qué razones ha tenido para pensar en querer morirse o matarse? ¿Puede que haya sido para terminar con el dolor o con la manera en que se sentía (es decir, no podía seguir viviendo con ese dolor o con la manera en que se sentía) o para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás? ¿O ambas posibilidades?</i><br/>(1) Absolutamente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (4) Mayormente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía)<br/>(2) Mayormente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (5) Absolutamente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía)<br/>(3) Igualmente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás y para terminar con el dolor (0) No corresponde</p> |                            | —   |                            |           |

| <b>COMPORTAMIENTO SUICIDA</b><br>(Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntar sobre todos los tipos)   |  | <b>Desde la última visita</b>  |  |
|--|--|--|--|
| <p><b>Intento real:</b><br/>Un acto potencialmente autodestructivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir <i>como resultado del mismo</i>. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay <b>cierta</b> intención o deseo de morir asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. <b>No es necesario que haya alguna herida o daño</b>, sólo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hiera, esto se considera un intento.<br/>Intención inferida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención.<br/><b>¿Ha intentado suicidarse?</b><br/><b>¿Ha hecho algo para hacerse daño?</b><br/><b>¿Ha hecho algo peligroso por lo cual podría haberse muerto?</b><br/><b>¿Qué hizo?</b><br/><b>¿Usted _____ como una manera de terminar con su vida?</b><br/><b>¿Quería morir (aunque fuera un poco) cuando usted _____?</b><br/><b>¿Estaba tratando de terminar con su vida cuando usted _____?</b><br/><b>¿O pensó que era posible que podría haber muerto por _____?</b><br/><b>¿O lo hizo sólo por otras razones o sin NINGUNA intención de suicidarse (como aliviar el estrés, sentirse mejor, obtener empatía o para que pasara otra cosa)?</b> (Comportamiento autodestructivo sin intención suicida)<br/>Si la respuesta es "sí", describa:</p> |  | <p><b>Sí</b> <b>No</b><br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos<br/>_____</p>               |  |
| <p><b>¿Ha tenido la persona un comportamiento autodestructivo no suicida?</b></p>  |  | <p><b>Sí</b> <b>No</b><br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>   |  |
| <p><b>Intento interrumpido:</b><br/>Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autodestructivo (<i>si no fuera por eso, el intento habría ocurrido</i>). Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero no las ingiere. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntándose hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorcar: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorcarse y algo la detiene.<br/><b>¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para terminar con su vida pero alguien o algo lo/la detuvo antes de que lo hiciera?</b><br/>Si la respuesta es "sí", describa:</p>  |  | <p><b>Sí</b> <b>No</b><br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos interrumpidos<br/>_____</p> |  |
| <p><b>Intento abortado:</b><br/>Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa.<br/><b>¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para tratar de terminar con su vida pero se detuvo antes de hacerlo?</b><br/>Si la respuesta es "sí", describa:</p>   |  | <p><b>Sí</b> <b>No</b><br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos abortados<br/>_____</p>     |  |
| <p><b>Actos o comportamiento preparatorios:</b><br/>Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida).<br/><b>¿Ha hecho algún preparativo para un intento suicida o para matarse (como juntar pastillas, comprar una pistola, regalar posesiones valiosas o escribir una nota suicida)?</b><br/>Si la respuesta es "sí", describa:</p>  |  | <p><b>Sí</b> <b>No</b><br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>   |  |
| <p><b>Suicidio:</b></p>  |  | <p><b>Sí</b> <b>No</b><br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>   |  |
| <p><b>Responda solamente por intentos reales</b></p>   |  | <p>Fecha del intento más letal:</p>  |  |
| <p><b>Grado de letalidad y lesiones:</b><br/>0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales).<br/>1. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces).<br/>2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de conducto sanguíneo principal).<br/>3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves).<br/>4. Daño físico grave: necesita hospitalización con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital).<br/>5. Muerte</p>  |  | <p>Ingrese código<br/>_____</p>  |  |
| <p><b>Letalidad potencial: conteste solamente si hay causa de muerte real = 0</b><br/>Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaran lesiones, tuvieron gran potencial letal: se puso una pistola dentro de la boca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/la arrollara).<br/>0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones<br/>1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte<br/>2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible</p>  |  | <p>Ingrese código<br/>_____</p>  |  |

