



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA**

**“IDEACION SUICIDA DE RIESGO EN ESTUDIANTES  
MEXICANOS DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE TECAMAC:  
SU RELACION CON DESESPERANZA Y LOCUS DE CONTROL”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
**P R E S E N T A**  
RAFAEL CHAVEZ REYES

**DIRECTORA: DRA. MARTHA HERMELINDA CORDOVA OSNAYA**  
**DICTAMINADORES: LIC. JOSE CARLOS ROSALES PEREZ**  
**DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO**



**TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO**

**2009**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

Agradezco al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación  
Tecnológica (PAPIIT) registro IN302506

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por su acogimiento y a  
oportunidad para el desarrollo de los potenciales humanos y de una vida llena de  
humanidad

Doy mi gran aprecio a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, a su personal y a  
toda la gente, profesores y compañeros, que en mi generación tuve la gran dicha de  
compartir ese momento único e irrepetible en el tiempo de una vida, que quedará  
grabada en mi conciencia por siempre

Agradezco a Rafael, mi padre; por su *infinita perseverancia*: que me enseña que aún  
estando todo en contra y todo perdido, siempre hay un paso más hacia adelante

Agradezco a Julieta, mi madre, que siempre es un mar de calma y amor tan grande en  
las tormentas

A Brayán, mi hermano, guardas una ternura eterna que si sé escuchar

a mi abuelita Ema: tu me encaminaste,  
a mi tío Martín que abrió mi conciencia: tú siempre vives  
al Carnalette y a quique que siempre están presentes  
Y en general a toda mi familia, Reyes y Chávez, de todos he aprendido valiosos  
conocimientos

Todos los hechos, todas las voces, las emociones, las imágenes, las ocasiones  
fortuitas, afortunadas, y las destinadas. Todo aquello que compone, los elementos  
materiales y espirituales, mi pensamiento y la percepción tan compleja de todo lo que  
me tocó vivir y recuerdo, y a lo que no le puedo dar nombre ni descripción, todo al lado  
de mis compañeros y mis amigos, con quienes aprendí a vivir. Por todo ello estoy tan  
agradecido..... ¡y mando un especial saludo a todos los exmiembros y la bandita del  
1158 donde dio comienzo!, y otro también especial al 1853 donde finalizó!  
¡Un Goya bien alto!

Mando un saludo y una abrazo muy afectuoso donde pongo toda mi gratitud a las  
personas que estuvieron junto a mí en todo este viaje: a Iván\*, a Belman\*, a Gloria\*, a  
Guillermo\*, a Myrna\*, a Laura, al Pueblo (Omar), a Liz, a Dulce, a Gaby; a Mary, a  
Roció, a Lenia, a Clara, a Pili, a  
Diana, a Linele, a Kary y a Miguel.

A mis otros compañeros y amigos de vida, el tiempo nunca pasa en mi memoria:  
Aldo\*, Edgar\*, Brenda Irais\*, Cryzel\*, Luisa\*, Karla\*, Lizbeth, José de Jesús, Salvador,  
Braulio, Casandra, Víctor, Fernando, Hugo, Misael, Pedro, Ricardo, Gabriel, Leslie,  
Clemente, Manuel, Octavio\*, Elia\*, Flor, Ernesto, Xiunel, Gerardo, Araceli, José Luis,  
Aarón, Adán, Rubén y Reynaldo.  
A Christian, Alonso, Juan, Jessica, Diego, Monse, Hector, Jhonatan, Brenda, Carolina,  
Ruth, Mario, Yair, Andrei, y al Tortugón

A mis profesores: a Rosa Isela, a Cabral, a René, a Araceli, a Juanita, a Lupita, al Isra,  
a Martha y a José Carlos

A mi paciente de educación especial, Gabriela, nunca olvidaré tus enseñanzas,  
gracias

Un grande e infinito y muy especial agradecimiento a Dody, tienes todo mi amor y mi  
gratitud eterna corazón, lo sabes siempre, mi DVN VDD y mi pequeña barca, porque  
esta tesis y todos mis esfuerzos y vida durante toda esta maravillosa etapa son tan  
tuyos como míos, espero siempre cosas extraordinarias de ti, como las que siempre  
me has compartido

Y finalmente al tiempo que me gesta, TODO lo que me has otorgado y todo lo que he  
sido capaz de aprender durante este tiempo, me ha hecho una mejor persona  
¡MUCHAS GRACIAS!

# Índice

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1.- El Suicidio	
1.1.- Entre las fronteras de la enfermedad, la libertad y la ética.....	8
1.2.- Conceptualización de la ideación suicida, del intentó y del suicidio.....	11
1.3.- La vulnerabilidad frente al suicidio.....	14
1.3.1 El factor individual y familiar.....	14
1.4.- El suicidio en México.....	17
CAPÍTULO 2. La Ideación Suicida	
2.1.- Ideación Suicida .....	21
2.2.- Desesperanza e Ideación Suicida.....	22
2.3.- Locus de Control, ¿probable relación con la Ideación Suicida?.....	24
2.4.- Terapia Racional-Emotiva Conductual (TREC) y la Ideación Suicida.....	27
CAPÍTULO 3. Metodología	
3.1.- Planteamiento del problema.....	32
3.2.- Preguntas de investigación.....	33
3.3.- Hipótesis.....	34
3.4.- Objetivos.....	34
3.5.- Método.....	35
Definición de la población	
Descripción de la muestra	
Materiales	
Instrumentos y Aparatos	
Descripción del lugar	
Definición de las variables	
3.6.- Procedimiento.....	38
Diseño de investigación	
Forma de muestreo	
Descripción de sesiones, fases o ensayos	
CAPITULO 4. Análisis de Datos	
4.1.- Características sociodemográficas de la muestra.....	40
4.2.- Descripción de las características psicométricas de las escalas.....	59
Ideación Suicida	
a) Sensibilidad	
b) Discriminación	
c) Confiabilidad y Validez	
Desesperanza	
a) Sensibilidad	
b) Discriminación	
c) Confiabilidad y Validez	

Locus de Control Externo	
a) Sensibilidad	
b) Discriminación	
c) Confiabilidad y Validez	
4.3.- Descripción de Resultados por Escala.....	69
4.3.1.- Escala de Ideación Suicida	
4.3.2.- Escala de Desesperanza	
4.3.3.- Escala de Locus de control	
4.4.- Comprobación de Hipótesis de investigación.....	73
Conclusión y Discusión.....	81

REFERENCIAS

ANEXO

## RESUMEN

La ideación suicida es un fenómeno que en la actualidad ha cobrado relevancia en el entendimiento, la explicación y la investigación del comportamiento suicida. Siendo una empresa aún joven, pocos investigadores se han centrado en estudiar la ideación suicida bajo el enfoque cognitivo, encontrado su relación con la desesperanza.

