



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**“ACTITUDES DISFUNCIONALES Y ESTADO EMOCIONAL EN
JÓVENES CON Y SIN IDEACIÓN SUICIDA”.**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A N :
SALVADOR GARCÍA MARÍA TERESA
SOLIS GIL MARTHA LETICIA.**

COMISIÓN DICTAMINADORA:

**LIC. JOSÉ CARLOS ROSALES PÉREZ.
DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO.
DRA. MARTHA H. CÓRDOVA OSNAYA.**

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO.

Invierno 2008





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.

RECONOCIMIENTO.

A la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico por el apoyo recibido para la realización de la tesis mediante el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), con número IN302506.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros asesores, por la confianza, apoyo y tiempo que nos brindaron en la realización de este trabajo.

Al Mtro. José C. Rosales, por compartir su tiempo, conocimiento y principalmente por el empeño dedicado para alcanzar los objetivos en la elaboración de este trabajo.

A los alumnos e Instituciones que tuvieron a bien participar y sin los cuales la presente investigación no sería posible.

A todos aquellos profesores que compartieron sus conocimientos y dedicación para que llegáramos a ser unas buenas profesionistas.

AGRADECIMIENTOS
(TERE "CHOCOLATE")

A mi mamá por creer y confiar en mí, porque sin ella nada de esto sería posible, por su ayuda, e incondicional apoyo para poder realizar todos mis sueños y las metas trazadas a lo largo de mi vida, Madre te amo.

A mi madrina (†) por toda su dedicación para que pudiera superarme, por brindarme su confianza y su apoyo.

A mi Niño por apoyarme y aguantarme durante todos estos meses, por ofrecerme su amor y cariño incondicional, por formar parte de mi vida. Te amo hasta el infinito y más allá.

A mi Curruñis Leticita por ser como es, por enseñarme el valor de la amistad, pero sobre todo por hacer mi vida más divertida, ya que sin ella estaría sumida en una profunda depresión y por querer realizar su tesis conmigo (JeJeJe).

A pequeñita, lalo y chipitina, por el apoyo, amistad, confianza y cariño que me han brindado desde que nos conocimos.

A Anita, Carlos y en especial a Dasia por su amistad y en especial por la efusiva motivación en la realización de todas mis aspiraciones.

A mis queridos suegros por brindarme su apoyo y sobre todo su eterna confianza.

A todas las personas que siempre me han apoyado y que de una u otra forma contribuyeron para que pudiera llegar hasta este momento.

AGRADECIMIENTOS
(LETICIA "OSSITO")

A mis padres por haber servido de inmejorable guía a lo largo de mi vida pero en especial por haber depositado en mí su confianza y amor, lo cual fue la principal fuente de motivación para la realización de este y muchos otros sueños durante todos estos años.

A mis adorados hermanos, por que sin ellos no tendría con quien desquitar toda mi frustración, la cual habría sido un obstáculo en mi vida. Los quiero mucho no los olviden nunca.

A mis tres abuelos y a mi hermano (†) por el simple hecho de haber existido y haber sido significativos en mi vida.

A mi encantadora e incomparable curruñis Teresa, por aguantarme, apoyarme cuando más la he necesitado pero principalmente por ser como es (asshole). Te quiero uno más.

A la familia Chipitina, por todo su apoyo, cariño y sobretodo por el respeto que me han brindado en todo este tiempo.

A todas las mascotas que han transitado por mi hogar a lo largo de toda mi vida. Por haberme mostrado el significado e incomparable valor de la amistad.

Pero sobre todo quiero dedicar este trabajo a la memoria de todas aquellas personas adultos, jóvenes y niños que han visto como única alternativa y alivio en sus vidas el suicidio.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1. LA IDEACIÓN SUICIDA EN EL PROCESO DEL SUICIDIO.

1.1 El suicidio en la historia.	5
1.2 Definición del suicidio: Aspectos sociales y psicológicos.	8
1.3 La ideación suicida en el proceso suicida.	9
1.4 Factores de riesgo del suicidio.	17
1.5 Factores protectores del suicidio.	20

CAPITULO 2. ACTITUDES DISFUNCIONALES Y ESTADO EMOCIONAL EN LA IDEACIÓN SUICIDA.

2.1 Actitudes disfuncionales.	27
2.2 Estado emocional.	28

CAPITULO 3. METODOLOGÍA

3.1 Planteamiento del problema	34
3.1.1 Pregunta de Investigación	34
3.1.2 Objetivos	34
3.1.3 Hipótesis	35
3.2 Método	
3.2.1. Diseño de investigación	36
3.2.2. Población	36
3.2.3 Descripción de los sujetos	36

3.2.4 Descripción de los materiales: instrumentos y aparatos	36
3.2.5 Definición teórica y operacional de las variables	38
3.3 Procedimiento	38
3.3.1 Descripción de las sesiones, fases y ensayos	38
CAPITULO 4. ANALISIS DE RESULTADOS	
4.1. Características sociodemográficas de la muestra.	40
4.2 Propiedades estadísticas de las escalas.	43
4.2.1 Discriminación y sensibilidad de las escalas	43
4.2.2. Confiabilidad y Validez de las escalas.	47
4.2.3 Datos Estadísticos Generales de las Escalas.	50
4.2.4 Criterio de calificación por escala.	53
4.3 Comparación de las sub-escalas.	61
4.3.1 Comparación de las sub-escalas por Escuelas.	62
4.4 Análisis de Regresión Lineal de las sub-escalas.	65
4.4.1 Análisis de Regresión Lineal de las sub-escalas por Escuela.	66
CAPITULO 5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	
REFERENCIAS	
ANEXOS O APÉNDICES	

RESUMEN

En el presente estudio se aborda la ideación suicida que es la primer etapa del proceso suicida, por lo cual se tuvo como objetivo principal: Identificar si la presencia de actitud disfuncional y estado emocional negativo en jóvenes de educación media superior, es un indicador que permita diferenciar a jóvenes de educación media superior con ideación suicida de jóvenes sin ideación suicida. Para este estudio participaron, 855 estudiantes de ambos sexos (masculino y femenino) de nivel medio superior de la escuela preparatoria “sor Juana Inés de la Cruz” y 773 estudiantes del Colegio de Bachilleres plantel No. 1, oscilando entre 15 y 25 años aproximadamente, inscritos en el ciclo escolar 2007-1. A todos los sujetos se les aplicó las escalas de Ideación Suicida. Escala de Actitudes disfuncionales, Escala de Trastornos Emocionales probada en población mexicana por Lara, Acebedo y Luna (2001) y el Inventario de Datos sociodemográficos.

Los datos indican que las situaciones perturbantes que han vivido en los últimos tres meses los estudiantes son por cuestiones familiares y de pareja, los jóvenes que han recibido atención psicológica ha sido por trastornos emocionales, y en su mayoría los estudiantes reportan que ninguna persona cercana a ellos se ha suicidado o lo ha intentado; solo el 19.1% del Colegio de Bachilleres y el 27.3% de la Preparatoria Sor Juana Inés de la Cruz reportan que alguna persona cercana a ellos se ha suicidado o a intentado suicidarse.

Además si existen diferencias significativas entre los jóvenes que presentan Actitud Disfuncional en el Factor 1 (Perfeccionismo) y Estado Emocional y los jóvenes que no presentan, con respecto a la IS. Finalmente, de acuerdo al análisis de regresión el Estado Emocional es la principal variable que permite explicar la presencia de IS en los jóvenes, y que no se encontraron diferencias significativas entre estratos (escuelas) con respecto a los análisis realizados, por lo que se puede concluir que se comportan como una misma muestra

RESUMEN

En el presente estudio se aborda la ideación suicida que es la primer etapa del proceso suicida, por lo cual se tuvo como objetivo principal: Identificar si la presencia de actitud disfuncional y estado emocional negativo en jóvenes de educación media superior, es un indicador que permita diferenciar a jóvenes de educación media superior con ideación suicida de jóvenes sin ideación suicida. Para este estudio participaron, 855 estudiantes de ambos sexos (masculino y femenino) de nivel medio superior de la escuela preparatoria “sor Juana Inés de la Cruz” y 773 estudiantes del Colegio de Bachilleres plantel No. 1, oscilando entre 15 y 25 años aproximadamente, inscritos en el ciclo escolar 2007-1. A todos los sujetos se les aplicó las escalas de Ideación Suicida. Escala de Actitudes disfuncionales, Escala de Trastornos Emocionales probada en población mexicana por Lara, Acebedo y Luna (2001) y el Inventario de Datos sociodemográficos.

Los datos indican que las situaciones perturbantes que han vivido en los últimos tres meses los estudiantes son por cuestiones familiares y de pareja, los jóvenes que han recibido atención psicológica ha sido por trastornos emocionales, y en su mayoría los estudiantes reportan que ninguna persona cercana a ellos se ha suicidado o lo ha intentado; solo el 19.1% del Colegio de Bachilleres y el 27.3% de la Preparatoria Sor Juana Inés de la Cruz reportan que alguna persona cercana a ellos se ha suicidado o a intentado suicidarse.

Además si existen diferencias significativas entre los jóvenes que presentan Actitud Disfuncional en el Factor 1 (Perfeccionismo) y Estado Emocional y los jóvenes que no presentan, con respecto a la IS. Finalmente, de acuerdo al análisis de regresión el Estado Emocional es la principal variable que permite explicar la presencia de IS en los jóvenes, y que no se encontraron diferencias significativas entre estratos (escuelas) con respecto a los análisis realizados, por lo que se puede concluir que se comportan como una misma muestra

INTRODUCCION

Este es un trabajo de investigación que va dirigido a profesionales y personas interesadas en la explicación, prevención y atención de la ideación suicida en jóvenes. Las cifras de la Organización Mundial de la Salud determina que cada año se suicidan cerca de un millón de personas y que es la primera causa de muerte violenta de hombres y mujeres entre 15 y 34 años de edad. En México el intento de suicidio y la muerte por suicidio entre adolescentes se han incrementado en las últimas décadas (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001). En población adulta, por ejemplo, los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México señalan que el comportamiento suicida alguna vez en la vida fue de 8.3% en el rubro de ideación, 3.2% para la planeación, y 2.8% que reportaron uno o más intentos. El INEGI (2003), informa que la mayor parte de los suicidios se llevaron a cabo por la población comprendida entre los 20 y 24 años, seguidos por los sujetos de entre 15 y 19 años, por esta razón adquiere aún mayor relevancia su prevención y manejo correspondiente como problema de salud pública (González-Forteza y Jiménez, 1995).

La adolescencia es definida como una etapa del ciclo vital entre la niñez y la adultez, que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos.

Perez (2005), menciona que los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidarán se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran:

- Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educativa
- Estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz.

- Presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva.
- La impulsividad propia de la edad que muchas veces lleva a intentar el suicidio sin fines de morir sino de llamar la atención y consumarlo por accidente.

El contenido de esta tesis comprende, en su primer capítulo los antecedentes históricos del suicidio, sus definiciones, factores de riesgo y factores protectores del suicidio. En el segundo capítulo se aborda la Actitud Disfuncional y el Estado Emocional en relación a la Ideación Sucida en adolescentes. En el capítulo tres se presenta la metodología utilizada para conseguir los datos, en el cuarto capítulo se presentan los resultados y su análisis y por último en el quinto capítulo se exponen las conclusiones y la discusión de la presente investigación.

CAPITULO I.

EL SUICIDIO: ASPECTOS GENERALES.

Artasanchez (1999), menciona que uno de los mayores enigmas que existen es la relación del hombre con su vida y, consecuentemente, con su muerte. La muerte es parte de la vida y la manera de morir es una parte integral de la manera de vivir, y el suicidio es una de las maneras de morir, a través de una compleja expresión de la conducta humana que a lo largo de la historia ha despertado diversas actitudes, desde su aceptación como un acto elogiado, hasta su condenación y repudio.

Rascón (2004), refiere que para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte de la población en general, por lo que se considera como un problema de salud pública mundial dado que aproximadamente 0.9% de todas las muertes son por suicidio lo que implica que alrededor de 1000 personas se suicidan cada día en todo el mundo. Así mismo, Rascón (2004) indica que para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el suicidio se encuentra entre las tres primeras causas de muerte entre la población joven. En nuestro país existen diversas fuentes de información sobre los aspectos epidemiológicos del suicidio, como el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), la Dirección General de Estadística de la Secretaría de Salud, la Procuraduría de Justicia y los Ministerios Públicos. Esta multiplicidad de fuentes a dado lugar a cierta incongruencia en los resultados y a divergencias en las tendencias reportadas por diferentes investigadores. Estudios recientes demuestran que algunos de estos registros estadísticos sobre el suicidio en México son poco confiables, además de que en algunos casos no se cuenta con información sobre variables sociodemográficas como la edad, el género y el lugar de residencia del suicida (Espinosa, Almeida, Cortés y Leo, 2003).

La evolución ascendente del suicidio, así como los cambios sociales tales como el incremento en la urbanización, la disolución de redes familiares tradicionales y los cambios en el perfil epidemiológico del país, obligan a iniciar acciones preventivas y de investigación (Artasanchez, 1999).

En el presente capítulo se abordará de manera general los principales componentes del suicidio, como son; los aspectos históricos del suicidio, la definición del suicidio, las principales causas que se le han atribuido al suicidio, así como los factores de riesgo y los protectores del suicidio, ello con el propósito de plantear un panorama general de lo que es el suicidio y así dar lugar a los planteamientos que sustentan la presente investigación.

1.1. El suicidio en la historia.

Es importante conocer la concepción del suicidio en otras épocas y sociedades los cambios que han surgido y los que se mantienen, para con ello arribar a una mejor definición y comprensión del concepto. Por esta razón en este inciso se hará una revisión del suicidio en la historia.

Para este propósito se tomará el trabajo realizado por Moron (1992) acerca de los factores que en diferentes países y épocas se vincularon con el suicidio.

De acuerdo al estudio de Moron (1992), en la India, durante el periodo Védico y bajo la influencia del brahmanismo, los sabios en búsqueda del nirvana (liberación de todos los males en la “nada absoluta”) frecuentemente se suicidaban durante las fiestas religiosas. En el Tíbet y en China, alrededor del siglo V a.c. esta doctrina se expandió bajo el impulso del buda Siddharta Gautama, distinguiendo dos tipos de suicidas:

- el que buscaba la perfección
- el que huía ante el enemigo

Durante la época del Japón feudal el concepto de honor implicaba en ciertas circunstancias la posibilidad del suicidio mediante el hará-kiri.

Por otra parte, en el periodo de la Grecia clásica se castigaba el suicidio, de tal forma que , al cadáver del suicida se le privaba de sepultura, se amputaba su mano derecha, enterrándolo en otro lugar. Sin embargo, también se propiciaba el suicidio, ya que se tiene noticias de que el filósofo Hegesías, con el sobrenombre de Pisathanatos (“el que empuja

hacia la muerte”) hacía una apología tan elocuente del suicidio que sus discípulos se mataban y que la corriente filosófica de los escépticos fueron igualmente apóstoles del suicidio.

En cuanto al imperio Romano, los suicidas fueron numerosos sobre todo en el período de la decadencia del Imperio. Influenciados por filósofos como Séneca (“pensar en la muerte, es pensar en la libertad”) y literatos como Lucano, llamado “el poeta del suicidio”, se incentivó el suicidio, de tal forma que los personajes en desgracia se suicidaban para proteger sus bienes de la rapacidad del tirano. Asimismo el suicidio entre esclavos era frecuente aunque prohibido, ya que a los rescatados se les castigaba severamente. Estableciendo por otra parte que los soldados romanos pertenecían al Estado y no podían disponer de sus vidas. Sin embargo se declaraba que todos tenían el derecho de autodestruirse en caso de sufrimiento intolerable.

También en los principios del cristianismo el suicidio era prohibido, y fueron varios los concilios que se pronunciaron sucesivamente en el mismo sentido; estableciendo la negación a la sepultura cristiana de los s suicidas . Durante los siglos XII y XIII el cadáver del suicida se arrastraba sobre un zarzo, de cara al suelo y luego se exhibía en las calles. Santo Tomás de Aquino precisó la doctrina de la Iglesia que admita poco más tarde las excepciones del “Furiosus” y del “Insanus” del derecho romano, al introducir el concepto del suicidio patológico y, por ello, la disculpa

Por otra parte, Fernández (1976) menciona que durante el siglo XVI se creía que los suicidas eran aquellos que habían vendido su alma al diablo y que, llegado el momento de pagar el alto precio, tenían que quitarse ellos mismos la vida para entregar su alma a Satanás. A raíz de esta suposición, los suicidas no podían ser enterrados en un camposanto, sino que después de prender fuego a sus cadáveres debían ser arrojados aún en llamas a las cañadas, a las cavernas o bien a los pozos secos, lugares en donde la creencia popular imaginaba a los demonios de Satanás. En el mismo sentido se creía que los suicidas s negaban a Dios con su acto y declaraban su vínculo con lo infernal. Lo que sustentó la costumbre de arrojar los cadáveres a los ríos, con la idea de que las aguas los limpiarían de sus maleficios y, a la vez, los distanciaban de los pueblos.

Otras creencias relacionadas con el suicidio eran:

- El entierro del asno: muchas veces el hombre que se quitaba la vida se le enterraba acompañado de un asno, pero antes de ser llevado a la encrucijada, en donde era enterrado, el cadáver era paseado por todo el pueblo, desnudo y adherido a su cuerpo una cola y orejas de asno, a fin de recibir escupitajos e infamias de los espectadores.
- La ventana: existía también la costumbre de no sacar a los suicidas por las puertas sino arrojarlos por las ventanas, para hacer manifiesto el desprecio y abandono familiar; nadie los velaba y los cadáveres pasaban varias horas a intemperie, hombres muy pobres, juzgados de cínicos y amorales, eran los únicos que, ya sea por piedad o como reto a la sociedad, recogían a los suicidas y les daban sepultura en lugares alejados.
- Los comedores de pecados. Los cargos de culpa y deshonor no solamente eran dirigidos contra el suicida, sino que recaían además en sus familiares y se creía que el cielo les sería negado debido a los graves pecados del suicida que pesaban sobre los espíritus de los parientes. Para ganar indulgencias en este sentido, los parientes de los suicidas ejecutaban rituales muy penosos, ayunando y flagelándose. La sanción no solo era de orden moral o religioso, era también habitual que se procediera a la confiscación de bienes y se le negara la capacidad para tener herederos.

En cuanto a las penas a los suicidas frustrados, estas consistían en:

- El rechazo social.
- Condenas a trabajos forzados perpetuos.
- El destierro.

Por su parte la iglesia lo excomulgaba en un espectáculo público, dramático, y suficientemente efectista como para alimentar el morbo de la gente (Fernández, 1976).

En el siglo XVIII Montesquieu y Rosseau denunciaron el suicidio como una muerte furtiva y vergonzosa; un robo al género humano.

Castro y Borges (1996), mencionan que en la historia de México sobresalen dos casos trascendentales de suicidio:

- El tercer emperador mexica, Chimalpopoca, quien se ahorcó dentro de una jaula antes de aceptar ser vasallo de los tepanecas.
- El cadete del Colegio Militar que se tiro al vacío envuelto en su bandera para no entregarla al enemigo.

El suicidio consumado en personajes de la historia ha sido un fenómeno relativamente poco frecuente en México y, por consiguiente, muy poco estudiado.

