



01962 1.A  
UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

“DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO (ESCALA)  
PARA EVALUAR POTENCIALIDAD SUICIDA EN EL  
ADOLESCENTE ESCOLARIZADO DE LA ZONA METROPOLITANA  
DE GUADALAJARA JALISCO”.

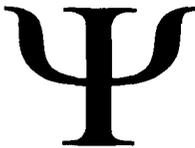
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

P R E S E N T A :

RAÚL JACINTO AMEZCUA FERNÁNDEZ

DIRECTOR: DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ NÚÑEZ  
SINODALES: DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN  
MTRA. MARÍA CRISTINA HEREDIA  
DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS  
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS



MÉXICO, D. F.

2003

TESIS  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

Autorizó la Dirección General de Bibliotecas de la  
 UNAM a difundir en formato electrónico e impreso  
 contenido de mi trabajo  
 NOMBRE: Raúl J. Amezcua  
Fernandez  
 FECHA: 23/11/03  
 FIRMA: *[Signature]*

DEDICATORIA:

*Dedico esta tesis a los estudiosos de la adolescencia.*  
*En especial a mi hija Mónica Teresa, adolescente excepcional.*

*Agradezco profundamente a mis Asesores y Director de tesis, por su guía y consejo.*

*Muy especialmente agradezco a mi esposa Isabel de la Asunción por su constante impulso y apoyo para la elaboración del presente trabajo.*

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

**INDICE**

1. - Resumen
- 2.- Planteamiento de Problema
3. - Antecedentes
- 4.- Marco Teórico
  - 4.1 Adolescencia
  - 4.2 Teoría de la Medición en psicología social
  - 4.3 Teoría de la Causalidad en Epidemiología
  - 4.4. Factores de Riesgo
- 5.- Justificación
- 6.- Objetivo General
  - 6.1. Objetivos Particulares
- 7.- Consideraciones Éticas
- 8.- Metodología
  - 8.1. Tipo de Estudio
  - 8.2. Universo de estudio
  - 8.3. Unidad de observación
  - 8.4. Unidad de Análisis
  - 8.5. Criterios de Inclusión
  - 8.6. Criterios de Exclusión
  - 8.7. Marco Muestral
  - 8.8. Selección de Unidades de Observación
  - 8.9. Captación de la información
  - 8.10. Procesamiento de la información
  - 8.11. Fase de desarrollo del inventario
    - 8.11.1. Prueba Piloto
    - 8.11.2. Características del inventario
  - 8.12. Fase de Procedimientos de validación del inventario
    - 8.12.1. Poder de Discriminación de Reactivos
    - 8.12.2. Determinación de Confiabilidad
    - 8.12.3. Determinación de Validez de Constructo
  - 8.13. Fase de Análisis de Relaciones de las Puntuaciones Obtenidas
    - 8.13.1 Análisis de Relaciones Correlación
  - 8.14. Fase de Diseño del Instrumento (Tabla) Calificación de Potencialidad Suicida
    - 8.14.1. Descripción de la Tabla
    - 8.14.2. Clasificación por puntajes
- 9.- Resultados
- 10.- Discusión
- 11.- Conclusiones
12. - Anexos
  - 12.1. Cuadros
  - 12.2. Referencias Bibliográficas

TESIS CON  
SELLA DE ORIGEN

## I. RESUMEN

Las conductas suicidas en los adolescentes del año 2001 al 2002, mostraron una tendencia al incremento de 12.9 puntos porcentuales. Como es conocido, la causa de cualquier hecho o efecto, consiste en una combinación de componentes que actúan en asociación, por lo que en el tipo de conducta suicida intentamos determinar en que medida determinados factores, pueden ser contribuyentes para que se produzca esta conducta en los adolescentes. Tomando como meta de investigación la prevención del fenómeno. El presente estudio gira en torno a diseñar una tabla en versión lo más breve posible que permita la evaluación del riesgo suicida en estas edades.

**OBJETIVO:** Diseñar una escala de calificación de riesgo suicida en el adolescente escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco

**MATERIAL Y MÉTODO:** El estudio fue realizado en 4 fases: 1) *Desarrollo del inventario*, con respuestas tipo lickert, basado en los factores de riesgo suicida reportados en la literatura. 2) *Los procedimientos de validación del inventario*, la validez de contenido se estimó a partir de expertos. Se aplicó el inventario a una muestra no probabilística de 1290 adolescentes escolarizados, de ambos sexos y de las tres vertientes de edad. Para evaluar la capacidad de discriminación se determinaron las diferencias al interior por grupo de edad y sexo, utilizando la prueba t de student, para la confiabilidad la prueba Alpha de Cronbach y el Análisis Factorial con Rotación Varimax para la validez de constructo. 3) *Fase de análisis de relaciones*, las puntuaciones obtenidas en cada uno de los factores explorado, fueron sometidas a un análisis de correlación y 4) *Fase de diseño del instrumento* (escala), De acuerdo al peso en función de la aproximación al 1.0, que se obtuvo en cada combinación de factores, se colocaron en una matriz de correlaciones, asignando un valor que va del 0 al 5.

**RESULTADOS:** El coeficiente de confiabilidad fue de 0.93. El análisis Factorial octagonal con rotación Varimax arrojó para las 19 dimensiones del inventario 26 factores. Las correlaciones obtenidas del análisis de relaciones, nos permitieron conformar matrices diferenciadas por edad y sexo. Por lo cual se obtuvieron 6 tablas que conforman el instrumento, tres para cada vertiente de edad y sexo. De acuerdo a la aproximación de cada correlación al 1.0 se asignaron valores del 0 al 5, con lo cuales se estructuraron las tablas de calificación del riesgo suicida del adolescente. La calificación se realiza circulando todos los factores aplicables al adolescentes tanto en la parte superior como izquierda, las puntuaciones correspondientes a las intersecciones de las columnas circuladas, son también marcadas. Las puntuaciones obtenidas son sumadas en forma horizontal para obtener un subtotal en el extremo derecho, y por último se suman los subtotales, el total representa la calificación de riesgo suicida.

**CONCLUSIONES:** Este instrumento constituye una primera aproximación. Se considera importante en un segundo momento, su aplicación en el ámbito de la clínica, para minimizar el riesgo de una correlación espuria.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Uno de los múltiples trastornos que se presentan en el campo de la Salud Mental es el suicidio, el cual ocupa un lugar de suma importancia, en virtud de ser considerado como un fenómeno en aumento que alcanza nivel mundial. El suicidio es un problema que se manifiesta en todos los grupos y en todas las sociedades e incrementa el número de muertes innecesarias en algunos de los miembros más productivos de la sociedad. El fenómeno del suicidio se ha abordado mediante diferentes investigaciones clínicas y epidemiológicas en las que se han estudiado; suicidios consumados, intentos e ideas suicidas en la población, sin embargo la dimensión del fenómeno suicida suele no conocerse en toda su extensión. En México las estadísticas existentes sobre el incremento en la incidencia de conductas suicidas de los jóvenes a través de los años, así como su prevalencia en diferentes poblaciones y países, nos indican que el suicidio en jóvenes actualmente representa un serio problema para cualquier país. (Instituto nacional de estadística, geografía e informática [INEGI], 2002).

Este aumento constante requiere de esfuerzos preventivos oportunos. Los programas para una eficaz prevención del suicidio deben basarse no sólo en la creación de centros de tratamiento apropiados para las personas que han tratado de poner fin a sus días, sino también en la identificación de los grupos de población y de individuos en la comunidad que pueden estar más expuestos a ese riesgo, por lo que surge la necesidad de incrementar la investigación no sólo desde el punto de vista epidemiológico, sino sobre la evaluación de los factores psicosociales capaces de producir ciertos cambios conductuales en los jóvenes, los cuales pueden llegar a influir en las tendencias suicidógenas, ya que en la medida en que se puedan identificar a tiempo, lograremos prevenir y ayudar a ésta población, realizando una labor profiláctica.

Algunos autores como Coie, et. Al. (1993) señalan que el objetivo de la prevención como ciencia, es delimitar las asociaciones entre los indicadores de riesgo y los trastornos, tratando de moderar el impacto de los indicadores de riesgo. A tal efecto, es necesaria la construcción de instrumentos que contengan los indicadores de riesgo en la población adolescente que puedan predecir, en cierta medida, la posibilidad de la conducta suicida y ejercer las acciones correspondientes. La prevención como meta de investigación y ética compromete a un gran esfuerzo en la localización de estos grupos altamente expuestos, exige para ello una indagación precisa. Si bien existen varias escalas e inventarios, dichas escalas e inventarios, se limitan al estudio de una a tres variables identificadas como factores de riesgo, solas o en combinación. Y pocos son específicos para la población adolescente en sus tres vertientes de edad. Dejando de lado una multitud de variables que han sido reportadas en la literatura como factores de riesgo, por lo que se considera de primordial importancia realizar un instrumento único en el cual se incluyan la mayoría de las variables reportadas en la literatura como participantes de riesgo en la presencia de este fenómeno adolescente. Por lo tanto se requiere de un instrumento que haya sido validado en nuestro contexto, de fácil manejo e interpretación y que proporcione datos sensibles y específicos, con el objetivo de permitir una detección precoz de la potencialidad suicida, cuando aún se esta a tiempo para intervenir preventivamente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Dicho instrumento debe contar con características que lo hagan accesible a los profesionales y a los no especializados y así permitir detectar las áreas de mayor conflicto y precisar la acción intencional de los servicios de apoyo existentes en los planteles educativos, (psicopedagógicos) y el establecimiento de alternativas educacionales alcanzables que incidan en este problema.

### 3. ANTECEDENTES

#### SUICIDIO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El comportamiento suicida se define como la preocupación o acción orientada a causar la propia muerte de manera voluntaria. El intento de causar la propia muerte es esencial en esta definición. El pensamiento suicida hace referencia a ideas de cometer suicidio o el deseo de quitarse la propia vida. El comportamiento suicida hace referencia a las acciones concretas realizadas por quien está pensando o preparándose para provocar su propia muerte. El intento de suicidio normalmente hace referencia a una acción orientada a provocar la propia muerte que no logra su objetivo. El suicidio hace referencia a haber causado intencionalmente la propia muerte

A nivel mundial la Organización Mundial de la Salud estima, que cada día de 1000 a 2000 personas se quitan la vida, sin considerar la cifra oscura de los no reportados.

En México en un primer trabajo de naturaleza epidemiológica, Cabildo y Elorriaga analizaron los suicidios de 1954 a 1963, y encontraron que en 1954 se registraron 3.2 actos suicidas por cada 100,000 habitantes, mientras que en 1963 la cifra bajó a 2.1. En este promedio de 1954 a 1963 la tasa de actos suicidas fue de 2.5 suicidios, 1.6 consumados y 0.9 frustrados. En los años 1954 a 1963, la tendencia suicidógena de los hombres fue casi el doble que el de las mujeres. De cada 5 intentos de suicidio en los hombres, 4 los condujeron a la muerte, en tanto que en las mujeres, el intento de suicidio no logró su fin en dos de cada tres de ellas. Este mismo autor señala, que para 1960 a 1969, la conducta suicida se incrementa 30.5% (3% anual). En tres de cada 4 casos, el suicidio se consuma, y de las personas que atentan contra su vida, dos son hombres y una es mujer. La tendencia suicida es más importante entre los jóvenes. Después de los 14 años, la tasa aumenta extraordinariamente hasta alcanzar su máximo en el grupo de 20 a 24 años, y después hasta los 49 años, para aumentar discretamente entre los 50 y los 59 años y volver a descender, también ligeramente, después de los 60 años.

Terroba y Saltijeral (1987), en su análisis de la tendencia suicida entre los años 1971 a 1980, las tasas de ambas conductas (la suicida y parasuicida) se mantuvieron constantes. Las cifras indican la incidencia de actos autodestructivos en casi dos de cada 100,000 habitantes en 1971. En 1972 esta cifra baja un poco, para volver a incrementarse en 1973 y mantenerse en ese mismo nivel durante 1974, en 1975 la cifra descendió hasta 1980, año en que se presenta la incidencia mas baja (1.5 casos por 100,000 habitantes).

Para 1975, en la ciudad de Guadalajara, se encontró que de 100 intentos de suicidio, obtenidos de registros hospitalarios, el 33% tenían entre 15 y 24 años. La diferencia entre hombres y mujeres en los años de 1976 a 1978 es muy marcada, pues casi por cada 3

hombres que se suicidan, hay una mujer que lo hace. Sin embargo esta proporción discrepa con la correspondiente a la década de los ochenta, cuando la proporción es de 2 hombres por cada mujer. Para la década estudiada, uno de cada millón de habitantes menores de 14 años comete actos suicidas. A partir de los 15 años, el coeficiente promedio se mantuvo constante, con una ocurrencia de 2 suicidios por cada 100,000 habitantes. El grupo de 25 a 34 años es el que presenta el coeficiente mas elevado, García de Alba (1981).

En un trabajo sobre la epidemiología descriptiva del suicidio en la República Mexicana en las décadas 1970, a 1991, en donde se reconstruye la información sobre los suicidios consumados y los intentos de suicidio, Borges et. al. (1994), utilizando certificados de defunción así como datos censales, revela que el número de suicidios ha venido en aumento en las dos últimas décadas, especialmente en la población masculina. Se menciona que la importancia relativa del suicidio en el perfil epidemiológico del país es baja, pero se ha ido incrementando paulatinamente, representando actualmente alrededor del .05% de las causas de muerte en el país. En los años que cubre, el incremento porcentual del suicidio fue de 142% para los hombres y de 68% para las mujeres.

Para 1973 y 1974 hubo un incremento de 223% en la mortalidad por suicidio de ambos sexos. A partir de 1974 la tasa de suicidio es relativamente constante, hasta 1985. De 1984 a 1985, la tasa de suicidio de la población total se incrementó en 65.7% y de entonces a la fecha no se ha reducido.

En la evolución de la mortalidad por grupos de edad y sexo en 1990, en términos generales en ambos sexos tiende a incrementarse con la edad, aunque se menciona que esta tendencia es mas leve en mujeres, y que la diferencia de las tasas en los diferentes grupos etarios del sexo femenino no parece ser tan marcada como entre los hombres. La tasa mas baja en los hombres fue de 0.26 y la mas elevada de 12.38. En las mujeres la mas baja fue de 0.07 y la mas alta de 1.42. Observándose importantes variaciones anuales porcentuales en la mortalidad del suicidio, entre 1970 y 1980. La variación fue de 29% en ambos sexos, para la década siguiente esta variación se mantiene similar en el sexo femenino, pero se triplica en el masculino, de 29% en la primera década a 87% en la siguiente.

En 1990, los menores de 15 años cometieron 6% de los intentos de suicidio y 3% de los suicidios consumados. El 40% y el 30% respectivamente, corresponden a los jóvenes de 15 a 24 años. Para ese mismo año 56.2% de las personas que se suicidaron tenían entre 15 y 34 años. Esto se debe, en parte a que es mayor la proporción de jóvenes en el país. Sin embargo, si se calcula la tasas sobre la población viva de cada grupo de edad, encontramos un porcentaje de defunciones por todas las causas aumenta con la edad. A pesar de que el riesgo suicida también aumenta con la edad, este constituye un problema muy serio entre la población joven, ya que mueren más por esta causa, que por motivos de salud los cuales son propios de las personas de mayor edad.

La cifra de suicidios consumados notificados a la Dirección General de Averiguaciones Previas, Área de Homicidios Intencionales de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Jalisco, correspondientes a la Zona Metropolitana de Guadalajara de 1990 a 1997 fue de 995 casos, con un crecimiento del 62.5% de 1990 a 1991, incrementándose al 85% en 1994, 223% en 1996, y del 348% en 1997.

TECIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El grupo mas afectado de suicidios fue el grupo de 20 a 29 años con un 37%, seguido por el de 30 a 39 años con un 19.2%, el de 10 a 19 años con 15.9%. Debe hacerse notar que el crecimiento en el grupo de 10 a 19 se incremento en un 366% de 1990 a 1997. , y por primera vez en la Zona Metropolitana de Guadalajara se notifica un caso de suicidio consumado en un menor del grupo de 5 a 9 años.

No hay estadísticas generales sobre intentos de suicidio en ningún país, pero se estima que de cada 100 mil habitantes lo intentan 100 por año, lo que equivale a 10 veces más la tasa de suicidio. La evidencia apunta a que por cada suicidio consumado existen 18 intentos, predominando en mujeres, (Hirschfeld, 1997).

En el transcurso del año 2001 (INEGI, 2002), se registraron a nivel nacional 422 intentos de suicidio, de los cuales fueron hombres: 170 (41%) y mujeres: 252 (59%). La distribución porcentual en la población de 20 a 24 años en los hombres fue, de 21.8% y para las mujeres de 18.3%. En el grupo de 15 a 19 años la distribución porcentual fue de 18.2% (hombres) y 25.4% (mujeres) en menores de 15 años la distribución fue de 2.4% de hombres y 8.7% mujeres

Los suicidios registrados fueron 3089. Siendo Hombres: 2,534 (82.0%) y mujeres: 555 (28.5%). La población de suicidas por grupo de edad, fue 20 a 24 años, con un 17.2% de hombres y de 15.0% para mujeres. En las edades de 15 a 19 años, fue de 11.5% para hombres y 21.4% para mujeres. En los menores de 15 años, se reporta 2.0% para hombres 8.1% para mujeres. La población suicida registrada en el país se incrementó respecto al año anterior de 13 puntos porcentuales. Por sexo, este crecimiento destacó en el volumen de mujeres con 28.5% mientras que el hombre aumento 10%.

#### **Los Motivos registrados en los hombres: (2,534)**

	Hombres
A. Causa amorosa	7.6 %
B. Disgusto familiar	8.3 %
C. Enfermedad grave e incurable	6.4 %
D. Enfermedad mental	4.1 %
E. Se ignora	57.5%
F. Otras causas	16.1 %

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Los Motivos registrados en las mujeres. (555)**

	Mujeres
A. Causa amorosa	7.9 %
B. Disgusto familiar	11.9 %
C. Enfermedad grave e incurable	6.1 %
D. Enfermedad mental	7.0 %
E. Se ignora	56.4%
F. Otras causas	10.7 %

Ocupando Jalisco el segundo lugar por entidad en cuanto a la ocurrencia de suicidios, con una distribución porcentual de 6.6 Con una tasa de crecimiento anual de 1995 a 2001 de 7.0

TRIC CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANTECEDENTES EN LA CONSTRUCCION DE INSTRUMENTOS DE MEDICION

El interés por el estudio y la medición de las diferencias individuales así como la necesidad de evaluar a los individuos en determinadas situaciones aparecen claramente desde la Antigüedad. Los antecedentes precientíficos y científicos de la evaluación psicológica surgen hasta finales del siglo XVIII y en el XIX. Los desarrollos de los distintos campos del conocimiento influyen en el nacimiento de la Psicología Científica, existiendo una fusión interdisciplinaria de aportaciones psicológicas para dar respuesta a problemas específicos educativos y sociales. Desde 1900, la psicología ha hecho intentos por ampliar y adaptar sus técnicas de medición en muchas las direcciones, abarcando todos los aspectos de la conducta humana, teniendo los aportes de tres corrientes principales; La primera la psicología fisiológica y experimental que tuvo su principal desarrollo en Alemania en el siglo XIX; La segunda, la biología Darwinista; y la tercera el interés clínico por el individuo desajustado y mal desarrollado.

La psicofísica constituyó un campo de interés particular por sus aportaciones a la rama de la medición psicológica y educativa, la necesidad de diseñar procedimientos experimentales efectivos, dio origen a un conjunto de técnicas que han demostrado ser adaptables a una amplia variedad de problemas presentados por la medición psicológica.

A comienzos del siglo pasado todas estas influencias habían comenzado a sentirse en los Estados Unidos, James Mackeen Cattell, demostró gran actividad en el establecimiento de laboratorios de psicología experimental y en la difusión de los test, su investigación se encaminó sobre las diferencias individuales en las ejecuciones motoras y sensoriales simples, estudiando la relación entre estas ejecuciones y el éxito académico. Thorndike, fue alumno de Cattell, y su influencia fue fundamental en la divulgación y desarrollo de los test escolares estandarizados. La medición psicológica y educativa, en el período comprendido entre 1900 y 1915, fue una época de búsqueda y de desarrollo inicial de métodos. Lightner Witmer (1867 - 1956), fue el primero en aplicar los conocimientos de la psicología científica para ayudar en el trabajo clínico, no limitando la evaluación psicológica al uso de test, sino que empleaba una gran variedad de técnicas clínicas, como los procedimientos de observación.