Es por ello que el objetivo de esta investigación es mostrar las diferencias en la incidencia de Ideación Suicida de Riesgo y su relación con la desesperanza, el locus de control entre hombres y mujeres de la Universidad Tecnológica de Tecámac (UTTEC) en el Estado de México.

Se aplicó el instrumento de Riesgo de Ideación Suicida en una muestra de 479 estudiantes. Se llevó a cabo un diseño observacional-proyectivo-transversal-descriptivo, con un muestreo no probabilística intencional. Se encontró que en la UTTEC existe un índice de ideación suicida de riesgo de un 10%, un índice de desesperanza alta y muy alta del 14%, un índice de Locus de Control del 10.2%, además de que se encontró con un 95% de confiabilidad que mayor ideación, mayor desesperanza.

Esto abre pauta sin duda a igualar y superar el esfuerzo en este análisis, relacionando la desesperanza y la Ideación Suicida, además de poner mayor atención a los índices y tendencias en otros estados de la república, dada la lectura de los datos de esta investigación donde expone aún un panorama oscuro en la comprensión del fenómeno de la Ideación Suicida en nuestro país.

# INTRODUCCIÓN

El fenómeno del suicidio siempre ha acompañado a la humanidad desde tiempos inmemorables, la ha acompañado en la literatura y la historia a lo largo y extenso de las épocas, siempre se le ha otorgado como todo hecho contemporáneo a su tiempo; su concepción y su estudio. En la actualidad los estudiosos de la salud estamos investigando el fenómeno con la ayuda de múltiples disciplinas y ópticas, desde donde podemos observarlo con un mayor alcance muchas de sus características más elementales. La investigación en Ideación Suicida está aún en una etapa donde apenas pocos estudios son los que la tratan, dándose cuenta poco a poco que la misma conforma una parte fundamental en la comprensión del suicidio. Las investigaciones han dado pie a que se establezca cómo es que el fenómeno se presenta en la sociedad, y se sabe que al evaluar la ideación suicida de riesgo en determinadas poblaciones da como resultado aproximadamente un 3% que la presenta; además de que en el presente estudio se resalta el análisis estadístico con lo cual se deja de lado el tomar como factor de riesgo el número de síntomas de la escala de Roberts, y propone estimarlo en una desviación estándar hacia la derecha.

Es el caso de la psicología que, desde el marco cognoscitivo-conductual se está abriendo paso en el avance para comprender y explicar como es que una persona en determinado momento y circunstancia de su vida decide quitarse la vida. La terapia cognitiva desarrollada por Beck abre el panorama enseñando que la conducta suicida, se manifiesta primero, con el indicio de pensamientos persistentes llamados suicidas, que es determinado a su vez por un estado de depresión y desesperanza en el cuál un individuo puede encontrarse. Dicho pensamiento se denominan como ideación suicida, motivo principal por el cual se desempeña en esta investigación, encontrar sus características y relaciones con variables como la desesperanza.

La ideación suicida, por tanto ha pasado ha ser parte fundamental del modelo que explica el fenómeno del suicidio y aunado a ello, también se han abierto panoramas más amplios de estudio en los que se estudia la ideación suicida y



su vínculo con diversas variables, como la familia disfuncional, las enfermedades terminales y/o crónicas degenerativas, las drogas, el alcohol, el género, la vulnerabilidad, historia personal, padecimiento psiquiátricos, medio social, antecedentes de familiares y/o amigos que hayan suicidado o intentado suicidar entre muchos otros.

La investigación poco a poco ha llegado a establecer, entonces, cuales son los elementos más interrelacionados a la ideación suicida, no por ello se pretende decir que se ha agotado el tema, al contrario, se han identificado apenas algunas de las variables que parecen ser intervinientes y juegan un papel de una proximidad a la ideación suicida muy importante, y que además ha ayudado a los clínicos a intervenir para tratar este problema. Por medio de la terapia es que también se ha llegado a comprender, junto con los teóricos e investigadores cognitivo-conductuales, que la ideación suicida es parte de los pensamientos denominados “irracionales”, que en determinado momento y estado de la vida emocional de la persona, se hacen presentes y son fuente principal de comportamientos y sentimientos disfuncionales que llevan a las personas a desenlaces trágicos o poco efectivos en respuesta a las situaciones que tienen de frente.

# CAPITULO 1. EL SUICIDIO

## 1.1 Entre las fronteras de la enfermedad, la libertad y la ética

En nuestra cultura mucho se ha hablado de este acto, el suicidio, que a lo largo de la historia ha ido adquiriendo diversos matices y significados aún también entre la diversidad de las sociedades. Por lo pronto mencionaremos dos tipos, o mejor dicho dos motivaciones de suicidio que abarcaban e incluyen muchas formas más específicas en las que se cometen: los motivos desafiantes y los motivos regulados (Chávez, 2005). Los primeros en los que se resalta la forma de pensar al interior del individuo, siendo su acción manifiesta y expresada, por así decirlo, en un cause contracultural y contextual, que cesa un impacto conmocionante a su alrededor por que contradice los lineamientos morales y de posibilidad de su entorno (normas, parámetros y costumbres), además de que por su incomprensible razón aparentemente, no queda justificado nunca como un acto coherente, válido o funcional del cual no se pueda sentir certeza alguna y llene el vacío que deja, con rechazo total por que está contra de lo establecido. Por otro lado los suicidios regulados lejos de ir contra los valores culturales, son valorados como coherentes, funcionales y hasta heroicos, porque llevan en si de trasfondo un ideal que se cumple hasta las últimas consecuencias, que la última opción quedó en aquel límite que la provocó, y que incluso puede decirse que estos *suicidas* pensaban más en la vida que en la muerte, y que en ella han alcanzado la última dignidad de todo lo que con anterioridad se ha hecho para ir en contra de todo suceso desfavorable. Dicho ideal que es o que se vuelve común al morir dota de un sentir empático general que quiere decir que el sacrificio hecho es por el bien de los semejantes; como los kamikases. O bien por razones culturales donde está bien visto el morir, por ejemplo, cuando la viuda de la India, que tras la muerte de su esposo, debía ser enterrada con él (Chávez, 2005).