Esta breve exposición del suicidio a través de los años, nos ofrece una diversidad de conceptos y nos muestra la universalidad de la idea de suicidio en la historia, los países y las sociedades; luego, el significado del comportamiento suicida en diferentes períodos, sus lazos con la religión, las filosofías, la literatura, el clima socio cultural y la época, de lo que podemos concluir que el suicidio ha sido condenado generalmente por la mayoría de las sociedades en diferentes periodos de la historia lo cual implica que aun en la actualidad siga siendo un tema tabú para la mayoría de la gente.

1.2. Definición de Suicidio

En este primer punto se presentan varias definiciones de lo que es el suicidio, para establecer la definición que se asume en el presente trabajo.

De acuerdo con Moron (1992), la palabra suicidio proviene del latín *sui*» (*sí mismo*) y «*caedere*» (*matar*), matar a uno mismo, es decir el acto de quitarse la propia vida y quien la utilizo por primera vez fue el abate Desfontaines en 1937, retomándola posteriormente los enciclopedistas, y es hasta el siglo XIX que se empieza a abordar su estudio científico.

Por su parte Durkheim (1897; 1998) define al suicidio como: *“todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que había de producirse este resultado”* (pág.14)

Menninger (1972, citado en Sarro, 1991), señala que el suicidio es la lógica y sencilla consecuencia de la mala salud, desánimo y reveses económicos, frustraciones y amor no compartido.

Freden (1986), menciona que el suicidio es una conducta elegida por un individuo que antes de realizarla genera una serie de síntomas, entre ellos la depresión, por lo que la persona se siente envuelta en un círculo de desesperación que la lleva a perder la confianza en sí mismo.

Para Artasanchez (1999) el suicidio es un comportamiento complejo integrado por diversas conductas tales como el intento suicida, gestos suicida, la ideación y el suicidio consumado entre otros

1.3. Causalidad del comportamiento suicida (o del suicidio).

No es posible afirmar que solamente uno sea el factor o motivo que de cuenta de las tasas de suicidio, ya que como menciona Estruch (1982) son múltiples las causas que pueden actuar para que un individuo lleve a cabo el acto suicida. No obstante, entre las principales causas se encuentran las sociales, las biológicas, las psiquiátricas y las psicológicas. Así, en este inciso se describen los principales factores que se han ubicado como posibles causas del suicidio.

Factores sociales:

Durkheim (1897), postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico más que un puro acto de individualismo. Lo consideraba como una consecuencia de una mala adaptación social del individuo y de una falta de integración. Este autor identificó diferentes tipos de suicidio: Suicidio Egoísta, Altruista y Anómico. Actos que sucedían como consecuencia de determinadas condiciones sociales.

- *El suicidio egoísta*

Se produce como consecuencia del desapego social producto de la segregación del individuo por parte de la sociedad. La falta de protección social eleva el grado de incidencia de suicidios

- *El suicidio altruista*

El suicidio altruista, es resultado de la integración y cohesión social. Este tipo de suicidio se ha realizado en algunas sociedades como parte de las costumbres. Por ejemplo los ancianos se suicidan a causa de un cansancio ocasionado por vivir. Las viudas se ven orilladas a quitarse la vida ante la muerte de sus maridos en la India. La muerte de un rey o jefe militar puede obligar a los subordinados a suicidarse en algunas culturas. En estos casos las costumbres de una sociedad obligan a los individuos a actuar en contra de su vida, la vida colectiva y las costumbres están por encima de los derechos y principios individuales.

- *El suicidio anómico*

La anomia es en nuestras sociedades modernas, un factor regular y específico de suicidios; es una de las fuentes donde se alimenta el contingente anual. Estamos, por consiguiente, en presencia de un nuevo tipo que debe ser distinguido de los otros. La tercera clase de suicidio, cuya existencia acabamos de comprobar, proviene que su actividad está desorganizada y de que sufren por ella. En virtud de su origen daremos a la última especie el nombre de suicidio anómico.

En general podemos decir que este tipo de suicidio es provocado por un cambio súbito en las relaciones de la persona con la sociedad ya que el individuo se siente desorientado al no tener el estilo de vida que desea, orillándose así a cometer suicidio (Durkheim, 1897). Como se puede notar la integración social es un factor importante que puede condicionar la realización del acto suicida, por tanto la manera en cómo el individuo se ve a sí mismo al formar parte de un grupo y la manera en la que interactúa con los demás puede tener consecuencias que lo pueden llevar a terminar con su propia vida.

Factores biológicos

Díaz-Sastre, Baca-García, Ceverino, García-Resa y Saiz (2000), mencionan que la búsqueda de marcadores biológicos relacionados con la conducta autolítica que permitan detectar pacientes o población de riesgo ha sido el objetivo fundamental de la investigación en esta área, y que ha sido desarrollada por múltiples investigadores. En nuestros días las líneas de investigación biológica se centran en la vinculación de la conducta suicida con los trastornos por déficit de control de impulsos.

El estudio del suicidio desde la aproximación biológica se ha visto enriquecido desde hace 25 años, especialmente con las aportaciones de Asberg, Van Praag y otros. Desde esta aproximación se plantean cuestiones tales como; ¿son las disfunciones cerebrales responsables directas de la aparición de la conducta suicida?, ¿aumentan dichos trastornos la posibilidad de una conducta suicida en individuos sometidos a acontecimientos adversos, o en individuos que presenten determinadas patologías médicas o psiquiátricas? La década de los ochenta representa el punto culminante en la búsqueda de alteraciones neurofisiológicas subyacentes a la conducta suicida, indicando que los parámetros biológicos en pacientes candidatos al suicidio podrían ser independientes del diagnóstico psiquiátrico cuando éste puede ser identificado. Por lo que queda la pregunta de si existe un perfil autodestructivo como entidad nosológica propia y si se puede considerar al suicidio como un trastorno de la agresión o del control de impulsos.

Así mismo, la existencia de marcadores biológicos de la conducta suicida ha estimulado a buscar tratamientos farmacológicos específicos de la misma; sin embargo, en el momento actual pocos estudios demuestran la respuesta del comportamiento suicida, frente a una intervención farmacológica, y en general, el abordaje biológico del suicidio se ha reducido al tratamiento de los trastornos psiquiátricos subyacentes a la conducta autolítica (Ros Montalbán, Arranz Estévez y Rodríguez Castro, 2000).

Actualmente diversos científicos se han dado a la búsqueda de marcadores biológicos que indiquen cuando un individuo está en riesgo de suicidio, sin embargo como se sabe, el factor biológico es una variable más que puede vincularse con la conducta suicida, por lo que el tratar de encontrar únicamente causas biológicas resultaría reduccionista. No obstante, se requiere la información biológica para comprender el comportamiento suicida, ya que entre otras cosas se sabe que hay cambios significativos en la cantidad de derivados de la serotonina en fallecidos por suicidio

Factores psiquiátricos.

Además de los factores biológicos y sociales, se ha identificado que los factores psiquiátricos implican un peso importante en el comportamiento suicida, de los cuales a continuación se hará una breve revisión.

De acuerdo a Baca-García, Díaz-Sastre, Ceverino y Saiz (2000), desde la Psiquiatría hay un temprano interés por la conducta suicida, identificándola como un problema de salud pública y campo de actuación de la Medicina, ya que se estimaba como «una enfermedad que tortura las sociedades». En el siglo XIX, con el fundador de la doctrina psiquiátrica; Esquirol, se inicia la visión del suicidio como enfermedad mental, atribuyéndolo a una enfermedad o delirio agudo, que puede estar provocado por «las múltiples incidencias de la vida». Pinel (1801) por su parte, considera al suicidio como síntoma de melancolía, De tal forma que se establece que el suicidio como enfermedad o como fruto de acontecimientos biográficos desgraciados, perspectiva que se mantiene hasta mediados del siglo XIX. Jousset y Moreau Tours, a finales del siglo XIX, se elabora una clasificación del suicidio

que distingue el suicidio en tres categorías; 1) maniático (fruto de alucinaciones o delirios), 2) melancólico, y 3) obsesivo e impulsivo o automático.

Algunas de las enfermedades psiquiátricas relacionada con el suicidio son:

Esquizofrenia. Es considerada como un alteración de la conciencia la cuál se caracteriza por síntomas como alucinaciones, confusiones mentales y crisis epilépticas (Focault, 1967).

Depresión: En el "síndrome depresivo" la tristeza profunda que afecta la totalidad de la vida psíquica, física y de relación de la persona enferma, se ve acompañada en mayor o menor medida por síntomas de inhibición o angustia y por diferentes manifestaciones físicas.

En la práctica, aproximadamente el 40% de los que consultan en forma ambulatoria en un servicio de Salud Mental de un Hospital General, presentan un trastorno depresivo, siendo la población femenina la más afectada.

Estados neurótico, fóbicos, histéricos y obsesivos entre otros. Aquí la persona puede ver el suicidio como única salida a sus problemas. Por ejemplo, el obsesivo, al presentar ideas delirantes de persecución se destruye, los paranoides, que al presentar fantasías de conspiración contra su persona, un alto consumo de bebidas alcohólicas y retardo a nivel psicomotor, buscan su autodestrucción.

Trastorno Borderline de la Personalidad: Según el DSM-IV-TR, el Trastorno Borderline de la Personalidad se define como “un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad”, Lo más frecuente es que estas características se manifiesten al inicio de la etapa adulta y estén presentes en muchos ámbitos de la vida del individuo. El trastorno límite e la personalidad causa un malestar significativo y genera desadaptación social, ocupacional y funcional general. Este trastorno está asociado a elevadas tasas de comportamientos autodestructivos, como son las tentativas de suicidio y los suicidios consumados.

El trastorno de ansiedad generalizada: es la ansiedad y la preocupación excesivas que se observan durante un período de tiempo superior a seis meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos tres de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga precoz, falta de concentración, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño.

La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones con claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias lógicas de la situación. Estos sujetos acostumbran a preocuparse por situaciones normales de la vida diaria, como responsabilidades laborales, salud de la familia, pequeños fracasos de sus hijos.

Conductas adictivas: La capacidad de las drogas y de algunas conductas como el juego es de alterar los sentimientos y las percepciones, lo cual permite a los consumidores evitar enfrentarse de forma directa, con realidades desagradables y enmascarar así el dolor y el sufrimiento.

Para una buena parte de las personas la principal motivación para llegar a un abuso de drogas puede ser el intento de suprimir el dolor, el insomnio o la depresión, o sentirse con más energía, o bien controlar la ansiedad. Se ha identificado la adicción como una respuesta a la pérdida del status social y como una consecuencia del ocio excesivo de los que no tienen trabajo.

Todo lo anterior nos permite concluir que las conductas adictivas son un fenómeno que tiene una gran relevancia actual al afectar a gran número de personas. Aunque en las personas mayores no tiene tanta incidencia como en los jóvenes, en aquellos casos en donde les afecta lo hace de un modo más incapacitante, más problemático, especialmente por la edad, y por la problemática asociada al problema adictivo y a los problemas físicos, psicológicos y sociales que suelen estar presentes en la adicción.

Por todo lo anterior, podemos resumir que la conducta suicida también se manifiesta en personas que padecen algún trastorno mental los cuales son estudiados a fondo en la rama de la psiquiatría.

Factores Psicológicos

- Los factores psicológicos son amplios y complejos y de acuerdo a Duarte (1998) se dividen en:
 - Motivaciones interpersonales. Se producen cuando la persona trata de provocar con su conducta una acción por parte de otras personas o cambio en la actitud o sentimientos de esas personas, por lo tanto, se puede considerar el intento suicida como un medio para influir, persuadir, manipular o dominar los sentimientos o conductas del otro.
 - Motivaciones intrapersonales. Cuando las personas padecen sentimientos de soledad y tienen la sensación de no ser necesarias para nadie, su estado de ánimo a menudo es de depresión, agotamiento físico y emocional.
 - *Crisis de identidad*. La vida tiene aspectos internos como externos que incluyen gente, lugares, valores, entre otros; los cuales permiten al hombre definirse y explorar nuevas formas de vida que dentro de su desarrollo van unidas a vivenciar cierto tipo de crisis ya sean de tipo emocional, de identidad, las cuales se presentan cuando la persona tiene cambio de actitudes radicales, siente que ya no tiene control de las situaciones y en sus formas más graves se encuentran sentimientos de desesperanza e incapacidad para resolver problemas.
 - *Desesperanza*. Beck (1975), define la desesperanza como las actitudes o expectativas negativas acerca del futuro en las que predominan sentimientos de desesperación, decepción y desilusión. Por consiguiente, considera a la

desesperanza como un patrón cognitivo característico, consistente en atribuciones negativas del futuro.

- *Sintomatología depresiva.* De acuerdo a Beck (1991), la esencia de la depresión se encuentra en que la persona tienen una visión negativa de sí misma, del mundo y del futuro. La persona deprimida percibe los eventos negativamente, lo que trae como consecuencia tristeza. Por lo que se puede desencadenar la ideación suicida.

Distorsiones cognitivas son las formas identificadas de errores en el procesamiento de información. Desempeñan un papel predominante en la psicopatología al producir la perturbación emocional. *En el modelo A-B-C* (Acontecimiento - Belief (creencia) - Consecuencia emocional) de Ellis, las distorsiones cognitivas serían las que determinan las creencias maladaptativas que producirían la perturbación. Se ha relacionado estas distorsiones con las falacias lógicas, con una falla en el manejo de los procesos de información, y por tanto, con alteraciones del pensamiento crítico. Aprender (y enseñar) a refutar estas distorsiones y sus consecuentes pensamientos negativos, se conoce como reestructuración cognitiva.

Estas percepciones empobrecedoras que realiza el paciente acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, lo llevan a desarrollar fobias, depresión, problemas de autoestima, obsesividad, etcétera.

- *Impulsividad* es cuando la persona es incapaz de inhibir una respuesta que en condiciones normales debería ser controlada. Existen datos bioquímicos, genéticos y psicopatológicos que relacionan claramente la impulsividad con depresión, ansiedad, agresión y suicidio. De hecho, en el caso concreto de la conducta suicida, esta relación es tal que los expertos la consideran un factor de predisposición importante en alrededor del 70% de dichas conductas:
- “Aunque un paciente tenga deseos de acabar con su vida, sin impulsividad y/o ansiedad no se suicidará ni llevará a cabo ningún tipo de acto violento, ya que no

existe la decisión de la ejecución, el paso al acto, para que el paciente acabe con su vida” (Arranz, B. 2006)

Como se puede observar, la etiología del suicidio implica una multicausalidad por lo que todo comportamiento suicida implicará un conjunto de factores, algunos compartidos, pero otros estrictamente individuales.

Por lo que hasta este punto concluimos que la definición del suicidio debe considerar tal multiplicidad de factores implícitos por lo que el concepto que se propone en el presente trabajo es el siguiente: *Acto no habitual con un resultado fatal, que deliberadamente inicia y ejecuta una persona como último recurso para cambiar su entorno, que puede implicar factores psicológicos, sociales y psiquiátricos y puede antecederle comportamientos tales como la ideación suicida y el intento suicida.*

1.3 La ideación suicida en el proceso suicida.

De acuerdo con González- Forteza, García, Medina- Mora y Sanchez (1998), el suicidio consiste en un proceso complejo, dinámico que difícilmente ocurre de manera aislada, que se puede constituir por varias etapas no necesariamente secuenciales ni indispensables, como la ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado. Por lo tanto se puede identificar en el proceso de la conducta suicida a la ideación suicida, la cual puede ser una de las primeras etapas de este proceso, y que de ser identificada correctamente puede ser uno de los principales predictores para evitar un suicidio. Pérez (2005), menciona que la ideación suicida abarca las siguientes manifestaciones:

- El deseo de morir. Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: “la vida no merece la pena vivirla”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto” y otras expresiones similares.

- La representación suicida. Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.

Beck, Kovacs, y Weissman (1979; citado en González, Díaz, Ortiz, González. Forteza y González J. 2000), indican que la ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y conductas posiblemente relacionadas con los pacientes con ideación suicida que han sido diagnosticados con otros trastornos; señalan, sin embargo, que la ideación suicida no es una construcción unitaria y que sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta interrelacionados.

Así mismo López, Medina, Villalatoro, Juárez, Carreño, Berenzón y Rojas (1995), sugieren que esta es una primera etapa del suicidio, que se manifiesta verbalmente. La lógica que se sigue en dichas verbalizaciones es “Yo estaría mejor muerto”, “Para que vivir, sino vale la pena”, “Es mejor estar muerto que dar tantos problemas”, “vale más morir que vivir”, entre otras. Y aunque en ocasiones estos mensajes nos suenen comunes y cotidianos es de suma relevancia ponerle atención debido a que son verdaderos mensajes de deseos de morir.

En resumen la ideación suicida se refiere a aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones para morir. Donde la organización de estos pensamientos puede seguir el siguiente orden:

–Idea suicida sin un método específico, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto responde: “no sé cómo, pero lo voy a hacer”.

–Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo.”

–Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo

va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.

–El plan suicida o idea suicida planificada, en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

Terroba, Saltijeral y Gómez (1988), mencionan que de la población que recibe atención médica en los servicios de consulta externa, el 3% había tenido ideas suicidas severas durante el último año, y ameritaban tratamiento debido al alto riesgo que corrían de intentar suicidarse de nuevo. Y que los pacientes que manifestaron el deseo de quitarse la vida obedecía a su necesidad de escapar y resolver sus problemas, principalmente los de índole familiar (2.7%) y los afectivos (1.4%). Encontrando que algunas de las cogniciones más frecuentes fueron:

Ψ *“no vale la pena vivir”*

Ψ *“vale más morir que vivir”*

Rascón, Gutiérrez, Valencia, Díaz, Leños y Rodríguez, (2004) y López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas, (1995), encontraron que la ideación suicida se encuentra relacionada con la desesperanza, la baja autoestima, la depresión y el abuso de sustancias.

González-Forteza, Berenzon-Gorn, Tello-Granados y Medina-Mora (1998), encontraron que lo que puede aumentar el riesgo de que se presente la ideación suicida entre las estudiantes es: interrumpir los estudios por más de seis meses, considerar que su desempeño escolar es malo y tener que trabajar. Y que la prevalencia de ideación suicida es del 11.8% en las estudiantes y un 56.7% en las pacientes que han intentado suicidarse.

López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon, y Rojas, (1995), en un estudio realizado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública en estudiantes de educación media y media superior, realizaron un análisis sobre la relación que existía entre la ideación suicida en los jóvenes y el abuso de sustancias tóxicas *encontrando que el 47%* de los estudiantes presentaron al menos un síntoma de ideación suicida, 17% reportó haber pensado en quitarse la vida, y 10% respondió afirmativamente a los cuatro reactivos de la escala de Roberts, concluyendo que la ideación suicida constituye un factor de riesgo importante para el consumo de drogas y de bebidas alcohólicas, es decir que a mayor consumo de drogas y bebidas alcohólicas, mayor riesgo de ideación suicida. Indicando que los componentes del proceso suicida posteriores a la ideación suicida son:

- El intento suicida, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.
- El suicidio consumado

Considerando la evidencia empírica que se ha recopilado acerca de la ideación suicida, entonces es factible establecer la importancia de investigar este comportamiento para avanzar en la prevención del intento o el suicidio consumado.

1.4.- Factores de Riesgo Suicida.

Como se menciono anteriormente el suicidio es un fenómeno de carácter multicausal, ya que se relaciona con múltiples factores. A estos factores se les denomina factores de riesgo, los cuales son importantes reconocer para identificar el posible riesgo suicida en que se pueda encontrar una persona.