En los años comprendidos entre 1930 y 1945 se puede considerar como un período de evaluación, reconsideración, ampliación de técnicas y de delimitación de interpretaciones, el centro de la atención se desplazó de la "medición" de una gama limitada de destrezas a la "evaluación". Fue un período en que los métodos proyectivos globales de la medición de la personalidad pasaron a un primer plano. El psicólogo inglés Charles Spearman inició dichas investigaciones durante la primera década del siglo, el desarrollo metodológico subsiguiente, basado en la obra de psicólogos americanos (T.L. Kelley & L. Thurstone, 1928, 1935, 1947) así como en la de otros investigadores ingleses y americanos, ha llegado a conocerse con el nombre de análisis factorial.

Es posible afirmar que el período comprendido entre 1945 y 1960 es el período de las baterías de test y de los programas de aplicación de los mismos, experimentando un segundo período de auge, no tanto en el desarrollo y elaboración de los test, como en su

TRABAJOS CON  
FALLA DE ORIGEN

administración y uso. La primera mitad del siglo XX constituyó un período en el cual la aplicación estandarizada de los test fue un fenómeno ampliamente difundido y aceptado.

El enfoque psicométrico y el proyectivo habían sido predominantes durante varias décadas y a pesar de su aparente oposición en los objetivos y procedimientos de evaluación mantenían características comunes que resultaron duramente criticadas, la asunción de la generalidad o estabilidad de la conducta era planteada por ambos enfoques, cuyos procedimientos de evaluación se dirigían a descubrir los factores endógenos (estructuras internas inferidas, rasgos, o características de personalidad) que permitieran predecir su comportamiento. Frente a esto el enfoque conductual planteó la especificidad situacional de la conducta, y por tanto su dependencia de variables exógenas o ambientales y con ello un desplazamiento del objeto de evaluación desde las variables de la persona hacia las características conductuales relevantes del ambiente en el que sucede la conducta.

Finalmente en los últimos años se ha comenzado a advertir la aparición de una segunda era de críticas, ha surgido una oposición a la cuantificación, y al uso de números para expresar las estimaciones psicológicas, encontrándose el problema de la evaluación sesgada o discriminatoria. Estas críticas ponen de manifiesto que en la medición del hombre hay muchos riesgos y trampas, los riesgos son consecuencia, en parte, de una técnica errónea y, en parte del mal uso que se haga de la información recabada por las técnicas. (Anastasi, 1982; Thordinke, 1989; Thordinke, 1980; Verdugo, 1994).

## ANTECEDENTES DE INSTRUMENTOS SOBRE EL OBJETO DE ESTUDIO

Para ayudar al diagnóstico de personas potencialmente suicidas se han realizado diversos instrumentos dentro de los cuales encontramos test, inventarios y escalas, los que destacan por su complejidad tanto en su aplicación como en su valoración por lo que no son consideradas en este apartado, ya que nuestra finalidad es obtener un instrumento accesible a profesionales no especializados. Haciéndose mención a los que por sus características son relativamente de fácil manejo, y se establecen similitudes y diferencias con la presente propuesta de construcción de un instrumento.

**Escalas de evaluación del riesgo suicida, como las de Poldinger (1969).** Son escalas que evalúan *a posteriori* el acto, es decir después de ocurrido el intento suicida.

**Escala de evaluación del Deseo del intento de Suicidio, Beck y cols. (1974,1988),** este instrumento registra datos relacionados con la intensidad del deseo de morir en el momento del intento. Proporciona un índice de la seriedad de terminar la vida y de la expectativa de que el intento sea fatal. Para evaluarlos, se toman datos retrospectivos del paciente y de observadores relevantes. La escala se divide en tres partes; Circunstancias relacionadas al intento de suicidio, auto reporte de pensamientos y opinión sobre la concepción de la muerte. En este instrumento se intenta medir el acto (intento) ya consumado. Algunos de los contenidos de esta escala como el aislamiento se consideran en nuestra propuesta dentro de la variable AISLAMIENTO. La comunicación abierta sobre el intento e intentos previos, de igual forma son contempladas dentro de nuestra variable SUICIDIO en el diseño del presente instrumento que estamos proponiendo realizar.

TRABAJE CON  
FALLA DE ORIGEN

**Escala de evaluación de la ideación suicida. Marino, Medina Mora, Chaparro y González Forteza, (1993)** escala que consta de cuatro reactivos: 1) No podía seguir adelante 2) Tenía pensamientos de muerte 3) sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto y 4) pensé en matarme. Estos reactivos forman parte de la versión Cédula del Centro de Estudios Epidemiológicos CESD en su versión para adolescentes y probada para estudiantes mexicanos del Distrito Federal, se ignoran datos referentes a otros Estados de la República Mexicana. Esta escala evalúa la estructura cognoscitiva del individuo, que si bien se ha identificado como el mejor predictor del suicidio consumado, no explora todos los factores de riesgo.

En la presente propuesta de instrumento la variable SUICIDIO se desglosa en:

1) Intentos de suicidio e ideación suicida, en la que manejamos de igual manera el deseo, los pensamientos e ideas sobre la propia muerte así como las amenazas, y 2) los suicidios en la familia y en el medio ambiente.

**Escala de riesgo - rescate de suicidio Weisman y Wooden 1974**, mencionada por Díaz del Guante (1998) que evalúa el riesgo de mortalidad del intento de suicidio, y se encuentra basada en factores de riesgo y rescate. El instrumento evalúa dos factores; Riesgo que incluye el método usado y el daño producido por éste, agente utilizado, conciencia dañada, lesión / toxicidad, reversibilidad y tratamiento requerido. Rescate, en el cual se evalúan las circunstancias observables, así como las fuentes disponibles para un rescate en el momento del intento, personas que inician el rescate, probabilidad de ser descubiertos por alguien, accesibilidad al rescate, tiempo transcurrido antes de descubrirlo. Este instrumento evalúa a posteriori el intento y su letalidad, en contraposición a la construcción de la presente propuesta que enfatiza la anticipación al evento.

**Escala de automedición de la depresión, (EAMD) Zung, (1965)**. Mide la intensidad de la depresión, en cuatro gradientes Muy pocas veces, Algunas veces, la mayor parte del tiempo, Continuamente. Permite establecer 3 cortes o categorías, depresión mínima, depresión intensa (ambulatoria) depresión extrema (hospitalaria). La confiabilidad de este instrumento ya ha sido obtenida en México.

Algunos elementos que se manejan en esta escala son incluidos en la presente propuesta de instrumento dentro de las variables DEPRESIÓN PSICÓGENA Y PATRONES NEUROTICOS DE COMPORTAMIENTO.

**Malestar depresivo: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, (Center of Epidemiological Studies of Depresión) CES-D. Radloff, 1977.** Consta de 20 reactivos, con formato de respuesta tipo lickert. Permite obtener información clínica sobre los principales componentes de la sintomatología depresiva en la semana previa a la aplicación (Radloff 1977). En su versión mexicana y adaptada por Roberts (1980) y probada en estudiantes mexicanos por Marino, Medina Mora, Chaparro y González Forteza. (1993) se encuentra una alpha de .88 entre los estudiantes de bachillerato de una región del Distrito Federal. Se ignoran datos relativos a otros estados de la República Mexicana. Referida en Medina - Mora, (1994).

**Escala de autoanálisis de sucesos de vida. Casullo Ma Martina, Universidad Buenos Aires.** En ella se ponderan aspectos de la personalidad y psicosociales. La escala rastrea los

síntomas **DEPRESIVOS**; ánimo depresivo, sentimientos de culpa e inutilidad, de desamparo y falta de esperanzas, pérdida de apetito y del sueño, así como lentificación psicomotora. Casullo, Passalacqua, 1996.

Algunos de los elementos que constituyen la escala están incluidos en la presente propuesta de instrumento dentro de las variables de **DEPRESION PSICOGENA** y **PATRONES NEUROTICOS DE COMPORTAMIENTO**

**Inventario de Ansiedad - rasgo- estado, (IDARE)** Spielberg, Lushene y Mercado 1968. Cuyo objetivo es el de evaluar niveles de ansiedad como características de personalidad (rasgos), las diferencias individuales relativamente estables en la pensión a la ansiedad y niveles de ansiedad en el momento de la aplicación ( estado). Se refiere a una condición o estado emocional transitorio del organismo. La confiabilidad y validez de este instrumento en la población mexicana fluctúa entre el 0.85 y 0.92.

Algunos de los elementos que constituyen la escala están incluidos en esta propuesta de instrumento dentro de las variables de **DEPRESION PSICOGENA** y **PATRONES NEUROTICOS DE COMPORTAMIENTO**

**Inventario de pensamientos y creencias irracionales, Wessler y Wessler 1980.** Está constituido por cien afirmaciones, cuyo contenido se avoca a aspectos de sí mismo, a personas que le rodean y a situaciones particulares de la vida común. Todas las afirmaciones se agrupan en términos de diez creencias o pensamientos irracionales. Su extensión rebasa el ciento de reactivos. No ha sido obtenida la confiabilidad y validez de este instrumento en población mexicana.

**Escala que evalúa el inventario de pensamiento irracional** de Wessler y Wessler 1980. Consta de 10 reactivos. Algunos de estos reactivos como tales, no están incluidos en el instrumento propuesto, sin embargo la mayoría de los elementos que contiene esta escala son incluidos dentro de las variables que se han denominado **PATRONES PSICOTICOS DE COMPORTAMIENTO Y MANIFESTACIONES PSICOPATICAS**

**Escala de conducta antisocial violenta**, la cual se evalúa por medio de tres reactivos: Participar en riñas, golpear al maestro, y golpear a personas. estos reactivos forman parte de la escala de actos antisociales, inicialmente desarrollada en Canadá y adaptada por Castro, García, Rojas y De la Serna ( 1988) para ser usada en adolescentes mexicanos encontrando un coeficiente alpha de .74 por Juárez, Berenzon, Medina- Mora, Villatoro, Carreño, López, Galván y Rojas ( 1994) al ser utilizada en una población de estudiantes. Estos aspectos se encuentran incluidos en la variable **IMPULSIVIDAD** de la presente propuesta de instrumento.

**Estrés cotidiano social, González Forteza Andrade Palos** escala con 17 reactivos referentes a estresores frecuentes o situaciones de conflicto en la relación del adolescente con su mejor amigo (a) y su auto percepción social. Los elementos estresores que se manejan en dicha propuesta se encuentran incluidos en el presente instrumento, dentro de las variables **DIFICULTADES FINANCIERAS, DIFICULTADES ESCOLARES, SENTIMIENTOS DE SOLEDAD Y ABANDONO.**

**El Apgar Familiar Modificado**, de Bárbara de los Santos, Ada de Armas, Pedro Ibrahim González, Graciela Viñas Ramón Mauriset 1993. Mide el grado de funcionamiento familiar, este instrumento fue aceptado después de varios estudios pilotos en la población de Santiago de Cuba, e incluye las categorías de adaptación, relación, desarrollo, afecto y convivencia familiar, siendo utilizado en pacientes con tentativa de suicidio concluyéndose que todas estas categorías se mostraron significativamente afectadas, y en donde el resultado general de este instrumento demostró la disfunción familiar que existe en las familias de los pacientes con tentativa de suicidio. La variable FAMILIA, en la presente propuesta de instrumento se encuentra subdividida en los siguientes aspectos: Dinámica de pareja, Manejo de conflictos, Comunicación con los padres, Integración familiar, Organización familiar, Enfermedades psiquiátricas de la familia, Estructura de la familia, y Ciclo de vida familiar.

**Reconocimiento de impulsos suicidas en adolescente a través del test de Rorschah.** (Pasasalqua, 1999; Echequine, 1992)). Aporta datos de 44 signos como elementos cuantificables, sistematizando 4 tipos de fantasías que se reflejan en el Rorschah; 1) relacionados con la muerte; 2) relacionados con el suicidio, en especial y sus fantasías también asociadas; 3) relacionadas con los psicodinamismos subyacentes descritos por los psicoanalistas consultados; y 4) relacionadas con el modo en que se esta fantaseando la muerte por propia determinación.

En una breve síntesis sobre los diferentes instrumentos encontrados y reportados en la literatura examinada, podemos concluir que:

- Las variables que han sido tomadas en cuentas en los diversos inventarios y escalas son: 1. depresión, 2. desesperación, 3. ideación suicida, 4. pensamientos y creencias irracionales, 5. deseo del intento de suicidio, 6. ansiedad, 7. estrés cotidiano, 8. conducta antisocial.
- Los instrumentos requieren en la mayoría de ellos de personal calificado para su aplicación
- Cada instrumento es utilizado como específico, y en algunos casos relacionándolos entre sí o con otros de los factores de riesgo [ideación suicida y el abuso de sustancias (Medina - Mora 1994)].

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 4. MARCO TEORICO REFERENCIAL

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 4.1 ADOLESCENCIA

Para Peter Bloss, (1996), el término de adolescencia se emplea para calificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad. Visualiza a la adolescencia como la suma total de todos los intentos para ajustarse a la pubertad, al nuevo grupo de condiciones internas y externas, endógenas y exógenas que confrontan al individuo.

Ya Ana Freud, (1977) había dicho que la adolescencia es por su naturaleza una interrupción del crecimiento pacífico y del mantenimiento de un equilibrio estable, durante este proceso que en sí mismo es anormal debido a que las manifestaciones dentro del desarrollo adolescente, se aproximan mucho a los síntomas neuróticos y sociopáticos y se confunden imperceptiblemente sus límites con los estados border - line, ya sea en sus etapas iniciales, en formas frustradas o en las más desarrolladas. En consecuencia el diagnóstico diferencial entre estas anomalías del adolescente y la auténtica patología se convierten en tarea ardua y difícil.

Erickson, (1969) contempla a la adolescencia no como una enfermedad, sino como un proceso normativo. Como una fase normal de mayor conflicto, caracterizada por una aparente fluctuación en la fortaleza del yo y también por un elevado potencial de crecimiento. Lo que en una indagación prejuiciada parecería ser el comienzo de una neurosis, muchas veces solo es una crisis agravada, susceptible de resolverse por sí misma y de contribuir de hecho al proceso de formación de la identidad.

Piaget, ( 1973; 1976) denomina la adolescencia , como un estado de operaciones formales , durante el cual , junto con lo cambios biológicos y emocionales, se presenta un cambio importante en el estilo de pensamiento, que involucra un grado más elevado de abstracción, el cual permite la ideación acerca de los pensamientos, la construcción de ideales y la planeación realista acerca del futuro.

Kohlberg, (1982) los adolescentes se encuentran en el nivel convencional de desarrollo moral, es decir han internalizado los estándares de los demás y se ajustan a las convenciones sociales, apoyan el *status quo* y piensan en términos de hacer lo correcto para complacer a otros o para cumplir la ley.

Kalina, (1973) la define como un proceso predominantemente psicosocial, lo cual significa aceptar que el contexto socio-económico-político- geográfico- histórico, determina las características que presentan los adolescentes en un determinado lugar y momento.

Entrar al mundo de los adultos, es a la vez deseado y temido, significa para el adolescente la pérdida definitiva de su condición de niño, es un momento crucial en la vida del hombre y constituye la etapa decisiva de un proceso de desprendimiento que comienza con el nacimiento, según dice Armida Aberasturi, (1996).

De las definiciones anteriores podemos visualizar al adolescente como un individuo en plena evolución anatómica y fisiológica, acompañada de conflictos internos que alteran en

mayor o menor grado el equilibrio anterior de su condición de niño, la que pierde en forma definitiva al empezar a ser adulto. Al interactuar el adolescente en estas circunstancias con su medio social, cultural y económico, desarrolla una serie de actitudes, que bien pueden parecer patológicas, haciendo difícil la diferenciación.

La adolescencia se puede dividir en tres etapas o vertientes:

#### Adolescencia temprana (12 a 15 años)

En la que se incluyen: Adaptación a una nueva imagen corporal, crecimiento físico y desarrollo de caracteres sexuales secundarios. Búsqueda de independencia. Relaciones preferentemente homosociales. Inicio incipiente de relaciones heterosexuales y la masturbación.

#### Adolescencia media (16-18 años)

Búsqueda de individualidad e identidad. Influencia externa de los grupos. Inicio de conductas de riesgo. Inicio de actividades sexuales. En esta etapa el desarrollo físico ha concluido y falta realizar la integración con la sociedad. En este momento los adolescentes tienen frecuentemente una menor fuerza personal y es su grupo de pares quienes les proporcionan la seguridad que requieren.

#### Adolescencia Tardía (19 a 23 años)

Planeación vocacional, proyección al futuro. Establecimiento de una verdadera intimidad. Consolidación de creencias. Evaluación realista del propio potencial. Es en esta etapa en donde se produce la elección de profesión. Los adolescentes tienen que tratar con la influencia de sus compañeros, padres, profesores y sus propios deseos, para decidir su vocación.

Tomando en cuenta lo anterior se puede decir que la adolescencia es una etapa evolutiva particular a un ser humano. Es la culminación de todo proceso madurativo bio-psico-social del individuo, por eso no podemos comprender al adolescente estudiante separadamente de los aspectos biológicos, psicológicos o sociales, ya que son indisolubles y sólo en conjunto dan unidad al fenómeno adolescente. Entrar al mundo de los adultos, a la vez deseado y temido, significa para el adolescente la pérdida definitiva de su condición de niño. Es un momento crucial en la vida del hombre y constituye la etapa decisiva de un proceso de desprendimiento que comienza con el nacimiento. La adolescencia es un periodo del desarrollo que conlleva una gran cantidad de estrés, lleno de cambios muy importantes: cambios en el cuerpo, cambios en las ideas y cambios en los sentimientos. El intenso estrés, confusión, miedo e incertidumbre, así como la presión por el éxito y la capacidad de pensar acerca de las cosas desde un nuevo punto de vista influyen en las capacidades de los adolescentes para resolver problemas y tomar decisiones.

Para algunos adolescentes, los cambios normales del desarrollo, a veces acompañados por otros hechos o cambios en la familia como el divorcio o la mudanza a una nueva comunidad, cambios de amistades, dificultades en la escuela u otras pérdidas, pueden causar gran perturbación y resultar abrumadoras. Los problemas pueden ser apreciados por ellos como demasiado violentos o difíciles de sobrellevar. Para algunos, el suicidio puede parecer una solución. Del 12 al 25 por ciento de los niños mayores y adolescentes experimentan algún tipo de idea acerca del suicidio (pensamiento suicida) en algún momento. Cuando los

sentimientos o pensamientos se vuelven más persistentes y vienen acompañados de cambios en el comportamiento o planes específicos de suicidio, el riesgo de un intento de suicidio se incrementa. (Valderrama, 1991; Bloss, 1996; Amezcua, 2002).

El marco teórico que se utilizó considera un punto de vista ecléctico, el cuál incluye a una serie de conceptos provenientes de diferentes enfoques necesariamente interrelacionados. En ellos se hace mención a una serie de puntos de vista que se han encontrado importantes para lograr la comprensión global de éste fenómeno, (Menninger, 1975).

Así se incluyen, tanto los enfoques de las teorías de la adaptación, como de la comunicación, los dinámicos y sociológicos. Procurando en todos ellos considerar tanto los aspectos clínicos intrapersonales como los interpersonales, (Freud, 1996; Feirbain, 1975; Davison, 1974; Garrison, 1991; Thisler, 1983).

Los seres humanos han utilizado, como los demás organismos, una serie de **mecanismos adaptativos**, los cuales se han desarrollado a fin de proporcionar satisfacción a ciertas necesidades instintivas dentro de un cierto marco de referencia.

Cuando estos mecanismos adaptativos se tornan inadecuados para procurar la satisfacción deseada, uno de los resultados posibles es la utilización de actos de auto anulación y/o autodestrucción, (Farberow L.N., 1975) ya sea en forma consciente o inconsciente, que incluyen una serie de **factores dinámicos internos**, que se alternan con fantasías y que se pueden o no materializarse, dependiendo tanto de la organización yoica, rígida o flexible con que cuente el joven adolescente, ( Kalina, 1973), como de la capacidad para el control de impulsos que posea, ya que interactúan en un marco de referencia medioambiental determinado con una dinámica que con él se ha establecido a través de la **comunicación**. (Segal, 1977).