**I. DATOS PERSONALES:**

Nombres: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfonos: Casa \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de

Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo  F  M Ocupación: \_\_\_\_\_

Paciente: ambulatorio  inter  Referido

por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**II. Motivo de consulta:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**III. Historia de la enfermedad actual:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IV. Historia anterior:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**V. Historia Familiar:**

---

---

Padre: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

Hermanos: \_\_\_\_\_

Azúcar: \_\_\_\_\_ Cáncer: \_\_\_\_\_ Corazón: \_\_\_\_\_

Demencia: \_\_\_\_\_ ACV: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**VI. Historia Social:**

Soltero/a \_\_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_ No. De Hijos \_\_\_\_\_

Con quién vive? \_\_\_\_\_

De que vive? \_\_\_\_\_

**VII. BREVE EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL ACTUAL**

1. Ha percibido usted lo siguiente:

Delirios

Alucinaciones: auditivas  ales  tiles o  as

Si ha elegido una o más de las opciones, explique con más detalles:

---

---

---

2. Ha pensado/querido/intentado quitarse la vida? Sí  No

Si su respuesta es afirmativa, indique que/como ha pensado/querido/intentado hacerlo?

---

---

---

3. Cómo es su nivel de estrés? Bueno  alto  bajo

4. Cuáles son sus principales estresores internos/externos?

---

---

5. Cómo maneja sus niveles de estrés/tensión?

---

---

---

6. Cómo es su estado de atención?

Bueno  tan bueno  distrae con facilidad  alerta todo el tiempo

7. Cómo está su memoria?

Anterograda:

---

---

Retrograda:

---

---

8. Ha tenido /Tiene algún tipo de hábito no patológico (ingesta de: té, tizana, hábito de fumar, alcohol, ( )as)?  No

9. Cómo son sus hábitos alimenticios/sueno/relaciones sexuales?

Alimentación: a tiempo  fuera de hora  cuantas veces al día? \_\_\_\_\_  
Algún problema que recuerde haya sufrido con respecto a la alimentación? Si  No   
Si su respuesta es sí,  
explique \_\_\_\_\_

---

10. Evaluación del ciclo del sueño:

Dormir: profundo  corto  interrumpido  fuera de   
horario   
Patologías del dormir: pesadillas  insomnio  hipersomnía  apnea del   
sueno   
sonambulismo  narcolepsia

11. Evaluación de la intimidad sexual (Esfera Psicosexual):

Sexualidad: ha tenido experiencias sexuales? Sí  No   
Si su respuesta es afirmativa favor indicar la edad de su primera experiencia sexual: \_\_\_\_\_  
Cómo describiría su primera experiencia sexual?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Alguna preferencia al momento de la interacción sexual en especial? Sí  No   
Si su respuesta es afirmativa, explique con más detalles (Lesbianismo, heterosexuals, otros, etc.):

---

---

Si tiene pareja en la actualidad, como son sus relaciones sexuales?

Placenteras  No placenteras

Explique respuesta:

VIII.

### IX. Revisión por Sistema: (signos y síntomas de depresión)

SCV: Dolor de pecho \_\_\_\_\_ Sofocación \_\_\_\_\_ Taquicardia \_\_\_\_\_ Dolor abdominal \_\_\_\_\_

Apetito \_\_\_\_\_ Pérdida de peso \_\_\_\_\_ Acidez \_\_\_\_\_ Náusea \_\_\_\_\_ Disfagia \_\_\_\_\_

Vómito \_\_\_\_\_ Diarrea \_\_\_\_\_ Flatulencia \_\_\_\_\_ Estreñimiento \_\_\_\_\_

Irritabilidad \_\_\_\_\_ Insomnio \_\_\_\_\_ Falta de energía \_\_\_\_\_ Dificultad para concentrarse \_\_\_\_\_