Las estadísticas existentes sobre el incremento de la incidencia de conductas en jóvenes a través de los años, así como su manifestación en diferentes poblaciones y países, nos indican que el suicidio en jóvenes presenta ya un serio problema para cualquier país, por lo

que surge la necesidad urgente de incrementar la investigación no sólo desde el punto de vista epidemiológico, sino sobre la evaluación de los factores que intervienen para que un joven a atentar contra su vida.

Clum, Pstsiokas y Luscomb (1979; citado en: González-Forteza, Borges, Gómez y Jiménez 1996), proponen que la ideación y el riesgo suicida se incrementa cuando una persona con baja capacidad de enfrentamiento o rigidez cognoscitiva, vive situaciones estresantes que le producen sentimientos de depresión, desesperanza y conductas suicidas. Por otro lado Garland y Zigler (1993), identificaron los siguientes factores de riesgo:

- Ψ Desequilibrio en los neurotransmisores y predictores genéticos
- Ψ Trastornos psiquiátricos o padres con trastornos psiquiátricos
- Ψ Baja capacidad para resolver problemas
- Ψ Abuso sexual y físico
- Ψ Problemas de identidad y de preferencias sexuales
- Ψ Acceso a armas de fuego
- Ψ Abuso de sustancias
- Ψ Desempleo y problemas laborales
- Ψ Shock cultural: cambio súbito o continuo de ambiente ya que no hay redes de apoyo.
- Ψ Violencia intrafamiliar

Por otra parte, Cole (1989) menciona que la incapacidad para la resolución de problemas interpersonales y la negativa de buscar ayuda, también han sido factores asociados con la conducta suicida, encontrando que algunos de los factores cognitivos relacionados con el suicidio son:

- Ψ Creencias negativas acerca de la autoeficacia
- Ψ Déficit en las habilidades de enfrentamiento a los problemas interpersonales.
- Ψ Distorsiones cognitivas

González-Forteza, Borges, Gómez y Jiménez, (1996) indican que los antecedentes familiares del suicidio también deben tomarse en cuenta como factor de riesgo, si se consideran los modelos de imitación social y de herencia genética, sin dejar de lado los estresores psicosociales al que se enfrentan los jóvenes en la actualidad y que conforme avanza el tiempo éstos van aumentando.

En un estudio en dos generaciones de estudiantes de licenciatura de una universidad privada (generación 93 y generación 95), llevado a cabo por González-Forteza, García, Medina-Morta y Sánchez (1998), se encontró que entre los factores más comunes relacionados con la ideación suicida están:

- Ψ Estrés en las relaciones familiares y de pares
- Ψ Las respuestas de enfrentamiento inadecuadas e ineficientes como resultado de la falta de un repertorio para lidiar y resolver los conflictos cotidianos.

Cabe mencionar que en dicho estudio las respuestas agresivas de enfrentamiento ante los conflictos familiares fue predictora de riesgo, en el caso de los hombres y en el caso de las mujeres la constante fue el estrés social, por lo tanto se puede decir que estos factores varían dependiendo el género.

Por su parte, Reinherz, Giaconia, Silverman, Friedman, Pakiz, Frost (1995), en un estudio longitudinal realizado durante 14 años en estudiantes de una comunidad al noreste de Estados Unidos de América, observaron que la ideación suicida a los 15 años de edad fue un importante factor de riesgo de malestar emocional, con múltiples implicaciones de largo plazo: deficiencias en el funcionamiento conductual y emocional, en la autoestima y en las relaciones interpersonales, así como altos niveles de trastornos mentales.

González-Forteza, Ramos, Mariño y Pérez (2002), realizaron un estudio en el Instituto Nacional de Psiquiatría en adolescentes que acudían a recibir atención psiquiátrica (3) donde encontraron que las principales motivaciones reportadas para la presencia de la conducta suicida fueron la desesperanza, la depresión, la baja autoestima, la falta de

atención por parte de las figuras de apoyo y la problemática familiar. Y que estas motivaciones fueron diferentes con relación al sexo, ya que las mujeres expresaron mayor frecuencia desesperanza, baja autoestima y tristeza que los hombres, aunque estos últimos presentaron mayor frecuencia enojo.

En otra investigación realizada por González-Forteza, Berenzon y Jiménez (1999), se encontró que las mujeres tienen mayor prevalencia de ideas suicidas lo cual suele atribuirse a cuestiones culturales ya que los hombres aunque tengan sentimientos depresivos no lo hablan. Lo cual puede relacionarse con la perspectiva de que los hombres en México no se permiten estos sentimientos por lo que se les hace preferible negarlos o transformar la depresión en agresión.

Por otro lado, Calvo, Sánchez y Tejada (2003), en estudio en estudiantes universitarios encontraron que los factores de riesgo que se relacionan con ideación suicida son el antecedente de violación, escasa interacción social y pertenecer al género femenino. Y que otro de los factores relacionados con la presencia de ideación suicida fue el hecho de pasar más de 8 horas solo al día.

Lo que indica que al igual que la soledad, los problemas económicos, los problemas con los padres, los compañeros, las pérdidas en general, sean económicas, emocionales o afectivas, pueden relacionarse con el pensamiento suicida.

En una recopilación llevado a cabo por González-Forteza, Berenzon y Jiménez (1999), identificaron que el principal factor de riesgo en los hombres es el ambiente familiar y en las mujeres lo son además de éste, el sentirse en desventaja con sus amigas, la baja autoestima, la impulsividad la mala comunicación con la madre y el preferir aislarse en situaciones problemáticas.

Como se menciono anteriormente existen diferentes tipos de factores de riesgo los cuales interactúan unos con otros dependiendo de la persona y de las circunstancias particulares que se vivan, pudiendo incidir en la generación de un proceso suicida.

1.5.- Factores Protectores del Suicidio

Así como se han identificado factores de riesgo que intervienen en el comportamiento suicida, también se han identificados algunos factores que proveen protección contra el comportamiento suicida.

González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez (1998), en el estudio que llevaron a cabo con dos generaciones de estudiantes de licenciatura de una universidad privada (generación 93 y generación 95), identificaron que los factores protectores de a ideación suicida en los jóvenes fueron:

- Ψ La autoestima
- Ψ La percepción del apoyo familiar
- Ψ Ambiente familiar

En ambas generaciones y en ambos géneros la variable predictora común que protege de la ideación suicida a los hombres fue la autoestima.

Por su parte, la OMS (2001), menciona que los principales factores que proveen protección contra el comportamiento suicida son:

Patrones familiares

- Buena relación con los miembros de la familia;
- Apoyo de la familia;

Estilo cognitivo y personalidad

- Buenas habilidades sociales;
- Confianza en sí mismo, en su propia situación y logros;
- Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar;
- Búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes;
- Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas;
- Receptividad hacia conocimientos nuevos;

Factores culturales y sociodemográficos

- Integración social, por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades;
- Buenas relaciones con sus compañeros;
- Buenas relaciones con sus profesores y otros adultos;
- Apoyo de personas relevantes.

Por lo que la interacción de los factores de riesgo y de los factores protectores configuran una complicada red que es necesario esclarecer para incidir adecuada y oportunamente en el malestar emocional. Ya que la interacción de estos dos sistemas puede ser articulada en un ambiente externo como la escuela que, por sus recursos humanos, su infraestructura y funcionamiento, pueden propiciar alternativas para la prevención del malestar emocional y para la promoción de educación para la salud integral de los alumnos.

Por otra parte, se ha encontrado (Mondragón, Saltijeral, Bimbela & Borges, 1998) que en México la muerte por suicidio constituye, después de los accidentes, la segunda causa de muerte en jóvenes de 14 a 24 años, y que por cada intento de suicidio reportado hay veinte más que no se registran Borges, Rosovsky, Gomez y Gutierrez (1996 citado en Chávez, Pérez, Macías y Páramo 2004). Esto hace que el fenómeno del suicidio sea realmente alarmante por lo que ya es un problema que no puede ser pasado por alto, máxime si se considera que es un proceso que puede truncarse si se detiene a tiempo, es decir, si se descubre desde su primera fase, cuando la persona presenta ideación suicida.

En el siguiente capítulo se abordan algunos factores relacionados con la ideación suicida que se estiman relevantes como factores de riesgo en el comportamiento suicida: las actitudes disfuncionales y el estado emocional.

CAPITULO II

ACTITUDES DISFUNCIONALES, ESTADO EMOCIONAL, E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES.

La adolescencia es una etapa del desarrollo por la que atraviesa todo individuo, cuya naturaleza es tanto social como biológica, representada por una serie de transformaciones que hacen posible el paso de la infancia a la edad adulta donde el objetivo principal es la búsqueda de la identidad (Blair, y Jones, 1983). Esta serie de cambios representan para el adolescente conflictos que le hacen ser vacilante, hipersensible y en ocasiones inestable e imprevisible en su comportamiento. Lo que puede generarle ansiedad y depresión, orillándolo a incurrir en conductas peligrosas como iniciarse en el alcoholismo o la adicción a las drogas, que en muchas ocasiones pueden concluir en una tentativa o un suicidio consumado (Villardón, 1993).

Así, la manipulación de la idea de la muerte en el joven suele ser frecuente, pero debe identificarse la diferencia entre el adolescente quien si tiene la intención de quitarse la vida definitivamente que y aquel que lo ve como una idea con la cual solo intenta llamar la atención de quienes le rodea y no como un fin, de. La diferencia entre ambos depende, entre otras cosas, de los factores de riesgo y protectores que facilitan la aparición o no del proceso suicida en el joven.

Entre los factores psicológicos asociados a la ideación suicida se encuentran las actitudes disfuncionales y el estado emocional. Factores que se describen a continuación para establecer su importancia como variables de trabajo en la presente investigación.

2.1 ACTITUDES DISFUNCIONALES.

Las actitudes disfuncionales son creencias que establecen condiciones poco realistas, inflexibles e inadecuadas para determinar la propia valía (p. ej., "si no hago las cosas siempre bien seré un inútil y mis padres y mis amigos no me querrán", "si alguna vez disgustas a un amigo no puedes ser feliz"). Las actitudes disfuncionales favorecen la aparición de la depresión porque es muy fácil que los acontecimientos normales de la vida diaria obstaculicen los intentos de las personas por cumplir tales condiciones, de forma que estas actitudes facilitan que tales acontecimientos cotidianos se vivan como estresantes y que conduzcan a pensamientos negativos y distorsionados sobre uno mismo, el mundo y el futuro ("soy un inútil", "los compañeros de clase no quieren ser mis amigos y se ríen de mí" y "nunca tendré amigos") o, lo que es lo mismo, a una baja autoestima, indefensión y pesimismo.

Las distorsiones cognitivas que se presentan con mayor frecuencia y que están en la base de las creencias o supuestos disfuncionales son:

- 1) Abstracción selectiva - hábito de relevar diferencialmente la importancia de los sucesos, dándole prioridad a los negativos por sobre los positivos.
- 2) Generalización – tendencia a sacar conclusiones generales de un hecho singular, generalmente un hecho negativo.
- 3) Inferencia arbitraria - tendencia a sacar conclusiones sin considerar la evidencia externa.
- 4) Magnificación y minimización –tendencia a exagerar la importancia o la frecuencia de los hechos negativos al mismo tiempo que subestiman o devalúan la importancia o la frecuencia de los hechos positivos.
- 5) Personalización - tendencia a ver los hechos como si fueran personalmente dirigidos y la ausencia de evidencia sustentable.

6) Pensamiento absolutista – tendencia a pensar polarizadamente: todo / nada, bueno / malo etc. (Korszma, 2004)

Las distorsiones cognitivas se estructura por esquemas negativos que organizan las cogniciones que contienen las creencias nucleares y las suposiciones subyacentes que generan los sesgos en el procesamiento de la información. Tales esquemas se activan frente a eventos negativos trascendentales o permanecen activos crónicamente.

Se han encontrado evidencias de que la ideación suicida se relaciona con la depresión, los pensamientos disfuncionales y los eventos de vida negativos (Rosselló y Berríos (2004); Duarté y Rosselló, 1999; Adams y Adams, 1996, Philippi y Rosselló, 1995), También de que las actitudes disfuncionales juegan un rol moderador entre los eventos negativos y los subsiguientes niveles de disforia (Kwon y Oei, 1992). Dado que las actitudes disfuncionales se relacionan con la autoestima, es importante el hecho de que la baja autoestima ha sido consistentemente relacionada con la conducta suicida (Yang y Clum, 1996). Se ha identificado que en los jóvenes de 18 y 19 años, la presencia de cogniciones negativas y de desesperanza se relaciona con la expresión de ideación suicida (Abramson, Alloy, Metalsky, Joiner, y Sandin, 1997; Rosselló y Berríos, 2004).

2.2. ESTADO EMOCIONAL.

El ser humano desde su nacimiento esta interactuando con el exterior y conforme va creciendo va experimentando sensaciones al relacionarse con personas o con objetos, sensaciones que posteriormente el individuo adjudicara con el termino de sentimientos o emociones.

Es casi imposible definir en forma completa las emociones, ya que las emociones se describen a menudo como sentimientos, pero, ¿qué es una emoción?

De acuerdo al Diccionario Enciclopédico (2000), la emoción es la agitación del ánimo violenta o apacible que nace de alguna causa pasajera y produce cierta conmoción orgánica.

Por su parte André y Lelord (2002) mencionan que la emoción es un estado de ánimo caracterizado por una conmoción orgánica derivada de impresiones en los sentidos, ideas o

recuerdos, la cual produce excitación y que con frecuencia provoca actitudes y otras formas de manifestación.

Así, generalmente se entiende por emoción a la reacción que se tiene ante determinados estímulos o situaciones donde la persona tiene cambios en diversos aspectos como son: a nivel fisiológico, que se manifiesta con aceleración del ritmo cardíaco, sudoración o ruborización, etc. A nivel funcional, por ejemplo, la ira nos prepara para la lucha contra una persona y el miedo nos prepara para huir del peligro

Las emociones se caracterizan por sensaciones de placer o displacer, donde las emociones agradables acompañan la presencia inesperada o la anticipación de acontecimientos gratificantes y las emociones desagradables acompañan la experiencia de dolor, peligro o castigo (André y Lelord, 1999).

Por su parte Lazarus (2000), menciona que existe una relación entre las emociones y el pensamiento, es decir, que la emoción nace de la interpretación de la situación y no de la situación en sí. Identificando la emoción con tres componentes: afecto subjetivo, cambios fisiológicos e impulsos de acción que tienen cualidades tanto instrumentales como expresivas.

Así, se puede decir que cada emoción expresa una cantidad o magnitud en una escala positivo/negativo, lo que permite dar el carácter de emociones positivas y negativas, por otra parte también podemos decir que las emociones son funcionales y disfuncionales, las emociones disfuncionales son aquellas que paralizan, o afectan en grado anormal a la persona; así una emoción negativa puede ser funcional, por ejemplo, estar triste, pero en el mismo continuo disfuncional estar depresivo

Debido a esta clasificación que se hace de las emociones es fundamental conocer las características de las principales emociones.

Las *emociones positivas/funcionales* se refieren a aquellos procesos emocionales que no afectan la vida de la persona y/o generan una experiencia agradable, a continuación se expondrán:

Amor:

El vocablo amor es un término que tiene diversas connotaciones, Breñilla, Brizzio y Carreras (2000), manifiestan que existen dos clases de amor: 1) el amor apasionado: algunas veces llamado “enamoramiento” es una emoción muy fuerte que se refiere a un estado de intenso anhelo por la fusión por otro; 2) el amor de compañero: es una emoción lejana que combina sentimientos de cariño, compromiso e intimidad.

Alegría:

La alegría es una emoción que se origina por la aparición de un evento o situación agradable para la persona. La alegría facilita la empatía lo que favorece la aparición de conductas altruistas así como el rendimiento, la creatividad y el aprendizaje. Los desencadenantes de la alegría son los logros, los resultados de los objetivos que se pretenden y la congruencia entre lo que se desea y lo que se posee.

Tristeza:

La tristeza es una reacción de nostalgia que se produce en respuesta a sucesos que son considerados como no placenteros, por ejemplo, dejar ir un ser amado, una posesión querida, la separación física o psicológica, la pérdida de alguien, el fracaso, la decepción especialmente si se han puesto esperanzas en algo y todo esto desemboca en melancolía.

Miedo:

El miedo es considerado como un sentimiento producido por la percepción de un daño o peligro, tanto físico como psicológico o bien por situaciones en las que la persona se siente poco capaz de llevar a cabo alguna función o papel, además se basa en la idea de que no podemos tolerar ciertas situaciones y perderemos lo que nos es máspreciado: nuestra vida, nuestro modo de vida, nuestras posesiones, etc.

Entre las emociones relacionadas con el miedo se encuentran: desconfianza, sospecha y desesperación.

Ansiedad:

La palabra ansiedad alude a la obsesiva fijación mental en un problema concreto que preocupa constantemente a la mente y según el diccionario significa estado de inquietud o zozobra del ánimo que causa agitación. Así mismo, en la actualidad el mundo se acelera más, y por consiguiente las personas también, las formas de trabajar, las formas de vivir, las formas de relacionarse, todo se vive en forma rápida y esto genera un estado de ansiedad, además al estar en un sistema donde se valoran los títulos, la fama, el dinero, las relaciones, la belleza física y la salud, y la persona al no tener nada se siente insatisfecha e intranquila generándose nuevamente la ansiedad debido a las exigencias de la sociedad. Por último las emociones relacionadas con la ansiedad son: dependencia, preocupación, desconfianza, miedo al futuro, obsesión y nerviosismo.

Por otra parte el término de *emociones negativas/disfuncionales* se refiere a las emociones que producen una experiencia emocional desagradable y se tornan extremas conduciendo a una disfunción o desequilibrio que altera negativamente el funcionamiento del individuo a cualquier nivel como es el caso de: la ira, depresión, angustia y pánico, emociones que a continuación se expondrán:

Ira:

La ira es una reacción de irritación, furia o cólera acusada por condiciones o situaciones en la que somos heridos, engañados o traicionados, aspectos que tienen que ver con el ejercicio de un control físico o psicológico en contra de nuestra voluntad.

Entre las emociones relacionadas con la ira se encuentran: decepción, celos, furia, amargura, falta de perdón y no ser capaces de olvidar.

A su vez, las emociones relacionadas con la tristeza son: pérdida, deseo, desesperanza, llanto y sentimientos de culpa.

Depresión

En el "síndrome depresivo" la tristeza profunda que afecta la totalidad de la vida psíquica, física y de relación de la persona enferma, se ve acompañada en mayor o menor medida por síntomas de inhibición o angustia y por diferentes manifestaciones físicas.

Pánico:

Es un trastorno psicológico en el que la persona afectada presenta ataques súbitos de terror en ausencia de un estímulo externo desencadenante. Durante un ataque de pánico, tiene también síntomas físicos como latidos rápidos del corazón, dificultad de respirar o mareos. Los ataques de pánico pueden ocurrir en cualquier momento o lugar sin previo aviso. A menudo ocurren en el supermercado, centros comerciales, grupos de gente o mientras viaja.

Puede vivir con el constante miedo de sufrir otro ataque y se aleja de los lugares en los que ha sufrido un ataque anteriormente. A algunas personas, el miedo les controla la vida y no pueden salir de sus hogares. Los ataques de pánico no duran mucho, pero son tan terribles que parecen durar una eternidad. En ellos, a menudo la persona siente que está en peligro de muerte inminente.