#### 4.2. TEORIA DE LA MEDICION PSICOLÓGICA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Medir es, de acuerdo con cierto conjunto de reglas, asignar números a las observaciones, cualquiera que sea el fenómeno observado. Cuando existen variables que no son accesibles a la observación directa, necesitan inferirse de la conducta, el proceso de medir se hace más complejo. En cualquier campo de actividad el medir consta de tres pasos comunes: a) señalar y definir la cualidad o atributo que se habrá de medir; b) determinar un conjunto de operaciones en virtud de las cuales el atributo pueda manifestarse y hacerse perceptible, c) establecer un conjunto de procedimientos o de definiciones para traducir las observaciones a enunciados cuantitativos de grado de cantidad. (Thordinke 1980; Kerlinger 1991).

El atributo es una propiedad "abstraída" de alguna cosa y no la cosa misma, cuando se habla de medir alguna cosa en una situación de la vida diaria, no hablamos realmente de medir un objeto o un suceso, sino de una propiedad abstraída de uno y otro. El atributo se relaciona con la experiencia psicológica, lo cual crea dificultades al contrastar un atributo (de experiencia) con una dimensión física que esté íntimamente relacionada con la experiencia.

Un atributo no se puede observar (Thorndike, 1989), es un concepto elaborado para describir y organizar las experiencias resultantes. Como una característica, no es observable como tal, se trata de un "atributo latente". Que hace referencia a la característica hipotética no observada, y que explica el conjunto específico de las semejanzas y las diferencias individuales que presentan en forma consistente las personas y que por lo común es cuantificable, que tiene propiedades de cantidad o grado, en el sentido de que una persona puede tener más del atributo que otra, o que una persona tenga más del mismo en un momento dado. Debido a que las cualidades individuales que tienen que ver con la construcción del objeto de estudio, no son susceptibles siempre de observación directa, su existencia e intensidad deben inferirse siempre **como atributos** (Summers, 1978).

## MODELOS CONCEPTUALES DE LOS ATRIBUTOS HUMANOS

Cuando se dirige la atención a los modelos conceptuales de los atributos humanos, se encuentran dos conceptos que prevalecen en la bibliografía psicométrica actual. (Thorndike 1989; Nunnally 1995). Estos modelos se identifican como **maestría de dominio y teoría del atributo o rasgo latente**.

**El método de la maestría de dominio;** Se centra sobre el grado de maestría que se tiene en cierto dominio definido de conocimientos o habilidades, y corresponde a lo que recientemente se ha llamado prueba con referencia a criterio.

**El método de rasgo latente;** En psicometría el interés se centra en los atributos de las personas, en las pruebas que intentan medir esos atributos y en los *ítems* particulares que, en combinación, componen las pruebas. Por una parte, se trata de comprender las relaciones que existen entre las propiedades de los *ítems* componentes y la prueba, las relaciones que se encontraran entre la calificación de la prueba y la magnitud del atributo subyacente, por la otra, así como la forma en que los atributos se relacionan entre sí midiendo la capacidad o la personalidad de un individuo dado. En estos casos, se identifica un atributo, (los factores de riesgo suicida), con respecto al cual existen grandes diferencias entre las personas, pero es difícil establecer límites claros y datos específicos que definan la dimensión del atributo, si no se dispone de una escala que permita expresar estas diferencias, sin embargo se espera identificar esas diferencias por medio de pruebas y desarrollar alguna forma razonable para cuantificarlas.

Las escalas psicosociales (Goode 1993; Padúa 1987) , tienen como fin discriminar entre personas en cuanto a grado y magnitud con que tienen un rasgo, actitud o emoción, cuantificando tales atributos, estas escalas complejas combinan varias mediciones, para obtener una puntuación compuesta única que permita diferenciar y discriminar. En un problema específico como la potencialidad suicida que exige la comparación entre dos más personas o grupos, las técnicas de escalamiento son métodos para convertir una serie de hechos cualitativos o atributos, en una serie cuantitativa o variables. Estas técnicas se aplican al problema de ordenar una serie de sucesos o hechos a los largo de una especie de continuos. Obteniendo a través de las mediciones de graduaciones una precisión al emplear variables en lugar de atributos, lo que le permite establecer categorías.

TRIPS CON  
FALLA DE ORIGEN

Las escalas pueden ser clasificadas (Polit, 1993) según estén centradas en los sujetos, en el instrumento o en ambos. En el enfoque centrado en el instrumento, la variación sistemática en la reacción de los sujetos al estímulo es atribuida a diferencias de éste. El enfoque centrado en el sujeto, la variación al estímulo es atribuido a diferencias individuales en los sujetos y finalmente, en el enfoque centrado en la Respuesta, la variabilidad de reacciones al estímulo se atribuye tanto a las reacciones de los sujetos como al instrumento.

La escala exige para cada uno de los *ítem* o estímulos seleccionados, una respuesta graduada que se expresa corrientemente en función de cinco categorías, éstas categorías contemplan los diferentes grados de aceptación, rechazo y neutralidad de las personas frente a cada uno de los *ítem*, (Fleis, 1981). Toda escala está compuesta de casos o afirmaciones que son sólo una muestra del posible universo de sucesos, para encontrar lo que se tiene que medir cuantitativamente. Los casos, afirmaciones o proposiciones posibles de la escala son escogidos de todas las fuentes posibles y del conocimiento que el propio investigador tenga del problema, pueden ser contruidos a partir del punto de vista de expertos quienes deciden qué y cuánto preguntar en relación a un tema conciso, determinando las valoraciones y gradaciones a las respuestas en base a un supuesto de la realidad, (Anastasi, 1982).

Las escalas son métodos desarrollados para medir a través de declaraciones verbales, (William, 1992) su fin es obtener una puntuación para cada persona de ubicación relativa en un continuo, que va de fuertemente positivo a fuertemente negativo.

La construcción del inventario escalar para la exploración de los factores de riesgo suicida en el adolescente (variables) se llevó a cabo mediante dos pasos fundamentales, de acuerdo con Padúa (1987):

a) El análisis lógico en defensa de la existencia de un continuo. La posición de un individuo sobre un continuo dado puede expresarse por la graduación de la respuesta dada a un *ítem*; por la actitud expresada a una aseveración y por la exactitud de la información en respuesta a preguntas o por una estimación. Los datos se usaron para determinar su posición en relación con otros individuos y la asignación de valores numéricos a estos eventos se realizó por medio del método de escalamiento de Lickert, que dadas sus características puede ser empleado en todas aquellas mediciones que involucraron la graduación de respuestas.

Este método sobresale de las otras escalas por tener su enfoque centrado en el sujeto, dado que permite ver diferencias individuales sutiles (escala ordinal aditiva), ya que la cantidad de alternativas de respuesta permite una información mas precisa, combinando varias mediciones, para así formar y obtener una puntuación compuesta única,

b) Una clara definición de lo que significa ese continuo. Se requiere como primer paso para la realización del procedimiento de escalamiento tener un conocimiento a fondo del objeto de estudio, para que pueda ser válida la obtención de las muestras y expresiones conductuales que reflejen las cogniciones, creencias evaluativas, emociones, tendencias de acción y comportamientos con respecto a la aproximación o evitación del individuo (el adolescente escolarizado) con respecto a el objeto (riesgo suicida).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 4.3. TEORIA DE LA CAUSALIDAD EN EPIDEMIOLOGIA

Desde la epidemiología, se utilizó el enfoque de riesgo como medida que refleja la probabilidad de que produzca un evento suicida. El enfoque de riesgo, es un método que ha tenido su mayor aplicación en el área de la Salud Materno Infantil, basado en la identificación de riesgos de grupos vulnerables. El riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que produzca un hecho o daño a la salud sea esta enfermedad o muerte. El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad, la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud y permite establecer un gradiente de necesidades de atención a la salud, que abarca desde un mínimo para individuos de bajo riesgo a un máximo para aquellos con una alta probabilidad de sufrir un deterioro de la salud en un futuro. Un factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos. Algunos factores de riesgo constituyen parte de la cadena causal de hechos o situaciones que conducen a la enfermedad o muerte y son identificables antes de que el acontecimiento o enfermedad predecible ocurra. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1989).

En toda sociedad hay comunidades, familias e individuos, cuya probabilidad de enfermar, accidentarse o morir es mayor, que la de otros, se ha dicho que tales grupos son especialmente vulnerables y que algunas de las razones de ello pueden ser identificadas. La vulnerabilidad especial, ya sea para la enfermedad como para la salud, es el resultado de un sinnúmero de características interactuantes: Biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, económicas, etc., características que reunidas, confieren un riesgo particular, ya sea para estar sano o para sufrir una enfermedad determinada. Estas características, son factores que se asocian con frecuencia significativos, que preceden a la enfermedad, que predicen su ulterior aparición y que se relacionan con su patogenia, son pues factores de riesgo. Su conocimiento y correcta interpretación, son indispensables para el manejo adecuado del proceso salud enfermedad.

Riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad o muerte). Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso morbido, su característica se asocian con cierto daño a la salud. Los factores de riesgo están localizados en individuos, familias, comunidades y ambientes; pero cuando se interrelacionan aumentan sus efectos aislados. Un factor de riesgo puede ser específico para uno o varios daños, a la vez varios factores de riesgo pueden incidir en un mismo daño.

Cuando se habla sobre el riesgo de que algo suceda, nos estamos refiriendo a la probabilidad de que tal evento se produzca. Es la medida incierta de algo, pues cuando toda esta claro, no existe lugar para la probabilidad. Riesgo es contingencia, proximidad de daño probabilidad estadística de un nuevo futuro de consecuencias adversas, aumentada con la contingencia y frecuencia de uno o mas caracteres determinantes.

Los conceptos de causa-efecto han sido elaborados en el proceso de la práctica social y el conocimiento del mundo, el fenómeno que da vida a otro es su causa y el resultado del proceso es el efecto. La causalidad es un nexo interno, objetivo y necesario que se manifiesta de manera universal entre los fenómenos, se entiende por causa de una enfermedad, un evento, condición o característica que juega un papel esencial. Las leyes que establecen los

patrones de la causalidad, no se expresan de manera siempre nítida, sino que se abren paso a través de manifestaciones particulares regidas por la confluencia de múltiples factores que inciden simultáneamente. La reflexión y la experiencia demuestran que la causa de cualquier efecto consiste en una combinación de componentes que actúan en asociación, por lo que corresponde dilucidar en que medida determinados factores pueden ser contribuyentes para que se produzca el suicidio en un adolescente. Para que se produzca una relación de causalidad entre factor y efecto, deben cumplirse las siguientes condiciones: debe haber concomitancia, es decir entre factor y efecto; debe haber un fundamento teórico, el factor debe preceder al efecto; el factor anuncia el efecto; y el factor debe jugar un papel fundamental en la patogenia. (Silva, 1989).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### 4.4. VARIABLES O FACTORES DE RIESGO

No es posible determinar cuales son las causas específicas que originan los actos suicidas en el adolescente, aunque esta demostrada la existencia de una serie de factores predisponentes que pueden desencadenar un acto suicida. Los denominados factores de riesgo son un concepto estadístico que relaciona determinadas variables de la persona y del ambiente con la frecuencia de aparición de un trastorno. Si esta relación es significativa entonces se valora como un factor de riesgo.

Después de efectuar una revisión de la literatura de los últimos años, (Amezcu, 1994) se definió como cualidad o atributo, a las variables hasta ahora reportadas dentro de las diferentes investigaciones como de riesgo en el adolescente para la presencia de potencialidad suicida, y que pudieron ser aglutinadas en 19 principales:

1. Sexo
2. Edad
3. Religiosidad
4. Familia
5. Pérdida objeto amoroso
6. Dificultades escolares
7. Dificultades financieras,
8. Sentimiento de Soledad y/o abandono
9. Aislamiento
10. Suicidio (Factores suicidas)
11. Agresión reprimida, inhibida
12. Uso de alcohol
13. Uso de drogas
14. Depresión y equivalentes
15. Manifestaciones psicopáticas
16. Patrones neuróticos de comportamiento
17. Patrones Psicóticos de comportamiento
18. Impulsividad
19. Tratamientos psiquiátricos anteriores.

TEJIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La primera se refiere al **SEXO** del sujeto; encontrándose que a pesar de las diferencias socioculturales revisadas, el sexo masculino obtiene el más alto porcentaje de casos en cualquiera de las tres vertientes de edad de la adolescencia. (12 a 15, de 16 a 18, y de 19 a 24 años). En cuanto a suicidios completos, los hombres lo logran más, en una proporción que va del doble al triple que las mujeres. En cuanto a los intentos, son las mujeres las que lo intentan mayor número de veces. Lo que ha ido aumentando en la misma proporción que los suicidios completos en los últimos años. (Amezcu, 1994; INEGI, 2002)

La segunda variable **EDAD**; se reporta un aumento considerable conforme se avanza hacia las edades 19 a 24 años, siendo escaso en la primera, en el de 12 a 15 años, la diferencia entre la mediana adolescencia y la tardía, es decir entre los grupos de 15 y 25 años de edad, es muy notoria. La distribución porcentual de suicidas hombres, del grupo de edad de 20 a 24 años es de 17.2%, para el grupo de 15 -19 años de 11.5 % y de 15.2% para lo menores de 15

años. Para las mujeres, de 20 a 24 años es de 15.0%, para las edades de 15 a 19 años de 21.4%, para las menores de 15 años el 8.1%. (INEGI, 2002).

Con respecto a la variable **RELIGIOSIDAD**, es mencionada en sólo cinco de los estudios incluidos en la revisión; Sin embargo, somos de la opinión que es una variable importante (en especial en países básicamente católicos como el nuestro), ya que proporciona un asidero y una relación de objeto, por lo que influye pudiendo evitar, quizá en muchos casos la decisión suicida. Así mismo se ha encontrado que aquellos que intentan el suicidio, son por lo general, menos religiosos, (Franki, 1995; Punto- Loria, 1998).

En cuanto a la **FAMILIA**: En la adolescencia las relaciones familiares son un elemento clave, pues representan el punto de partida para el establecimiento de nuevas relaciones sociales maduras, donde el grupo de amigos compite y en ocasiones prevalece en importancia con el grupo familiar de referencia. Este nuevo sistema de relaciones demanda negociaciones y reacomodos. En este contexto los estresores cotidianos desempeñan un papel importante porque involucran una relación particular entre el individuo y su entorno que rebasa los recursos psicosociales. (Terroba, 1983; Barrera, 1993; Amezcua, 1994; Kaplan, 1999; Vazquez Pizaña, 1998; Osorio 1999; Buelga, 1999; Misitu, 2001; INEGI 2002)

La familia y sus relaciones con ella las hemos subdividido en varios aspectos que prueban ser relevantes:

a) Dinámica de pareja, (Padres y/o tutores): La cuál necesariamente afecta al adolescente que se ve envuelto en la misma y muchas veces al presentarse conflictos es obligado a tomar partido por algunos de los padres sufriendo la culpa consecuente. Ya que en la relación entre los padres se pueden dar: Odio, amor, agresión física o psicológica. Riñas constantes de la pareja y alteraciones de la comunicación. Las que influyen y pueden convertirse en el evento precipitante del comportamiento suicida en el adolescente. Por lo que fueron incluidos algunos ítems relacionados con estos aspectos.

b) Manejo de conflictos: La forma que la familia acostumbra para la solución de sus conflictos, sirve de ejemplo a seguir por el adolescente. Las Actitudes constantes de agresión que se dan en las familias en permanente desacuerdo y disputa, muchas ocasiones con agresiones físicas, dan pauta a una conducta agresiva la cual es internalizada como solución a la tensión interna que se requiere descargar, por medio de una evasión. La huida o escape de su casa tiene una relación importante con la evitación y resolución del estrés.

c) Comunicación con los padres: El distanciamiento con los padres, y la falta de comunicación, la cual ha sido perturbada desde la infancia se torna más evidente en la adolescencia, como severos vacíos en la comunicación familiar. Los sentimientos de rechazo familiar, en especial parental, fincan las bases para resentir posteriores rechazos, los que se reportan relacionados con el suicidio del adolescente.

d) Integración familiar: Familia destruida. En la que se incluyen abandonos físicos de alguno o ambos padres, o la colocación del niño en otra familia (tíos etc.) por la desintegración de la familia original, necesidades económicas o educativas. En estos casos, se ha llegado a considerar que el 50% de los suicidas adolescentes, provienen de un hogar destruido. Se señala también la Ausencia de una figura parental significativa. No

necesariamente por carencia real, sino por imposibilidad para identificarse con un padre cálido y aceptante incondicional.

e) Organización familiar: Este aspecto de la variable se refiere a un consenso familiar de normas y reglas establecidas, factor detectado como importante, que se encuentra presente en las familias de un alto porcentaje de adolescentes suicidas.

f) Enfermedades psiquiátricas de la familia: Se reporta que más de la mitad de los parasuicidas estudiados, tuvieron una historia familiar en la cual se incluye algún familiar que padece alguna enfermedad psiquiátrica, por lo que consideramos que es una variable importante que incide en el problema que nos ocupa, al alterar la estructura y dinámica familiar, tanto como la predisposición genética.

g) Estructura de la familia: Este aspecto se agregó a la variable familia, considerando que es importante para la prevención incluir el conocimiento de la dinámica que existe en el hogar del adolescente. Se ha observado que las tentativas de suicidio en jóvenes, están estrechamente relacionadas con la estructura y características de la familia, así mismo, se reporta que frecuentemente estos adolescentes parasuicidas provienen de una familia nuclear incompleta. En base a revisiones efectuadas sobre familia, se manifiesta que la existencia de un patrón de nuclearización de la familia moderna urbana, condiciona que sus papeles estén organizados de tal modo que limitan su capacidad para proporcionar el apoyo emocional necesario a los adolescentes,

h) Ciclo de vida Familiar: La consideración de la fase dentro del ciclo familiar en que ésta se encuentre es de relevancia, debido a que la relación sostenida del adolescente con sus padres, se encuentra determinada por la mayor o menor diferencia de edades de los padres con sus hijos, así como el lugar que ocupa cada uno de los hijos en relación con sus hermanos.

La variable **PERDIDA DE OBJETO AMOROSO**: En este estudio se ha dividido en dos: Las pérdidas de objeto (correlacionadas con sentimientos amorosos) tempranas y las pérdidas recientes, las cuales se han identificado en algunos estudios como eventos precipitantes en un 63% de la población estudiada. Los problemas amorosos, se encuentran íntimamente relacionados con el abandono real o fantaseado de un objeto amoroso (ya se trate de un padre, familiar, pareja, amigo etc.), pérdida que casi siempre es reciente y se enlaza con las anteriores y más importantes sufridas durante la infancia temprana. Este es un factor considerado como el evento precipitante de mayor significación en el suicidio de los adolescentes. Se reportan intentos suicidas desencadenados por abortos provocados y realizados en la fecha en que los productos deberían nacer. (Barrera, 1993).

La variable que trata acerca de **LOS TRASTORNOS AFECTIVOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD** incrementa la conducta suicida en la adolescencia. Se ha encontrado que estos trastornos los padecen un 13.85% de los menores de 18 años y un 16.5% en el grupo de 18 a 24, representando para los adolescentes un serio problema, vinculándose con los intentos suicidas en un 40%. Una de las formas más recurrentes de este trastorno llamada depresión breve se asocia con los intentos de suicidio en un 4.2%. (Amezcu, 1994)

Respecta a las **DIFICULTADES ESCOLARES**, estos problemas han sido mencionados en varios estudios. La relación del comportamiento suicida adolescente con las dificultades escolares ha sido evidente en varios estudios. En este estudio fueron subdivididas en: relación con el maestro, relación con compañeros y reprobación, (Amezcuca, 1994)).

En cuanto a las **DIFICULTADES FINANCIERAS**, éstas se han encontrado mencionadas en una investigación la que constó de 9 factores que fueron estudiados, entre ellos, el stress socioeconómico jugó un papel importante en la dinámica suicida. (Amezcuca ,1994).

Por lo que se refiere a las variables **SOLEDAZ Y ABANDONO**: Es sabido que la soledad es un fenómeno que conlleva una serie de conductas relacionadas con la depresión, sin embargo no pueden considerarse como un mismo fenómeno. Se puede clasificar como un fenómeno de transito que podría desencadenar disfunciones psicológicas más graves, como son la ideación suicida y la depresión. En la revisión bibliográfica realizada, se encontró que la pobre relación con los demás y el dolor de sentirse abandono, son factores altamente significativos con respecto a la conducta suicida. En el adolescente encontramos un alejamiento de su familia, un distanciamiento social y un confinamiento en sí mismo, lo que lo hace solitario, empobreciendo su relación social, propiciando así los sentimientos de soledad y abandono. (Amezcuca, 1994, Medina- Mora, 1992).