En ambos casos podemos alcanzar a observar como es que, tanto razones altruistas como las egocéntricas, deciden el camino de la muerte de un hombre

o mujer. Podemos ver hasta ahora, que las razones por las que hay que perder la vida están polarizadas, radicalmente opuestas, pero al final de cuentas es suicidio (heroico o desconcertante), por distorsión cognitiva, desesperanza, déficit en habilidades de afrontamiento (Rosales, 2007) y todos los factores relacionados con la vida interna e individual de las personas, o sociológicas parafraseando a Durkheim; donde el flujo social, su estructura y organización propicia el suicidio en su principal defecto, que es su déficit en el terreno de la cohesión de los distintos grupos y organizaciones a los que el individuo pertenece, el cual es la fuente mayor de desesperanza que recae sobre los individuos (González, 1996).

Ya sea que su tristeza le venga del exterior o del interior o de ambas partes el primordial bloque moral es la vida y la “libertad” últimamente la muerte. ¿Hasta donde el derecho a la libertad individual puede erosionar el derecho a la vida? ¿El suicidio corresponde a una decisión ética o es un acto reafirmado por una situación de sufrimiento y/o enfermedad? ¿Porqué optar por la muerte, o porque optar por no optar y dejar en el descuido el valor de la vida hasta morir? Y es que ¿Ya no hay alternativas, o es que no somos capaces de buscarlas, encontrarlas y ejecutarlas con fines satisfactorios?

Muchos dudarán como yo, sobre las decisiones éticas como motivo para suicidarse, al fin y al cabo son ideas y distorsiones que acabarán afirmando bajo una serie de circunstancias en la que “el sabio vivirá mientras se deba y no mientras se pueda”, como todo buen estoico. Puesto que el significado de la vida cada cual se lo da para si de una o de otra forma indispensable o no, pero: “El hombre maduro es más niño que joven, y tiene menos tristeza; entiende de mejor manera la muerte y a vida. Libre para la muerte y libre en la vida, dispuesto al santo decir ¡no! Cuando ya no es hora de decir ¡si!; así entiende la muerte y la vida. Su muerte no debe ser un denigrar el hombre y a la tierra; he aquí lo que pidió de la miel de su alma. En su muerte aún debe de arder su espíritu y su virtud cual carmín vespertino que pinta de color de oro la tierra; o si no la muerte le ha salido mal...” p.p.43, (Nietzsche 2001).

El morir con solemnidad, es haber pensado menos en la muerte que en la vida, y se es libre para decir y responder sobre el momento del no morir, y se es libre para decidir morir sin nunca desearlo. Contrastado radicalmente con el motivo filosófico por el cual se ha llegado a la conclusión de que morir es la mejor opción, no se contradice del todo este enunciado que muy probablemente se parezca al anterior, sino que simplemente se espera llegar a la conclusión de que un pensamiento suicida, por solemne que sea, sujeto a la acción del destino y las circunstancias se vincule con la derrota del Eros hacia la vida (el amor a la vida), y con ello que no parece que se diferencie tanto de las deficiencias personales, que motivos individuales en la experiencia puedan ser para darse muerte. Así hablaba también García Lorca, donde se expresa por el vivir “la muerte natural” decía: “sin agonía ni sufrimiento; sin dignidad, sin angustia y sin violencia; de morir interiormente vivo, sin suicidio” (González 1996).

Es por ello que en este primer apartado se trata de llegar a plantear de la forma clara; los delineamientos que competen al propio trabajo del psicólogo en esta área, no propiamente de discutir y sentar bases filosóficas del pensamiento acerca del si el suicidio es imperativamente categórico “bueno” o “malo” o entrever que no es ni uno ni otro éticamente hablando, y mucho menos compete el juicio para profesionales de la salud, aunque desde los preceptos médicos se afirme como misión el preservar la vida (Bousoño, García y Bascarán, 2004). Por su parte Casullo (2000) con formación en materia de psicología, nos discute que si bien el suicidio es un acto en extremo complejo “no es una entidad psicopatológica, tampoco una mera reacción a situaciones que generan malestar y angustia...” p.11, pero que está relacionado con factores externos que nos hacen vulnerables y que esto “...en numerosos casos la decisión de quitarse la vida aparece como un comportamiento funcional, en tanto pone fin a situaciones de sufrimiento...”p.11

Lo que bien podemos decir es que el preservar la vida es de extremo valor colectivo, si ello es imperativo en ese caso nos podemos desgastar en tratar de afirmar lo positivo y negativo del asunto como se ha hecho hasta ahora. Pero el tema aquí es el esclarecer que es lo que pasa con la psicología de los sujetos y

clarificar los componentes que explican este fenómeno, llevando a cabo las medidas necesarias en pro de la prevención y el mejoramiento de la calidad de vida, sin contraponerse y libre de oposición por los que afirmasen en dignificarse con su muerte.

Toda situación previa al comportamiento suicida, el individuo esta pasando por episodios y circunstancias en las que se halla en la urgente necesidad de acabar con la vivencia insoportable de dolor (Días, Bousoño y Bobes, 2004; Chávez, 2005), tal razón demanda a los profesionales de la salud a la medición y la atención que se necesita.

## **1.2 Conceptualización de la ideación suicida, del intentó y del suicidio**

El término suicidio etimológicamente hablando, está compuesto por las expresiones latinas *sui* y *cedere*: si mismo y darse muerte, respectivamente; “darse muerte a sí mismo” o “matarse a si mismo”. Definición que el acto ya en si nos deja entrever la intencionalidad, expectativa y conocimiento que el individuo tiene de la consecuencia (Díaz, Bousoño y Bobes, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos plantea que el suicidio es la muerte que resulta del acto suicida; donde el acto suicida es el hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos, y el intento de suicidio sería todo acto suicida cuyo resultado no acabó con la vida (Días, Bousoño y Bobes, 2004).

Ante la definición anterior podemos comprender de manera general lo que es el suicidio, sin embargo no basta tal descripción para abarcar las características para aclarar la forma en que debe ser abordado por los distintos profesionales que trabajan en el tópico. Es por este motivo por el cual distintas áreas del conocimiento tienen distinto punto de vista epistémico. No obstante todos los estudios aportan relevantes datos que permiten a los dedicados al asunto, conocer los diferentes planos en los que el fenómeno se presenta y así poderlo

comprender con mucha mayor amplitud y delimitar el perímetro de trabajo de cada ciencia.