Angustia:

La angustia es un estado afectivo de carácter penoso que se caracteriza por aparecer como reacción ante un peligro desconocido o impreciso. Suele estar acompañado por intenso displacer psíquico y por pequeñas alteraciones en el organismo, tales como elevación del ritmo cardíaco, temblores, sudoración excesiva, sensación de opresión en el pecho o de falta de aire (de hecho, “angustia” se refiere a “angostamiento”). En el sentido y uso vulgares, se lo hace equivalente a ansiedad extrema.

Con lo anteriormente mencionado podemos ver que existen emociones positivas/funcionales y negativas/disfuncionales. Como ya se había dicho las emociones no son perjudiciales, ni siquiera cuando son negativas. El perjuicio estaría más bien en su excesiva intensidad o en su larga duración, convirtiéndose entonces en estado emocional, así mismo, las emociones pueden, también, perturbar el funcionamiento mental de las

personas (Silveira, 2001). Y si bien es cierto dichos estados emocionales pueden ser vinculados con las actitudes disfuncionales que como ya habíamos mencionado tienen una relación significativa con la Ideación Suicida.

Considerando que las emociones negativas se relacionan con el pensamiento irracional o disfuncional y por tanto se relacionan también con el riesgo suicida (Villatoro, Hernández, Hernández, Fleiz, Blanco, y Medina-Mora, 2004),. mencionan que , podemos concluir que un estado emocional negativo, así como las actitudes disfuncionales son factores que pueden intervenir en la aparición de Ideación Suicida, por lo que en este trabajo se pretende ver en que medida se relacionan estos factores con ésta última.

CAPITULO III.

METODOLOGÍA

El fenómeno del suicidio es muy amplio, aunque las investigaciones que hay acerca de la ideación suicida y los factores que se relacionan con esta son escasos, como es el caso de las actitudes disfuncionales y el estado emocional. Por lo que es sumamente importante realizar investigación de apoyo que ayude a la identificación y prevención de este problema. Es así que con la presente investigación se plantea generar información que ayude a la explicación de la ideación suicida en jóvenes.

Pregunta de Investigación:

¿Las Actitudes Disfuncionales y el Estado Emocional negativo diferenciará a jóvenes de Educación Media Superior con Ideación Suicida de jóvenes de Educación Media Superior sin Ideación Suicida?

a) Objetivo General

Identificar si la presencia de actitud disfuncional y estado emocional negativo en jóvenes de educación media superior, es un indicador que permita diferenciar a jóvenes de educación media superior con ideación suicida de jóvenes sin ideación suicida.

Objetivos Específicos

- Reconocer los jóvenes de Educación Media Superior con Ideación Suicida y los jóvenes de Educación Media Superior sin Ideación Suicida
- Identificar el grado de estado emocional negativo en jóvenes de Educación Media Superior con Ideación Suicida y en jóvenes de Educación Media Superior sin Ideación Suicida
- Identificar el tipo y el grado de actitudes disfuncionales en jóvenes de Educación Media Superior con Ideación Suicida y en jóvenes de Educación Media Superior sin Ideación Suicida.

- Verificar si existen diferencias significativas en el grado de estado emocional negativo en jóvenes de Educación Media Superior con Ideación Suicida con respecto a los jóvenes de Educación Media Superior sin Ideación Suicida

Comprobar si existen diferencias en la presencia de actitudes disfuncionales en jóvenes de Educación Media Superior con Ideación Suicida con respecto a los jóvenes de Educación Media Superior sin Ideación Suicida

- Identificar las características sociodemográficas que se relacionan con la presencia de Ideación Suicida en jóvenes de Educación Media Superior

b) Hipótesis

Hipótesis de Investigación:

1. Los jóvenes de educación media superior con ideación suicida presentarán mayor grado de estado emocional negativo que los jóvenes sin ideación suicida.
2. Los jóvenes de educación media superior con ideación suicida presentarán mayor actitud disfuncional que los jóvenes sin ideación suicida.
3. Los jóvenes de Educación Media Superior con Ideación Suicida presentarán características sociodemográficas distintas a los jóvenes sin Ideación Suicida

Hipótesis Nula:

1. Los jóvenes de educación media superior con ideación suicida no presentarán mayor actitud disfuncional que los jóvenes sin ideación suicida.
2. Los jóvenes de educación media superior con ideación suicida no presentarán mayor estado emocional negativo que los jóvenes sin ideación suicida.
3. Los jóvenes de Educación Media Superior con Ideación Suicida no presentarán características sociodemográficas distintas a los jóvenes sin Ideación Suicida.

Método

Diseño de Investigación

El presente estudio será de acuerdo con el periodo en que se captará la información *prospectivo*, debido a que toda la información recabada será después de la planeación de la misma. De acuerdo con la evolución del fenómeno el estudio será *transversal*, debido a que solo se aplicará una sola vez la Escala antes descrita. Tomando en cuenta la comparación de las poblaciones, el estudio será *comparativo*, donde se pretende comparar aquella población que tiene características motivacionales relacionadas con la ideación suicida, de aquellas que no las poseen. Por último de acuerdo a la interferencia del investigador, el estudio estará orientado a lo *observacional*, debido a que se describirán y medirán las distintas características motivacionales en aquellos estudiantes universitarios con Ideación Suicida de Riesgo. (Méndez, R. I.; Namihira, G. D.; Moreno, A. L. y Sosa, M. C., 1987).

SUJETOS

Población:

Jóvenes de educación media superior que se encuentran inscritos en la zona noroeste del estado de México.

Muestra:

855 estudiantes de ambos sexos (masculino y femenino) de nivel medio superior de la escuela preparatoria “sor Juana Inés de la Cruz” (98 % de la población total) y 773 estudiantes del Colegio de Bachilleres plantel No 1 (21.4% de la población total), oscilando entre 15 y 25 años aproximadamente, inscritos en el ciclo escolar 2007-1.

Forma de Muestreo

No aleatorio, intencional.

Materiales, aparatos e instrumentos:

Materiales:

- a. Lápices marca Berol punto mediano

- b. Fotocopias (impresas con el instrumento a aplicar)
- c. Sacapuntas
- d. Gomas

Aparatos:

Una computadora ECoin, con procesador Intel Inside Pentium 4, la cual cuenta con una paquetería de Office 2003. Dicha computadora pertenece al Laboratorio de Computo, ubicado en el edificio A-3 dentro de la FES-Iztacala.

Programas:

SPSS versión 10, Word, y Excell

Lugar

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en los salones de clase de los alumnos de la escuela preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz” y del Colegio de Bachilleres plantel No 1, ambos de aproximadamente 5.5.m por 4.5 m, con 40 pupitres, 1 pizarrón.

Variables

Definición Conceptual y Operacional

Variable	Conceptual	Operacional
Ideación Suicida	Considerada como los pensamientos asociados al deseo de morir, de quitarse la vida y de planeación del acto.	Puntaje en escala de Roberts E: (1988)
Actitudes Disfuncionales	Contemplada como las cogniciones que la persona manifiesta acerca de sí mismo, en términos de lo que implica ser feliz, hacer las cosas correctamente, ser reconocido y aceptado, pero en forma disfuncional o desajustada	Puntaje de (poner el número de reactivos usados) reactivos de la Escala de actitudes disfuncionales (DAS-A) de Weissman y Beck (1978)
Estado Emocional	Referido como la percepción del estado emocional identificado con las polaridades: Nervioso-Calmado,	Puntaje de la escala de Lara, Acebedo y Luna (2001)

	Triste/abatido-Feliz.	
--	-----------------------	--

Definición Metodológica:

Variable Independiente: Ideación Suicida

Variables Dependientes: Actitud Disfuncional y Estado emocional

Escalas y Confiabilidad:

Instrumento	Escala y reactivos	Confiabilidad
Ideación Suicida. Escala de Roberts E. (1988).(VEASE ANEXO 1)	La escala de ideación suicida consta de 4 reactivos	.76
Escala de Actitudes disfuncionales (DAS-A) de Weissman y Beck, (1978). (VEASE ANEXO 2)	La escala de actitudes disfuncionales (DAS-A), esta compuesta por 18 reactivos	.80
Escala de Trastornos Emocionales de Berwick, Murphy, Goldam, Ware, Barsky y Weinstein (1991), probada en población mexicana por Lara, Acebedo y Luna (2001). (VEASE ANEXO 3)	La escala de estado emocional consta de 5 reactivos	.78
Inventario de Datos sociodemográficos. (VEASE ANEXO 4)	El inventario esta compuesto por 23 reactivos.	

Procedimiento:

- o Preparación y adecuación de los instrumentos a aplicar.
- o Selección e identificación de las Instituciones educativas para aplicar los instrumentos.
- o Solicitud del permiso correspondiente, por medio de una carta dirigida a la Institución correspondiente, la cual fue expedida por la Jefatura de Psicología.
- o Identificación y selección de la muestra por escuela
- o Aplicación del instrumento, de acuerdo al siguiente orden:
 - Presentación de los (as) aplicadores (as) a los alumnos y al profesor (a).
 - Toma de lista donde los alumnos apuntaron su nombre. Se les indicó que ello era solo para informar a las autoridades del plantel de quienes participaron.
 - Recepción de la lista y de acuerdo a ella se entregaron en orden los cuestionarios, para certificar el número de folio con el de la lista.
 - Entrega de los cuestionarios, donde se indico que el orden era primero dar lectura de la primera hoja, todos juntos, para posteriormente dar inicio a la contestación del mismo. Se subrayó la importancia de cada joven y de que si no querian, no tenían porque contestar el cuestionario. Pero que si decidían hacerlo se esforzaran por contestar todas las preguntas de acuerdo a lo que piensan sienten y viven. Ya que ello incluso podría ayudarlos. Y que cualquier duda sería aclarada en el momento.
 - Inicio de la aplicación, pidiendo que durante ese lapso no platicaran entre ellos ya que era individual. No porque no copiaran, sino porque era importante que cada quien pusiese atención de acuerdo a lo que estaba viviendo en lo personal. El aplicador(a) se sentó (a) en una esquina estando atento (a) a cualquier duda.
 - Recepción de los cuestionarios, hasta recibir el último.
 - Se dieron las gracias al grupo y al profesor.
 - o Vaciado de resultados arrojados por el instrumento en el programa SPSS 10.
 - o Descripción y análisis estadístico de la información arrojada.
 - o Elaboración del reporte final.

CAPITULO IV.

ANALISIS DE RESULTADOS.

En este capítulo se presentan los resultados encontrados en ésta investigación. Para lo cual, en primer lugar se muestra el análisis de los datos sociodemográficos encontrados, para posteriormente describir las propiedades estadísticas de las escalas, continuar con el procedimiento para la asignación de los criterios de calificación por cada sub-escala, para terminar con la comparación estadística de los grupos de jóvenes con ideación suicida y sin ideación suicida y el análisis de regresión lineal.

4.1. Características sociodemográficas de la muestra.

Las características sociodemográficas en los 1628 estudiantes de Educación Media Superior, tanto de la escuela preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz” como del Colegio de Bachilleres plantel 1, indican que (observar tabla 1) en ambas escuela se presenta una mayor frecuencia de estudiantes del sexo femenino, con edades entre los 14 y 17 años, en su mayoría inscritos en el primer año escolar, con estado civil soltero, sin que se registren diferencias significativas entre ambas poblaciones. Los datos indican además que en general la economía del hogar depende de ambos padres, que la mayoría de la población ha vivido su infancia y adolescencia con ambos padres y hermanos, las situaciones perturbantes que han vivido en los últimos tres meses son por cuestiones familiares y de pareja, la mayoría de los estudiantes reportan no consumir algo para sentirse bien, y una minoría en ambas escuelas reportan consumir cigarros para sentirse bien, y que en los casos que han recibido atención psicológica la causa ha sido por trastornos emocionales, y en su mayoría los estudiantes reportan que ninguna persona cercana a ellos se ha suicidado o lo ha intentado; solo el 19.1% del Colegio de Bachilleres y el 27.3% de la Preparatoria Sor Juana Inés de la Cruz reportan que alguna persona cercana a ellos se ha suicidado o a intentado suicidarse.

Tabla 1. Datos generales de los estudiantes de la escuela preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz” y del Colegio de Bachilleres plantel 1.

<i>Ítems</i>	<i>Categorías</i>	<i>Frecuencias Colegio de Bachilleres plantel 1.</i>	<i>Frecuencias Preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz”.</i>
1.1 Edad.	De 14-17 años.	644 (83.3 %)	652 (75.1 %)
	De 18-21 años.	124 (16 %)	202 (23.7 %)
1.2 Sexo.	Masculino.	289 (37.4 %)	365 (42.7 %)
	Femenino	482 (62.4%)	487(57 %)
1.3 Año escolar	1er año.	402 (52 %)	376 (44 %)
	2do. Año	107 (13.8 %)	271 (31.7 %)
	3ro.	255 (33 %)	208 (24.3 %)
1.6 Edo. Civil.	Soltero	737 (95.3 %)	822 (96.1%)
	Casado	23 (2.9 %)	27 (3.1 %)
1.8 Sostén económico de tu familia.	Ambos padres.	303 (39.2 %)	333 (38.9 %)
	Padre	275(35.6 %)	313 (36.6 %)
	Madre	105 (13.6 %)	82 (9.6 %)
1.9 Tu infancia y adolescencia la viviste con:	Papá, mamá y hermanos.	519 (67.1 %)	607 (71 %)
	Papá y mamá	93 (12%)	91 (10.6 %)
	Con ambos padres o algunos de los padres y otros familiares	129 (16.7 %)	112 (13 %)
1.10 Padeces alguna enfermedad que requiera tratamiento continuo.	No.	699 (90.4%)	770 (90.1 %)
	Si.	55 (7.1%)	54 (6.3%)
1.11 ¿Cuál enfermedad?	Problemas en vías respiratorias	16 (29.1%)	14 (25.9 %)

	Otras	10 (18.2 %)	17 (31.5 %)
1.12 ¿Acostumbra o necesitas consumir alguna de las siguientes sustancias con frecuencia para sentirte bien?	Si, Cigarros	39 (5 %)	64 (7.5%)
	No consumo algo para sentirme bien	610 (78.9 %)	562 (65.7 %)
	Café	28 (3.6 %)	32 (3.7 %)
1.13 ¿En los últimos tres meses has vivido situaciones que han perturbado o alterado tu vida?	No	452 (58.5 %)	487 (57 %)
	Si	297 (38.4 %)	338 (39.5 %)
1.14 Estas situaciones que han perturbado o alterado tu vida se relacionan con:	La familia	106 (39.1 %)	115 (31.6 %)
	La pareja	40 (23 %)	44 (20.8 %)
	Escuela	20 (9.8 %)	36 (19 %)
1.17 Tu preferencia sexual es:	Heterosexual	705 (91.2 %)	741 (86.7 %)
	Homosexual	10 (1.3 %)	9 (1.1 %)
	Bisexual	14 (1.8 %)	22 (2.6%)
1.20 ¿Has recibido atención psicológica o psiquiátrica?	No	663 (85.8 %)	696 (81.4 %)
	Si	103 (13.3 %)	145 (17 %)
1.21 La causa por la que recibiste atención psicológica o psiquiátrica fue?	Trastornos emocionales (depresión, ansiedad, etc.)	31 (28.5 %)	49 (29.7 %)
	Problemas escolares	24 (20.9 %)	41(24.3 %)
	Problemas familiares	27(26.2 %)	30 (17.3 %)
1.22 ¿Crees que has sido víctima de situaciones humillantes?	No	513 (66.4 %)	580 (67.8 %)
	Si	257 (33.2 %)	273 (31.9 %)
1.23 ¿Alguna persona cercana a ti se ha suicidado o a intentado suicidarse?	No	623 (80.6 %)	617 (72.2 %)
	Si	148 (19.1%)	233 (27.3 %)

Tabla 1. En esta tabla se muestran los datos generales más relevantes de los estudiantes de la escuela preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz” y del Colegio de Bachilleres plantel 1. Se adjunta la frecuencia como el porcentaje encontrado.

4.2 Propiedades estadísticas de las escalas.

En este apartado se presentarán las propiedades estadísticas de las sub-escalas empleadas en la investigación, de acuerdo a los siguientes criterios de los reactivos: Discriminación, sensibilidad, confiabilidad y validez.

4.2.1 Discriminación y sensibilidad de las escalas

Para el análisis de la discriminación de las escalas que se emplearon en la presente investigación (véase tabla 2, 3 y 4), lo que se hizo fue aplicar la prueba *t de Student*, por cada reactivo para comparar los puntajes bajos y altos y así identificar si los reactivos discriminaban entre ambos valores. Y para obtener la sensibilidad se analizaron los promedios, la desviación estándar, la kurtosis y el sesgo.

Discriminación

En las tablas 2 3 y 4 se muestran los valores obtenidos con la prueba *t de Student*, los grados de libertad (gl) y la probabilidad, de lo que se desprende que en las tres sub-escalas (Actitudes Disfuncionales, Estado Emocional e Ideación Suicida) se obtiene el criterio de discriminación de todos los reactivos seleccionados, con diferencia significativa entre las puntuaciones bajas y altas ($p < 0.05$), observando que en la mayoría de los casos los grados de libertad son distintos, ya que la varianza tuvo que igualarse.

Reactivos	Promedio bajo	Promedio alto	t de Student	Gf	Probabilidad
2.1	1.49	2.40	-5.565	66.927	< 0.05
2.2	2.02	3.74	-12.298	1457	<0.05
2.3	1.81	3.37	-9.034	67.229	<0.05
2.5	1.76	3.51	-10.890	67.216	<0.05
2.6	1.71	3.38	-8.984	66.628	<0.05
2.7	2.01	4.32	-19.788	75.346	<0.05
2.8	1.78	3.11	-7.549	67.271	<0.05
2.10	2.14	3.68	-10.393	68.459	<0.05
2.11	1.61	3.66	-14.565	67.596	<0.05
2.12	1.53	3.17	-9.952	65.871	<0.05
2.13	1.43	3.05	-9.179	65.955	< 0.05
2.15	2.39	4.05	-11.825	71.574	<0.05
2.16	1.66	3.17	-10.381	67.373	<0.05
2.17	1.69	2.63	-5.363	68.087	<0.05
2.18	1.57	2.83	-7.937	66.386	<0.05
2.21	2.44	3.78	-8.913	1457	<0.05
2.22	1.57	2.91	-8.286	66.750	<0.05
2.23	1.43	2.51	-6.872	66.389	<0.05

Tabla 2. Discriminación de reactivos de la escala de *Actitudes Disfuncionales*.

Reactivos	Promedio Bajo	Promedio Alto	t de Student	Gf	Probabilidad
2.85	2.66	5.01	-20.482	113.359	< 0.05
2.86	2.73	4.96	-25.160	137.135	<0.05
2.87	2.25	5.66	-51.914	187.726	<0.05
2.88	1.53	5.31	-37.831	1446	<0.05
2.89	1.83	4.74	-25.830	1446	<0.05

Tabla 3. Discriminación de reactivos de la escala de *Estado Emocional*.

Reactivos	Promedio Bajo	Promedio Alto	t de Student	Gl	Probabilidad
3.3	0.27	2.74	-13.990	110.644	< 0.05
3.4	0.22	3.45	-20.221	110.807	<0.05
3.5	0.11	3.24	-18.025	109.805	<0.05
3.6	.0246	2.25	-12.113	108.112	<0.05

Tabla 4. Discriminación de reactivos de la escala de *Ideación Suicida*.