En cuanto a **EL AISLAMIENTO** se encontró que el adolescente suicida, se siente desesperanzado, apático, inseguro y rechazado, por lo que se aísla. Lo que facilita la ideación y las fantasías en especial de tipo suicida, (Amezcuca, 1994).

En la variable **SUICIDIO**: Los individuos suicidas poseen un estilo cognoscitivo peculiar que es diferente a los individuos normales y al de aquellos con perturbaciones emocionales de tipo neurótico que no necesariamente les lleva al suicidio. Son sus estructuras cognoscitivas tan particulares las que determinan el acto suicida. Beck y colaboradores, (1988), propusieron por primera vez una característica importante de la persona suicida: La ambivalencia interna, fluctuante entre el deseo de morir y el deseo de vivir, este conflicto se presenta antes del acto suicida. Existen además otros síntomas concomitantes: las ideas y los pensamientos suicidas, que incrementan la probabilidad del deseo de muerte y por lo tanto su intensidad. Medina - Mora y cols. (1994), encontraron que el 16% de los 214 adolescentes estudiados tenían ideación suicida al realizarse el estudio. El 94% de los que atravesaron por tres o más períodos de ideación suicida, habían intentado suicidarse. Lo anterior provoca una serie de distorsiones de la realidad que están basadas en premisas y supuestos erróneos o falsos, aumentando los desórdenes emocionales. El sujeto suicida presenta distorsiones en sus pensamientos, los cuales incrementan la probabilidad de que ocurra la conducta suicida. Uno de los tipos de distorsión es la tendencia a pensar en términos absolutos y rígidos, de todo o nada, por ejemplo: hermoso - feo, correcto - incorrecto, bueno- malo, etc. La rigidez se mide por la dificultad para desarrollar alternativas positivas a los problemas emocionales, (Erllich, 1978, mencionado por Amezcuca, 1994, Valderrama, 1991, Bloss, P., 1996).

En esta variable hemos agrupado, todos los aspectos relacionados a este evento: Los intentos anteriores de suicidio son muy importantes, el adolescente potencialmente suicida a diferencia del adulto, trata con mayor frecuencia de quitarse la vida, dato que fue encontrado en todos los artículos científicos revisados. El hecho de tener intentos suicidas, hace patente

la gravedad del proceso. En este tipo de intentos, se involucran una serie de factores dentro de los cuales se encuentran: el deseo, los pensamientos e ideas sobre la propia muerte, así como las amenazas que pueden o no darse, incluye también a los suicidios en la familia y en el medio ambiente. En cuanto a los pensamientos y amenazas suicidas, todos los autores coinciden en la importancia de los mismos y algunos puntualizan que no existe diferencia significativa entre pensamientos, amenazas e intentos suicidas, Kosky et.al. (1990), compararon a los niños que habían tenido ideación suicida y a los niños que habían intentado suicidarse, sin haber encontrado diferencias entre uno y otro grupo, desde la perspectiva de su sintomatología clínica.

En un estudio bietápico en adolescentes de 12 a 14 años (Garrison, Jackson, Addy, Mckewon y Waller, 1991), encontraron prevalencia de ideación suicida de moderada intensidad en 4% de los varones y en 9 % de las mujeres; de éstos, el 1.5% de las mujeres y cerca de 2% de los hombres habían intentado suicidarse.

En otro estudio realizado por Medina-Mora y Cols. (1994) En el que participaron 3,459 estudiantes de enseñanza media superior del Distrito Federal, México, encontraron que el 47% de estudiantes había presentado, por lo menos un síntoma de ideación suicida el año anterior al estudio; 17% reportó haber pensado en quitarse la vida y 10%, respondió afirmativamente a los cuatro reactivos de que constaba dicho estudio, presentándose un porcentaje poco mayor en las mujeres que en los hombres, con mínimas variaciones por grupos de edad entre los 13 y 19 años. Este factor ha de tomarse con cautela ya que también forma parte del comportamiento y dinámica propia del adolescente.

En relación a los suicidios en el interior de la familia y el medio ambiente del adolescente suicida, se encontró frecuentemente la existencia de algunos intentos de quitarse la vida por parte de alguno de sus padres. El adolescente sufre un impacto importante al llevarse a cabo un suicidio en su familia o en su medio ambiente, debido a la existencia de una inadecuada movilidad de sus catexias que lo hacen manejar la hostilidad en forma ambivalente, (Koplin, 2002).

En cuanto a la variable **AGRESION INHIBIDA**, no se encontraron datos, pero se considera como un elemento importante y digno de tomarse en cuenta, ya que el suicidio puede ser una salida en forma de agresión auto infringida, por lo que se decidió incluirla en el presente estudio.

**EL ALCOHOLISMO Y EL USO DE DROGAS**, son mencionados por diferentes autores, especialmente al correlacionarse con el comportamiento impulsivo (Hansen, 1996). En esta revisión el alcoholismo crónico y severo así como el abuso de drogas, son mencionados y relacionados con el evento suicida. Consideramos son dos factores de mayor riesgo. Existe la ventaja de poder hacer una diferenciación sin dificultad en la graduación de estas adicciones.

La relación entre el abuso de sustancias y el suicidio se estrecha con la edad, Roy, Lambarski, Dejong, Moore y Linnoils 1990, mencionados por Amezcua (1994) compararon a los alcohólicos que habían tratado de suicidarse, con aquellos que nunca lo habían intentado y encontraron que los primeros iniciaron la ingesta etílica a una edad más temprana y habían

experimentado un mayor índice de problemas, tenían historias más relacionadas con estas adicciones y habían sido diagnosticados dentro del cuadro de las patologías psiquiátricas.

En México, el porcentaje de alcohólicos, entre las personas que se han quitado la vida, se estima en 24% (Terroba y Saltijeral 1983), lo cual es cuatro veces mayor que el encontrado en la población general (6%). Y 23% del total de los suicidas, había consumido alcohol o drogas antes del acto, (Gómez C, 1996; Kaplan, 1999; Borowsky, 2001)

La **DEPRESION PSICOGENA**. En el presente estudio, se refiere tanto a la depresión exógena como a la depresión endógena, aunque no son así diferenciadas en la bibliografía revisada, por lo que serán tratados en un sólo apartado, lo anterior debido a que esta división es puramente descriptiva. El aspecto depresivo en los adolescentes es de primordial importancia y ha sido tratado en la mayoría de las publicaciones especializadas, mencionándose que el 83%, de la juventud parasuicida tiene síntomas depresivos y se mantienen aislados y apartados de su grupo de pares. Es decir, el paciente suicida es más deprimido y más esquizoide que el paciente con tendencias suicidas.

Los trastornos psicoafectivos de tipo depresivos y por ansiedad, fueron detectados en un grupo de adolescentes, incrementando el riesgo de la conducta suicida en un 7% la depresión intensa y 9 % la ansiedad intensa, encontrándose también la depresión moderada, ansiedad y reacciones transitorias de ajuste. Esto fue tomado en cuenta, no dejando de lado la dificultad de distinguir en el adolescente la depresión, ya que forma parte de los cambios de comportamiento normales en él. También existen equivalentes a los síntomas clásicos depresivos, (Heman, 1986; Medina- Mora, 1992; González - Forteza, 1995). Cuando el adolescente se siente infeliz y deprimido, sus manifestaciones pueden ser quejas psicósomáticas, comportamiento insolente, actos delictivos y otras agresiones tratando de ocultar su tristeza y los deseos que siente de herirse así mismo. El adolescente tiene manifestaciones agresivas que no puede manejar y se convierten en equivalentes suicidas, tales como la propensión a accidentes, la participación en aventuras riesgosas y el comportamiento antisocial. Para clasificarlas habría que estudiar la tendencia existente hacia esa falta de control en la historia de cada uno de estos adolescentes.

Se considera que es conveniente distinguir estos equivalentes ya que constituyen de algún modo una defensa ante la depresión y por consiguiente un riesgo suicida menor. Sin embargo deben ser cuidadosamente investigados por lo tanto serán incluidos dentro de esta variable.

**MANIFESTACIONES PSICOPATICAS**, consideradas como la serie de conductas que transgreden las normas sociales establecidas, deben ser consideradas en especial las de reciente aparición, que podrían darnos evidencia de la gravedad del conflicto que se intenta solucionar por medio de estas conductas. Siendo justipreciadas tomando en cuenta la personalidad adolescente, (Peck, 1967; 1968; y 1970).

Con respecto a la variable **PATRONES NEUROTICOS DE COMPORTAMIENTO**. Se refiere a los conflictos internos que se manifiestan como una serie de síntomas que limitan el disfrute de la vida; es indispensable distinguir entre un adolescente patológico y la patología propia del adolescente, ya que si bien los adolescentes presentan patrones que pueden ser considerados como neuróticos, no siempre lo son, ya que

forman parte de la actuación normal del adolescente. (Martunen, 1991; Amezcua, 1994; Calderón, 1997).

El suicidio implica un momento psicótico y un intenso estado regresivo con defensas primitivas, maníacas y esquizoides, por lo que se incluyeron en este estudio los **PATRONES PSICOTICOS DE COMPORTAMIENTO**. La enfermedad psiquiátrica grave, es igualmente importante, dado que el brote esquizofrénico puede ocurrir durante la adolescencia, es ésta una enfermedad a considerar en la psicopatología del adolescente, debido a que se ha detectado frecuentemente precediendo al comportamiento suicida. En esta patología pueden existir alucinaciones y delirios que inducen al adolescente psicótico a una agresión contra su vida, así mismo, durante los periodos lúcidos, al percatarse de la gravedad de su enfermedad, (Peck, 1970).

En este estudio se agrega la **IMPULSIVIDAD** como una variable muy importante en este grupo de edades. Ya que el adolescente tiene un más pobre control de impulsos, lo que puede precipitar un intento suicida fatal, aunque en ocasiones no es su intención lograrlo. Es importante también tomar en cuenta la existencia de adolescentes que tienen un más pobre control de impulsos en relación a otros.

En varios estudios encontramos que la naturaleza inherente del suicidio en este grupo de edad fue determinado por su alta impulsividad momentánea. Esta actitud impulsiva se puede presentar como resultado de decepciones, frustraciones y enojo. (Capuzzi, 1988; Gómez C, 1996)

Otra variable que se consideró tomar en cuenta es los **TRATAMIENTOS PSIQUIATRICOS ANTERIORES**. En un estudio realizado en Toronto, a lo largo de 7 años, fue significativo el que más de la mitad de los pacientes tenían antecedentes de tratamientos psiquiátricos. Consideramos que el adolescente no acude regularmente a tratamiento, a menos que se encuentre en medio de una severa crisis, a pesar de esto, los tratamientos no son por lo regular a largo plazo, y se enfocan comúnmente hacia un acompañamiento en la resolución de dicha crisis. Sin embargo este antecedente implica que ha sufrido en forma tan importante que le ha llevado a buscar o aceptar un tratamiento, (Holinder, 1978, Ott, 1972).

A pesar de todo, en la mayoría de los casos no está presente todo éste conjunto de características, sino que, en general, sólo algunas de ellas con mayor intensidad. Con mucha frecuencia entre los suicidas se encuentran alteraciones de la personalidad, estado de ánimo inestable, agresividad, impulsividad y alienación social. Cuando estas se combinan con abuso de alcohol y drogas aumenta el riesgo suicida. (Gómez C, 1996).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 5. JUSTIFICACION

En las últimas décadas se ha observado un dramático cambio en las tasas de mortalidad adolescente. Hace 50 años los adolescentes morían principalmente por causas naturales, mientras que ahora mueren por causas más prevenibles. Parte de éste cambio ha sido el aumento mundial de las tasas de suicidio adolescente tanto en países desarrollados, como en países en vías de desarrollo. Probablemente, los informes de suicidio son subdimensionales debido a los estigmas culturales y religiosos que tienen que ver con la autodestrucción y una falta de voluntad para reconocer ciertos traumatismos auto inflingidos, como algunos accidentes de tránsito, los cuales desde un punto de vista menos superficial pueden considerarse una muy buena parte de ellos como intentos de suicidio encubiertos.

El suicidio de adolescentes es una tragedia que afecta no sólo al individuo, sino también a la familia, los amigos y la comunidad donde vivía el adolescente. A menudo el suicidio se vive como un fracaso personal por parte de los padres, amigos y médicos, que se culpan por no detectar a tiempo signos que los pudieran haber alertado. También es considerado como un fracaso de la comunidad, al ser un vivo recordatorio de que la sociedad, a menudo, no proporciona el ambiente saludable, de sostén y educativo en donde los niños crezcan y se desarrollen adecuadamente.

En nuestro país, desde 1980 a la fecha existe un aumento de la tasa de suicidios en la población de esta edad. Entre 1995 y 2001 se observa un crecimiento medio anual de 4.1% de suicidios a nivel nacional. Del 2001 al 20012 mostró una tendencia al incremento con 12.9 puntos porcentuales.

Para el estado de Jalisco, de acuerdo a la información obtenida de las estadísticas del intento de suicidio y suicidio (INEGI; 2002) se observa que la aparición de estos casos en el grupo de menores de 15 años va en aumento, así como en el grupo de 15 a 19 años.

El suicidio del adolescente es un tema complejo, ya que inciden en él dos aspectos difíciles de manejar: el suicidio y el adolescente. La adolescencia es un fenómeno normal, en donde la evolución anatómico fisiológica va acompañada de conflictos al interactuar el individuo con su medio social, cultural, político y económico, que alteran el equilibrio mayor o menor logrado en su condición de niño. Muchos adolescentes experimentan sentimientos intensos de tensión, confusión e indecisión durante el proceso de crecimiento y maduración, que le producen ansiedad y depresión. Estos cambios demandan en él una serie de adaptaciones que hacen que presente una serie de actitudes que bien pueden parecer patológicas, estos cambios en ocasiones son tan importantes que es difícil precisar en que momento dejan de ser normales y cuando son suficientes para desenmascarar o precipitar una conducta suicida. (Bloss, 1996; Acevedo, 1997; Aberostury, 1996; Amezcuza, 2002).

El aumento de las conductas suicidas en adolescentes ha llamado la atención hacia factores situacionales capaces de producir cambios conductuales en los jóvenes, y por lo tanto influir en las tendencias suicidógenas. Se afirma que la mayoría de las tentativas de suicidio en adolescentes se presentan en ausencia de un trastorno psiquiátrico específico, siendo más bien la expresión de problemas psicopatológicos del medio que rodea al sujeto (Ulloa 1993; González- Forteza, 1998). Por lo tanto el suicidio en los adolescentes debe conceptualizarse como un fenómeno multideterminado y comprensible sólo a través de un enfoque global de

todos los factores que en él inciden. Los factores que contribuyen al suicidio del adolescente son variados, en la mayoría de los casos el suicidio es el resultado de la combinación de diversos factores, en lugar de uno sólo, por lo que no es posible obtener un perfil consistente, lo que dificulta la identificación de los adolescentes que presenten riesgo suicida.

Esta situación precisa el incremento de la investigación no solo desde el punto de vista epidemiológico, sino del diseño de estrategias para la detección oportuna. Indiscutiblemente la parte mas importante es la prevención, para lo cual se hace necesario la evaluación del potencial autodestructivo en el adolescente, para detectar a tiempo un posible comportamiento con desenlace fatal. Por lo que resulta de primordial importancia la realización de un instrumento específico para esta población, que sea de fácil manejo e interpretación y que permita identificar niveles de severidad, sensibilidad y especificidad.

La presente propuesta gira en el sentido de diseñar y validar un instrumento en versión breve que contenga los indicadores de riesgo para ésta población y nos permita la detección temprana de adolescentes en alto riesgo de conducta suicida en nuestro contexto económico social, para su canalización adecuada y por otro lado que nos proporcione elementos para el diseño de programas preventivos de Educación para la Salud.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **6. - OBJETIVO GENERAL:**

Diseñar y validar un instrumento para evaluar potencialidad suicida en el adolescente escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco

### **6.1 OBJETIVOS PARTICULARES:**

Construir un inventario de ítem en base a los factores de riesgo suicida en el adolescente

Determinar la confiabilidad del inventario

Validar el constructo del inventario

Someter los puntajes obtenidos a procedimientos estadísticos de correlación

Diseñar el instrumento de calificación de potencialidad suicida (tabla)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 7.- CONSIDERACIONES ETICAS:

El proyecto esta considerado como sin riesgo, de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en los artículos 3 y 113, ya que se pretende contribuir al incremento de conocimientos sobre procesos biopsicosociales para la prevención de problemas de salud y prevalecerá el respeto a la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar de los adolescentes.

Según el artículo 17 de la Ley General de Salud, las investigaciones sin riesgo son aquellas de tipo documental retrospectiva y aquellas en que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales, entre las que se consideran: cuestionarios, entrevista, revisión de expedientes y otras en las que no se identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Para todos los participantes, se considerara la participación voluntaria y el consentimiento informado verbal de tipo personal tal como lo marca la Ley general de Salud para la investigación sin riesgo. El anonimato estará contemplado, se mantendrá la posición de manejar las emergencias "in situ" y la posibilidad de derivación, para lo cual se contara con los servicios de apoyo educativo (equipos de intervención psicopedagógica), en las escuelas donde existan. Teniéndose un listado de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que ofrezcan apoyo en este tipo de situaciones en caso de requerir que algunos jóvenes sean canalizados.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 8. METODOLOGIA

### 8.1 DISEÑO de tipo transversal

Para el diseño del instrumento, el estudio se realizó en cuatro fases:

1. Fase de construcción de un inventario. Basado en el método de escalonamiento de Lickert para la exploración de las variables o factores de riesgo en la población estudiada
2. Fase de procedimientos de validación del inventario realizado
3. Fase de análisis de relaciones de las puntuaciones obtenidas en cada una de las variables o factores de riesgo del inventario aplicado, mediante procedimientos estadísticos de correlación.
4. Diseño del instrumento (tabla) de calificación de potencialidad suicida en base a los pesos correlacionales obtenidos.

### 8.2. UNIVERSO DE ESTUDIO:

Escuelas de Educación Básica ( secundarias ) Escuelas de Educación Media Superior ( Bachilleratos) y Escuelas de Educación Superior ( licenciaturas) de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco, que incluye los municipios de Guadalajara, Zapopan, Tlaquepaque y Tonalá.

El seleccionar población escolarizada obedece a que de acuerdo a los datos de INEGI, del XI Censo General de Población, y Vivienda (1990), la mayoría de los adolescentes asisten a cursos regulares escolarizados. Y que no se podría acceder a la población no escolarizada desde una perspectiva aleatoria

### 8.3 UNIDAD DE OBSERVACION:

Adolescente escolarizado de las tres vertientes de edad: de 12 a 15 años, de 16 a 18 años y de 19 a 24, de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.

### 8.4 UNIDAD DE ANALISIS: La escala

8.5. CRITERIOS DE INCLUSION: Adolescentes escolarizados de las tres vertientes de edad que aceptaron participar.

8.6. CRITERIOS DE EXCLUSION: Adolescentes escolarizados que no aceptaron participar.

8.7. MARCO MUESTRAL: Se hizo de acuerdo a las estadísticas básicas de la Dirección de Planeación Educativa (Departamento de Estadísticas del Gobierno del Estado, Secretaría de

Educación) y de las Estadísticas del Departamento Escolar de la Universidad de Guadalajara, Jalisco (1999).

**8.8. SELECCION DE LAS UNIDADES DE OBSERVACION:** Se utilizó el muestreo estratificado por conglomerados, bietápico. La variable de estratificación fue el tipo de Educación (básica, media superior y superior) que cursan los adolescentes. Tomándose como primera etapa de selección las escuelas y como segunda etapa de selección los grupos escolares. Al interior de cada aula fueron seleccionados los adolescentes. La selección de las unidades fue proporcional al total de escuelas registradas en la Zona Metropolitana de Jalisco. Para todas las etapas de selección se utilizó la tabla de números aleatorios procurando que las unidades de observación tuvieran todas la misma probabilidad de selección (selección equiprobabilística) para ello se utilizó el procedimiento de muestreo por conglomerados bietápico con probabilidades proporcionales a los tamaños de las unidades de primera encuesta descrito por Luis Carlos Silva Aycaguer (1993), en su libro de muestreo para la investigación en Ciencias de la Salud.

**8.9. CAPTACION DE LA INFORMACION:** La información fue obtenida por el responsable del proyecto, auxiliado por personal capacitado, desempeñando el papel de:

Explicar a los adolescentes en que consistía su participación y el que podían retirarse de la investigación si así lo deseaban.