Así, estudios epidemiológicos nos han mostrado que ni todos los actos suicidas corresponden a un patrón de circunstancias idénticas por las que el individuo lleva a cabo la intención, y ni que todas las intenciones de quitarse la vida corresponden a un deseo de morir, es decir, que el acto no tiene la misma motivación todas las veces. Lo que hace que existan definiciones que diferenciasen acciones similares a las del suicidio; como son el *parasuicidio*, *seudosuicidio*, *suicidio frustrado*, *autodaño deliberado*, *autoenvenenamiento*, *autolesión*, etc. (Días, Bousoño y Bobes, 2004). Algunas más utilizadas que otras por la cercanía con la descripción y las características que permiten comprender y acceder mejor al fenómeno; como el de *intento suicida*. Podemos entender por intento suicida según Rosales (2007), a todo acto fallido destinado al suicidio, muy similar al descrito por la OMS.

La *ideación suicida* por otro lado y dada la intencionalidad del comportamiento suicida en muchos casos, se ha supuesto por los investigadores que a este le atañen elementos cognitivos premeditados que persistentemente o no, inician el deseo y/o planes para cometerlo o intentar llevarlo a cabo (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001; Días, Bousoño y Bobes, 2004, Rosales, 2007). Por lo que se plantea que “desde un punto de vista más cognitivo: para llevar a cabo un acto suicida los sujetos han de desarrollar necesariamente una lógica suicida” (Días, Bousoño y Bobes, 2004 p.4). También que el mismo se encuentra relacionado con el estrechamiento y reducción del ámbito de la vida psíquica, desesperación, baja autoestima, depresión, desesperanza, abuso de alcohol y drogas. Estos hallazgos tan relevantes han encaminado a los investigadores a que se haya iniciado una lógica de pensamiento un tanto causal que los ha llevado a establecer los factores que han de tomarse en cuenta como riesgo que permitan la prevención.

Podemos observar la dialéctica causal que hemos venido utilizando en donde de acuerdo a las definiciones dadas anteriormente, los factores exógenos o externos dados que se encuentran en el ambiente del individuo en acción con

la predisposición son en si los factores de riesgo (vistos en forma general, incluyen varias subdivisiones) que dependiendo de su variabilidad, las respuestas dadas destinadas a la resolución de la situación estarán limitadas o con déficit en el control, mantenimiento o desarrollo de una conducta inadaptada destinada a afrontar de forma insatisfactoria el problema (respuestas disfuncionales, que en este sentido y bajo este modelo el comportamiento suicida estaría visto como una conducta disfuncional), por así decirlo, al nivel que requiere dicha situación, y por lo tanto, el riesgo que se corre de entrar en una lógica suicida o directamente en el intento, o ambas (respuestas críticas) sería mayor, como en el modelo empleado por Rosales (2007 p.5), que también lo explica.

La psicopatología del acto suicida, ya entrados en un tópico mucho más específico, es igual de complejo o más que el dilema anterior, ya que desde las primeras tipologías que Durkheim refirió: “suicida escapista”, “agresivo”, “oblativo” y “lúdico” p.p.4 (Díaz, Bousoño y Bobes, 2004; Chávez, 2005). No obstante ahora podemos encontrar algunas otras clasificadas según su etiología: psicosis, neurosis, social, psicodisplacia y filosófica; grado de conciencia: conscientes, en curso de desgaste de conciencia y en curso de estado crepuscular; motivación y dinámica formal: impulsivo, obsesivo, fóbico-obseso, reflexivo e histriónico; número de personas: individual, doble ampliado y colectivo. Encontrándonos con las impresiones que Beck tenía hacia este tema que las tipologías del suicidio debían ser: *ideación, tentativa y suicidio*, sin observar que es muy similar a los modelos hoy utilizados en la explicación del suicidio, pero que ahora se establecen como lineamientos de un mismo fenómeno (Díaz, Bousoño, Bobes, 2004; Chávez, 2005).

### **1.3 La vulnerabilidad frente al suicidio**

Para conocer el factor de riesgo de suicidio tendremos que entender las características que lo atañen, los componentes significativos propios de la población en la que se presenta el fenómeno. De ello que podamos identificar a los individuos con mayor riesgo de otros que tengan o no, en mayor o menor grado dichos componentes. La propensión o vulnerabilidad van a fluctuar de manera independiente en el individuo, entendiendo vulnerabilidad como la predisposición que se tiene ante la exposición variable ante uno o varios factores de riesgo (Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez, 2006) que finalizan, en este caso, en el suicidio; siendo que este elemento varía de acuerdo a los recursos o déficit congénitos, a la historia de vida, el medio en el que vive y las características del desarrollo psicológico (Rosales, J. 2007). Si el desarrollo del sujeto en general adquiere un aspecto vulnerable, es muy probable que no se tengan los recursos necesarios para abordar los factores de riesgo con éxito (incluso la misma vulnerabilidad), y que tenga mayores probabilidades tendientes hacia el fracaso, la desesperanza y caracteres trágicos cabales al suicidio. Es por ello que el tema ha pasado a un mayor abordaje con el paso de los años, y podemos observar que las variantes antes mencionadas se han ido concentrando en muchas investigaciones que describen en gran medida a los factores que hay que tomar en cuenta en esta problemática.

#### **1.3.1 El factor individual y familiar**

El factor familiar tiene su influencia de manera externa en el sujeto algunas veces y otras de manera interna; por ejemplo: podemos, mencionar que la herencia genética cobra vital importancia al estudiar el grado de influencia que tiene para que un individuo sea vulnerable, o bien, la familia puede influir mediante conductas aprendidas a través de los modelos de padres con características capaces de generar condiciones en la conducta de los hijos de riesgo ante el suicidio como veremos a continuación.



Se ha estimado que el comportamiento suicida es transmisible a través de las familias, siendo que su conjetura se halla no solo en los antecedentes, sino a través de la transmisión de psicopatologías en los padres, que más tarde se ven reflejadas en enfermedades psiquiátricas de riesgo. Ello se hace evidente más por factores biológicos que por culturales, hasta seis veces mayor riesgo (Medina y Hernández, 2004), además de que se ha supuesto que este factor explique el déficit de control en conductas suicidas de carácter compulsivo.