Sensibilidad

En las tablas 5, 6 y 7 se presenta el promedio de cada reactivo, la desviación estándar, los valores mínimo, máximo, kurtosis y sesgo. Al efectuar el análisis de los valores encontrados se desprende que en el caso del promedio de los reactivos la mayoría caen en valores bajos (debajo de tres), e lo que se esperaba en razón de que la a población es normal. En cuanto a los valores de mínimo y máximo todos cubren el rango (0 a 5). Así mismo se encontró que en todos los reactivos de las tres escalas el sesgo es positivo, lo que indica que los casos extremos se van hacia los valores altos, como se esperaba; por otra parte en la escala de Actitudes Disfuncionales se obtuvieron valores altos en el sesgo y la kurtosis específicamente en los reactivos 2.1, 2.13 y 2.23 en el caso de la sub-escala de Estado Emocional en 3 de los reactivos (2.85, 2.86 y 2.87) el sesgo es menor de 1 y en esos mismos reactivos la kurtosis es negativa, lo cual indica que hay un aplanamiento en la curva de distribución normal. Por último en la sub-escala de Ideación suicida tanto el sesgo como la kurtosis tienen valores altos, lo que implica que en razón de que se registran conductas disfuncionales lo que se espera es que se encuentren valores extremos que se reflejan en el sesgo y la kurtosis.

Reactivos	Promedio	D.E	Mínimo	Máximo	Sesgo	Kurtosis
2.1	1.59	0.991	0	5	1.882	3.326
2.2	2.18	1.179	0	5	0.619	-0.500
2.3	1.97	1.130	0	5	0.949	0.177

2.5	1.92	1.064	0	5	1.080	0.653
2.6	1.87	1.109	0	5	1.214	0.721
2.7	2.23	1.347	0	5	0.756	-0.620
2.8	1.92	1.129	0	5	1.080	0.481
2.10	2.29	1.094	0	5	0.531	-0.186
2.11	1.80	1.033	0	5	1.327	1.380
2.12	1.69	0.095	0	5	1.311	1.805
2.13	1.61	1.002	0	5	1.808	2.888
2.15	2.55	1.227	0	5	0.337	-0.911
2.16	1.81	0.980	0	5	1.189	1.166
2.17	1.81	1.198	0	5	1.331	0.745
2.18	1.69	0.896	0	5	1.291	1.938
2.21	2.60	1.245	0	5	0.273	-0.738
2.22	1.73	1.002	0	5	1.346	1.452
2.23	1.55	0.898	0	5	1.804	3.463

Tabla 5. Sensibilidad de reactivos de la escala de *Actitudes Disfuncionales*

Reactivos	Promedio	D.E	Mínimo	Máximo	Sesgo	Kurtosis
2.85	2.98	1.45	0	6	0.508	-0.664
2.86	3.04	1.47	0	6	0.271	-0.996
2.87	2.74	1.67	0	6	0.622	-0.870
2.88	2.00	1.46	0	6	1.394	0.832
2.89	2.20	1.39	0	6	1.104	0.296

Tabla 6. Sensibilidad de reactivos de la escala de *Estado Emocional*.

Reactivos	Promedio	D.E	Mínimo	Máximo	Sesgo	Kurtosis
3.3	0.53	1.07	0	5	2.670	7.201
3.4	0.53	1.18	0	5	2.662	6.529
3.5	0.41	1.11	0	5	3.099	8.983
3.6	0.21	0.80	0	5	4.702	22.808

Tabla 7. Sensibilidad de reactivos de la escala de *Ideación Suicida*.

4.2.2. Confiabilidad y Validez de las escalas.

Los resultados obtenidos para la confiabilidad y validez fueron los siguientes.

Confiabilidad.

La escala de Actitudes Disfuncionales obtuvo un valor de alfa de Cronbach de .80 ($p < 0.05$); la Escala de Estado Emocional un valor de alfa de Cronbach de .78 ($p < 0.05$) y la escala de Ideación suicida un valor de alfa de Cronbach de .76 ($p < 0.05$) los cuales pueden considerarse aceptables, al superar el valor de 0.70. Con respecto a la prueba T de Hotelling's, en la escala de Actitud Disfuncional se obtuvo un valor de 2242.30, con 130.60 grados de libertad, la segunda Escala de Estado Emocional, adquirió un valor de 1271.63, con 317.3228 grados de libertad en dicha prueba y la tercera y ultima escala de Ideación suicida, tuvo un valor de 251.6241, con 83.7686 grados de libertad, las tres escalas tienen una significancia de .000, lo que indica que en las tres sub-escalas la correlación entre reactivos es suficiente para identificar confiabilidad.

	Alpha de Cronbach	T de Hotelling	Gl	Probabilidad
Actitud Disfuncional	0.80	2242.3052	130.6032	0.000

Tabla 8. Confiabilidad de la escala de *Actitudes Disfuncionales*

	Alpha de Cronbach	T de Hotelling	Gl	Probabilidad
Estado Emocional	0.78	1271.6358	317.3228	0.000

Tabla 9. Confiabilidad de la escala de *Estado Emocional*.

	Alpha de Cronbach	T de Hotelling	Gl	Probabilidad
Ideación Suicidad	0.76	251.6241	83.7686	0.000

Tabla 10. Confiabilidad de la escala de *Ideación Suicida*.

Validez.

Para la validez de constructo se realizó un análisis de factores confirmatorio de componentes principales con rotación varimax; buscando identificar que los factores correspondiesen a lo que pretendía medir con las escalas mencionadas anteriormente, de manera que fuese posible reconocer en cada escala si los reactivos registraban lo que se esperaba teóricamente.

Al aplicar el Análisis de factores para la escala de Actitudes Disfuncionales se encontró que los factores identificados fueron 4, los cuales se mencionan a continuación (véase tabla 11): El primer factor identificado con “Perfeccionismo”, conformado por los reactivos: 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.10, 2.11, 2.15, 2.16, 2.21 y que explica el 13.82% de la varianza. El segundo factor denominado aceptación incondicional consta de los reactivos: 2.13, 2.18, 2.22, 2.23 y explica el 12.40% de la varianza. El tercer factor denominado “Aceptación” de los demás integrado por los reactivos: 2.2, 2.3, 2.12, explicando el 9.64% de la varianza. Por ultimo el cuarto factor denominado “Aceptación” de sí mismo el cual esta conformado por los reactivos 2.1 y 2.17 explicando el 7.46% de la varianza. Estos 4 factores en conjunto explican el 43.33% de varianza. Así mismo de acuerdo a la prueba de esfericidad de Bartlett X^2 obtuvo 4619.14 $p = 0,000$; con 153 grados de libertad, lo que identifica que la agrupación de factores es adecuada por lo que se concluye que existe validez en esta escala (véase tabla 11).

<i>Actitud Disfuncional</i>	Nombre	Varianza Explicada	Reactivos	Alpha de Cronbach
Factor 1	Perfeccionismo	13.822%	2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.10, 2.11, 2.15, 2.16, 2.21	0.72
Factor 2	Aceptación incondicional	12.400%	2.13, 2.18, 2.22, 2.23	0.5853
Factor 3	Aceptación de los demás	9.648%	2.2, 2.3, 2.12	0.5816

Factor 4	Aceptación de sí mismo	7.462%	2.1 y 2.17	0.3906
----------	------------------------	--------	------------	--------

Tabla 11. Factores correspondientes a la escala de *Actitudes Disfuncionales*.(Vease anexo 5)

Por otra parte al aplicar el análisis de factores para la sub-escala de Estado Emocional, se encontró un solo factor denominado: malestar emocional el cual explica el 54.565 % de la varianza, así mismo el valor que se derivó de la prueba de esfericidad de Bartlett X^2 fue: 2613.006 $p = 0,000$; con 10 grados de libertad, lo cual muestra que la agrupación de los reactivos en este caso en un solo factor es favorable ya que se concentran en lo que realmente se quiere medir, es decir, se mide el malestar emocional, lo cual demuestra la existencia de validez (véase tabla 12).

<i>Estado Emocional</i>	Nombre	Varianza Explicada	Reactivos	Alpha de Cronbach
Factor 1	Malestar emocional	54.565 %	2.85, 2.86, 2.27, 2.88, 2.89	0.78

Tabla 12. Factor de la escala de *Estado Emocional*.

Por ultimo el análisis de factores aplicado a la sub-escala de Ideación Suicida arrojó un solo factor al cual nombramos: presencia o no presencia de Ideación Suicida, este factor explica el 60.065% de la varianza, cabe mencionar que los valores de la prueba de esfericidad de Bartlett X^2 fueron los siguientes 1654.351 $p = 0,000$; con 6 grados de libertad. Podemos concluir que en esta sub-escala los reactivos también se agrupan de manera favorable y se mide lo deseado, lo cual comprueba la validez de dicha sub-escala (véase tabla 13).

<i>Ideación Suicida</i>	Nombre	Varianza Explicada	Reactivos	Alpha de Cronbach
Factor 1	Presencia o no presencia de Ideación Suicida	60.065 %	3.3, 3.4, 3.5 y 3.6	0.76

Tabla 13. Factor de la escala de *Ideación Suicida*

4.2.3 Datos Estadísticos Generales de las Escalas.

Una vez identificadas las propiedades estadísticas de las tres sub-escalas, y establecida la confiabilidad y la validez se procedió a la descripción estadística de las puntuaciones por sub-escala. De acuerdo al siguiente orden:

1) Descripción de las puntuaciones brutas a partir del promedio, la desviación estándar, el mínimo, el máximo, el sesgo, la kurtosis, histograma y gráfica de cajas de sesgos para identificar el comportamiento general de cada escala.

2) Descripción de las puntuaciones estándar, de acuerdo a la siguiente escala. El valor 1 a las puntuaciones ubicadas debajo de dos desviaciones estándar a la izquierda de la media, el valor 2 a las puntuaciones ubicadas arriba de dos desviaciones estándar y debajo de una desviación estándar a la izquierda de la media, el valor 3 a las puntuaciones ubicadas arriba de una desviación estándar debajo de la media y debajo de una desviación estándar arriba de la media, el valor 4 a las puntuaciones ubicadas arriba de una desviación estándar arriba de la media y debajo de 2 desviaciones estándar arriba de la media y el valor 5 a las puntuaciones ubicadas arriba de 2 desviaciones estándar arriba de la media

Descripción de los puntajes brutos.

Las puntuaciones de actitud disfuncional oscilaron entre 11 y 82. Así mismo observamos que el promedio es de 34.81 con una desviación estándar de 9.52 por otro lado el sesgo en Actitud Disfuncional se presenta en los valores altos. Además en el histograma de barras se observa claramente que los datos extremos se registran a la derecha de la curva, en los valores altos de actitud disfuncional (que es lo que se espera) como se observa en la figura 1.

	Promedio	D.E.	Mín.	Max.	Sesgo	Kurtosis
Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck (1978) (DAS-A).	34.81	9.52	11	82	0.68	0.89

Tabla 14. Datos Estadísticos generales.

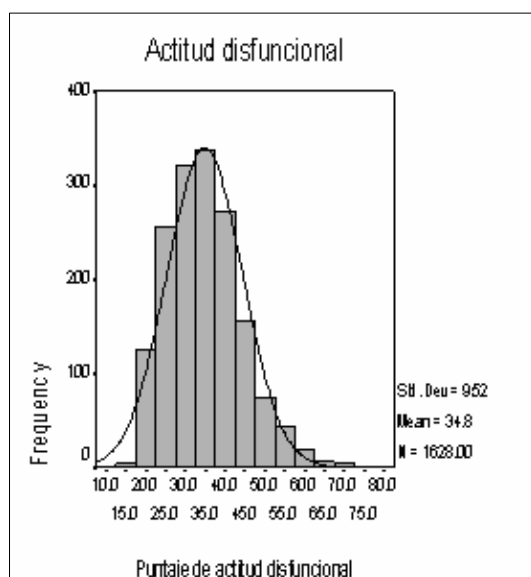


Figura 1. Histograma de puntajes totales de actitudes Disfuncionales en estudiantes de la escuela preparatoria Sor Juana Inés de la Cruz” y del Colegio de Bachilleres plantel 1.

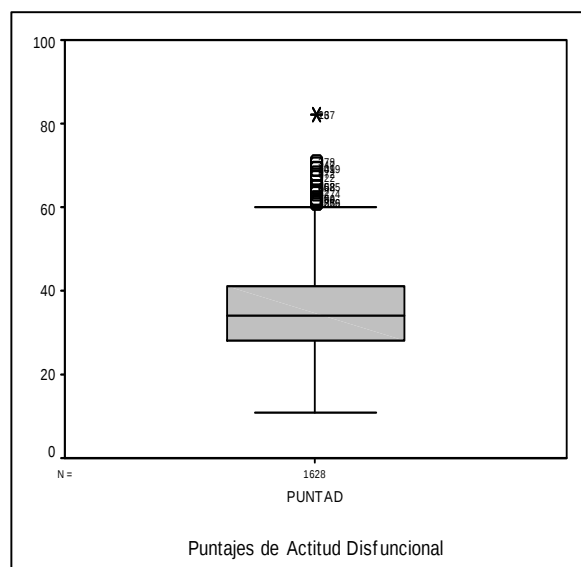


Figura 2. Gráfica de caja de sesgos de los puntajes de actitudes Disfuncionales en estudiantes de la escuela preparatoria Sor Juana Inés de la Cruz” y del Colegio de Bachilleres plantel

Las puntuaciones de estado emocional oscilaron entre 0 y 30, el promedio fue de 12.9478, observando un sesgo positivo menor a uno, que de igual forma que en Actitud Disfuncional los datos extremos se registran en los valores altos y una kurtosis negativa lo cual indica que los datos están dispersos (vease figura 3)

	Promedio	D.E.	Mín.	Max.	Sesgo	Kurtosis
Escala de Trastornos Emocionales de Berwick, Murphy, Goldam, Ware, Barsky y Weinstein (1991) (ETEM)	12.9478	5.5	0	30	0.779	-0.039

Tabla 15. Datos Estadísticos generales.

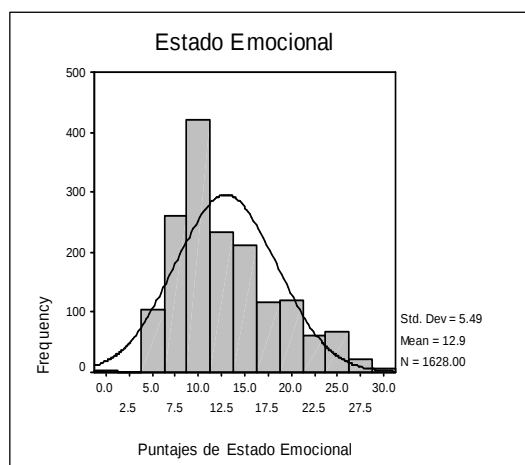


Figura 3. Histograma de puntajes totales de la escala de Estado Emocional aplicada en los estudiantes de la escuela preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz” y del Colegio de Bachilleres plantel 1.

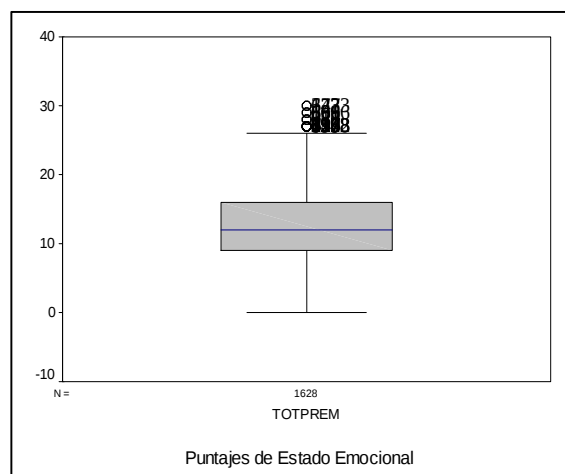


Figura 4. Gráfica de caja de sesgos de los puntajes de Estado Emocional en estudiantes de la escuela preparatoria Sor Juana Inés de la Cruz” y del Colegio de Bachilleres plantel 1.

Por último en la figura 5 podemos observar que las puntuaciones de Ideación suicida oscilaron entre 0 y 20. Con un promedio de 1.6628, como podemos observar el sesgo es positivo y mayor a uno, los datos extremos se encuentran ubicados en los valores más altos, y la kurtosis es de 8.6 lo que indica que la mayoría de los datos se encuentra más agrupados en los valores centrales (vease figura 5).

	Promedio	D.E.	Mín.	Max.	Sesgo	Kurtosis
Escala de Ideación suicida de Roberts E. (1988).	1.6628	3.1999	0	20	2.827	8.6117

Tabla 16. Datos Estadísticos generales.

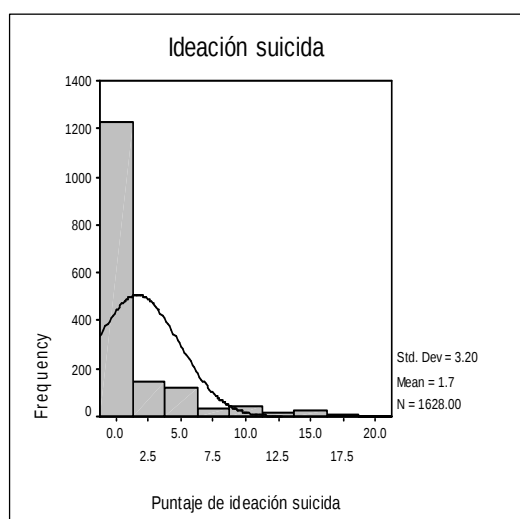


Figura 5. Histograma de puntajes totales de la escala de Ideación suicida la cual fue aplicada en los estudiantes de la escuela preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz” y del Colegio de Bachilleres plantel 1.

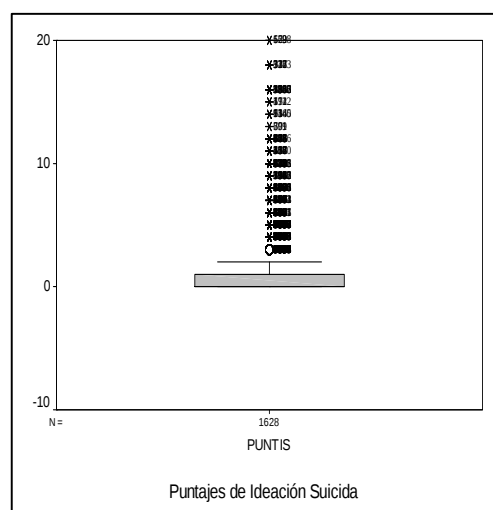


Figura 6. Gráfica de caja de sesgos de puntajes totales de Ideación Suicida la cual fue aplicada en los estudiantes de la escuela preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz” y del Colegio de Bachilleres plantel 1.