Explicar el contenido del instrumento.

Explicitar el anonimato y confidencialidad en el manejo de la información.

Estimular positivamente a contestar al adolescente.

Aclarar dudas que surgieron.

Llevar un registro de las mismas.

Obtener un registro para cada aplicación.

Revisar el formato y asegurarse de su llenado completo.

**8.10. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION:**

La información fue procesada por un sistema computarizado utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS PC).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 8.11

**1ª FASE: DESARROLLO DE UN INVENTARIO BASADO EN EL METODO DE ESCALONAMIENTO DE LICKERT PARA EXPLORAR LAS VARIABLES O FACTORES DE RIESGO EN LOS ESTUDIANTES**

En esta fase, se procedió a la formulación de reactivos que aplicados a la población permitieran determinar el comportamiento de las variables o factores de riesgo identificados en la literatura. (Amezcuá, 1994).

De cada una de las variables se generaron de 5 a 10 reactivos, los cuales fueron contruidos tratando de cubrir los seis criterios principales para la construcción de los casos o afirmaciones (Padúa, 1987). Tales como: 1) Buscar el reflejo de la situación actual de las opiniones o más bien de lo sucedido; 2) Evitar las afirmaciones repetidas, por su tendencia a ser ambiguas; 3) expresar un solo pensamiento o idea; 4) descarta las afirmaciones que sólo son aplicables a un número reducido de adolescentes; 5) Que las opiniones tengan un orden que impida el respaldo de los jóvenes situados en los dos extremos de la escala; 6) procurar que las afirmaciones estén desprovistas de conceptos relacionados entre sí para evitar confusión.

La validez de contenido y conceptual de las proposiciones se estimó a través de la evaluación del inventario por expertos locales, así como por la población blanco.

Se determinó la direccionalidad de las respuestas en el sentido de positividad y negatividad asignándoseles el número cinco y uno respectivamente. El puntaje máximo corresponde al número de *ítem* multiplicado por el puntaje mayor en cada alternativa, de igual forma el puntaje menor corresponderá al número de ítem multiplicado por el puntaje menor en las alternativas de respuesta. El conjunto de proposiciones se integró en un instrumento, en donde el orden de las mismas fue dado al azar.

**8.11.1 PRUEBA PILOTO**

La redacción de las preguntas y su construcción se analizó por medio de la aplicación del inventario a través de una **prueba piloto**, seleccionando al azar a 150 adolescentes de las tres vertientes de edad, distribuidos en los cuatro municipios que conforman la Zona Metropolitana de Guadalajara, a efecto de que las oraciones fueran claras sencillas y entendibles, a cada uno se le preguntó lo que entiende por cada oración y las respuestas se contrastaron con lo que se pretendió explorar, realizándose los ajustes semánticos y sintácticos necesarios.

Básicamente los puntos a evaluar en la prueba piloto fueron:

1. La relación de los sujetos a los procedimientos de investigación  
Aceptabilidad del cuestionario, claridad en el lenguaje usado, reacciones de los sujetos a los procedimientos de investigación

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 2. Instrumento de recolección de datos:

Instrumento aceptable en tiempo de aplicación.  
Tiempo necesario para administrar el cuestionario.  
Presentación de las preguntas y formato del cuestionario.  
Pre- categorización de las preguntas.  
Sistema y guías de codificación.  
Espacio suficiente para las respuestas.  
Comprensión del lenguaje.

## 3. Procedimientos de muestreo

Las instrucciones para obtener la muestra.  
Tiempo necesario para localizar los individuos que van a ser incluidos en el estudio.

## 4. Problemática presentada.

### 8.11.2. CARACTERISTICAS DEL INVENTARIO.

Se buscó que el inventario realizado para dar cuenta del comportamiento de las variables o factores de riesgo, estuviera estructurado en un formato autoaplicable de respuestas, estandarizado en sus instrucciones. El formato tiene las características de ser confidencial existiendo sin embargo para el examinador una clave a efecto de la posible identificación del adolescente en caso de que las respuestas evidencien riesgo.

El inventario constó de dos secciones: La primera comprende las variables sociodemográficas del adolescente así como las características de su familia. En la segunda sección se exploran en forma dicotómica, las variables o factores de riesgo: Pérdida de objeto amoroso, enfermedades psiquiátricas de la familia, tratamientos psicológicos previos y los suicidios en el medio ambiente que rodea al adolescente.

Para la selección de los reactivos en base a su poder discriminatorio, se aplicó el instrumento a una muestra no probabilística de adolescentes escolarizados, tomando por cada reactivo cinco adolescentes de cada una de las tres vertientes de edad a fin de poder incluir un adolescente en cada una de las posiciones de respuesta, tomando en cuenta que no todos los sujetos pueden tomar una decisión definida en todos los casos.

Teniendo entonces 19 variables o factores de riesgo, a razón de 5 reactivos por cada una, multiplicado por cinco adolescentes, resultaron 475 adolescentes por cada vertiente de edad, por tres vertientes de edad, un total de = 1425 adolescentes para la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 8.12.

**2° FASE: PROCEDIMIENTOS DE VALIDACIÓN DEL INVENTARIO**

Para la selección de reactivos del inventario en base a su poder de discriminación se utilizó la **prueba t de student intragrupo** para cada proposición con una  $p = \alpha > .05$ , en base a los cual se determinaron los reactivos que incluye el instrumento.

Para la realización de la prueba t de student los adolescentes se ordenaron de acuerdo a la puntuación obtenida en orden decreciente, del puntaje más alto al puntaje mas bajo. Se seleccionaron el 25% de los sujetos con puntaje más alto y 25% de los mismos con puntaje más bajo. Formándose un grupo con puntaje alto y otro grupo con puntaje bajo, con respecto a la variable y a los puntajes totales. La selección de las proposiciones se efectuó en base a su poder discriminatorio, una vez calculado los promedios de cada ítem en cada uno de los grupos formados y se clasificaron a los adolescentes de acuerdo a las vertientes de edad. Aplicándose la **prueba t de student intragrupo para cada ítem**.

Se utilizó la **prueba Alfa de Cronbach** (Hernández Sampieri, 1990) para la determinación de la Confiabilidad de todo el inventario y por las dimensiones que explora (una por cada variable explorada) que constituyan el instrumento.

$$\alpha = \left[ \frac{N}{(N-1) \frac{1 - \sum s^2(Y_i)}{S^2_x}} \right]$$

$N$  = Numero de ítem de la escala

$\sum S^2(Y_i)$  = Sumatoria de las varianzas de los ítem

$S^2_x$  = Varianza de toda la escala

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**8.12.1 DETERMINACIÓN DE LA VALIDÉZ DE CONSTRUCTO DEL INVENTARIO:**

La información obtenida de analizó por medio del **Análisis Factorial con rotación varimax**, para evaluar el comportamiento de cada ítem y su consistencia dentro del inventario, evaluando la validéz de convergencia y discriminación de un grupo de medidas. El análisis factorial (Summer, 1978; Williams, 1982) es útil para determinar la dimensionalidad de un dominio y para seleccionar los reactivos que se ajusten mejor a los diferentes estratos de dominio, proporcionando la correlación de cada reactivo con cada faceta de dominio (factores).

## 8.13.

**3° FASE: ANÁLISIS DE RELACIONES DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN CADA UNA DE LAS VARIABLES O FACTORES DE RIESGO MEDIANTE PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS DE CORRELACION.**

Los puntajes obtenidos en cada una de las dimensiones (factores de riesgo) del instrumento fueron sometidos a un análisis de correlación, para medir el grado de relación que existe entre dos o más variables. Para intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos en una variable a partir del valor que tienen en la variable o variables relacionadas. Los pesos obtenidos de la correlación serán la base de la estructura de la escala.

**4° FASE: DISEÑO DE LA ESCALA DE CALIFICACIÓN DE POTENCIALIDAD SUICIDA EN BASE A LOS PESOS CORRELACIONALES OBTENIDOS.**

De acuerdo al peso que posea cada combinación de factores, se colocaran en una matriz de correlaciones, asignando un valor que va del 0 al 5. (Williams, 1982; Levin, 1989).

0 < 0.10

1 0.101 - 0.200 Correlación débil.

2 0.201 - 0.400 Correlación baja relación definida pero pequeña.

3 0.401 - 0.700 Correlación moderada relación considerable.

4 0.701 - 0.900 Correlación elevada relación notable.

5 0.901 - 1.00 Correlación sumamente elevada relación muy confiable.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 9. RESULTADOS:

### ***1° FASE: CONSTRUCCIÓN DE UN INVENTARIO, BASADO EN EL MÉTODO DE ESCALONAMIENTO DE LICKERT PARA LA EXPLORACIÓN DE LAS VARIABLES O FACTORES DE RIESGO EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.***

Se logró a partir de las variables o factores de riesgo conformar un inventario de 150 preguntas validadas por los expertos en el terreno, en dos ocasiones. Se efectuaron las modificaciones propuestas tanto en la redacción como en la inclusión de nuevas oraciones.

A la realización de la prueba t de student para determinar su poder discriminatorio, se obtuvieron un total de 104 preguntas las cuales conformaron el inventario.

#### **REDACCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE PREGUNTAS**

Con la aplicación del inventario, fue posible realizar modificaciones a la estructura de las oraciones y algunos ajustes semánticos.

Las 104 preguntas configuraron un inventario (Anexo No 1), que fue aplicado a 1290 adolescentes de la Zona Metropolitana de Guadalajara, correspondiendo de acuerdo al lugar de residencia de los sujetos estudiados a: un 37.8% a la ciudad de Guadalajara; un 17.2 % al municipio de Zapopan, un 18.85% a Tlaquepaque y un 26.2% al municipio de Tonalá. De los niveles escolares de Educación Básica (secundaria) 32.4%, Educación Media Superior (bachillerato) 35.5% y de Educación Superior (licenciatura) 32.1%. Siendo del sexo femenino 51.9% y del sexo masculino 48.1%. En los cuales se contempló las tres vertientes de edad, 12- 15 años 29.7%, de 16 a 18 el 37.6%, y de 19 a 24 años el 32.7%. (cuadro No 1). Las características de la familia de los adolescentes estudiados se muestran en los cuadros No 2, 3 y 4.

### ***2° FASE: PROCEDIMIENTOS DE VALIDACIÓN DEL INVENTARIO REALIZADO.***

#### **DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD.**

El Coeficiente de Confiabilidad (alpha de Cronbach) encontrado para todo el inventario fue de 0.9356. Este coeficiente obtenido nos indica la existencia de una relación entre las variables (factores de riesgo) y que las mediciones varían de un modo conjunto para todo el inventario lo que nos indica una correlación elevada con una relación muy confiable.

#### **VALIDEZ DE CONSTRUCTO.**

La información obtenida se analizó por medio del análisis factorial para evaluar el comportamiento de cada *item* y su consistencia dentro del inventario, evaluando la validez de convergencia y discriminación del grupo de medidas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Al realizar el análisis Factorial octagonal con rotación Varimax este arrojó para las 19 dimensiones del inventario, 26 factores (Cuadros No 5 y 21). Que representan entre el 60 y 70 % de la proporción de la varianza que presentan en común las diferentes medidas obtenidas.

El procedimiento analítico factorial se considera que es la varianza definida mediante intercorrelaciones de medidas y se intenta asignarla en términos de menos variables hipotéticas o factores.

### ***3° FASE: ANÁLISIS DE RELACIONES DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN CADA UNA DE LAS VARIABLES O FACTORES DE RIESGO EXPLORADOS, MEDIANTE PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS DE CORRELACION.***

De acuerdo con las etapas planteadas en este estudio, se procedió a determinar la relación entre variables, identificando el grado en que están relacionadas entre sí. Para intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos en una variable a partir del valor que tienen en la variable o variables relacionadas. Se obtuvieron correlaciones que variaron en cuanto a edad y sexo.

### ***4° FASE DE DISEÑO DEL INSTRUMENTO (TABLAS) DE CALIFICACIÓN DE POTENCIALIDAD SUICIDA.***

Las correlaciones obtenidas nos permitieron conformar matrices diferenciadas por edad y sexo. Por lo cual se obtuvieron 6 instrumentos (tablas) tres por cada sexo y una por cada vertiente de edad

De acuerdo a la aproximación al 1.0 de cada correlación se asignaron valores que van del 0 al 5. (Anexo No 2), con los cuales se estructuraron las tablas de calificación suicida del adolescente.

Las tablas obtenidas se calificarán de la siguiente manera: Todos los factores que sean aplicables al adolescente son circulados tanto en la parte izquierda de la hoja como en la parte superior (que son los mismos). Las puntuaciones correspondientes a las intersecciones de las columnas circuladas, serán también marcadas en un círculo. Las puntuaciones obtenidas son sumadas en forma horizontal para obtener un subtotal en el extremo derecho. Y por último, se suman los subtotales para obtener el total este número total representa la calificación del riesgo suicida.

Los adolescentes se clasificarán en las siguientes categorías: Bajo riesgo suicida, Riesgo suicida medio, Alto riesgo suicida. De acuerdo al puntaje obtenido.

Los rangos para cada una de las tablas fueron determinado estableciendo intervalos en base a la siguiente fórmula Intervalo =  $\frac{\text{Valor Máximo} - \text{Valor mínimo}}{N \text{ categorías}}$

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

	Femenino 12-15 años	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Total
2	Agresión inhibida		1	1	0	0	1	1	2	0	1	0	0	0	0	1	2	2	0	0	0	1	1	3	17
3	Aislamiento			1	3	1	2	2	2	1	2	0	0	2	3	3	2	2	3	2	1	3	2	4	41
4	Consumo de alcohol				1	2	2	1	1	0	0	0	0	1	2	2	1	2	0	0	1	2	2	4	24
5	Depresión					1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	3	1	2	3	2	1	2	3	4	37
6	Uso de drogas						1	1	0	2	0	0	2	0	2	0	0	1	0	2	1	2	1	3	18
7	Dificultades escolares							2	2	2	0	1	0	2	2	2	2	2	1	2	0	2	3	3	28
8	Agresión familiar								3	2	2	0	0	2	2	2	1	3	1	1	0	2	3	3	27
9	Inadecuada comunicación fam.									2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	26
10	Dinámica parental alterada									2	0	3	1	2	1	1	2	0	0	0	0	1	2	3	18
11	Inadecuada disciplina familiar										0	2	2	1	2	2	2	1	0	0	0	0	1	2	15
12	Enfermedad Fam. Psiquiátrica											0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
13	Padres separados													0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3
14	Problemas financieros														1	2	1	2	1	0	1	1	2	2	13
15	Impulsividad															3	2	3	3	2	0	3	3	2	21
16	Patrones neuróticos de comp.																2	2	3	2	0	3	3	3	18
17	Pérdida de objeto amoroso																	2	2	1	0	2	2	3	12
18	Manifestaciones psicopáticas																		1	0	0	2	3	2	8
19	Patrones psicóticos																			2	0	3	3	2	10
20	Tratamientos psiquiátricos																				0	3	2	3	8
21	Ausencia de religiosidad																					1	0	2	3
22	Sentimiento de soledad																						3	3	6
23	Pensamiento suicida																							4	4
24	Intento suicida																								
	Total																								359

Riesgo	Rango
Bajo	2-120
Medio	121-238
Alto	239-359

FALTA...  
 1000

	Femenino 16-18 años	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Total	
2	Agresión inhibida		1	0	0	1	1	1	2	0	1	0	0	0	0	1	2	2	0	0	0	1	1	3	17	
3	Aislamiento			1	2	0	0	1	2	2	2	1	0	1	0	2	2	0	2	0	1	3	2	4	28	
4	Consumo de alcohol				0	1	2	2	0	0	1	0	0	0	2	1	1	2	2	1	0	0	2	4	21	
5	Depresión					0	1	1	2	2	2	1	1	3	3	3	1	3	2	2	2	2	3	4	38	
6	Uso de drogas						1	1	0	2	0	0	2	0	2	0	0	1	0	2	1	2	1	3	18	
7	Dificultades escolares							2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	0	2	3	3	28	
8	Agresión familiar								2	2	1	0	2	2	2	3	0	2	2	1	1	2	3	3	28	
9	Inadecuada comunicación Fam.									2	2	1	1	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2	2	24	
10	Dinámica parental alterada										2	1	2	2	1	2	1	2	2	0	2	2	2	1	22	
11	Inadecuada disciplina familiar											0	0	2	1	0	0	2	1	0	2	2	1	3	14	
12	Enfermedad Fam. Psiquiátrica												0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	2	8	
13	Padres separados													2	0	1	0	0	0	0	2	1	1	1	8	
14	Problemas financieros															1	2	0	2	2	0	2	2	2	15	
15	Impulsividad																3	1	3	2	1	0	2	3	19	
16	Patrones neuróticos de comp.																	2	2	3	2	1	3	3	20	
17	Pérdida de objeto amoroso																		2	2	1	0	1	1	4	11
18	Manifestaciones psicopáticas																			2	1	1	1	2	9	
19	Patrones psicóticos																				1	1	2	2	9	
20	Tratamientos psiquiátricos																					0	1	2	3	6
21	Ausencia de religiosidad																						1	1	3	5
22	Sentimiento de soledad																							3	4	7
23	Pensamiento suicida																								4	4
24	Intento suicida																									
	Total																								359	

TERCER COM  
 PLAN DE CARRERAS  
 NIVEL BAJO

Riesgo	Rango
Bajo	4-122
Medio	123-240
Alto	241-359

	Femenino 19-24 años	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Total
2	Agresión inhibida		2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	2	1	3	14
3	Aislamiento			0	2	1	1	1	2	2	0	0	1	2	2	2	0	0	1	2	0	3	2	4	28
4	Consumo de alcohol				2	2	1	1	0	0	2	1	0	0	2	2	0	1	2	1	0	0	1	4	22
5	Depresión					3	2	3	3	1	3	1	1	2	3	3	1	2	3	2	2	3	3	4	45
6	Uso de drogas						0	2	2	1	1	1	0	0	2	2	0	0	2	1	1	2	2	3	22
7	Dificultades escolares							2	0	1	1	0	0	1	2	2	1	1	0	1	0	1	1	3	17
8	Agresión familiar								3	2	2	2	0	2	2	3	1	2	3	2	0	2	3	3	32
9	Inadecuada comunicación Fam.									2	2	2	0	2	2	2	0	1	2	1	1	2	2	2	23
10	Dinámica parental alterada										1	2	2	1	2	1	1	0	0	0	0	2	1	2	15
11	Inadecuada disciplina familiar											1	0	1	2	2	0	1	1	2	1	1	1	3	16
12	Enfermedad Fam. Psiquiátrica												1	0	1	2	2	0	2	1	0	1	1	2	13
13	Padres separados													2	0	1	2	0	0	0	1	1	1	2	10
14	Problemas financieros														1	1	1	0	2	1	0	2	1	2	11
15	Impulsividad															3	1	2	2	2	2	2	3	4	21
16	Patrones neuróticos de comp.																1	2	3	2	1	3	3	4	19
17	Pérdida de objeto amoroso																	2	2	1	1	1	1	4	12
18	Manifestaciones psicopáticas																		2	0	1	1	2	4	10
19	Patrones psicóticos																			1	0	2	3	3	9
20	Tratamientos psiquiátricos																				0	2	3	3	8
21	Ausencia de religiosidad																					1	2	3	6
22	Sentimiento de soledad																						3	4	7
23	Pensamiento suicida																							4	4
24	Intento suicida																								
	Total																								364

Riesgo	Rango
Bajo	4-123
Medio	124-242
Alto	243-364

REGIS CON  
FALLA DE ORIGEN

	Masculino 12-15 años	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Total
2	Agresión inhibida		1	0	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3	11
3	Aislamiento			1	2	2	2	2	2	1	2	0	1	1	1	2	0	2	2	2	2	3	2	4	36
4	Consumo de alcohol				3	3	2	2	1	3	1	1	1	0	2	2	0	3	2	2	0	2	2	4	36
5	Depresión					1	1	3	2	3	2	2	2	3	3	4	2	3	3	2	1	3	3	4	47
6	Uso de drogas						2	2	1	0	0	0	0	0	1	2	0	3	2	3	0	3	2	3	24
7	Dificultades escolares							1	0	0	0	0	0	2	2	2	0	2	1	0	1	1	1	3	16
8	Agresión familiar								2	2	0	1	1	1	3	3	0	3	2	2	0	3	3	3	29
9	Inadecuada comunicación Fam.									2	3	0	2	2	2	2	0	2	0	2	1	2	2	2	24
10	Dinámica parental alterada										0	1	3	2	3	2	1	1	1	0	0	2	2	3	21
11	Inadecuada disciplina familiar											0	0	1	1	1	0	2	1	2	1	1	1	2	13
12	Enfermedad Fam. psiquiátrica												0	1	2	1	0	0	1	0	1	1	2	1	10
13	Padres separados													1	2	1	0	0	0	0	1	1	0	2	8
14	Problemas financieros														2	2	2	1	0	0	2	2	2	2	15
15	Impulsividad															3	1	3	2	2	2	3	3	3	22
16	Patrones neuróticos de comp.																1	3	3	2	1	3	3	3	19
17	Pérdida de objeto amoroso																	1	2	0	0	1	0	3	7
18	Manifestaciones psicopáticas																		3	3	1	3	3	2	15
19	Patrones psicóticos																			2	1	3	2	2	10
20	Tratamientos psiquiátricos																				0	3	2	2	7
21	Ausencia de religiosidad																					2	2	3	7
22	Sentimiento de soledad																						3	4	7
23	Pensamiento suicida																							4	4
24	Intento suicida																								
	Total																								388