Letargia \_\_\_\_\_ Pérdida de placer por actividades que \_\_\_\_\_

SGU: Dificultad o dolor al orinar \_\_\_\_\_ Urgencia \_\_\_\_\_ Incontinencia o accidentes \_\_\_\_\_

SME: Dolor \_\_\_\_\_

Articular \_\_\_\_\_

SNC: Dolor de cabeza \_\_\_\_\_ Mareos \_\_\_\_\_ Disminución de audición \_\_\_\_\_ Disminución \_\_\_\_\_

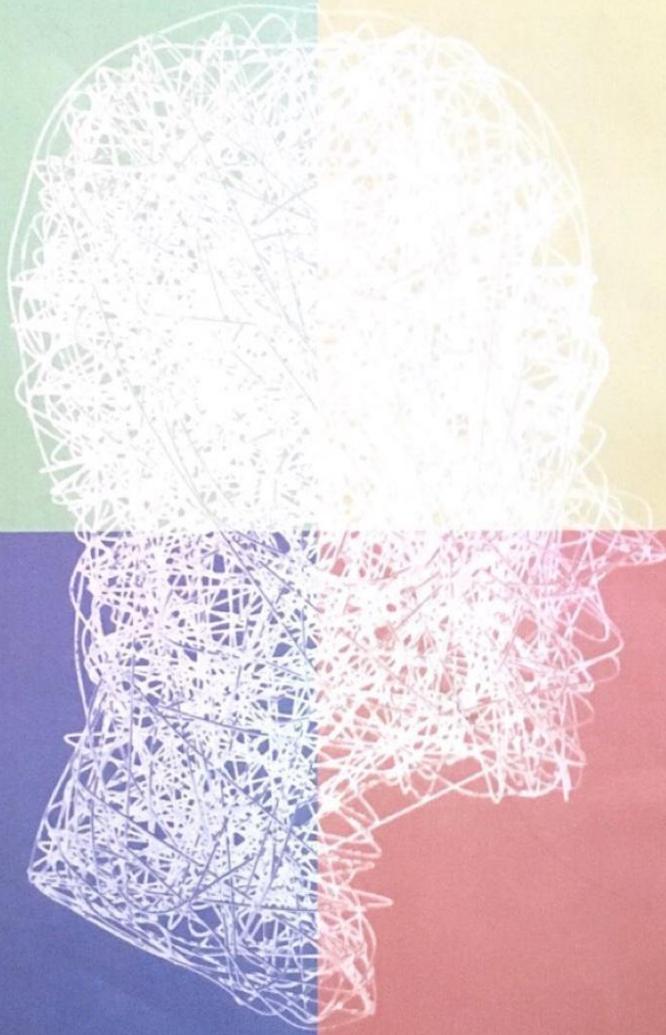
Visión \_\_\_\_\_

**Investigaciones:** \_\_\_\_\_

---

A la vanguardia de la  
evaluación psicológica

[www.teaediciones.com](http://www.teaediciones.com)



Del Grupo  
 hogrefe



Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
 N.º identificación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  V  M  
 Lugar de residencia: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ Actividad laboral: \_\_\_\_\_  
 Nivel de estudios: \_\_\_\_\_

| F     | LV                    | BV                 | CV                      |
|-------|-----------------------|--------------------|-------------------------|
| FALSO | LIGERAMENTE VERDADERO | BASTANTE VERDADERO | COMPLETAMENTE VERDADERO |

|    |   |               |               |    |
|----|---|---------------|---------------|----|
| E1 | F | <del>LV</del> | BV            | CV |
| E2 | F | LV            | <del>BV</del> | CV |