4.2.4 Descripción de los datos con la Escala Estandarizada

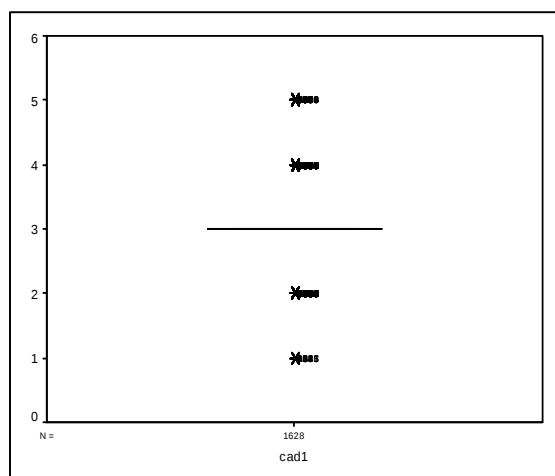
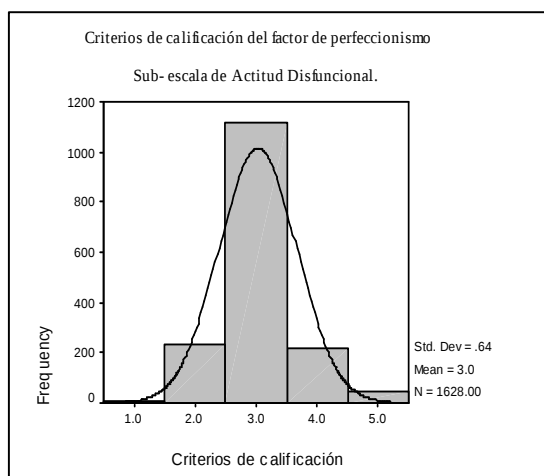
Con el propósito de generar un criterio para posibilitar la comparación entre escalas, y establecer el criterio estadístico para identificar a los jóvenes con y sin ideación suicida se establecieron las escalas estandarizadas para cada sub-escala. Para la descripción, al igual que con las puntuaciones brutas, se obtuvo la frecuencia, el promedio, la desviación estándar, el sesgo y la kurtosis para cada una de las 3 sub-escalas. Cabe mencionar que para la sub-escala de Actitudes Disfuncionales se realizó este procedimiento para cada uno de los 4 factores que la integran y que ya se habían mencionado con anterioridad.

Descripción de la sub- escala de Actitudes Disfuncionales, de acuerdo a la escala estandarizada.

Como podemos observar en las tablas 17, 18, 19 y 20 la mayoría de la población se encuentra ubicada en los valores bajos representados por los criterios 1, 2 y 3, en cada uno de los 4 factores que integran la sub-escala de actitudes disfuncionales. Así, en el factor 1 el 84 % de la población total sea ubica entre los valores 1-3, mientras que el 16% restante obtuvo puntuaciones altas representadas por los valores 4 y 5, lo cual indica que menos del 20% presenta alto grado de actitudes disfuncionales relacionadas con el factor denominado “Perfeccionismo”. Lo cual se puede apreciar con mayor claridad en las figuras 7 y 8. En el factor 2 (aceptación incondicional) el 87.8 % de población total se concentró entre los valores 1 y 3, mientras que el 12.2% obtuvo puntuaciones altas representadas por los criterios 4 y 5. Por lo que respecta al factor 3 (aceptación de los demás) el 85.5 % de la población se ubica entre los valores 1 y 3, que corresponde de igual forma a valores bajos, y el 14.4 % se ubican en los criterios 4 y 5 de valores altos. Por último, con relación al factor 4 (aceptación de sí mismo), el 84.8 % de la población obtuvo valores bajos y el 14% valores altos. Lo cual también se aprecia en las graficas 9, 10, 11, 12, 13 y 14.

Código	Rango F1AD	Frecuencia
1	Menor 4.03	10 (0.6 %)
2	4 a 7	236 (14.5%)
3	7.1 a 14	1121(68.9%)
4	14.1 a 18	218 (13.4%)
5	Mayor de 18.1	43 (2.6%)

Tabla 17. Criterios de calificación para el factor1 (F1AD) “perfeccionismo” de la sub-escala de Actitudes Disfuncionales.



Cad2	Rango F2AD	Frecuencia
1	Menor a 1.52	3 (.2%)
2	1 a 4	435 (26.7%)
3	4.1 a 9	991 (60.9%)
4	9.1 a 11	116 (7.1%)
5	Mayor a 11.1	83 (5.1%)

Tabla 18. Criterios de calificación para el factor 2 (F2AD) “aceptación incondicional” de la sub-escala de Actitudes Disfuncionales.

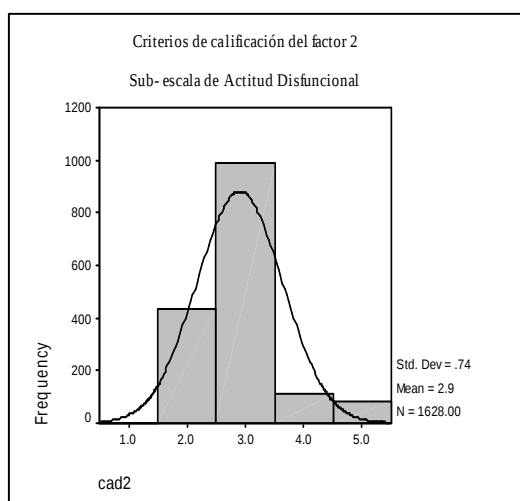


Figura 9. Histograma de los criterios de calificación del factor 1 (perfeccionismo) de la sub-escala de actitudes disfuncionales la cual fue aplicada en los estudiantes de la escuela preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz” y del Colegio de Bachilleres plantel 1.

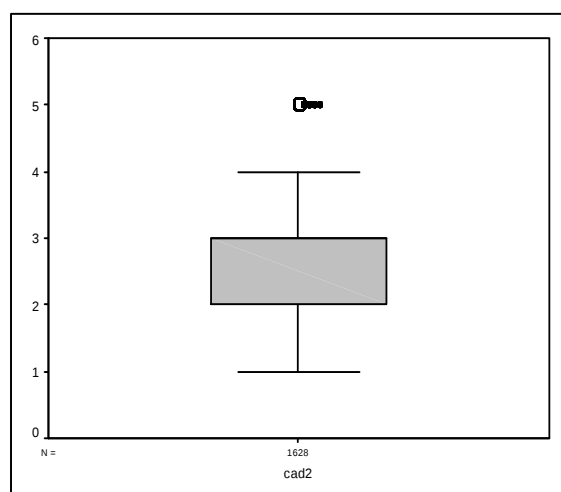
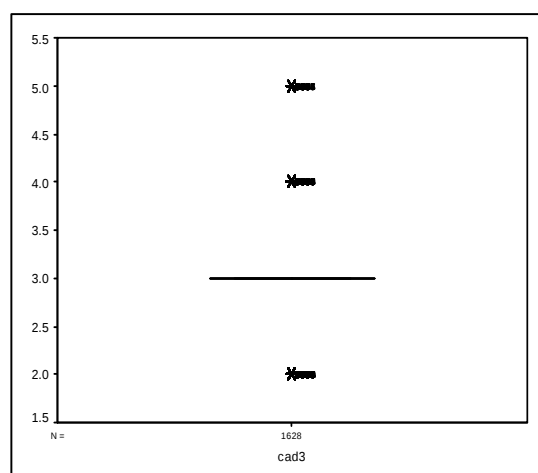
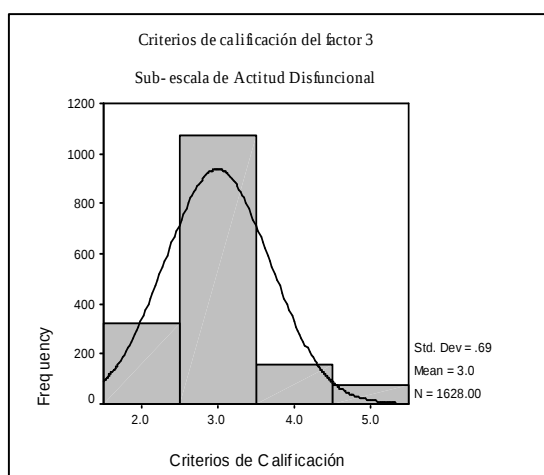


Figura 10. Grafica de caja de sesgos se pueden observar los criterios de calificación del factor 1 (perfeccionismo) de la sub-escala de actitudes disfuncionales la cual fue aplicada en los estudiantes de la escuela preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz” y del Colegio de Bachilleres plantel 1.

Cad3	Rango F3AD	Frecuencia
2	1 a 3	321 (19.7%)
3	3.1 a 8	1072 (65.8%)
4	8.1 a 10	161 (9.9%)
5	Mayor a 10.1	74 (4.5%)

Tabla 19. Criterios de calificación para el factor 3 (F3AD) “aceptación de los demás” de la sub-escala de Actitudes Disfuncionales.



Cad4	Rango F4AD	Frecuencia
2	0 a 1	20 (1.2%)
3	1.1 a 5	1380 (84.8%)
4	5.1 a 6	135 (8.3%)
5	Mayor de 6.1	93 (5.7%)

Tabla 20. Criterios de calificación para el factor 4 “aceptación de sí mismo” de la sub-escala de Actitudes Disfuncionales.

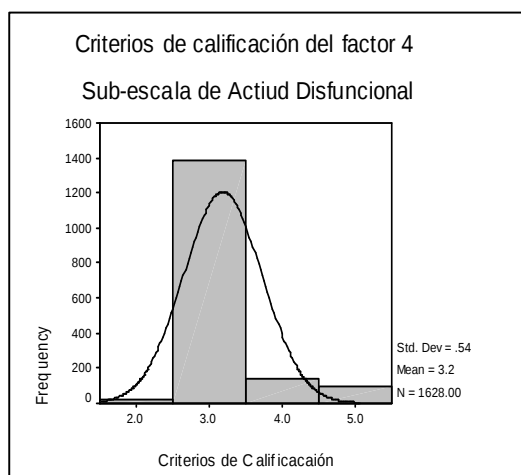


Figura 13. Histograma de los criterios de calificación del factor 4 (aceptación de sí mismo) de la sub-escala de actitudes disfuncionales la cual fue aplicada en los estudiantes de la escuela preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz” y del Colegio de Bachilleres plantel 1.

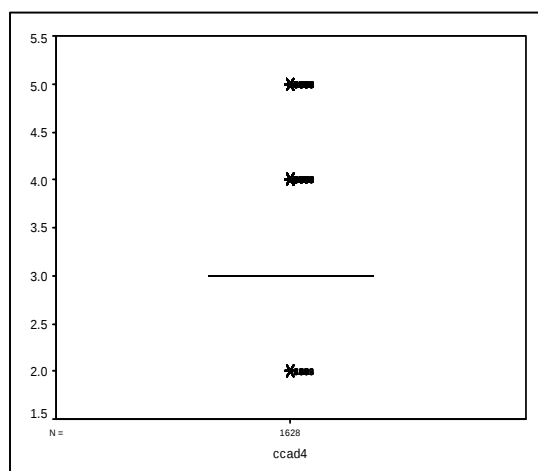


Figura14. Gráfica de caja de sesgos de los criterios de calificación del factor 4 (aceptación de sí mismo) de la sub-escala de actitudes disfuncionales la cual fue aplicada en los estudiantes de la escuela preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz” y del Colegio de Bachilleres plantel 1

Descripción de la sub-escala de Estado Emocional de acuerdo a la escala estandarizada.

En la tabla 21 podemos ver que la mayoría de la población se encuentra ubicada en los valores bajos representados por los criterios 1, 2 y 3, los cuales en su conjunto representan el 82.3% de la población total mientras que el 16.9 % restante tienen valores altos lo cual indica que esta población tiene un estado emocional negativo alto.

Codigo	EEM	Frecuencia
1	Menor 1.9	4(.2%)
2	2 a7	230 (14.1%)
3	7.1 a 18	1119 (68%)
4	18.1 a 23	180 (11.1%)
5	Mayor de 23.1	95 (5.8%)

Tabla 21. Criterios de calificación para la sub-escala de *Estado Emocional*

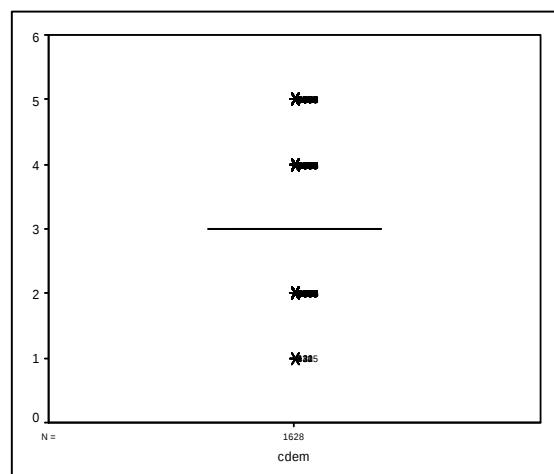
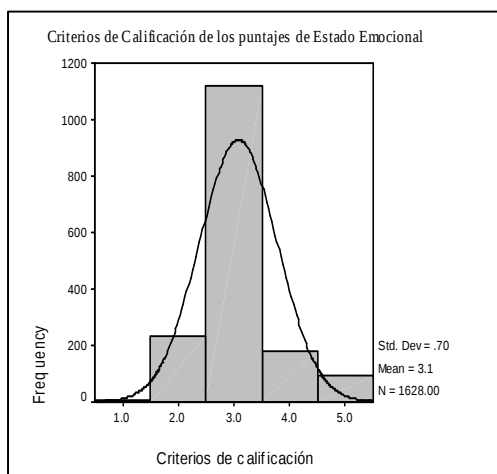


Figura15. Histograma de los criterios de calificación de la sub-escala de Estado Emocional la cual fue aplicada en los estudiantes de la escuela preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz” y del Colegio de Bachilleres plantel 1.

Figura 16. Grafica de caja de sesgos de los criterios de calificación de la sub-escala de Estado Emocional la cual fue aplicada en los estudiantes de la escuela preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz” y del Colegio de Bachilleres plantel 1

Descripción de la sub- escala de Ideación Suicida.

En las tabla 22 se muestra que la mayoría de la población se encuentra ubicada entre los criterios 1 y 3 lo cual representa el 87.9% de la población total, aunque el porcentaje mayor se encuentra en 0 que es como se esperaba en una población normal, lo cual indica que al estar dentro de los valores bajos esta población no presenta ideación suicida, mientras que el 12.2% tienen valores altos lo cual indica que esta población tiene presencia de Ideación suicida en alto grado.

Código	IS	Frecuencia
1	0	880 (54.1%)
2	0.5 a 1	348 (21.4%)
3	1.1 a 4	193 (11.9%)
4	4.1 a 7	97 (7.1%)
5	Mayor de 7.1	110 (5.1%)

Tabla 21. Distribución de puntuaciones para la sub-escala de *Ideación suicida*.

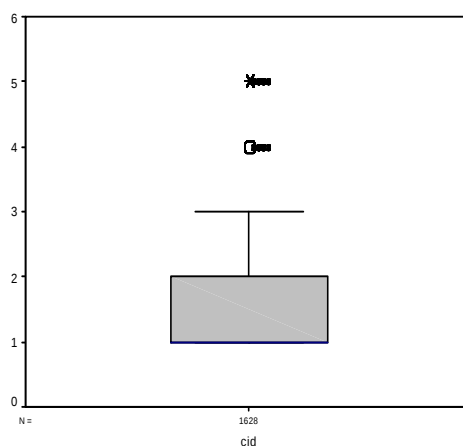
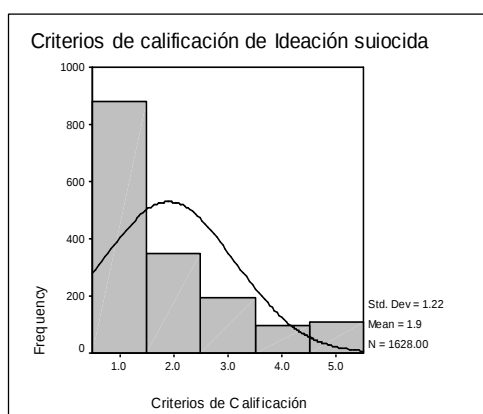


Figura17. Histograma de los criterios de calificación de la sub- escala de Ideación suicida la cual fue aplicada en los estudiantes de la escuela preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz” y del Colegio de Bachilleres plantel 1.

Figura 18. Grafica de caja de sesgos de los criterios de calificación de la sub- escala de Ideación Suicida la cual fue aplicada en los estudiantes de la escuela preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz” y del Colegiode Bachilleres plantel 1.

4.3 Comparación de los grupos: Con Ideación y Sin Ideación por cada una de las sub-escalas.

Para la comparación de los promedios de Ideación Suicida entre los grupos identificados con valores 1 y 5 (los valores extremos de la escala estandarizada) en cada una de las sub-escalas, se usó la prueba t de Student, registrando los siguientes resultados.

Con respecto a Actitud Disfuncional (AD), lo que se encontró (véase tabla 22) fue que solo en el Factor 4 (“aceptación de si mismo”) no se identificaron diferencias significativas entre los grupos. En tanto que en el Factor 1 de AD (“perfeccionismo”) se encontró que los jóvenes con valores bajos de Actitud Disfuncional presentaron un promedio significativamente menor de Ideación Suicida ($p < 0.05$) (véase Tabla 22) que los jóvenes con valores altos de AD. Respecto al Factor 2 (“aceptación de incondicional”) y al Factor 3 (aceptación de los demás) aunque se encontró diferencia significativa ($p < 0.05$) entre los grupos esta fue mínima (ver tabla 22). Por último, en la sub-escala de Estado emocional (EM) se encontró diferencia significativa ($p < 0.05$) entre las puntuaciones de los jóvenes con Ideación Suicida y sin Ideación Suicida, es decir que los jóvenes con bajas puntuaciones en EM presentaron un promedio menor de Ideación Suicida que los jóvenes con puntuaciones altas de EM.

Sub-escalas	Promedio Bajo	Frecuencia de promedio Bajo	Promedio Alto	Frecuencia de promedio Alto	t de Student	Gl	Probabilidad
Factor 1 AD	1.0285	246	3.0651	261	-6.370	393.799	< 0.05
Factor 2 AD	1.2032	438	2.9638	199	-5.155	256.253	<0.05
Factor 3 AD	1.1121	321	2.7787	235	-5.131	353.583	<0.05
Factor 4 AD	1.9000	20	2.4035	228	-.538	246	>0.05
Estado Emocional	0.3932	234	4.7782	275	-13.749	317.984	<0.05

Tabla 22. Promedio Bajo y Promedio Alto con respecto a la puntuación en Ideación Suicida en cada grupo.

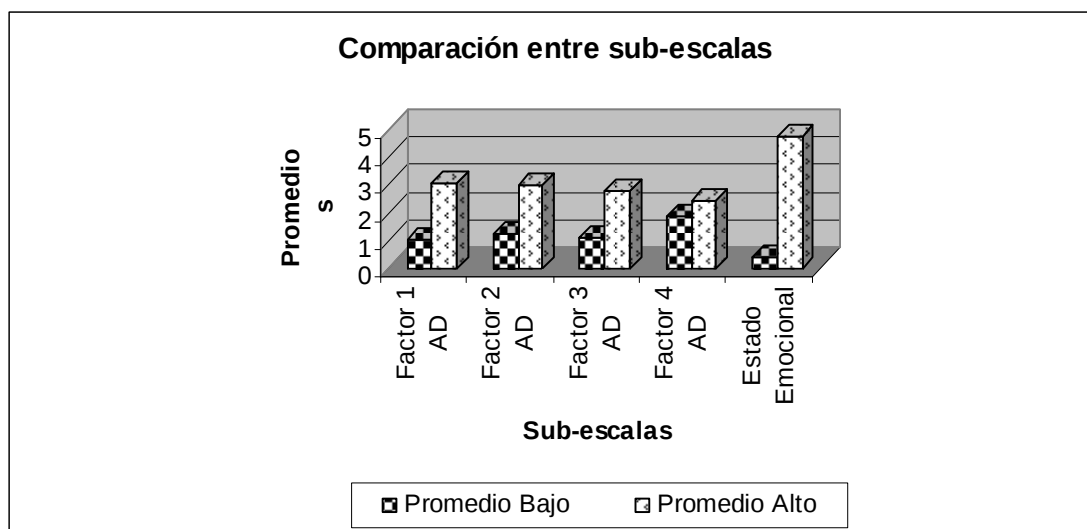


Figura 19. Grafica de barras de los promedios de cada una de las sub-escalas aplicadas en los estudiantes de la escuela preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz” y del Colegio de Bachilleres plantel 1.