Riesgo	Rango
Bajo	4-132
Medio	133-260
Alto	261-388

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

	Masculino 16-18 años	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Total
2	Agresión inhibida		1	1	2	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	3	18
3	Aislamiento			0	3	2	0	2	2	2	2	1	0	1	2	2	1	1	2	3	2	3	2	4	37
4	Consumo de alcohol				3	3	2	2	2	1	1	1	0	1	2	2	0	3	2	1	1	2	2	4	35
5	Depresión					3	2	3	3	3	2	3	1	2	4	4	2	3	3	3	1	4	4	4	54
6	Uso de drogas						2	2	2	2	2	2	0	0	3	2	1	3	2	3	2	3	3	4	38
7	Dificultades escolares							2	2	0	0	1	0	0	2	2	1	2	2	2	0	2	2	3	23
8	Agresión familiar								2	3	2	1	1	1	3	3	2	3	2	2	1	3	3	3	35
9	Inadecuada comunicación Fam									2	2	0	0	1	2	2	3	2	1	2	2	3	2	3	27
10	Dinámica parental alterada										2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	3	2	3	27
11	Inadecuada disciplina familiar											0	0	0	2	1	0	2	1	1	2	2	2	2	15
12	Enfermedad Fam. psiquiátrica												0	0	1	2	2	2	1	2	0	2	1	2	15
13	Padres separados													1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	6
14	Problemas financieros														1	2	0	1	0	0	0	1	1	3	9
15	Impulsividad															3	2	3	2	2	1	3	3	4	23
16	Patrones neuróticos de comp.																2	3	3	2	1	3	3	4	21
17	Pérdida de objeto amoroso																	1	2	1	1	2	2	3	12
18	Manifestaciones psicopáticas																		3	2	2	3	3	2	15
19	Patrones psicóticos																			2	0	3	3	3	11
20	Tratamientos psiquiátricos																				1	3	3	4	11
21	Ausencia de religiosidad																					2	1	4	7
22	Sentimiento de soledad																						3	4	7
23	Pensamiento suicida																							4	4
24	Intento suicida																								
	Total																								450

Riesgo	Rango
Bajo	4-152
Medio	153-300
Alto	301-448

TEJES CON  
FALLA DE ORIGEN

	Masculino 19-24 años	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Total
2	Agresión inhibida		1	1	2	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	2	1	1	1	1	2	2	4	3	27
3	Aislamiento			1	2	1	1	1	2	1	1	0	1	2	2	2	1	2	3	2	1	3	2	4	35
4	Consumo de alcohol				2	2	2	1	2	1	2	0	1	1	2	2	2	3	0		1	0	0	4	34
5	Depresión					3	3	3	3	1	1	0	1	3	3	4	1	2	3	3	1	3	4	4	46
6	Uso de drogas						1	1	1	1	1	0	2	1	3	1	1	2	1	2	1	3	2	4	28
7	Dificultades escolares							2	2	1	0	0	1	1	2	2	0	2	2	2	1	2	2	3	25
8	Agresión familiar								2	3	2	0	1	1	3	3	1	2	2	2	1	2	3	3	31
9	Inadecuada comunicación Fam.									2	2	0	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	3	24
10	Dinámica parental alterada										2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	19
11	Inadecuada disciplina familiar											0	2	0	1	1	0	1	0	1	2	1	0	1	10
12	Enfermedad Fam. psiquiátrica												0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	2	7
13	Padres separados													1	0	0	2	0	1	1	1	1	1	2	10
14	Problemas financieros														0	1	1	1	1	0	0	1	1	3	9
15	Impulsividad															3	2	3	3	2	1	3	3	4	24
16	Patrones neuróticos de comp.																1	3	3	2	0	3	3	4	19
17	Pérdida de objeto amoroso																	1	2	2	0	2	1	4	12
18	Manifestaciones psicopáticas																		2	2	0	2	2	2	10
19	Patrones psicóticos																			2	0	3	3	3	11
20	Tratamientos psiquiátricos																				0	3	3	4	10
21	Ausencia de religiosidad																					0	0	3	3
22	Sentimiento de soledad																						3	4	7
23	Pensamiento suicida																							4	4
24	Intento suicida																								
	Total																								405

Riesgo	Rango
Bajo	3-137
Medio	138-271
Alto	272-405

ESTE CON  
TALA DE ORIGEN

## 10. DISCUSIÓN

El inventario utilizado para explorar el comportamiento de las variables, fue sometido a varios procedimientos de validación a través de los cuales se llegó a las siguientes conclusiones:

Desde el punto de vista conceptual y de contenido, las oraciones planteadas describen eventos, pensamientos e intenciones, que forman parte de la vida cotidiana de los adolescentes.

Los *items* presentados fueron seleccionados por su poder de discriminación, mediante el procedimiento mencionado.

Los *items* no tienen problemas de aplicación, ya que el lenguaje utilizado fue probado en repetidas ocasiones.

Sin embargo se debe considerar en su aplicación, los errores de medida correspondientes al inventario, ya que las técnicas escalares tienen varios problemas comunes. (Summer, 1978; Polite, 1987; Thorniness, 1989), como son los llamados Grupos de Respuesta ; que influyen o introducen parcialidad en las respuestas, como la *deseabilidad social*, o sea la tendencia de una persona a presentar una imagen favorable de sí misma, señalando respuestas que concuerdan con las costumbres sociales prevalecientes. Las *respuestas extremas*; en donde se expresan las respuestas en términos de alternativas extremas, o lo hacen en la zona intermedia; Las *respuestas serviles*, es decir estar de acuerdo con las proposiciones independientemente de su contenido; la *impugnación*, esto es, la tendencia a estar en desacuerdo con todas la proposiciones.

El inventario presentó un coeficiente de confiabilidad elevado ( 0.9356). En los instrumentos de medición se entiende la confiabilidad como el grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados.

Entre las fuentes de error de la confiabilidad, se reportan en la literatura:

Características del individuo	Los Niveles de habilidad: a) Para presentar pruebas b) Para entender instrucciones
Factores individuales temporales	Fatiga Motivación Tensión emocional Ambiente de la prueba
Características duraderas del individuo	Nivel de habilidad en relación con el rasgo que se evalúa. Habilidades para representar pruebas específicas para determinado tipo de reactivos del instrumento.
Factores que afectan la administración de la prueba	Condiciones de la prueba Interacción entre el examinador y el sujeto de la prueba

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En este estudio se pretendió aumentar la confiabilidad, estandarizando las condiciones en que se realizó la aplicación del instrumento.

## ANÁLISIS DE FACTOR

Un factor es un constructo, una entidad hipotética, una variable latente, que se supone fundamenta las pruebas. Para estudiar los constructos lo que se hace comúnmente es analizar las variables observables que funcionan como indicadores del fenómeno observable.

El principal problema del análisis factorial es determinar los componentes de varianza de la varianza total. Tiene dos problemas básicos: explorar las áreas de las variables a fin de identificar los factores, que supuestamente fundamentan las variables y probar la hipótesis acerca de las relaciones entre variables.

En un análisis de factor, el problema que se debe resolver se expresa en dos preguntas: ¿Cuántas variables fundamentales o factores hay y cuáles son estos factores?.

Sin embargo ninguna pregunta llega a tener una respuesta definitiva en las primeras investigaciones de un campo, sobre todo en la investigación analítica real factorial. Tomando en cuenta que el número de factores puede cambiar en investigaciones subsecuentes.

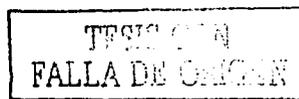
De acuerdo a los resultados de 26 factores encontrados para las 19 dimensiones del inventario, se puede decir que nos encontramos ante un análisis de factor confirmatorio.

## ANÁLISIS DE RELACION Y DISEÑO DE LA ESCALA

La mayor parte de los coeficientes de correlación indican 2 cosas: 1) Expresan una cuantía de la relación, y 2) proporcionan información acerca del sentido de la relación, a través del signo + o - . Si el coeficiente de correlación de dos variables es positivo, al aumentar una de ellas, también lo hace la otra. Otras por el contrario, están relacionadas en sentido inverso, a medida de que una de ellas aumenta, disminuye el valor de la otra.

En el caso de que dos variables estén correlacionadas, significa que una varía cuando la otra también varía. Si es negativa, significa, que sujetos con valores altos en una variable tenderán a mostrar bajos valores en la otra variable. Si no hay correlación, nos indica que éstas varían sin seguir un patrón sistemático entre sí.

En alguna medida la correlación tiene un valor explicativo aunque parcial. Al saber que dos conceptos o variables están relacionados, aporta cierta información explicativa. Cuanto mayor sea el número de variables correlacionadas en el estudio y mayor sea la fuerza de las relaciones entre ellas, más completa será la explicación.



Si dos variables están correlacionadas y se conoce la correlación, entonces existen bases para predecir con mayor o menor exactitud, el valor aproximado que tendrá un grupo de personas en una variable, sabiendo el valor que tienen en la otra variable.

Uno de los riesgos en los análisis correlacionales, es lo que se conoce como correlación espuria, esta se presenta cuando dos variables que están aparentemente relacionadas, resulta que en realidad no lo están, por lo que se requiere realizar una investigación explicativa o como en el caso de la presente investigación, recurrir a un punto de vista clínico. Al respecto, se mencionan algunos comentarios que nos parecen interesantes en el siguiente apartado que corresponde a las conclusiones.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 11. CONCLUSIONES

Al intentar elaborar la tabla, saltó a la vista la dificultad de unir todas las variables en un solo instrumento, especialmente en lo relativo a las variables de edad y sexo. Debido a que de acuerdo a la literatura revisada, la potencialidad suicida en el adolescente varía influenciada principalmente por las variables mencionadas. Esta situación unida a las variaciones de peso obtenidas en el análisis de correlación fue muy importante, por lo que se concluyó que se encontraban determinados por las variables: edad y sexo. Dado lo anterior no fue posible diseñar en este estudio una sola escala. Tomándose la decisión de separarlas y así se obtuvieron tres escalas para cada sexo, correspondiendo una a cada vertiente de edad.

La parte medular del trabajo es la elaboración de las tablas de calificación suicida, las cuales fueron basadas en la información obtenida del comportamiento de las variables o factores de riesgo (reportada por la literatura e incluida en este estudio) que inciden en el comportamiento suicida y fueron exploradas a través de un inventario diseñado con tal finalidad.

La realización de este instrumento de medición de la potencialidad suicida en adolescentes, constituye una primera aproximación al problema. Se considera importante en un segundo momento el realizar su aplicación, en el ámbito de la clínica (a nivel explicativo) para minimizar el riesgo de una correlación espuria y saber como y porque las variables están supuestamente correlacionadas, ya que en ciertas ocasiones no es tan sencillo detectar cuando una correlación carece de sentido y a partir de ello hacer las modificaciones y ajustes que sean necesarios.

La prueba mas importante de una escala es su aplicación, es decir, en la medida en la cual sirve para lograr un fin propuesto. Las escalas se crearon como un instrumento para hacer posible la realización de un diagnostico del potencial suicida en el adolescente, en donde se pudiera configurar el nivel de riesgo. Aún con las limitaciones que pudieran tener, es capaz de proporcionar puntos ejes para guiar las acciones y la toma de decisiones con la finalidad de apoyar al joven evaluado.

Las tablas desarrolladas representan un acercamiento novedoso a la exploración de los factores de riesgo relacionados con la conducta suicida del adolescente, ya que en las fuentes de información disponibles, no existen antecedentes de un instrumento similar validado en nuestro medio, que comprenda la mayoría de los factores mencionados.

Así mismo, nos dimos cuenta de algunos hallazgos interesantes como son los siguientes:

**La agresión inhibida** en las etapas adolescentes, a pesar de lo reportado en la literatura en general y en especial los estudios referentes a la adolescencia, es un elemento que muestra poco peso en cuanto a las correlaciones obtenidas en este estudio, al parecer es elaborada mediante otros procesos que permiten al joven externarla en forma de conductas (sublimatorias) socialmente aceptadas ( Ana Freud, "El Yo y los mecanismos de

defensa"1977), como son los deportes y el baile, en especial aquellos que incluyen empujones y movimientos bruscos constantes.

**El Aislamiento**, se muestra como una variable muy importante, obteniendo altas correlaciones y por lo consiguiente un elevado puntaje en las tablas. Esto confirma lo reportado en la literatura en el sentido de un síntoma previo a los sucesos auto agresivos que pueden culminar con intentos suicidas. **Escala de evaluación del Deseo del intento de Suicidio, Beck y cols.** (1974,1988), Y que combinado con las otras variables colabora importantemente al diagnóstico preventivo

En cuanto al **consumo de alcohol**, el comportamiento de esta variable sigue el curso esperado clínicamente, es decir las correlaciones aumentan dependiendo el sexo, mostrándose más altas en el masculino y aumentando de acuerdo a las etapas, siendo cada vez más altas paralelamente al aumento de edad. Lo anterior se comprende de acuerdo al proceso predominantemente psico-social por el que atraviesan los adolescentes.

**La depresión** se encontró correlacionada altamente con otras variables y obtiene altos puntajes en todas las tablas, con lo que se muestra un acuerdo con otros estudios como los efectuados últimamente por Cumba, Duarte y Rosselló : "Comportamiento suicida y sintomatología depresiva, en una muestra de jóvenes portorriqueños, (Trabajo presentado en el XXIX Congreso Interamericano de Psicología, Lima Perú, Agosto 2003).

Los **tratamientos psiquiátricos o psicológicos anteriores**, al parecer ejercen una influencia benéfica en los adolescentes que han asistido a ellos, ya sea por la bondad del tratamiento en sí, o por el simple hecho de reconocer ciertas dificultades en sí mismos, lo que permite que las correlaciones que presenta esta variable, en general sean más bajas de lo que se esperaba. Así mismo considerando que la adolescencia es un período inherentemente conflictivo con fluctuaciones de las estructuras internas del sujeto, que le llevan a crisis susceptibles de superar, de las cuales sale la mayoría de las veces fortalecido. (Erickson, 1969).

En cuanto al **consumo de alcohol y drogas**, estas variables siguen el tipo de comportamiento reportado en estudios anteriores, (Roy, Lambarski, Dejong, Moore y Linnoils 1990) y de acuerdo a la literatura revisada (Medina - Mora y col 1994), ya que se presenta aumentado en el sexo masculino y muestra una tendencia a incrementarse conforme aumenta el intervalo de edades. Mostrándose correlacionada en forma importante con otras variables, asignándosele por ello puntuaciones más altas.

Las **variables familiares** mostraron correlaciones diferentes, que van desde la muy baja, como sucede con la referente a la **separación de los padres**, la cuál muestra una menor importancia de la supuesta, de acuerdo a la bibliografía. Lo anterior habla de la adaptabilidad que posee el adolescente y le permite lidiar con una situación que se va integrando a un pensamiento más adulto.

En lo tocante a los aspectos mencionados en este estudio como: **agresión familiar, inadecuada comunicación familiar, y dinámica parental alterada**, todas estas muestran importantes correlaciones entre ellas y con las demás variables, por lo que obtienen altas

puntuaciones dentro de las tablas en ambos sexos y etapas de la población estudiada. Lo anterior subraya la importancia que para el adolescente tiene esa familia de la que se desea alejar, pero que sin embargo permanece unido por necesitar de su apoyo y guía. (Terroba, 1983; Barrera, 1993 Misitu, 2001; INEGI 2002)

La **disciplina familiar** se muestra, aunque importante, con una menor correlación a las variables mencionadas con anterioridad, obteniendo calificaciones, aunque significativas, menores en comparación con las demás variables englobadas en el aspecto familiar del adolescente. Considerando que es un aspecto al cual el adolescente se acostumbra debido a su exposición en forma constante a ella y ha logrado desarrollar mecanismos defensivos que le resultan efectivos para sobre llevarla. Desde luego, se consideró importante conservarla en la tabla ya que en momentos críticos puede tener un peso definitivo. (Osorio 1999; Buelga, 1999)

La variable "**enfermedad familiar psiquiátrica**" al parecer no tiene mucho peso en las correlaciones efectuadas para la construcción de las tablas, por lo que las puntuaciones que le corresponden se mantienen bajas en casi todas ellas. Posiblemente por el desprendimiento familiar parcial y la planeación realista que intentan hacer. Kaplan, 1999; Vazquez Pizaña 1998,

Las **dificultades escolares**, son un aspecto importante especialmente para la población femenina, variando de acuerdo a la edad en sus correlaciones con las demás variables. Curiosamente en el sexo femenino disminuye conforme avanza la edad y en el sexo masculino, por el contrario aumenta. Lo anterior seguramente se encuentra relacionado con el futuro rol a que los adolescentes se encontraran enfrentados, en el cual el joven de sexo masculino asumirá una mayor responsabilidad laboral y económica, de acuerdo a lo establecido socialmente. Situación presente en su desarrollo psicosocial.

Los **Problemas financieros**, al igual que la **ausencia de religiosidad**, no muestran importantes pesos en las correlaciones con las demás variables, por lo que sus puntajes en las tablas son bajos. Mostrándose como elementos que, aunque importantes al combinarse con los demás, no son determinantes muy importantes por sí solos. Debido a la propia personalidad adolescente y su flexibilidad, que le permiten solucionar mediante su grupo de pares en forma solidaria, el aspecto económico, y así mismo el alejamiento religioso. (Kohlberg, 1982).

La **impulsividad** y los **patrones de tipo neurótico** (al menos aparentemente), son variables que por sí solas representan un buen predictor de conducta auto agresiva y desde luego que cuando se encuentran correlacionadas son un factor que puede ser considerado como de alto riesgo, ya que son desestabilizadores del proceso de crecimiento pacífico que se había estado dando durante las etapas anteriores de la niñez y ahora irrumpen en forma brusca y descontrolada. (Freud Anna, 1977).

La **Pérdida de objeto amoroso**, desde los análisis efectuados, no se comporta exactamente como se esperaba, ya que muestra correlaciones y puntajes relativamente bajos. Desde un punto de vista clínico, se menciona como un detonante para la conducta suicida en los adolescentes. Por lo anterior es una variable que se considera importante y a considerar su

revisión mediante los próximos estudios a realizar con la aplicación de el presente instrumento. (Barrera, 1993).

**Las Manifestaciones psicopáticas**, mostraron un alto índice de correlación y puntaje dentro de las tablas en ambos sexos. Esto está de acuerdo a lo reportado en la bibliografía especializada, en el sentido de la existencia dentro de la conducta adolescente de rasgos sociopáticos que aparecen como un intento de autoafirmación del adolescente. (Freud Ana, 1977).

**Los Sentimientos de soledad**, son una variable importante que reporta altas correlaciones y por ende puntajes altos dentro de todas las tablas, considerándose uno de los factores a tomar en cuenta aún por si solos y desde luego cuando aparece combinado con los demás que se incluyen en las tablas de este estudio.