|    |            |    |            |    |            |     |            |     |            |
|----|------------|----|------------|----|------------|-----|------------|-----|------------|
| 1  | F LV BV CV | 31 | F LV BV CV | 61 | F LV BV CV | 91  | F LV BV CV | 121 | F LV BV CV |
| 2  | F LV BV CV | 32 | F LV BV CV | 62 | F LV BV CV | 92  | F LV BV CV | 122 | F LV BV CV |
| 3  | F LV BV CV | 33 | F LV BV CV | 63 | F LV BV CV | 93  | F LV BV CV | 123 | F LV BV CV |
| 4  | F LV BV CV | 34 | F LV BV CV | 64 | F LV BV CV | 94  | F LV BV CV | 124 | F LV BV CV |
| 5  | F LV BV CV | 35 | F LV BV CV | 65 | F LV BV CV | 95  | F LV BV CV | 125 | F LV BV CV |
| 6  | F LV BV CV | 36 | F LV BV CV | 66 | F LV BV CV | 96  | F LV BV CV | 126 | F LV BV CV |
| 7  | F LV BV CV | 37 | F LV BV CV | 67 | F LV BV CV | 97  | F LV BV CV | 127 | F LV BV CV |
| 8  | F LV BV CV | 38 | F LV BV CV | 68 | F LV BV CV | 98  | F LV BV CV | 128 | F LV BV CV |
| 9  | F LV BV CV | 39 | F LV BV CV | 69 | F LV BV CV | 99  | F LV BV CV | 129 | F LV BV CV |
| 10 | F LV BV CV | 40 | F LV BV CV | 70 | F LV BV CV | 100 | F LV BV CV | 130 | F LV BV CV |
| 11 | F LV BV CV | 41 | F LV BV CV | 71 | F LV BV CV | 101 | F LV BV CV | 131 | F LV BV CV |
| 12 | F LV BV CV | 42 | F LV BV CV | 72 | F LV BV CV | 102 | F LV BV CV | 132 | F LV BV CV |
| 13 | F LV BV CV | 43 | F LV BV CV | 73 | F LV BV CV | 103 | F LV BV CV | 133 | F LV BV CV |
| 14 | F LV BV CV | 44 | F LV BV CV | 74 | F LV BV CV | 104 | F LV BV CV | 134 | F LV BV CV |
| 15 | F LV BV CV | 45 | F LV BV CV | 75 | F LV BV CV | 105 | F LV BV CV | 135 | F LV BV CV |
| 16 | F LV BV CV | 46 | F LV BV CV | 76 | F LV BV CV | 106 | F LV BV CV | 136 | F LV BV CV |
| 17 | F LV BV CV | 47 | F LV BV CV | 77 | F LV BV CV | 107 | F LV BV CV | 137 | F LV BV CV |
| 18 | F LV BV CV | 48 | F LV BV CV | 78 | F LV BV CV | 108 | F LV BV CV | 138 | F LV BV CV |
| 19 | F LV BV CV | 49 | F LV BV CV | 79 | F LV BV CV | 109 | F LV BV CV | 139 | F LV BV CV |
| 20 | F LV BV CV | 50 | F LV BV CV | 80 | F LV BV CV | 110 | F LV BV CV | 140 | F LV BV CV |
| 21 | F LV BV CV | 51 | F LV BV CV | 81 | F LV BV CV | 111 | F LV BV CV | 141 | F LV BV CV |
| 22 | F LV BV CV | 52 | F LV BV CV | 82 | F LV BV CV | 112 | F LV BV CV | 142 | F LV BV CV |
| 23 | F LV BV CV | 53 | F LV BV CV | 83 | F LV BV CV | 113 | F LV BV CV | 143 | F LV BV CV |
| 24 | F LV BV CV | 54 | F LV BV CV | 84 | F LV BV CV | 114 | F LV BV CV | 144 | F LV BV CV |
| 25 | F LV BV CV | 55 | F LV BV CV | 85 | F LV BV CV | 115 | F LV BV CV | 145 | F LV BV CV |
| 26 | F LV BV CV | 56 | F LV BV CV | 86 | F LV BV CV | 116 | F LV BV CV | 146 | F LV BV CV |
| 27 | F LV BV CV | 57 | F LV BV CV | 87 | F LV BV CV | 117 | F LV BV CV | 147 | F LV BV CV |
| 28 | F LV BV CV | 58 | F LV BV CV | 88 | F LV BV CV | 118 | F LV BV CV | 148 | F LV BV CV |
| 29 | F LV BV CV | 59 | F LV BV CV | 89 | F LV BV CV | 119 | F LV BV CV | 149 | F LV BV CV |
| 30 | F LV BV CV | 60 | F LV BV CV | 90 | F LV BV CV | 120 | F LV BV CV | 150 | F LV BV CV |



Copyright de la adaptación a lengua española © 2009, 2011, 2018 by TEA Ediciones, S.A.U., España.  
 Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial.