4.3.1 Comparación del grupo de IS con el grupo sin IS, por Escuelas.

Para identificar si sí había diferencia entre los estratos de la población se procedió a efectuar el mismo procedimiento de comparación por tipo de escuela.

Lo que se encontró en la escuela preparatoria “*Sor Juana Inés de la Cruz*” (véase tabla 23) con respecto a la Actitud Disfuncional (AD), fue que solo en el Factor 4 (“aceptación de sí mismo”) no se encontraron diferencias significativas en el promedio de IS. En tanto que en el Factor 2 de AD se registró que las puntuaciones de los jóvenes sin problemas de AD presentaron un promedio significativamente menor de Ideación Suicida ($p < 0.05$) (véase Figura 20) que los jóvenes con problemas de AD identificados con este factor, lo cual se ve de manera similar en el Factor 1. Respecto al Factor 3 aunque hay una diferencia ($p < 0.05$) entre las puntuaciones registradas entre los jóvenes con Ideación Suicida y sin Ideación Suicida, es mínima. Por ultimo en cuanto a la sub-escala de Estado emocional (EM) se

apreció una diferencia significativa ($p < 0.05$) entre las puntuaciones registradas entre los jóvenes con Ideación Suicida y sin Ideación Suicida, con lo cual podemos concluir que en el caso de esta escuela son el Factor 2 de AD y el EM son los promedios más significativos con respecto a la puntuación en Ideación Suicida en cada grupo.

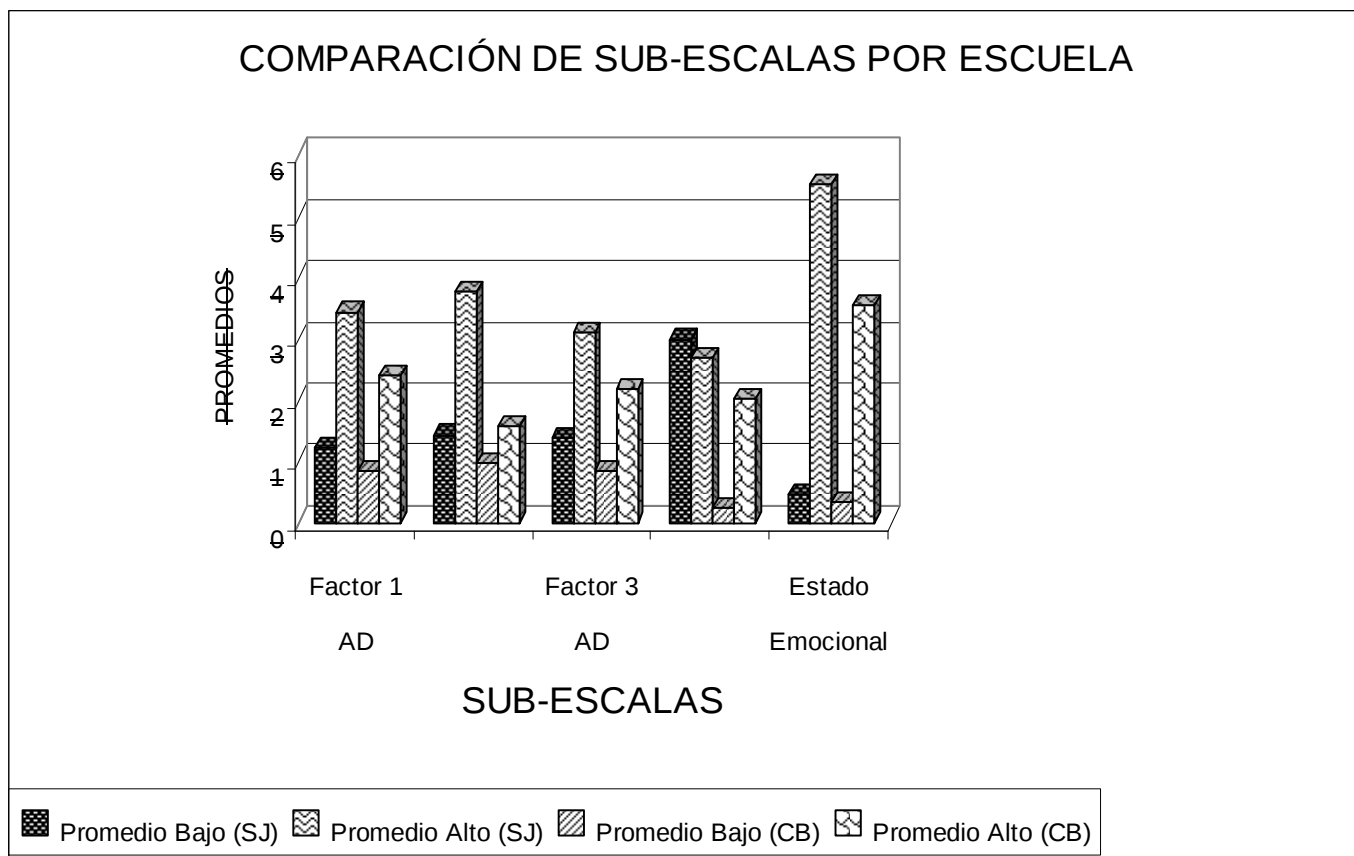
Sub-escalas	Promedio Bajo	Frecuencia de promedio Bajo	Promedio Alto	Frecuencia de promedio Alto	t de Student	Gl	Probabilidad
Factor 1 AD	1.2328	116	3.4451	164	-4.782	266.480	< 0.05
Factor 3 AD	1.3962	159	3.1060	151	-3.858	248.979	<0.05
Factor 4 AD	3.0000	12	2.6977	129	.228	139	>0.05
Estado Emocional	0.4583	120	5.5294	170	-11.819	206.899	<0.05

Tabla 23. Promedio Bajo y Promedio Alto con respecto a la puntuación en Ideación Suicida de la escuela preparatoria “*Sor Juana Inés de la Cruz*”.

Lo que se obtuvo en el “*Colegio de Bachilleres plantel 1*” (véase tabla 24) fue que con respecto a Actitud Disfuncional (AD), en todos los Factores se encontraron diferencias significativas ($p < 0.05$), aunque en el Factor 1 se encuentra una mayor diferencia respecto al resto de los factores de AD, por otra parte el Estado Emocional es el que muestra mayor diferencia significativa ($p < 0.05$) entre jóvenes con Ideación Suicida y sin Ideación Suicida (véase Figura 20).

Sub-escalas	Promedio Bajo	Frecuencia de promedio Bajo	Promedio Alto	Frecuencia de promedio Alto	t de Student	Gl	Probabilidad
Factor 1 AD	0.8462	130	2.4227	97	-3.731	130.373	<0.05
Factor 2 AD	0.9867	226	1.5753	73	-1.556	99.777	<0.05
Factor 3 AD	0.8333	162	2.1905	84	-2.880	113.288	<0.05
Factor 4 AD	0.2500	8	2.0202	99	-4.533	88.180	<0.05
Estado Emocional	0.3246	114	3.5619	105	-7.178	115.819	< 0.05

Tabla 24. Promedio Bajo y Promedio Alto con respecto a la puntuación en Ideación Suicida del Colegio de Bachilleres plantel 1.



Preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz” los promedios mas significativos ($p < 0.05$) con respecto a la puntuación en Ideación Suicida son los de la sub-escala de Estado Emocional en ambas escuelas, lo que significa que los jóvenes que presentan problemas emocionales también presenta un promedio mayor de Ideación suicida a diferencia de los que no los tienen. Sin embargo en cuanto a la sub-escala de AD si hay diferencias, puesto que los promedios que resultaron ser mas significativos ($p < 0.05$) en la Preparatoria Sor Juana Inés de la Cruz fue en el Factor 2 mientras que en el Colegio de Bachilleres Plantel 1, fue el Factor 1 de AD.

4.4 Análisis de Regresión Lineal de las sub-escalas.

Con el propósito de identificar el peso explicativo de cada una de las variables independientes sobre la variable IS, se procedió a efectuar el análisis de regresión lineal en la muestra total, y por cada uno de los estratos. Lo que se descubrió fue que la correlación múltiple entre las sub-escalas y la IS fue de $r = 0.489$ (véase la tabla 25), lo que indica que las variables implicadas en las sub-escalas explican el 24% (r^2) de la Ideación Suicida.

<i>F</i>	<i>GL</i>	<i>R</i>	<i>R2</i>	<i>SIG</i>
102.139	5	0.489	0.239	<0.05

Tabla 25. Análisis de regresión de las sub-escalas aplicadas en los estudiantes de la escuela preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz” y del Colegio de Bachilleres plantel 1.

Con respecto al orden de importancia de las variables para la explicación de la ideación suicida con el modelo de regresión lineal se encuentra que (véase tabla 26) solo el Estado Emocional y el Factor 1 de AD tienen un efecto significativo, y que las variables restantes (factores 2, 3 y 4 de AD) aunque tienen un efecto global para la explicación, en particular no muestran efectos significativos.

Sub-escalas	Coficiente estandarizado	Prueba t	Sig.
Estado Emocional	.440	19.527	<0.05
Factor 1 AD	.081	3.002	< 0.05
Factor 2 AD	.036	1.376	> 0.05
Factor 3 AD	.026	1.034	> 0.05
Factor 4 AD	.022	0.983	> 0.05

Tabla 26. Coeficientes estandarizados de las sub-escalas aplicadas en los estudiantes de la escuela preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz” y del Colegio de Bachilleres plantel 1.

4.4.1 Análisis de Regresión Lineal de las sub-escalas por Escuela.

Por último, con el propósito de comparar los resultados y observar si existían diferencias entre los estratos, se realizó el análisis de regresión lineal de las sub-escalas, para cada una de las escuelas; Se encontró que en la escuela particular el valor de $r = 0.536$, con un porcentaje de explicación del 29% de la ideación suicida (véase tabla 27).

<i>F</i>	<i>GL</i>	<i>R</i>	<i>R2</i>	<i>SIG</i>
68.465	5	0.536	0.287	<0.05

Tabla 27. Análisis de regresión de las sub-escalas aplicadas en los estudiantes de la escuela preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz”.

Con respecto al nivel de aportación de cada variable con el modelo de regresión lineal, se distinguió que (véase tabla 28) solo el estado emocional registró un efecto significativo para la explicación de la variabilidad en la IS y que los Factores 1, 2,3 y 4 de AD explican mínimamente la Ideación Suicida, por lo que se puede determinar que solo tienen un valor para el modelo en conjunto pero no en particular.

Sub-escalas	Coeficiente estandarizado	Prueba t	Sig.
Estado Emocional	.491	16.182	< 0.05
Factor 1 AD	.062	1.726	>0.05
Factor 2 AD	.062	1.781	>0.05
Factor 4 AD	.042	1.421	>0.05
Factor 3 AD	-0.006	-0.180	>0.05

Tabla 28. Coeficientes estandarizados de las sub-escalas aplicadas en los estudiantes de la escuela preparatoria “Sor Juana Inés de la Cruz”

En cuanto al Colegio de Bachilleres plantel 1, se encontró con base al análisis de regresión lineal un valor $r = 0.411$, lo que significa que las sub-escalas en conjunto explican el 17% de la Ideación Suicida (r^2) (véase tabla 29).

<i>F</i>	<i>GL</i>	<i>R</i>	<i>R2</i>	<i>SIG</i>
31.106	5	0.411	0.169	<0.05

Tabla 29. Análisis de regresión de las sub-escalas aplicadas en los estudiantes del Colegio de Bachilleres plantel 1.

Al analizar el peso específico de explicación de cada puntuación se notó que en el Colegio de Bachilleres plantel 1, la sub-escala de Estado Emocional y el Factor 1 de AD fueron los más relevantes ya que explican en mayor proporción la Ideación Suicida, por otra parte, los Factores 2,3 y 4 de AD explican mínimamente la Ideación Suicida por lo que se puede concluir que no tienen un valor en particular para el modelo, solo de manera conjunta.

Sub-escalas	Coeficiente estandarizado	Prueba t	Sig.
Estado Emocional	.363	10.696	<0.05
Factor 1 AD	.102	2.490	< 0.05
Factor 3 AD	.059	1.591	>0.05
Factor 4 AD	.008	0.239	>0.05
Factor 2 AD	-.019	-0.479	>0.05

Tabla 30. Coeficientes estandarizados de las sub-escalas aplicadas en los estudiantes del Colegio de Bachilleres plantel 1.

Con base en los resultados encontrados se concluye que por parte de los datos sociodemográficos lo más relevante es que la mayoría de la población de ambas escuelas son de sexo femenino, con edades que oscilan entre los 14 y los 17 años de edad, que los estudiantes que han recibido atención psicológica principalmente ha sido por trastornos emocionales, que el 19.1% del Colegio de Bachilleres(CB) y el 27.3% de la Preparatoria Sor Juana Inés de la Cruz(SJ) indican que alguna persona cercana a ellos se ha suicidada, y que el 39.5% de (SJ) y el 48.4% (CB) reporto haber tenido una o dos situaciones perturbantes los últimos tres meses y ello relacionado con la familia o la pareja.

Por lo que refiere a las sub-escalas analizadas se concluye que todas discriminan adecuadamente y son sensibles, además de mostrar confiabilidad aceptable, ya que tienen un valor de alfa de Cronbach mayor de 0.70 ($p < 0.05$) . En cuanto a la validez de las sub-escalas se concluye que tienen validez de constructo ya que como se mostró miden lo que se pretende registrar. Además que si existen diferencias significativas entre los jóvenes que presentan Actitud Disfuncional en el Factor 1 (Perfeccionismo) y Estado Emocional y los jóvenes que no presentan, con respecto a la IS. Finalmente, que de acuerdo al análisis de regresión el Estado Emocional es la principal variable que permite explicar la presencia de IS en los jóvenes, y que no se encontraron diferencias significativas entre estratos (escuelas) con respecto a los análisis realizados, por lo que se puede concluir que se comportan como una misma muestra

.

CAPITULO 5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

A lo largo de los capítulos se ha abordado el tema del comportamiento suicida y su relación con factores que probabilizan la presencia o ausencia de este comportamiento, se ha hecho énfasis en la problemática que representa esta situación para la población joven en nuestro país a partir de las investigaciones recientes. En este estudio se abordó como tema de investigación la *Ideación Suicida* en jóvenes, para lo cual se planteo identificar su relación con las actitudes disfuncionales y el estado emocional negativo en jóvenes de educación media superior, para identificar si con tales variables era posible diferenciar a jóvenes de Educación Media Superior con ideación suicida de jóvenes de Educación Media Superior sin ideación suicida.

Así, se planteo como primera hipótesis de investigación que los jóvenes de educación media superior con Ideación Suicida presentarían mayor Actitud disfuncional que los jóvenes sin Ideación Suicida. Los resultados indicaron que efectivamente los jóvenes que presentan mayor Actitud Disfuncional también manifiestan mayor Ideación suicida, aunque solo en el factor 1 (Perfeccionismo). La segunda hipótesis que se planteo fue que los jóvenes de Educación Media superior con Ideación Suicida presentarían mayor Estado Emocional negativo que los jóvenes sin ideación suicida, encontrando también que los jóvenes con mayor Estado Emocional negativo presentaron mayor grado de Ideación suicida, y que esta variable es la que mayormente se relaciona con la IS, tanto en Escuela Pública (Colegio de Bachilleres plantel1) como Privada (Preparatoria Sor Juana Inés de la Cruz).

Los resultados obtenidos revelaron relación entre las variables Ideación suicida, Actitud Disfuncional y Estado Emocional Negativo, confirmando con ello los hallazgos de otros estudios (Rosselló y Berríos 2004).

Otro aspecto importante de lo encontrado en ésta investigación es que se confirma la relación entre Ideación Suicida y Actitudes Disfuncionales, como ya se había identificado en el estudio de Duarté y Rosselló (1999). Con respecto al Estado emocional se mostró que

esta variable fue la que presentó mayor relación con la Ideación Suicida, lo que indica que es el Estado Emocional Negativo lo que plantea mayor riesgo de Ideación Suicida y que por tanto el Estado Emocional es un factor predictor de la IS. Además, los resultados de ésta investigación coinciden con las aportaciones realizadas por Villatoro, Hernández, Hernández, Fleiz, Blanco y Medina-Mora (2004).

De manera tal que de acuerdo a lo encontrado en esta investigación se puede concluir que la Ideación Suicida está presente en los jóvenes, aun cuando en algunos sectores de la sociedad se considere como tabú o simplemente como algo inexistente por lo que consideramos necesario crear programas de detección temprana de Ideación Suicida, ya que esta es una problemática que nos concierne a todos como sociedad; olvidándonos de prejuicios y enfocándonos en afrontar y participar en la prevención del proceso suicida desde sus primeras etapas, desestigmatizando la perspectiva que se tiene de este comportamiento como algo irremediable e imposible de prevenir o tratar.

Otro aspecto importante de esta investigación radica en la problemática que implica estudiar un comportamiento tan complejo como la Ideación suicida, ya que hay muchos jóvenes, especialmente los adolescentes, que no saben discernir cuando tienen este tipo de pensamientos o simplemente no quieren reflexionar seriamente sobre ellos, ignorando el alto riesgo que esto conlleva.

Por lo que las propuestas que damos de acuerdo a los hallazgos de nuestra investigación son:

- Crear programas de detección temprana de Ideación Suicida, ya que esta es una problemática que nos concierne a todos como sociedad.
- Olvidándonos de prejuicios y enfocarnos en afrontar y participar en la prevención del proceso suicida desde sus primeras etapas, desestigmatizando la perspectiva que se tiene de este comportamiento como algo irremediable e imposible de prevenir o tratar.
- Por lo que también consideramos primordial generar conciencia sobre el peligro latente que conlleva, un amplio sector de nuestra población presente Ideación Suicida, especialmente los jóvenes.

Aunque son cada vez más los estudios que se realizan con el objetivo de conocer las diferentes problemáticas que afectan a los jóvenes y sin restarles la importancia y utilidad que estos representan para desarrollar nuevos programas de intervención y prevención de dichas problemáticas, consideramos oportuno indagar más sobre la Ideación Suicida y más concretamente de ésta y su relación con el estado emocional, ya que si bien es cierto que los resultados obtenidos en esta investigación apuntan a que el estado emocional negativo es un factor que se vincula ampliamente con la IS en los jóvenes, aún queda por saber muchas cosas, entre otras especialmente su vinculación con los pensamientos disfuncionales ya sea en interacción o mediación . Por lo que consideramos necesario retomar éste tema en futuras investigaciones, donde se profundice más la relación entre estado emocional y actitudes disfuncionales y también ver si hay diferencias entre generos, esperando a su vez que éstas sean puntuales y oportunas ya que una tardía intervención preventiva puede tener consecuencias irreparables, lo cual actualmente se ve reflejado en la epidemiología del caso, que cada día se incrementa y extiende a poblaciones más jóvenes. Reconociendo que aún falta mucho por hacer, el presente trabajo cumple con el propósito de generar información científica que conlleve a la generación de nuevas investigaciones en donde se trabaje con el riesgo de suicidio en poblaciones jóvenes en México.