Por tanto una estructura familiar deficiente es motivo tendiente de riesgo suicida en jóvenes; características como el maltrato, el abuso sexual en la infancia (González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez, 2001; Medina y Hernández, 2004), escasa comunicación, deficiencias en resolución de problemas parentales, antecedentes de depresión y suicidio, abuso de sustancias, violencia intrafamiliar, el divorcio parental, (Buendía, Ruiz y Riquelme, 1999; Medina y Hernández, 2004; Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges, 1996), todos de alto riesgo en niños y adolescentes en un ambiente familiar desfavorable. Aunque haría falta hacer mención de aquellas desventajas reflejadas desde el núcleo familiar, como el bajo nivel social, escaso nivel educativo, pocos ingresos económicos y la pobreza (Medina y Hernández, 2004).

Se ha constatado que el divorcio parental incrementa el riesgo suicida, ya que los jóvenes víctimas de suicidio que han pertenecido a familias de padres separados, contrarios a los sujetos control y con intento de suicidio, además de que haber tenido la experiencia de vivir al menos tres cambios de figuras parentales entre los 5 y 15 años, tiene mayor propensión que aquellos los que no presentaban tal factor (Medina y Hernández, 2004). Ahora que, en investigaciones realizadas basadas en la evidencia de psicopatología parental, se tiene que los hijos tienen alto riesgo de padecerlas ante la permanencia del comportamiento parental inadaptado (Buendía, Ruiz y Riquelme, 1999; Medina y Hernández, 2004). Las psicopatologías que fueron sucedidas a los hijos, por así decirlo, de forma parental, incrementan el riesgo de ideación, intento suicida y suicidio; encontrándose de entre las que tienen mayor incidencia entre los jóvenes son: la depresión, el abuso de sustancias, el comportamiento antisocial

y las relaciones conflictivas entre padres e hijos (Medina y Hernández, 2004), no obstante es importante hacer mención de que los factores mencionados y directamente relacionados con el comportamiento suicida *per se*, no sería la etiología causal directa de este fenómeno, sino que la combinación de ellos y su variabilidad podría incidir o no en la respuestas tendientes al suicidio.

Como tuvo mención anteriormente la vulnerabilidad que se desarrolla a partir de la estructura familiar tiene que ver a nivel individual con factores genéticos, biológicos, la personalidad y el temperamento. En cuanto al factor genético se ha podido comprobar en estudios con gemelos un elevado riesgo de suicidio en parientes biológicos de individuos adoptados en comparación con individuos adoptados en ausencia del comportamiento, además de alto grado dicho comportamiento en gemelos monocigóticos en comparación con los gemelos dicigóticos (Medina y Hernández, 2004)

Por otro lado, las características psicológicas que se han encontrado asociados a la ideación, intento y suicidio son los siguientes:

- ❖ Baja autoestima
- ❖ Desesperanza
- ❖ Vulnerabilidad
- ❖ Déficit en respuestas de afrontamiento
- ❖ Rasgos de ansiedad e ira
- ❖ Introversión
- ❖ Neuroticismo
- ❖ Impulsividad

Los autores a este tópico han encontrado dificultades metodológicas para encontrar el grado de influencias que tiene cada una ante riesgo suicida, no obstante se propone iniciar la investigación longitudinal para mostrar no sólo el diagnóstico, sino determinar datos confiables ante la variabilidad de la personalidad de las personas (Medina y Hernández, 2004).

## 1.4 El suicidio en México

En la actualidad el suicidio está considerando como un problema multidimensional al que le atañe ineludiblemente la urgencia de las asistencias del interés multidisciplinario; el problema como anteriormente se ha mencionado tiene diversos matices contextuales, pero a fin de concretar el fenómeno se ha ido conjeturando investigaciones extraordinariamente elaboradas y de reconocibles esfuerzos, posibles factores de alta incidencia en las poblaciones estudiadas, e irrefutables datos considerablemente confiables que han dado pie a diversificar los estudios, vigorizar los esfuerzos y concretar el fenómeno en sus variables aparentemente más próximas y concisas para describirlo, evaluarlo y difundir planes de prevención de mayor amplitud y veracidad.

Podemos decir que el estudio o el abordaje del fenómeno del suicidio en México ha ido evolucionando y concretándose rápidamente desde 1982, y desde el periodo 1994-1998, que tuvo un auge referido a continuación, hasta el 2003; de ser estudios que se inclinaban en un principio por el suicidio consumado e intento suicida, a entrever, en el periodo mencionado, que el fenómeno muchas veces tiene un elemento cognitivo que precede antes de intentar y concluir el acto, e incluso está presente la ideación suicida como tal (ver tabla 1) sin que se intente o se cometa el suicidio (Jiménez y González-Forteza, 2003). Donde se le da una importancia casi jerárquica ahora, a la ideación suicida, y prevalece como elemento de estudio en la mayor parte de las investigaciones, dado que parece ser una de las evidencias más claras, difíciles de abordar, pero que pueden explicar el fenómeno con mayor amplitud y obtener más provecho en el implemento de acciones preventivas.

<b>Año</b>	<b>Artículos</b>	<b>Prevalencia Del lugar</b>	<b>Prevalencia de temática</b>	<b>Prevalencia de Perspectiva Teórica</b>
1982-1987	10	México D.F	Suicidio consumado e intento suicida	Psicosocial clínico y un epidemiológico
1988-	6	México D.F	Suicidio consumado,	Psicosocial clínico,

1994			intento suicida y uno de ideación suicida	Psicosocial y epidemiológico
1994-1995	11	México D.F Y Republica Mexicana	Ideación suicida principalmente y uno de conducta suicida	Epidemiológico y Psicosocial
1996	4	México D.F Y Republica Mexicana	Suicidio consumado, intento suicida y uno de conducta suicida	Epidemiológico
1997-1998	9	México D.F Y uno de la ciudad de Pachuca Hidalgo	Ideación suicida principalmente	Epidemiológico y Psicosocial
1999-2003	16	México D.F Y Republica Mexicana y uno de la ciudad de Pachuca Hidalgo	Ideación suicida e intento suicida	Psicosocial , epidemiológico y un clínico

Tabla 1: Muestra el estudio del fenómeno del suicidio en México a través del tiempo, concretando en su abordaje en temática, enfoque y el lugar del estudio. Fuente Jiménez y González-Forteza 2003

Como podemos observar en la tabla, se ha refinado y vuelto más complejo el estudio del fenómeno del suicidio. En años recientes y ya en la actualidad se tiene como prioridad el abordar el tópico a partir de la ideación suicida, esto claro, sin dejar de valorar los datos constantes de las tasas de suicidio e intento suicida en estudios de punta resulta *ad hoc* con modelos de explicación y tratamientos de tipo cognitivo.