**Continúe** ►►  
**al dorso**

| F     | LV                    | BV                 | CV                      |
|-------|-----------------------|--------------------|-------------------------|
| FALSO | LIGERAMENTE VERDADERO | BASTANTE VERDADERO | COMPLETAMENTE VERDADERO |

|     |            |     |            |     |            |     |            |     |            |
|-----|------------|-----|------------|-----|------------|-----|------------|-----|------------|
| 151 | F LV BV CV | 151 | F LV BV CV | 231 | F LV BV CV | 271 | F LV BV CV | 311 | F LV BV CV |
| 152 | F LV BV CV | 152 | F LV BV CV | 232 | F LV BV CV | 272 | F LV BV CV | 312 | F LV BV CV |
| 153 | F LV BV CV | 153 | F LV BV CV | 233 | F LV BV CV | 273 | F LV BV CV | 313 | F LV BV CV |
| 154 | F LV BV CV | 154 | F LV BV CV | 234 | F LV BV CV | 274 | F LV BV CV | 314 | F LV BV CV |
| 155 | F LV BV CV | 155 | F LV BV CV | 235 | F LV BV CV | 275 | F LV BV CV | 315 | F LV BV CV |
| 156 | F LV BV CV | 156 | F LV BV CV | 236 | F LV BV CV | 276 | F LV BV CV | 316 | F LV BV CV |
| 157 | F LV BV CV | 157 | F LV BV CV | 237 | F LV BV CV | 277 | F LV BV CV | 317 | F LV BV CV |
| 158 | F LV BV CV | 158 | F LV BV CV | 238 | F LV BV CV | 278 | F LV BV CV | 318 | F LV BV CV |
| 159 | F LV BV CV | 159 | F LV BV CV | 239 | F LV BV CV | 279 | F LV BV CV | 319 | F LV BV CV |
| 160 | F LV BV CV | 200 | F LV BV CV | 240 | F LV BV CV | 280 | F LV BV CV | 320 | F LV BV CV |

|     |            |     |            |     |            |     |            |     |            |
|-----|------------|-----|------------|-----|------------|-----|------------|-----|------------|
| 161 | F LV BV CV | 201 | F LV BV CV | 241 | F LV BV CV | 281 | F LV BV CV | 321 | F LV BV CV |
| 162 | F LV BV CV | 202 | F LV BV CV | 242 | F LV BV CV | 282 | F LV BV CV | 322 | F LV BV CV |
| 163 | F LV BV CV | 203 | F LV BV CV | 243 | F LV BV CV | 283 | F LV BV CV | 323 | F LV BV CV |
| 164 | F LV BV CV | 204 | F LV BV CV | 244 | F LV BV CV | 284 | F LV BV CV | 324 | F LV BV CV |
| 165 | F LV BV CV | 205 | F LV BV CV | 245 | F LV BV CV | 285 | F LV BV CV | 325 | F LV BV CV |
| 166 | F LV BV CV | 206 | F LV BV CV | 246 | F LV BV CV | 286 | F LV BV CV | 326 | F LV BV CV |
| 167 | F LV BV CV | 207 | F LV BV CV | 247 | F LV BV CV | 287 | F LV BV CV | 327 | F LV BV CV |
| 168 | F LV BV CV | 208 | F LV BV CV | 248 | F LV BV CV | 288 | F LV BV CV | 328 | F LV BV CV |
| 169 | F LV BV CV | 209 | F LV BV CV | 249 | F LV BV CV | 289 | F LV BV CV | 329 | F LV BV CV |
| 170 | F LV BV CV | 210 | F LV BV CV | 250 | F LV BV CV | 290 | F LV BV CV | 330 | F LV BV CV |