REFERENCIAS

André, Ch., y Lelord, F. (1999). *La autoestima*. Barcelona: Kairos

Arranz, B. (2006). La impulsividad está en la base del 70% de las conductas suicidas. *Medicina y salud*

Recuperado el 15 de agosto de 2007, en:

http://www.bureaudeprensa.com/es/view.php?bn=bureaudeprensa_salu&key=1138396209&pattern=

Artasanchez, F. (1999). *Factores de riesgo para la ideación suicida. Análisis retrospectivo de factores de interacción y crianza*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, División de Estudios Superiores de Posgrado, México.

Baca-García, E., Díaz-Sastre, C., Severino A. y Saiz, J. (2000). Metodología Bases biológicas del suicidio, (Versión Electrónica), *Monografías de Psiquiatría*, XII, 5
<http://www.herreros.com.ar/melanco/librospsiq.htm#Bases>

Beck, A. (1991). Reestructuración Cognitiva. En Caballo V., *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de conducta*, Madrid; Siglo Veintiuno.

Beck, AT., Kovacs, M. & Weissman A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation, *J Couns Clin Psychol*, 41, 2, 343-352.

Borges G., Rosovsky, H., Gomez, C. y Gutierrez, R., (1996). Epidemiología del suicidio en México: 1970-1994. *Salud Publica México*, 38:197-206.

Breñilla, M., Brizzio, A. y Carreras, A. (2000). Actitudes hacia el amor y apego. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*.

Recuperado el 5 de septiembre de 2007. En:

<http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico4/4%20PSICO%20001.pdf>

Gomez, C. y Borges, G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994, *Salud Mental*. 19, 1, 45-55.

Chávez, A., Pérez, R. Macías, L. y Páramo, D. (2004). Ideación Suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria, Sep-Dic*, 14, 3,12-20.

Clum, G., Patsiokas, A. & Luscomb, R. (1979). Empirically based comprehensive treatment program for parasuicide, *J Couns Clin Psychol*, 47, 937-945

Cole, D. (1989). Psychopathology of adolescent suicide: Hopelessness, doping beliefs and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 248-255.

Díaz-Sastre, A., Baca-García, A., Ceverino, A., García-Resa, E. y Saiz, J. (2000). Marcadores biológicos: Bases biológicas del suicidio, *Monografías de Psiquiatría* - Año XII • No. 5 • octubre-diciembre. Recuperado el 17 de julio de 2006
<http://www.herreros.com.ar/melanco/librospsiq.htm#Bases>

Diccionario Enciclopédico (2000). México: Larousse.

López-Ibor, J. y Valdés, M. (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*, Barcelona: Masson. [ISBN 9788445810873](#)

Duarte, M. (1998). *Propuesta de intervención al intento suicida bajo el enfoque conductual*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Iztacala, UNAM.

Duarté, Y. y Rosselló, J. (1999). Riesgo suicida, sintomatología depresiva y actitudes disfuncionales en adolescentes puertorriqueños. *Revista Interamericana de Psicología*. 3, 219-234.

Durkheim, E. (1998). *El suicidio*. México: Tomo.

Espinosa, F., Almeida, M; Cortés, S y Leo, A. (2003). Análisis de muertes por suicidio en el estado de Querétaro. *Salud Mental*, 6, 47-54.

Estruch, J. (1982). *Los suicidios*, Barcelona: Herder

- Fernández, A. (1976). *¿Es usted un suicida en potencia?*, México: Posada.
- Foncaut, M. (1967). *Historia de la locura en el período clásico*, México: FCE
- Freden, G. (1986). *Aspectos Psicosociales de la depresión*, México: Fondo de Cultura
- Garland, A. & Zigler, E. (1993). Adolescent suicide prevention. Current research and social policy implications. *American Psychologist*, 48, 2, 169-182.
- González-Forteza, C., Berenzon, S., Jiménez, A. (1999). Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes. *Salud Mental*, No. Especial. 145-153.
- González-Forteza C., Borges, G., Gómez, C., Jiménez, T. (1996). Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19, 33-37.
- González- Forteza, C., García, G. Medina- Mora, ME y Sánchez, MA. (1998). Indicadores psicosociales predoctores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 21, 3, 1-9.
- González- Forteza, C. y Jimenez, A. (1995), Alternativas en la prevención del suicidio en adolescentes. *Psicología y Salud*, 5, 105-110.
- González-Forteza, C.; Ramos, L.; Mariño, M. C. y Pérez Campuzano, E. (2003). Vidas en riesgo: conducta suicida en adolescentes mexicanos. *Actas Psiquiátricas de América Latina*. 48, 1-4, 74-84.
- González S., Díaz A., Ortiz S., González-Forteza C. y González J. (2000). Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23, 2, 21-30.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2003). *Estadísticas e intentos de suicidio y suicidios*, México:INEGI. Cuaderno No. 9.

Kirszma, D. (2004) Psicoterapia cognitiva de la depresión, *Perspectivas Sistémicas*, Marzo/Abril.

Lara M., Acevedo M., y Luna S. (2001). *Guía para el Trabajo de Grupo*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Nuñez-Editorial Pax México, p.-91.

Lazarus, R. (2000), *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Lipovetsky, G. (1994). *El crepúsculo del deber*. (2ª ed.). España: Anagrama.

López, L. Medina-Mora, ME., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S. y Rojas, E. (1995). "La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil". *Salud Mental*. 4, (18). 25-32.

Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L. y Sosa, C. (1987). El protocolo de investigación. *Lineamientos para su elaboración y análisis*. (2ª ed.) México: Trillas

Mondragón, L., Saltijeral, MT., Bimbela A. y Borges, G. (1998). La Ideación Suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol. *Salud Mental*, 21, 5, 20-27.

Mondragón, L., Borges, G. y Gutierrez, RA. (2001). La Medición de la Conducta suicida en México: Estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24, 6, 4-15.

Moron, P. (1987) *¿Qué sé? El Suicidio*. México: Lito arte, S. A.

OMS (2001). *Prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Trastornos Mentales y Cerebrales Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud. Ginebra
Recuperado el 25 de octubre de 2006

http://www.minsa.gob.ni/bns/salud_mental/doc/Prevenci%F3n%20del%20suicidio.%20Instrumento%20para%20docentes.pdf

Pérez, S. (2005). *¿Como evitar el suicidio en adolescentes?*

Recuperado el 22 de julio de 2006, en

<http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/index.shtml>

Pinel, P. (1801), Un [Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale](#), citado en Ros Montalbán, S., Arranz J. y Rodríguez R., (2000). Tratamientos biológicos de la conducta suicida, Bases biológicas del suicidio, *Monografías de Psiquiatría*, AÑO XII No. 5, Octubre-Diciembre.

Recuperado el 17 de julio de 2006, en

<http://www.herrerros.com.ar/melanco/librospsiq.htm#Bases>

Rascón, G., Gutiérrez, L., Valencia, C., Díaz, M., Leños, G. y Rodríguez, V. (2004). Percepción de los familiares del intento e ideación suicida de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 27, 5, 44-52.

Reinherz, H., Giaconia, R., Silverman, A., Friedman, A., Pakiz B & Frost A. (1995). Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *J American Academy Child Adolescent Psychiatry* 1;3, 45,599-611.

Roberts E. (1988). Escala de Ideación Suicida. En González-Forteza C. (1992). Escala validada para adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria y bachillerato. *Instituto Nacional de Psiquiatría* (Ed.)

Rosselló J. y Berrios M. (2004). Ideación suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una muestra de Adolescentes Puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*, 38, 2, 295-301.

Ros Montalbán, S., Arranz J. y Rodríguez R., (2000). Tratamientos biológicos de la conducta suicida, Bases biológicas del suicidio. *Monografías de Psiquiatría*- AÑO XII, No. 5, Octubre-Diciembre.

Recuperado el 17 de julio de 2006, en

<http://www.herrerros.com.ar/melanco/librospsiq.htm#Bases>

Sarro, B. (1991). *Los suicidios*. México: Martínez Roco.

Silveira, M. (2001). "Emociones".

Recuperado el 20 de agosto de 2007. En:

<http://www.laotrainformacion.com/psicolog.htm>

Terroba, G., Saltijeral, T. y Gómez, M. (1988). El suicidio y el intento de suicidio. Una perspectiva general de las investigaciones realizadas durante los últimos años. *Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 4, 310-315.

Villatoro, J, Hernández, I., Hernández, H., Fleiz, C., Blanco, J. y Medina-Mora, ME, (2004). Encuesta de consumo de drogas en estudiantes III. 1993-2003. SEP-INPRFM. Disco compacto.

Weissman, A. y Beck, A. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: A preliminary investigation*. Ponencia presentada en la reunion anula de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago.

ANEXOS

ANEXO 1. IDEACION SUICIDA

Para terminar, nos ayudaría saber si durante la semana pasada has pensado lo que indican las siguientes frases. Para lo cual te pedimos marques aproximadamente el número de días en que pensaste o sentiste de acuerdo a cada frase, durante la semana pasada:

Durante la semana pasada: ¿Cuántos días te sentiste o pensaste así?	0	Número 1-2	de 3-4	días 5-7
4.1. No podía seguir adelante				
4.2. Tenía pensamientos sobre la muerte				
4.3. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)				
4.4. Pensé en matarme				

Anexo 2. ACTITUDES DISFUNCIONALES

Instrucciones: A continuación se te presentan una serie de afirmaciones que pueden reflejar lo que has pensado o como te has sentido últimamente. En cada afirmación marca la columna que identifique tu grado de acuerdo o desacuerdo, conforme a la siguiente escala:

TD(1) <i>Totalmente en Desacuerdo</i>	D(2) <i>En Desacuerdo</i>	N(3) <i>Ni de acuerdo Ni en desacuerdo</i>	A(4) <i>De Acuerdo</i>	TA(5) <i>Totalmente de Acuerdo</i>
---	-------------------------------------	--	----------------------------------	--

Ejemplo:

	TD(1)	D(2)	N(3)	A(4)	TA(5)
<i>Soy una persona que cumple lo que dice</i>					X

En este ejemplo, la persona marcó la casilla **TA(5)** indicando que esta totalmente de acuerdo en que siempre cumple lo que dice. Ahora marca tu respuesta para cada una de las afirmaciones que siguen.

	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni Acuerdo ni Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
	TD (1)	D (2)	N(3)	A (4)	TA (5)
2.1. La felicidad depende más de la actitud hacia mí mismo que de la impresión que los demás tengan de mí.	5	4	3	2	1
2.2. La gente probablemente me considerará menos si cometo algún error.	1	2	3	4	5
2.3. Si no hago bien siempre las cosas la gente no me respetará.	1	2	3	4	5
2.4. Es posible ganar el respeto de otra persona sin estar especialmente dotado (a) en algo.	5	4	3	2	1
2.5. Para ser feliz necesito que me admire la mayor parte de la gente que conozco.	1	2	3	4	5
2.6. Si una persona pide ayuda es señal de debilidad.	1	2	3	4	5
2.7. Si fracaso en mis estudios seré un (a) fracasado (a)	1	2	3	4	5
2.8. Si no puedo hacer bien una cosa es mejor no hacerla.	1	2	3	4	5
2.9. Esta bien cometer errores porque de ellos puedo aprender.	5	4	3	2	1
2.10. Si alguien no está de acuerdo conmigo eso probablemente indica que no le agrado.	1	2	3	4	5
2.11. Si fracaso en algo eso lo considero tan malo como ser un completo fracasado.	1	2	3	4	5

2.12. Si los demás saben como soy me consideraran menos.	1	2	3	4	5
2.13.- No soy nada sin no me quieren las personas que me yo quiero.	1	2	3	4	5
2.14. Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás piense de mí.	1	2	3	4	5
2.15 Para ser una persona valiosa debo destacar por lo menos en algo importante.	1	2	3	4	5
2.16. las personas a quienes se les ocurren buenas ideas valen más que aquellas a quienes no se les ocurren.	1	2	3	4	5
2.17. Las opiniones que tengo de mí mismo (a) son más importantes que las opiniones que los demás tienen de mí.	5	4	3	2	1
2.18. Hacer una pregunta me hace parecer inferior.	1	2	3	4	5
2.19. Puedo alcanzar metas importantes sin esclavizarme a mi mismo (a)	5	4	3	2	1
2.20. Es posible ser reprendido y no sentirse molesto.	5	4	3	2	1
2.21. No puedo confiar en otras personas porque podrían ser crueles conmigo.	1	2	3	4	5
2.22. Si desagrado a los demás no puedo ser feliz.	1	2	3	4	5
2.23. Para gradar a otras personas lo mejor es renunciar a los propios intereses.	1	2	3	4	5

ANEXO 3. ESTADO EMOCIONAL.

A continuación señala por favor, que tanto del tiempo en el mes pasado te has sentido de la siguiente manera:

	100% del tiempo	80% del tiempo	60% del tiempo	40% del tiempo	20% del tiempo	0% del tiempo
2. 85. He estado muy nervioso(a)	6	5	4	3	2	1
2.86. Me he sentido calmado(a) y en paz	1	2	3	4	5	6
2.87. Me he sentido triste y melancólico(a)	6	5	4	3	2	1
2.88. Me he sentido abatido(a), que nada me puede animar	6	5	4	3	2	1
2.89. Me he sentido feliz	1	2	3	4	5	6

ANEXO 4. DATOS GENERALES

Instrucciones: *Anota brevemente el dato que se te pide o marca (X) la opción que consideres responde a cada una de las siguientes preguntas.*

1.1. Edad: _____

1. 2. Sexo:

() 1. Masculino

() 2. Femenino

1.3. Año escolar _____

1.4. Promedio aproximado de calificación que tienes en este momento en la Escuela: _____

1.5. Lugar que ocupas como hijo(a):

() 1. Único(a) o primero(a)

() 2. Segundo(a)

() 3. Tercero(a) o más

1.6. Estado civil:

() 1. Soltero(a)

() 2. Casado(a)

() 3. Unión libre

1.7. ¿Trabajas?

() 1. No

() 2. Si

1.8. Sostén económico de tú familia

() 1. Padre

() 2. Madre

() 3. Ambos padres

() 4. Hermano(s)(as)

() 5. Padres y hermanos

() 6. Tú

() 7. Esposo(a)

() 8. Otros

1.9. Tu infancia y adolescencia la viviste con:

() 1. Papá y mamá

() 2. Papá, mamá y hermano(s)

() 3. Solo mamá, o solo papá

() 4. Solo hermano(s)

() 5. Con ambos padres o algunos de los padres y otros familiares

- () 6. Solo tíos, abuelos, o hermanos
() 7. Otras personas

1.10. ¿Padeces alguna enfermedad que requiera tratamiento continuo?

- () 1. No (pasa a la preg. 1.12)
() 2. Si

1.11. ¿Cuál enfermedad?

1.12. ¿Acostumbas o necesitas consumir alguna de las siguientes sustancias con frecuencia para sentirte bien? (puedes marcar más de 1)

- () 1. Cigarros
() 2. Café
() 3. Bebidas energéticas
() 4. Alcohol
() 5. Drogas
() 6. Medicamentos
() 7. No consumo algo para sentirme bien

1.13. ¿En los últimos tres meses has vivido situaciones que han perturbado, alterado tú vida?

- () 1. No (pasa a la pregunta 1.15)
() 2. Si, una
() 3. Sí, más de una

1.14. Estas situaciones que han perturbado o alterado tú vida se relacionan con (puedes marcar más de una opción):

- () 1. La familia
() 2. La pareja
() 3. Amistades
() 4. Escuela
() 5. Trabajo
() 6. Otro ¿cuál? _____

1.15. ¿Tú religión es?

- () 1. Católica
() 2. Evangélica (protestante)
() 3. Otra, ¿cuál? _____
() 4. Ninguna (pasa a la pregunta 1.17)

1.16. ¿Qué tanto practicas tu religión?

- () 1. Nada
() 2. Un poco
() 3. Regular

- () 4. *Bastante*
- () 5. *Muchísimo*

1.17. *Tu preferencia sexual es:*

- () 1. *Heterosexual*
- () 2. *Homosexual*
- () 3. *Bisexual*

1.18. *¿Tienes novia(o)?*

- () 1. *No*
- () 2. *Si*

1.19. *¿Tienes relaciones sexuales regularmente?*

- () 1. *No*
- () 2. *Si*

1.20. *¿Has recibido atención psicológica o psiquiátrica?*

- () 1. *No (pasa a la pregunta 1.22)*
- () 2. *Si*

1.21. *La causa por la que recibiste atención psicológica o psiquiátrica fue:*

- () 1. *Trastorno emocional*
(depresión, ansiedad, etc.)
 - () 2. *Drogadicción*
 - () 3. *Alcoholismo*
 - () 4. *Problemas familiares*
(divorcio, violencia, etc.)
 - () 5. *Problemas escolares*
 - () 6. *Otra ¿cuál? :*
-

1.22. *¿Alguna persona cercana a ti se ha suicidado o ha intentado suicidarse?*

- () 1. *No*
- () 2. *Si*

(PASA POR FAVOR A LA SECCIÓN 2)

ANEXO 5. NOMBRE DE LOS FACTORES DE ACTITUD DISFUNCIONAL

FACTOR 1. PERFECCIONISMO

2.5. Para ser feliz necesito que me admire la mayor parte de la gente que conozco.	1	2	3	4	5
2.6. Si una persona pide ayuda es señal de debilidad.	1	2	3	4	5
2.7. Si fracaso en mis estudios seré un (a) fracasado (a)	1	2	3	4	5
2.8. Si no puedo hacer bien una cosa es mejor no hacerla.	1	2	3	4	5
2.10. Si alguien no esta de acuerdo conmigo eso probablemente indica que no le agrado.	1	2	3	4	5
2.11. Si fracaso en algo eso lo considero tan malo como ser un completo fracasado.	1	2	3	4	5
2.15 Para ser una persona valiosa debo destacar por lo menos en algo importante.	1	2	3	4	5
2.16. Las personas a quienes se les ocurren buenas ideas valen más que aquellas a quienes no se les ocurren.	1	2	3	4	5
2.21. No puedo confiar en otras personas porque podrían ser crueles conmigo.	1	2	3	4	5

FACTOR 2.ACEPTACION INCODICIONAL

2.13.- No soy nada sin no me quieren las personas que me yo quiero.	1	2	3	4	5
2.18. Hacer una pregunta me hace parecer inferior.	1	2	3	4	5
2.22. Si desagrado a los demás no puedo ser feliz.	1	2	3	4	5
2.23. Para gradar a otras personas lo mejor es renunciar a los propios intereses.	1	2	3	4	5

FACTOR 3. ACEPTACION DE LOS DEMAS.

2.2. La gente probablemente me considerar menos si cometo algún error.	1	2	3	4	5
2.3. Si no hago bien siempre las cosas la gente no me respetara.	1	2	3	4	5

FACTOR 4. ACEPTACION DE SÍ MISMO

2.1. La felicidad depende más de la actitud hacia mí mismo que de la impresión que los demás tengan de mí.	5	4	3	2	1
2.17. Las opiniones que tengo de mí mismo (a) son más importantes que las opiniones que los demás tienen de mí.	5	4	3	2	1