Además de que en las muestras seleccionadas puede entreverse que cada vez son más accesibles poblaciones en edad adolescente, y escasamente pero ya intentos por llegar a estudiar poblaciones infantiles difíciles de investigar sobre todo por los recursos para acceder de manera confiable a esas muestras, no obstante un acercamiento a la población infantil, podemos apreciarlo de manera directa investigando sobre uno de los factores de riesgo que han resaltado en los últimos años, el abuso sexual, ya que se ha descubierto que tiene una profunda y relevante relación con la ideación, intento suicida y

suicidio consumado en los casos en los que se presenta. Siendo alarmante que las niñas tengan un grado más elevado de susceptibilidad de ser víctimas de abuso sexual y mayor riesgo de intento suicida por esta causa; correlacionando las variables (dato encontrado solo en mujeres), que en niños: tres veces más en niñas por cada varón, al igual que en el intento suicida; pudiéndose estimar que existen entre 16 y 160 delitos sexuales diariamente en México, (González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez 2001) muestra realizada en estudiantes de secundaria. Se encontró también que las edades por género en las que oscila la tasa de suicidio consumado son de 15 a 24 años en varones y entre 20 y 24 años mujeres, aunado al hecho de la mitad de la muestra presenta sintomatología depresiva y malestar emocional. Vislumbrándose efectivamente los efectos que puede tener a largo plazo las consecuencias del abuso sexual en el desarrollo de una sintomatología depresiva, que en si misma es una llave clave que inclina a muchos a idear, intentar y cometer el suicidio. Poco más que 1 de cada 5 adolescentes mujeres de las que reportan ser víctimas de abuso sexual, intentaron suicidarse, además manifestaron malestar depresivo e ideación suicida; y en los hombres más de la cuarta parte de los que fueron víctimas de abuso sexual reportó tener ideación suicida (González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez, 2001).

Pero es en la edad comprendida entre los 15 a 34 en un 64.7% de los casos en México, según el INEGI a partir del 2001, donde se ha encontrado que existe un altísima tasa de suicidios y mayor vulnerabilidad en los jóvenes que en adultos (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001). Esto precisamente hablando de ideación suicida, al estar asociada dicha conducta de manera significativa tanto en hombres como en mujeres con la baja autoestima, los estresores psicosociales y respuestas de enfrentamiento familiar: donde se ha observado que existe desesperanza, déficit en solución de problemas, control del estrés y problemas familiares (González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez, 1998), retomando la descripción del párrafo anterior, y el abuso de alcohol u otras drogas, un obstáculo aún no superado ha sido el registro de suicidios e intentos de suicidio por diferentes dependencias federales, donde podemos hallar diversas incongruencias entre las especificaciones del caso y la imposibilidad de acceder a cifras importantes por ser datos confidenciales

(Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001). No obstante los investigadores han hecho esfuerzos por saltar dichas barreras y se han propuesto elaborar cuestionarios con el fin de obtener datos directos de las poblaciones estudiadas (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001).

Es importante hacer mención, además, que el tipo de metodología empleada para medir la ideación suicida en la población adolescente y estudiantes han sido las encuestas autoaplicables con la característica de evaluar la ideación suicida en la última semana anterior a partir de la aplicación. Evaluación elaborada a partir de la escala de Roberts, encontrando en la mayoría de los estudios que utilizaron esta escala una confiabilidad mayor a 0.78 y hasta de 0.84 en la población adolescente-estudiante de México González-Forteza, 1996; González-Forteza y Andrade, 1995 (citado en Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001) Igualmente en México, la Escala de Ideación Suicida de Beck obtuvo una confiabilidad de 0.93 y la escala de desesperanza con 0.56 (Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges, 1996)

En el siguiente capítulo se aborda la conceptualización de la ideación suicida desde la perspectiva cognitivo-conductual, así como el concepto de desesperanza y el locus de control, además de revisar cómo es que desde la terapia racional emotivo-conductual se examina a la ideación suicida.

## CAPÍTULO 2. LA IDEACIÓN SUICIDA

Para comprender el fenómeno del suicidio, como hemos visto, es necesaria la inclusión y el estudio de la ideación suicida para su descripción, explicación y su tratamiento. No obstante en esta empresa competará el estudio de la ideación suicida y el análisis de los vínculos establecidos y la manera con la cual se relaciona estrechamente e hipotéticamente con otras variables; desesperanza y locus de control respectivamente, que pueden dar razones empíricas y teóricas en su entendimiento. También se mencionará lo importante que ha sido la inclusión, dentro de las técnicas cognitivas propias del modelo cognitivo-conductual, la Terapia Racional-Emotiva Conductual en el estudio y tratamiento de la ideación suicida.

### **2.1 Ideación Suicida**

Aaron T. Beck se preguntaba “¿por qué algunas personas piensan en el suicidio al enfrentarse con un problema grave, en tanto que otras despliegan intentos adaptativos de resolver el problema o bien deciden “vivir con esa carga” resignándose a no ser felices?” y respondió que “los individuos con tendencia al suicidio presentan una disposición a sobreestimar la magnitud y el carácter irresoluble de los problemas. En este sentido, perciben los problemas pequeños como graves y los de cierta magnitud como abrumadores... además de mostrar una increíble falta de confianza en sus propios recursos para resolver problemas... tienden a proyectar todo este cuadro de actitudes negativas hacia el futuro. Presentan, por lo tanto, las características principales de la triada cognitiva: una visión exageradamente negativa del mundo que les rodea, de si mismos y del futuro” (Beck, Rush, Shaw, & Emery 1983).