**El Pensamiento y los intentos suicidas**, son variables básicas dentro de esta conflictiva, por lo que deben permanecer con un alto peso en la construcción de las tablas presentadas. Las correlaciones reportadas son muy altas y la calificación que por ello se les asigna lo es también. (Medina - Mora y col 1994), Lo anterior de acuerdo con la bibliografía revisada y reportada en el capítulo correspondiente. (Amezcuca, 1994, Medina- Mora, 1992).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 12. ANEXOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Anexo No.1****Cuadro No 1.**

**Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente  
Escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.  
Características Demográficas**

Características Demográficas	No	Porcentaje
<b>Lugar de Residencia por Municipios</b>		
Guadalajara	488	37.8%
Zapopan	222	17.2
Tlaquepaque	242	18.8
Tonalá	338	26.2
<b>Nivel Escolar</b>		
Secundaria	414	32.4%
Bachillerato	458	35.5
Licenciatura	414	32.1
<b>Sexo</b>		
Femenino	670	51.9%
Masculino	620	48.1
<b>Edad</b>		
12 - 15 años	385	29.7%
16 - 18	482	37.6%
19 - 24	423	32.7
<b>Religión</b>		
Ninguna	108	8.3%
Católica	1109	86.0
Otras	73	5.6

N = 1290

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Cuadro No 2.

Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente  
Escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.  
**Características de las Familias**

Características de la Familia	Numero	Porcentajes
<b>Viven juntos los padres</b>		
Si	1031	79.9 %
No	225	17.5
No contestó	34	2.7
<b>Constitución de la Familia</b>		
Nuclear	740	57.4
Nuclear extensa	242	18.8
Uniparental padre	42	3.3
Uniparental Madre	126	9.8
Uniparental padre extensa	9	0.7
Uniparental madre extensa	33	2.6
Esposo con o sin hijos	16	1.2
Familiares	54	2.2
Otros	28	2.2
<b>Posición en la Familia</b>		
Hijo único	238	18.4%
Primer Hijo	185	14.3
Segundo a Cuarto hijo	687	53.2
Quinto a Octavo hijo	180	13.9

N= 1290

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Cuadro No 3.**  
**Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente**  
**Escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.**  
**Características de las Familias**

<b>Características de la Familia</b>	<b>Numero</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Tiene Madre</b>		
Si	1219	94.5%
No	71	5.5%
<b>Edad de la Madre</b>		
No sabe	169	13.1%
28 –34 años	145	11.2
35 – 49	733	56.8
50 – 59	205	15.9
60 – y +	38	3.0
<b>Escolaridad de la Madre</b>		
No sabe		
Analfabeta funcional	250	119.4%
Primaria	48	3.7
Secundaria/ técnico	376	29.1
Bachillerato	332	25.7
Licenciatura	151	11.7
Postgrado	127	9.8
	6	0.5

N = 1290

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Cuadro No 4.**  
**Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente**  
**Escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.**  
**Características de las Familias**

Características de la Familia	Numero	Porcentajes
<b>Tiene Padre</b>		
Si	1161	90%
No	124	9.6
No contesto	5	0.4
<b>Edad del Padre</b>		
No sabe	196	15.2 %
28 -34 años	48	3.7
35 - 49	657	51.0
50 - 59	302	23.4
60 - y +	87	6.7
<b>Escolaridad del Padre</b>		
No sabe	269	20.9%
Analfabeta funcional	47	3.6
Primaria	297	23.0
Secundaria/ técnico	219	17.0
Bachillerato	180	14.0
Licenciatura	263	20.4
Postgrado	15	1.2

N= 1290

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

## Cuadro No 5.

Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente  
Escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.

Factores Extraídos  
**Religiosidad**

VARIABLE RELIGIOSIDAD	COMUNALITY	FACTOR	EIGENVALUE	PTC of Var	CUMPCT
Reactivos :					
Siento que debo ser castigado por mis pecados	.63819	1	1.69867	34.0	34.0
En mi familia acostumbramos a rezar	.60140	2	1.16066	23.24	23.24
Acostumbro a ir a los oficios de mi religión	.49724				
Pienso en el cielo y en el infierno	.62886				
Mi familia es religiosa	.49365				

## Cuadro No 6.

Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente  
Escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.

Factores Extraídos  
**Familia: Disciplina y Método**

VARIABLE FAMILIA DISCIPLINA Y METODO	COMUNALITY	FACTOR	EIGENVALUE	PTC of Var	CUMPCT
Reactivos:					
El trabajo en casa se reparte	.56386	1	1.55257	38.8	38.8
En mi familia hay reglas que cumplir	.56392	2	1.02294	38.8	64.4
Tengo un horario fijo para llegar a casa	.88779				
Creo que mis padres son exigentes	.55994				

TRABAJA CON  
FALLA DE ORIGEN

## Cuadro No 7

Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente  
Escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.  
Factores Extraídos

**Familia: Manejo de Conflictos y de la Agresividad**

VARIABLE FAMILIA	COMUNALITY	FACTOR	EIGENVALUE	PTC of Var	CUMPCT
MANEJO DE CONFLICTOS AGRESIVIDAD					
Reactivos :					
En mi familia hay pleitos	.35906	1	1.37041	45.7	45.7
Tengo pleitos con mis hermanos	.67903				
Alguien de mi familia se ha ido de la casa por un disgusto	.74180				

## Cuadro No 8.

Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente  
Escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.  
Factores Extraídos

**Familia: Dinámica de la Pareja**

VARIABLE FAMILIA	COMUNALITY	FACTOR	EIGENVALUE	PTC of Var	CUMPCT
DINAMICA DE PAREJA					
Reactivos:					
Mis padres y/ o tutores pelean mucho	.43910	1	1.35583	45.2	45.2
Mis padres y/o tutores se Golpean	.58147				
Considero que mis padres y / o tutores se quieren	.33526				

HECHO CON  
FALLA DE ORIGEN

## Cuadro No 9.

Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente  
Escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.

Factores Extraídos

**Familia: Comunicación y Expresión de Solidaridad**

VARIABLE FAMILIA COMUNICACIÓN, EXPRESIÓN DE SOLIDARIDAD	COMUNALITY	FACTOR	EIGENVALUE	PTC of Var	CUMPCT
<b>Reactivos</b>					
Con mis padres me llevo bien	.566464	1	2.78368	30 09	30.9
Mis padres son cariñosos conmigo	.44137	2	1.48224	16 05	47.4
<b>Quando tengo un problema lo platico con :</b>					
Mama	.54738				
Papa	.62325				
Hermanos	.56803				
Otros	.18741				
Mi familia me trata mal	.41914				
Creo que mis padres están satisfechos de mi	.45297				
Mis padres me molestan mucho	.46175				

TRABAJA CON  
VALORES DE ORIGEN

## Cuadro No 10.

Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente  
Escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.

Factores Extraídos  
Dificultades Escolares

DIFICULTADES ESCOLARES	COMUNALITY	FACTOR	EIGENVALUE	PTC of Var	CUMPCT
Reactivos :			1.98663	33.01	33.1
En la escuela me critican mi forma de ser	.69155	1			
Siento que les desagrado a mis compañeros	.69733	2	1.11662	18.06	51.7
Aunque estudio no llevo buenas calificaciones	.51765				
Me peleo en la escuela	.32200				
Tengo problemas con los maestros	.39548				
He reprobado	.47924				

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Cuadro No 11.**  
**Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente**  
**Escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.**  
**Factores Extraídos**  
**Dificultades Financieras**

DIFICULTADES FINANCIERAS	COMUNALITY	FACTOR	EIGENVALUE	PTC of Var	CUMPCT
Reactivos :					
Mi familia tiene problemas económicos	.38148	1	1.81786	45 04	45.4
Cuento con una cantidad para mis gastos	.50602				
Tengo dinero suficiente para mis gastos	.616613				
Conseguir dinero es una de mis principales preocupaciones	.31423				

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Cuadro No 12.

Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente  
Escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.  
Factores Extraídos

## Sentimientos de Soledad y Abandono.

SENTIMIENTOS DE SOLEDAD Y ABANDONO	COMUNALITY	FACTOR	EIGENVALUE	PTC of Var	CUMPCT
Reactivos :					
Me siento bien cuando estoy acompañado	.76752	1	2.25985	37 .07	37.7
Me siento abandonado	.54172	2	1.02923	17 0.2	54.8
La gente me hace a un lado	.51174				
Mis amigos me dejan solo	.50435				
En la escuela tengo amigos	.45975				
Mis amigos me traicionan	.50400				

## Cuadro No 13.

Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente  
Escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.  
Factores Extraídos  
Aislamiento.

AISLAMIENTO	COMUNALITY	FACTOR	EIGENVALUE	PTC of Var	CUMPCT
Reactivos :					
Salgo con mis amigos a dar la vuelta	.35903	1	1.65220	33.0	33.0
Me siento mejor estando solo	.30045				
Me cuesta trabajo hacer amistades	.36483				
Tengo una amistad cercana en quien confiar	.14677				
La gente de mi edad me desagrada	.48212				

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Cuadro No 14.**  
**Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente**  
**Escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.**  
**Factores Extraídos**  
**Suicidio Factores Suicidas**

SUICIDIO	COMUNALITY	FACTOR	EIGENVALUE	PTC of Var	CUMPCT
<b>Reactivos :</b>					
Pienso acabar con mi vida	.65463	1	3.505	50.1	50.1
Alguien de mi familia se ha suicidado	.07806				
He amenazado con quitarme la vida	.47441				
Siento que mi familia estaría mejor si estuviera muerto	.50591				
Pienso en la muerte	.48699				
He deseado estar muerto, lejos	.62527				

TFFSIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Cuadro No 15.

Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.

Factores Extraídos

Uso de Alcohol

USO ALCOHOL	DE COMUNALITY	FACTOR	EIGENVALUE	PTC of Var	CUMPC T
Reactivos					
Bebo cerveza	.72907	1	2.16931	72.3	72.3
Bebo Vino	.81347				

## Cuadro No 16.

Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.

Factores Extraídos

Uso de Drogas

USO DE DROGAS Variables	COMUNALITY	FACTOR	EIGENVALUE	PTC of Var	CUMPC T
Reactivos					
Consumo:					
Cocaína	.55784	1	5.09614	72 0.8	72.8
Marihuana	.62682				
Pingas	.80182				
Ácido	.81584				
Hongos	.79924				
Thinner	.81619				
Otros	.67839				

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

**Cuadro No. 17.**  
**Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente**  
**escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.**  
**Factores Extraídos**  
**Depresión y Equivalentes Depresivos**

DEPRESIÓN Y EQUIVALENTES	COMUNALITY	FACTOR	EIGENVALUE	PTC of Var	CUMPCT
<b>Reactivos</b>					
Estoy contento conmigo mismo	.260	1	3.127	28.427	28.427
Me siento incapaz de resolver mis problemas	.333	2	1.213	11.028	39.455
Me desanimo fácilmente	.296				
Lloro fácilmente	.482				
Siento que le desagrado a la gente	.378				
Siento que ya no puedo seguir adelante	.496				
Me siento culpable	.420				
He tenido accidentes graves	.503				
Siento que soy un inútil	.252				
Me gusta hacer cosas que impliquen riesgo	.435				
Pierdo el interés por lo que hago	.483				
Duermo bien	.389				

TECIS CON  
 FALDA DE ORIGEN

**Cuadro No 18.**  
**Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente**  
**Escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.**  
**Factores Extraídos**  
**Manifestaciones Psicopáticas**

MANIFESTACIONES PSICOPATICAS	COMUNALITY	FACTOR	EIGENVALUE	PTC of Var	CUMPCT
Reactivos					
Digo muchas mentiras	.46576	1	2.91100	36 04	36.4
Me atribuyo meritos que le corresponden a otros	.46038	2	1.11624	14 0	50.3
Realizo robos en tiendas	.62591				
Pido prestado y no pago	.56332				
Me aprovecho de los demás	.52696				
Copio en los exámenes	.39277				
Si me descubren me siento culpable	.40598				
Cometo delitos	.58617				

TRICOM  
FALLA DE ORIGEN

**Cuadro No 19.**  
**Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente**  
**escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.**  
**Factores Extraídos**

**Patrones Neuróticos de Comportamiento**

PATRONES NEUROTICOS DE COMPORTAMIENTO	COMUNALITY	FACTOR	EIGENVALUE	PTC of Var	CUMPCT
<b>Reactivos</b>					
Se me va el hambre con facilidad	.13283	1	2.69723	33 07	33.7
Me pongo de mal humor por nada	.36244				
Tengo pensamientos que no me puedo quitar	.41742				
Me dan miedo los lugares cerrados	.31440				
Me siento nervioso o tenso	.53006				
Tengo pesadillas	.36937				
Me cuesta trabajo concentrarme	.41915				
Me dejo influir por las personas	.15156				

IMPRESO CON  
FALLA DE ORIGEN

## Cuadro No 20

Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente  
Escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.  
Factores Extraídos

## Patrones Psicóticos.

PATRONES PSICOTICOS	COMUNALITY	FACTOR	EIGENVALUE	PTC of Var	CUMPCT
<b>Reactivos</b>					
Alguien me observa constantemente	.48696	1	1.78388	35.07	35.7
He sentido la influencia de alguna persona en mi manera de pensar y actuar	.29128				
Oigo voces que los demás no oyen	.42315				
Creo que alguien controla mis pensamientos	.43222				
Se puede confiar en la gente	.15027				

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

**Cuadro No 21.**  
**Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente**  
**Escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.**  
**Factores Extraídos**  
**Impulsividad**

IMPULSIVIDAD	COMUNALITY	FACTOR	EIGENVALUE	PTC of Var	CUMPCT
Cuando me enojo me dan ganas de romper o destrozar cosas	.39993	1	2.11612	42 03	42.3
Discuto mucho	.50906				
Me gusta tomar riesgos sin pensar en lo que puede pasar	.49547				
Me meto en muchos pleitos	.32672				
No puedo controlarme y exploto	.4413				

**Cuadro No 22**  
**Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar Potencialidad Suicida en el Adolescente**  
**Escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco.**  
**Factores Extraídos**  
**Tratamientos psiquiátricos anteriores**

TRATAMIENTOS PSIQUIATRICOS ANTERIORES	COMUNALITY	FACTOR	EIGENVALUE	PTC of Var	CUMPCT
He tenido que tomar medicina para los nervios	.64559	1	1.29118	64 06	64.6
He estado en tratamiento psicológico	.64559				

IMPRESO CON  
 ... A DE ORIGEN

**Anexo No 2**

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR  
POTENCIALIDAD SUICIDA EN EL ADOLESCENTE ESCOLARIZADO DE LA ZONA  
METROPOLITANA DE GUADALAJARA JALISCO.

**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS PRIMARIOS**

El cuestionario que te presentamos a continuación es parte de una investigación sobre Adolescencia, y tiene como finalidad saber más acerca de la gente joven como tú.

Sabemos que algunas de las preguntas te serán difíciles de contestar o te darán pena, por eso te pedimos que **NO ESCRIBAS TU NOMBRE** Los datos que nos digas son absolutamente confidenciales

*Se sincero contigo mismo y tomate el tiempo necesario.*

**RESPONDE TOMANDO EN CUENTA LOS ULTIMOS SEIS MESES**

*En caso de alguna duda, la persona que te entrego el Cuestionario PODRA  
ACLARARTELA CON MUCHO GUSTO.*

**¡TE AGRADECERIAMOS NO DEJES PREGUNTAS SIN RESPONDER!**

RECIBO CON  
Firma DE ORIGEN

Fecha		1. Edad		2. Sexo F M		3 Soltero Casado		4. Religión		72
5. Alumno de : a) Secundaria b) Preparatoria c) Facultad										
QUIENES FORMAN TU FAMILIA										
6. Tienes Papá Sí No		7. Edad		8. Escolaridad			9. Ocupación			
10. Cuanto gana		Mensual		Semanal		No es fijo		No se		
11. Tienes mamá Sí No		12. Edad		13. Escolaridad			14. Ocupación			
15. Cuanto gana		Mensual		Semanal		No es fijo		No se		
16. Cuantas hermanas mujeres tienes		17. Edades				18. Ocupación				
19. Cuantas no viven contigo										
20. Cuantos hermanos tienes hombres		21. Edades				22. Ocupación				
22. Cuantos no viven contigo										
23. Que numero de hijo eres Primero 2° 3° 4° 5° 6° 7° ultimo				Unico		24. Viven juntos tu padres Si No				
				Porque No		25. Porque No				
				a) Muerte b) Separación c) Nunca se casaron d) Trabaja fuera						
26. Con quien vives		Hermanos		Hermanos casados		Abuelos	Solo	Tios	Primos	
		Papa	Mama	Papa	Madrastra	Mama	Padrastro	Pareja	Hijos	
27. Trabajas actualmente Si No				En que						
28. Cuanto ganas				Mensual		Quincenal		Semanal		
29. Que te gusta hacer en tus ratos libres										
30. Has tratado de quitarte la vida? Si No										
31. Cuando eras niño perdiste a un ser querido Si No Quien										
32. Ultimamente has perdido a un ser querido Si No Quien										
33. Alguien cercano a ti se ha suicidado últimamente Si No Quien era										
34. Te has puesto mal de los nervios y tuvieron que llevarte con un doctor Si No										
35. Hace cuanto tiempo		Menos de tres meses			Mas de tres meses		Mas de 6 meses			
36. Ha habido un enfermo mental en la familia Si No Quien										
37. Que enfermedad tenia										
38. Has tenido tu o tu pareja abortos Si No										
39. Alguien a quien querías se fue últimamente Si No										
40. Alguien a quien querías se fue hace mas de 6 meses Si No										

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

A continuación te presentamos una serie de oraciones contesta lo más cercano posible:  
 S= Siempre CS= Casi Siempre CF= Con Frecuencia AV= A Veces N= Nunca

	S	CS	CF	AV	N
41. Salgo n mis amigos a dar la vuelta	1	2	3	4	5
42. Me siento bien cuando estoy acompañado (a)	1	2	3	4	5
43. Cuando me enojo me dan ganas de romper o destrozr las cosas	5	4	3	2	1
44. Mi familia tiene problemas económicos	5	4	3	2	1
Contesta todas las opciones	1	2	3	4	5
45. Cuando tengo un problema lo platico con mi mamá	1	2	3	4	5
46. " mi papá	1	2	3	4	5
47. " mis hermanos	1	2	3	4	5
48. " otros	1	2	3	4	5
49. Considero que mis padres se quieren	1	2	3	4	5
50. Tengo un horario fijo para llegar a casa	1	2	3	4	5
51. El trabajo en la casa se reparte	1	2	3	4	5
52. En la escuela me critican mi forma de ser	5	4	3	2	1
53. Siento que le desagrado a mis compañeros	5	4	3	2	1
54. Cuento con una cantidad de dinero para mis gastos	1	2	3	4	5
55. Estoy contento conmigo mismo	1	2	3	4	5
56. Se me va el hambre con facilidad	5	4	3	2	1
57. Me siento incapaz de resolver mis problemas	5	4	3	2	1
58. Me pongo de mal humor por nada	5	4	3	2	1
59. He deseado estar muerto lejos de todos.	5	4	3	2	1
60. Llora fácilmente	5	4	3	2	1
61. Me siento abandonado	5	4	3	2	1
62. Creo que mis padres o tutores son demasiado exigentes	5	4	3	2	1
63. Mis padres o tutores pelean mucho	5	4	3	2	1
64. Pienso en acabar con mi vida	5	4	3	2	1
65. He amenazado con quitarme la vida	5	4	3	2	1
66. No puedo controlarme y exploto	5	4	3	2	1
67. Siento que le desagrado a la gente	5	4	3	2	1
68. Me desanimo fácilmente	5	4	3	2	1
69. Me siento mejor estando solo	5	4	3	2	1
70. Siento que mi familia estaria mejor si estuviera muerto	5	4	3	2	1
71. Pierdo interés por lo que hago	5	4	3	2	1
72. Pienso que ya no puedo seguir adelante	5	4	3	2	1
73. Pienso en la muerte	5	4	3	2	1
74. Cuando me enojo me aguanto y no lo demuestro	5	4	3	2	1
75. Me siento culpable	5	4	3	2	1
76. Siento que debo ser castigado por mis pecados	5	4	3	2	1
77. Alguien me observa constantemente	5	4	3	2	1
78. He sentido la influencia de alguna persona	5	4	3	2	1
79. Oigo voces que los demás no oyen	5	4	3	2	1
80. Tengo pensamientos que no me los puedo quitar	5	4	3	2	1
81. Me dan miedo los lugares cerrados	5	4	3	2	1
82. Me siento nerviosos tenso	5	4	3	2	1
83. Tengo pesadillas	5	4	3	2	1
84. Me cuesta trabajo concentrarme	5	4	3	2	1
85. Aunque estudio no llevo buenas calificaciones	5	4	3	2	1
86. Me peleo en la escuela	5	4	3	2	1
87. Creo que alguien controla mis pensamientos	5	4	3	2	1
88. Discuto mucho	5	4	3	2	1