|     |            |     |            |     |            |     |            |     |            |
|-----|------------|-----|------------|-----|------------|-----|------------|-----|------------|
| 171 | F LV BV CV | 211 | F LV BV CV | 251 | F LV BV CV | 291 | F LV BV CV | 331 | F LV BV CV |
| 172 | F LV BV CV | 212 | F LV BV CV | 252 | F LV BV CV | 292 | F LV BV CV | 332 | F LV BV CV |
| 173 | F LV BV CV | 213 | F LV BV CV | 253 | F LV BV CV | 293 | F LV BV CV | 333 | F LV BV CV |
| 174 | F LV BV CV | 214 | F LV BV CV | 254 | F LV BV CV | 294 | F LV BV CV | 334 | F LV BV CV |
| 175 | F LV BV CV | 215 | F LV BV CV | 255 | F LV BV CV | 295 | F LV BV CV | 335 | F LV BV CV |
| 176 | F LV BV CV | 216 | F LV BV CV | 256 | F LV BV CV | 296 | F LV BV CV | 336 | F LV BV CV |
| 177 | F LV BV CV | 217 | F LV BV CV | 257 | F LV BV CV | 297 | F LV BV CV | 337 | F LV BV CV |
| 178 | F LV BV CV | 218 | F LV BV CV | 258 | F LV BV CV | 298 | F LV BV CV | 338 | F LV BV CV |
| 179 | F LV BV CV | 219 | F LV BV CV | 259 | F LV BV CV | 299 | F LV BV CV | 339 | F LV BV CV |
| 180 | F LV BV CV | 220 | F LV BV CV | 260 | F LV BV CV | 300 | F LV BV CV | 340 | F LV BV CV |

|     |            |     |            |     |            |     |            |     |            |
|-----|------------|-----|------------|-----|------------|-----|------------|-----|------------|
| 181 | F LV BV CV | 221 | F LV BV CV | 261 | F LV BV CV | 301 | F LV BV CV | 341 | F LV BV CV |
| 182 | F LV BV CV | 222 | F LV BV CV | 262 | F LV BV CV | 302 | F LV BV CV | 342 | F LV BV CV |
| 183 | F LV BV CV | 223 | F LV BV CV | 263 | F LV BV CV | 303 | F LV BV CV | 343 | F LV BV CV |
| 184 | F LV BV CV | 224 | F LV BV CV | 264 | F LV BV CV | 304 | F LV BV CV | 344 | F LV BV CV |
| 185 | F LV BV CV | 225 | F LV BV CV | 265 | F LV BV CV | 305 | F LV BV CV |     |            |
| 186 | F LV BV CV | 226 | F LV BV CV | 266 | F LV BV CV | 306 | F LV BV CV |     |            |
| 187 | F LV BV CV | 227 | F LV BV CV | 267 | F LV BV CV | 307 | F LV BV CV |     |            |
| 188 | F LV BV CV | 228 | F LV BV CV | 268 | F LV BV CV | 308 | F LV BV CV |     |            |
| 189 | F LV BV CV | 229 | F LV BV CV | 269 | F LV BV CV | 309 | F LV BV CV |     |            |
| 190 | F LV BV CV | 230 | F LV BV CV | 270 | F LV BV CV | 310 | F LV BV CV |     |            |



## HOJA DE FIRMAS

---

**Pamela Marzo Camilo**  
Sustentante

---

**Pat Olga Galán Laureano, M.A.**  
Asesora

---

**Jesús Peña Vásquez, M.A.**  
Asesor

---

**Lic. Rudelania Valdez**  
Jurado

---

**Jesús Peña Vásquez, M.A.**  
Jurado

---

**Damarys Vicente, M.A.**  
Jurado

---

**Ivonne Gúzman, M.A.**  
Directora Escuela Psicología