La ideación suicida tiene aún muchos enfoques que la describen dependiendo del autor que la define, pero no obstante en todos se distingue y se llega a visualizar el carácter particular del concepto. Se puede decir que la ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno con características de

tener pensamientos acerca de la propia muerte, y que está en relación con drogas, consumo de alcohol, depresión y desesperanza (González-Forteza, 1998). La carencia de sentido de vivir y elaboración de planes para quitarse la vida, y la presencia de inquietudes elaboradas y delirantes de suicidio (Casullo, 2000). Y en una aproximación más concreta la ideación suicida se refiere a tener persistentemente pensamientos, fantasías, planes y deseos, a cerca de la muerte de uno mismo o de cometer suicidio (Díaz, Bousoño y Bobes, 2004; Albanesi, 2008; Rosales, 2007). Podemos considerar además factores comunes de alto riesgo como son: la depresión, la desesperanza, distorsiones cognitivas, inhabilidades en solución de problemas, actitud disfuncional, antecedentes de conducta suicida tanto personal como familiar, trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, el trastorno límite de personalidad y la depresión mayor (Rosales, 2007). Incluso el género tiene que ver en relación con la ideación suicida, dado que las investigaciones han determinado que las mujeres adolescentes son dos veces más propensas que los hombres (Casullo, 2000; Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges 1998), adicionalmente en la medida en que se presente desesperanza el riesgo de ideación suicida es casi siete veces mayor.

Vemos entonces que la ideación suicida hace referencia a un estado cognitivo caracterizado por la presencia constante de pensamientos e ideas de morir. Donde el individuo que ha llegado a tal estado, no puede evitar separarse de la lógica de muerte desarrollada. Los factores de riesgo y la vulnerabilidad a las que se esté sujeto en la vida, predispondrán a que tome presencia dicho estado.

### **2.3 Desesperanza e Ideación Suicida**

Una de las variables que se encuentran más que familiarizada con la ideación suicida, es la desesperanza, y la que siempre ha aparecido con una estrecha relación. De hecho tan cercanas son, que puntuaciones altas en desesperanza, implicarían con mucha probabilidad la existencia y presencia de una lógica o un pensamiento ya suicida, es incluso su relación mayor a otras variables como la



depresión (Beck, Rush, Shaw, & Emery 1983; Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges 1998; Albanesi, 2008). Además de que se ha demostrado que al relacionar la presencia de ideación suicida con otras variables como la ingesta de alcohol y drogas, la desesperanza esta en relación con la ideación suicida hasta siete veces mas en su puntaje que las otras, incluso llama la atención que también por sus características cognoscitivas ambas variables estén asociadas (Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges 1998). La escala de desesperanza formulada por Beck sería además un factor más agregado a que puede deducir el riesgo de suicidio de manera consistente, al evaluarse la desesperanza, su nivel determina en cierto grado un riesgo de suicidio (Aliaga, Rodríguez, Ponce, Frisancho y Enríquez 2006).

Para definir a la desesperanza podemos decir como muchos otros que se refiere a un gran desánimo y pesimismo generalizado hacia la vida, la carencia de ímpetu para lograr que las cosas se lleven a cabo de mejor manera, en el presente, al perderse la confianza en uno mismo y la capacidad de afrontamiento, y en lo futuro, al perder la confianza para que éste pueda ser prospero, o como lo diría Beck, “un sistema de de esquemas cognitivos que tienen como denominador común expectativas negativas acerca del futuro” (Beck, Weissman, Lester, & Trexler 1974). Esta visión negativa de la vida lleva implícito un avance y un análisis en la esfera de lo cognitivo, lo que Beck venía desarrollando para el estudio de los desordenes emocionales y lo que denominó triada cognitiva, creada a partir de sus estudios sobre la depresión y la desesperanza, que consiste en 1) concepción negativa de si mismo; 2) tendencia a atribuir negativamente los hechos en función del presente; y 3) La visualización negativa del futuro. (Aliaga, Rodríguez, Ponce, Frisancho y Enríquez 2006; Córdova, Rosales, y Eguiluz 2005; Soria, Otamendi, Berrocal, Caño, y Rodríguez 2004). Estas características presentes y partes de una estructura del pensamiento irracional probabilizan en si y llevan a un riesgo de suicidio; estando muy emparentadas y asociadas con la ideación suicida.

Este modelo nos muestra el estilo cognitivo propio a la desesperanza, y vinculado a la ideación suicida. Con ello podemos entender que el sujeto atrapado en esta razón ha generado desesperanza a través de atribuciones

negativas hacia si mismo y hacia la vida, así como un carácter de generalidad del mismo modo hacia todo lo futuro. Los acontecimientos negativos por sí mismos no han vulnerado al sujeto según el modelo de vulnerabilidad-estrés (Soria, Otamendi, Berrocal, Caño, y Rodríguez 2004), sino que la característica de la estructura del pensamiento y el modo a fin en la forma en el que se perciben los acontecimientos, son los que generan un estado de indefensión aprendida (desesperanza) en el que el sujeto finalmente se encuentra expuesto y sin poder controlar y afrontar las situaciones, sino que también se genera un sentimiento negativo hacia lo que vendrá en el futuro, las expectativas negativas se ponderan al grado en el que el sujeto se siente indefenso y desesperanzado incluso ante las situaciones que aún no se le presentan.

Es interesante poder imaginar que la desesperanza y la ideación suicida son pertenecientes al orden del pensamiento, de lo cognitivo, y más aun que se pueda hallar la prevalencia de una junto a la otra en las investigaciones de manera inseparable hasta ahora. No obstante gracias a la investigación incluso podemos hacer sospecha de que la presencia de ideación suicida implica la presencia de desesperanza, y que la desesperanza pueda ser precursora y hasta causa de ideación suicida.

### **2.3 Locus de Control, ¿probable relación con la Ideación Suicida?**

Entre otros aspectos junto con la desesperanza podemos mencionar al locus de control, que si bien en la actualidad tal concepto se encuentra discutido ante los investigadores del tema tanto a nivel práctico como teórico, está siendo enriquecido por muchos de ellos e incluso están encontrando nuevas formas de concebirlo y dimensiones por las cuales podemos comprenderlo más a detalle. Aunque parezca ser que, hay mucha teoría contradictoria y semejante a este asunto, sí, se puede vislumbrar con mayor claridad de que trata.

Por tanto la teoría a cerca del control, aunque aún sin definir, nos permite con su enriquecida investigación aludir en que tipo de tópico se especifica y funciona. Por ello es que se ha tratado de incluir en este estudio como una

variable con una influencia importante en el abordaje de la ideación suicida, pudiendo plantear como es que un locus de control tendientemente externo y con déficit en el interno, puede tener alguna relación entorno a la desesperanza y la ideación suicida.