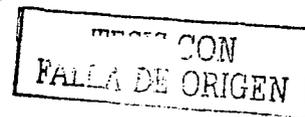
TRIPS CON  
 FALLA DE ORIGEN

89. Digo muchas mentiras	5	4	3	2	1
90. Me atribuyo méritos que corresponden a otros	5	4	3	2	1
91. Realizo robos en tiendas	5	4	3	2	1
92. Pido prestado y no pago	5	4	3	2	1
93. Me aprovecho de los demás	5	4	3	2	1
94. Copio en los exámenes	5	4	3	2	1
95. Tengo dificultades con mis maestros	5	4	3	2	1
96. Si me descubren me siento culpable	1	2	3	4	5
97. He reprobado	5	4	3	2	1
98. Me cuesta trabajo hacer amistades	5	4	3	2	1
99. La gente me hace a un lado	5	4	3	2	1
100. Cometo delitos	5	4	3	2	1
101. Me gusta tomar riesgos sin pensar en lo que puede pasar	5	4	3	2	1
102. He tenido accidentes graves	5	4	3	2	1
103. Me meto en muchos pleitos	5	4	3	2	1
104. Tengo pleitos con mis hermanos	5	4	3	2	1
105. Tengo deseos de quitarme la vida	5	4	3	2	1
106. Mis padres se golpean	5	4	3	2	1
107. Mis padres son cariñosos conmigo	1	2	3	4	5
108. En mi familia hay reglas que cumplir	1	2	3	4	5
109. Me dejo influir por las personas	5	4	3	2	1
110. Alguien de la familia se ha ido de la casa por un disgusto	5	4	3	2	1
111. En mi familia acostumbramos a rezar	1	2	3	4	5
112. Bebo cerveza	5	4	3	2	1
113. Bebo vino	5	4	3	2	1
114. Bebo otro	5	4	3	2	1
115. Consumo cocaína	5	4	3	2	1
116. Consumo marihuana	5	4	3	2	1
117. Consumo pingas	5	4	3	2	1
118. Consumo ácido	5	4	3	2	1
119. Consumo hongos	5	4	3	2	1
120. Consumo Thinner	5	4	3	2	1
121. Consumo otros	5	4	3	2	1
122. Creo que soy un inútil	5	4	3	2	1
123. Duermo bien	1	2	3	4	5
124. Se puede confiar en la gente	1	2	3	4	5
125. Tengo dinero suficiente para mis gastos	1	2	3	4	5
126. Acostumbro ir a los oficios de mi religión	1	2	3	4	5
127. Me gusta hacer cosas aunque impliquen riesgo	5	4	3	2	1
128. Creo que mis padres están satisfechos de mí	1	2	3	4	5
129. Me contento pronto después de tener un disgusto	1	2	3	4	5
130. Mis amigos me dejan solo	5	4	3	2	1
131. He tenido que tomar medicina para los nervios	5	4	3	2	1
132. Tengo una amistad cercana en quien confiar	1	2	3	4	5
133. Pienso en el cielo y en el infierno	1	2	3	4	5
134. Mis padres o tutores me molestan mucho	5	4	3	2	1
135. En mi familia hay pleitos	5	4	3	2	1
136. La gente de mi edad me desagrada	5	4	3	2	1
137. Con mis padres o tutores me llevo bien	1	2	3	4	5
138. En la escuela tengo amigos	1	2	3	4	5
139. Mi familia me trata mal	5	4	3	2	1
140. Mi familia es religiosa	1	2	3	4	5
141. Conseguir dinero es una de mis principales preocupaciones	5	4	3	2	1
142. He estado en tratamiento psicológico	5	4	3	2	1
143. Mis amigos me traicionan	5	4	3	2	1

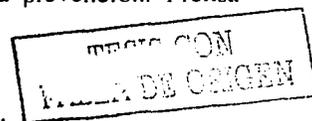
TESIS CON  
TALLA DE ORIGEN

**BIBLIOGRAFÍA:**

- Aberastury, A. (1996). *La adolescencia normal*. Argentina: Editorial Paidós.
- Acevedo, H. (1997). *Aspectos psicológicos en la adolescencia*. México: Editorial Preludio.
- Amezcuá r., & Valadez I. (2002). *Aspectos psicológicos de la práctica médica*. México: Editorial Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca.
- Amezcuá R., & Márquez E. (1994). *El suicidio en los adolescentes: una revisión bibliográfica*. Cuba: Hospital psiquiátrico de la Habana. 35 (1), 37-41.
- Anastasi A. (1982a). *Test psicológicos: Funciones y orígenes de los test psicológicos*. (Pp 3-30). Madrid: Editorial Aguilar.
- Anastasi A. (1982b). *Test psicológicos: Medidas de intereses y actitudes*. Pp 485-509. Madrid, España: Editorial Aguilar.
- Barrera, O., Gómez, Jaar, H y col. (1993). *Percibirse sin apoyo predispone al intento suicida*. pp. 75-81. Anales de Salud Mental.
- Beck, A.T., Steer R., Ranice W. (1988) Scales for suicide ideation: psychometric properties of self. *Journal of clinical psychology*, 44(4), pp. 499-505.
- Beck, R., Morris, J., Beck, A. (1974). *Cross validation of the suicide intents scale*. Psychological Report. (32), pp. 445-446.
- Bloss, P. (1996) *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Editorial Joaquín Mortiz.
- Bloss, P. (1981). *La transición adolescente*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Borges G. y cols. (1994). *Evolución reciente de suicidio en México: 1970-1991*. Anales Instituto mexicano de psiquiatría, reseña de la IX reunión de investigación. México.
- Borowaky, I., Ireland, M., Resnick, M. (2001, March). Adolescent suicide attempts: risk and protectors. *Pediatric*, 10 (3), 485-492.
- Buelga, S., Lila, M. (1999). *Familia y conducta antisocial*. Valencia: CVS.
- Calderón, R. (1997). *Workshop evaluación e intervención preventiva en la depresión suicida en niños*. XXVI Congreso interamericano de Psicología.
- Casullo, M., Passalacqua, A. (1996) Extraído del World Wide Web: <http://www.Psi.uba.ar/inves/ede/fernande.html>.



- Calzadilla-Fierro, L. (1993). *Valoración del riesgo suicida en el paciente deprimido*. Cuba: Hospital psiquiátrico de la Habana, 24 (2) 292-293.
- Capuzzi, D., Golden, L. (1998) *Preventing adolescent suicide*. Indiana EU: Accelerated development inc.
- Coie, J., Watt, F., West, S., Hawkins, J., Asarnov, J., Markham H., Ramey S., Shure M., Long, B. (1993) *The science of prevention: a conceptual framework and some directions for national research program*. American psychologist, 48 (10) 1013-1022.
- Cotterel, J. (1996) *Social network and social influences in adolescence*. Londres: Ruledge.
- Cumba, Duarte y Rosselló: "Comportamiento suicida y sintomatología depresiva, en una muestra de jóvenes portorriqueños, (Trabajo presentado en el 29 Congreso Interamericano de Psicología, Lima Perú, Agosto 2003).
- Davidson F., Choquet M., Etiene M., Taleghani, M. (1974, July). Suicide among adolescents: a medical- social report of 139 who attempters suicide. *Report of Hygiene mental*. 61(1), 1-32.
- Davidson F., Choquet M., Etiene M., Taleghani, M. (1974) Suicide among adolescents: a medical-social report of 139 who attempters in an urban, disadvantaged area. *Report of Hospital Raleigh*. 9(33) 1-6.
- Díaz del Guante, M., Molina-Hernández M., Cruz-Juárez, A. (1998). *Motivaciones para el suicidio e instrumentos de diagnóstico*. México: Psicología social.
- Downic, N., Heat, R. (1993). *Métodos estadísticos aplicados*. México: Editorial Harla.
- Echequine, S., Herrera, M. Passalacqua, M. (1992) El Roschach en la prevención del suicidio. *Revista psicodiagnóstico de Roschach y otras técnicas proyectivas, de la asociación Argentina de psicodiagnóstico*. (1).
- Elorriaga- Maguregui H. (1972, Julio / Agosto). Breve estudio sobre el problema del suicidio. *Revista salud pública de México, volumen XIV*.
- Erickson, E. (1969). *Psicología social y sociología: Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Erlich S. (1978). Adolescent suicide: maternal longing and cognitive development, *Psychoanalytic study of the child*, 33, 227-261.
- Fairbain W., Ronald P. (Eds.) (1975). *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Buenos Aires: Editorial. Paidós.
- Farberow, N. (1969) *Necesito ayuda*. Estudio sobre el suicidio y su prevención. Prensa médica.



Farmer, R., Creed, F. (1989). Life event and hostility in self-poisoning. *British Journal of Psychiatry*, 154, 390-395.

Fleiss. (1981). Statthical methods for rates and proportions. pp. 38-45.

Frank, V. (1995). *El hombre en busca del sentido*. Barcelona: Editorial Herder.

Freud, A. (1993), El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires, Editorial Paidós.

Freud, A. (1977). *Psicoanálisis del niño y del adolescente*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Freud, S. (1996). *Obras completas*. Editorial Biblioteca nueva.

García de Alba, J. (1981). Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en Jalisco. *Salud pública de México*, XXIII (3).

Garfinkel, B.D. Hinks treatment center (1981). *Suicidal Behavior in a pediatric population* C.M. Toronto, Canada.

Garfinkel, B.D. Hinks treatment centres(1980). *Suicidal Behavior in a pediatric population* C.M. Toronto, Canada.

Garfinkel, B.D. Youth treatment centres(1978). *Completed Suicide in Ontario*. Toronto, Canada.

Garrison, C., Jackson, K., Addy, Cc., Mckewon, E., Waller, J. (1991). *Suicidal Behaviors in Young adolescents*. *Amj epidemiol.* 133, 1005-1014.

Gómez, C., Borges G. (1996-1994). *Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida*. *Salud mental*. (19), 45-55.

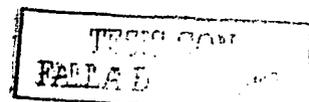
González-Forteza, C., Tello-Granados, A. Facia-Flores, D., Medina-Mora, M. (1998). *Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes*. *SPM 40* (5), 430-437.

González-Forteza, C., Jimenes, A., Gómez, C. (1995). *Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en los adolescentes*. *Anales del instituto mexicano de psiquiatría*.

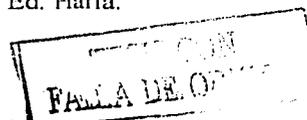
Goode W., Hatt P. (1993) *Métodos de investigación social*. México: editorial Trillas... 286-361.

Hansen, W.B., O'Malley, P. (1996). Dug use. En RJ. DiClemente, WB. Hansen y LE Ponton (eds). *Handobook of adolescent health behavior*. New York:Plenum Pres.

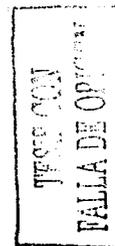
Hawley CJ., James, D., Burkett P., Baldwin D. De Ruiter M. Priest R. (1991). *Suicidal ideation as a presenting complaint associated diagnoses and characteristics in a casualty population*. *Br J Psychiatry*, 159, 232-238.



- Heman, C. A. (1986) *Características clínicas y evaluación semántica en sujetos parasuicidas y homicidas*. III Reunión de Investigación y enseñanza. Instituto mexicano de psiquiatría. 201-207.
- Heman C. A. (1984). *Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio*. Salud pública de México, 26, 39-49.
- Hernández -Sampiere R., Fernández-Collado C., Baptista, P. (1999). *Metodología de la investigación*. México: Editorial McGraw Hill.
- Hirschfeld R., Russell, J. (1997). *Assessment and treatment of suicidal patients*. N Engl J Med. (337), 910-915.
- Holinger, PC. (1978) Adolescent suicide: an epidemiological study of recent trend, Harvard U. School of public Health. *American journal of psychiatry* 135(6), 754-756.
- Instituto de estadística, Geografía e informática. INEGI. (2002) Estadística de intentos de Suicidio y suicidas. *Cuaderno 8*. México.
- Juárez F., Berenson, S., Medina, M., Villatoro, J., Carreño, S., López, E., Galván, J., Rojas, E. (1994). Actos antisociales, su relación con algunas variables sociodemográficas y el consumo de alcohol y drogas en estudiantes de enseñanza media y media superior en el Distrito Federal. *Anales del instituto mexicano de Psiquiatría*.
- Kalina, E. (1973) *Conflictos psicológicos de la adolescencia*. Buenos Aires: editor Rodolfo Alfonso.
- Kaplan, S., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Mandel, F., Weiner, M., Labruna, V. (1999). Adolescent physical abuse and risk suicidal behaviors. *Journal of interpersonal violence*, 14 (9), 976-987.
- Kerlinger, F. (1989). *Medición del comportamiento: fundamentos de la medición*. México: editorial McGraw Hill.
- Kohlber, F. (1982). *Estadios morales y moralización: Enfoque cognitivo evolutivo infancia y aprendizaje*.
- Koplin, B., Gateen, J. (2002) Suicidal in children and adolescent a review. *Current opinion in pediatrics*. 14(6), 713-717.
- Kosky R., Silburn, S., Zubrick, S. (1990). Are children in adolescence who have suicidal thoughts different from those who attempt suicide. *Journal Nerv Ment*, 178, 38-43.
- Loza, G., Gómez, E., Duran, C. (1998). Personalidad del adolescente con intento de suicidio y sin intento de suicidio. *La psicología social en México*, 2, 80-85.
- Levin J. (1989). *Fundamentos de estadística en la investigación social*. México: Ed. Harla.



- Martinez, D. (1987, Abril/Mayo) Prejuicios y supuestos: suicidio de adolescentes. *Salud fronteriza* 3 (2), 30.
- Martunen, M., Aro, H., Henriksson, M., Lonnqvist, J. (1991). Mental disorders in adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 834-839.
- Medina-Mora, M., López, E., Villatoro, J. (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias: resultados de una encuesta en la población estudiantil. Reseña de la IX reunión de Investigación. *Anales instituto mexicano de psiquiatría*.
- Medina -Mora, M. Y col. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales del instituto mexicano de psiquiatría*, 12.
- Menninger, A. (1973). *Teoría de la técnica psicoanalítica*. Buenos aires: editorial Psique.
- Misitu G., Buelga, S., Cava, M. (2001). *Familia y adolescencia*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Nunnally J. (1995). *Teoría psicométrica: enfoques tradicionales de la escala de medición*. México: Editorial McGraw Hill.
- Organización Panamericana de la Salud. (1989). *Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Serie Paltex, 7*. OPS, oficina regional de la organización mundial de la salud.
- Osorio L. (1999). *Caracterización psicológica de los adolescentes suicidas*. Tesis de maestría en Psicología clínica, Universidad Nacional autónoma de México.
- Otto, J., Geyer, M., Schnemann, K. (1972, Febrero). Multidimensional clinical psychotherapy of a group of children and adolescents after attempted suicide. *Medical Academy of erfur, E. Germany. Psychiatrie, Neurologie and medizinische psychologie*. 24 (2), 104-110.
- Padúa, J. (1977). *Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales*. México: Editorial fondo de cultura económica.
- Passalacqua, M. (1999). The Rorschach test in detection of suicide potential. *Rorschachiana Yearbook of the international Rorschach society*, 23, 1-15.
- Peck, M.L. suicide preventive centre. (1989) *Optimism and despair among suicidal adolescents* Los Angeles, California.
- Peck M.L., Schrut A. (1967). *Suicide among college students*. IV Conferencia Internacional sobre prevención del suicidio, Los Ángeles, California.
- Peck M.L. (1967, Octubre). *Characteristics of adolescent suicide in los Angeles*. Simposio sobre suicidio, San Francisco, California.
- Peck ML. (1970). *Research and training in prevention of suicide in adolescents and youths*. Medical school bulletin of suicidology 6, 35-40.



Peck ML., *Suicide preventive center (1968). Suicide motivations in adolescents*. Los Angeles, California. 3 (9) 109-118.

Piaget, J. (1976). *Psicología y Pedagogía*. Barcelona: editorial Ariel.

Piaget, J. (1973). *La representación del mundo del niño*. Madrid: editorial morata.

Pierce, D. (1981) the predictive validation of a suicide intent scale: a five year follow-up. *Brit. Of Psychiatry* 139, 391-396.

Polit D. (1993) *Investigación científica en Ciencias de la Salud: escalas e índices psicológicos*. México: Editorial interamericana. 300-316.

Prado-Rodríguez, R., López, C. (1980). Evaluación de factores de riesgo en el intento suicida. *Cub Adm Salud* 6 (4), 343-356.

Rodríguez, M. Instituto mexicano de investigaciones sociales, UNAM (1974). Suicidios y suicidas en la sociedad mexicana. México.

Radloff, L. (1977). The CES\_D, *scale a new self-report depression scale for research in the general population*. Applied psychol. measurement, 1, 385-408.

Rosekrantz, A. (1978). Adolescence. *Louisiana State U, Sum*, 13 (50), 209-214.

Saltijeral, T., Terroba, G. (1987). Epidemiología del suicidio en la década de 1971 a 1980 en México. *Salud pública de México*, 29, 345-360.

Santos, B., De Armas, A., González, I., Viñas, G., Moraguez, R. (1997). Tentativa de suicidio y apgar familiar modificado. *Cub Med Gen Integr*, 13 (4), 325-329.

Silva C. (1989, Julio / septiembre). La evaluación del riesgo en epidemiología. *Cub Salud pública*, 15 (3), 150-161.

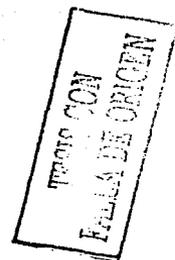
Silva, L. (1993) *Muestreo para la investigación en ciencias de la salud*. Madrid: Editorial Diaz de Santos, 13.

Spielberger, C., Lushene, R., Mercado, W. (1968). *The state trait anxiety in inventory preliminary test manual for form Tallahassee*. Florida State University.

Summers, G. (1978). *Medición de actitudes*. México: Editorial Trillas.

Terroba-Garza, G., Saltijeral, M. (1983). La autopsia psicológica como método para el estudio del suicidio. *Salud pública de México*, 25, 285, 293.

Terroba, G., Herman, A., Saltijeral, M. (1986, Enero / febrero). El intento del suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos. *Salud pública de México*, 28, 8-55.



- Terroba, G., Herman, A., Martínez, P. (1986). *Salud pública de México*, 28 (1), 48-55.
- Thisler, C., Mckenry, P. (1983). Intrapychic symtom dimensions of adolescent suicide attempted. *Journal of family practice*, 16, 4, 731-734.
- Thisler, C. (1981) Adolescent suicide attempts following selective abortion: a special case of anniversary reaction. *The Ohio State University, pediatries*, 68, 670-671.
- Thordinke R. (1989). *Psicometría aplicada*. México: Editorial Limusa.
- Thordinke, R., Hagen, E. (1980). *Test y técnicas de medición en psicología y educación*. México: Editorial Trillas. 17-27.
- Toolan, J. (1969). Suicide en Childhood and adolescence. Suicidal behaviors: diagnosis and management. *U. Vermont, coll of medicine in H.L* 43, 220-227.
- Ulloa F. (1993). Tentativas y consumación de suicidio en niños y adolescentes. *Chil Pediatric*, 64 (4), 272-276.
- Vallejo, J. (1997). *Ante la depresión*. España: Editorial Planeta.
- Vázquez, E., González, E., Rojo, A., Figueroa, R. (1998). Intento de suicidio en adolescentes. *Bol. Clin. Hosp. Infantil de el Estado de Sonora*, 15 (2). 27-85.
- Verdugo, M. (1994). *Evaluación curricular una guía para la intervención psicopedagógica*. España: Edit. Siglo XXI, España Editores.
- Wagner, B., Compas, B. (1990). Instrumentality and expressivity: moderators of the relation between stress and psychological symptoms during adolescence. *American Journal of community psychology*, 18 (3), 383-406.
- White, G., Murdock, G. (1990). Development of a tool to assess suicide risk factors in urban adolescents. *Journal adolescence*, XXV (99).
- Williams, F. (1982). *Razonamiento estadístico*. (2da ed.). México: Editorial Interamericana.
- William P. (1992). *Técnicas de escalonamiento en: métodos de investigación*. México: Editorial Interamericana.
- Windsor, J. (1972). An analysis of the child rearing attitudes of the parents of a group of adolescents who attempted suicide. *U. Virginia, dissertation abstracts international*, 33. 1032.
- Zung, W. (1965). La escala para la automedición de la depresión. *Archives of general psychiatry*, 12, 63-67.