La teoría del control vista en los años de Rotter en 1966 mencionaba dicho autor que, el control se refiere a la creencia del individuo en sus posibilidades de dominio y eficacia, y su habilidad para afrontar acontecimientos externos contingentes a él. Esta posibilidad de dominio sobre dicho acontecimiento es llamada interna o externa según se localice en uno mismo o en el exterior (Visdómine-Lozano y Luciano 2005; Oros, 2005)

Esto quiere decir que si la situación es contingente el individuo siente la capacidad de dominio sobre la situación (Control Interno), por el contrario, cuando la situación no es contingente al individuo, la misma se deriva del azar o la acción de otros agentes externos ajenos a él (Control Externo). Dicho así, podemos decir que la capacidad de un individuo para percibir un acontecimiento como manejable, y no solo así, sino también dependiendo del pensamiento sobre sí mismo para abordarlo, y además atribuir los resultados a la forma y capacidad en la cual se desempeñó en la situación, es a lo que podríamos llamar locus de control interno; control externo sería aquella mención y creencia de que la situación sobrepasa las expectativas y todo afrontamiento sería en vano, al igual que todo éxito, si llegase a ser, estaría lindado a la suerte o la fortuna, nunca en la capacidad y las consecuencias propias de las acciones que se toman.

Por mucho tiempo se pensó en esta polaridad y se diseñaron estrategias variadas para comprobar la validez de este fenómeno a niveles teóricos y prácticos basados en esta idea. Incluso en la actualidad se tiende a categorizar y evaluar el tipo de control que está motivando la conducta y el pensamiento, y en esa medida trazar una línea de observación para la evaluación, intervención y tratamiento por parte de los psicólogos. En la actualidad se está favoreciendo su análisis y comprensión a través de un balance existente entre ambas polaridades, en el individuo deben de visualizarse y evaluarse ambas, tanto

control interno, como control externo, más que clasificar que tipo de control se esta gestando (Visdómine-Lozano y Luciano 2005; Oros, 2005)

Este balance debe de llevar implícita la creencia de no podemos ser capaces de controlar todas nuestra percepciones, sean a mesurar acontecimientos, capacidades propias de afrontamiento o bien, la de visualización y el control de las mismas ante los éxitos y fracasos, que vendrían a modificar naturalmente nuestra gran percepción. De ello se ha derivado investigación que ha mostrado que tanto la internalidad como la externalidad del control tienen submodalidades que las caracterizan.

El control interno por su parte se señala la *autoacusación*, algo así como un señalador de la eficacia. Donde este indicador tiene el papel fundamental de indicar que toda acción tiene su repercusión en si misma, ante el éxito o el fracaso, favorable o desfavorable, nos muestra que el conjunto de acciones tomadas explican como es que se ha llegado a determinado resultado, siempre mostrando un aprendizaje. La *Disposición* se refiere a las creencias en las características y atribuciones propias que se tienen de uno mismo en determinado momento “me desempeño bien en la escuela, soy un buen estudiante”, “soy un buen trabajador, porque siempre hago lo que me corresponde puntualmente”. Cabe aclarar que si estas disposición es negativa: “soy torpe” ”no sirvo para esto”, se tiende a considerar a los eventos fuera de control, además de que estas conforman un estilo irracional en el pensamiento. Por el contrario en el estilo de control externo se ha encontrado una línea de pensamiento denominada *fatalista*, implicando de inmediato que todo acontecimiento tiene implicaciones en extremos muy desfavorables y nocivos, además de otras, como la creencia de que todo lo que ocurre, positivo o negativo, se debe a los demás, y la que hemos ya mencionado, la del control puesto al servicio del azar. Podemos señalar entonces que en el control externo podemos encontrar las mas deficientes actitudes y actitudes ante los acontecimientos, dependencia, ansiedad, depresión y un sin fin de inhabilidades, contrario a lo que ocurre con el control interno; mayor independencia de los demás, mejores resultados y posiciones al enfrentar el

estrés, mayor autoeficacia e igualmente un sinfín de habilidades aptas para su mejor desempeño (Oros, 2005).

Se puede agregar que cuando un individuo se siente incapaz de realizar acción alguna para beneficiarse de su entorno emitiendo un cambio, sea este favorable o desfavorable, y que esto le conlleve a no poder establecer control alguno sobre las posibilidades futuras de ese y de otros acontecimientos venideros, se comienzan establecer condiciones en la persona propias de la depresión y la desesperanza.

Es importante hacer mención de que el locus de control no ha sido relacionado en investigaciones a la ideación suicida, por lo tanto no podemos tener evidencia teórica y mucho menos empírica de lo que resultara al tratar de hipotetizar que tipo de relación tienen, y si las caracteriza este último punto, sería importante saber como se establece la relación de una con otra.

#### **2.4 Terapia Racional-Emotiva Conductual (TREC) y la Ideación Suicida**

Antes de hablar de la Terapia Racional-Emotiva Conductual (TREC) habría que mencionar primero que la misma se desprende de un conjunto de técnicas y de procedimientos de la Terapia Cognitiva, propios del modelo Cognitivo-Conductual en el análisis del comportamiento humano. La Terapia Cognitiva se ha ganado, con importantes resultados, su relevancia en el abordaje de los problemas emocionales y conductuales, ya que desde su inicio se ha establecido como uno de los principales procedimientos en tratar y estudiar la depresión, que de ahí se ha destacado la importante labor de los clínicos en ir desarrollando los marcos conceptuales en el análisis del problema del suicidio (Freemann, y Reinecke, 1995). Y ha tenido éxito gracias a que la Terapia Cognitiva centra su atención en la manera en que las personas, los sujetos, perciben, interpretan y construyen la realidad en que viven (sus pensamientos), y como ellos representan un canal para la conducta y las emociones. Los clínicos cognitivo-conductuales han establecido su labor bajo la premisa de que los cambios efectuados en el pensamiento del paciente, producirá cambios

positivos a corto y largo plazo, en la manera en que conducen su vida y enfrentan sus problemas (Kendall, y Norton-Ford, 1988)

Según Mahoney, 1977 (citado en Kendall, y Norton-Ford, 1988) sus principales postulados son los siguientes: 1) Las respuestas de las personas corresponden a representaciones cognitivas de su realidad y no de la realidad misma, 2) Las representaciones cognitivas implican procesos de aprendizaje 3) La mayor parte de ese aprendizaje se establece y se interrelaciona de manera cognitiva, y 4) Pensamientos, conducta y emoción son causalmente interdependientes uno del otro.

Diversas disciplinas se esfuerzan por explicar el fenómeno del suicidio mediante diversos estudios. Se han diseñado cuestionarios con las variables más asociadas, y es la ideación suicida en muchos de los estudios que actualmente se realizan, la parte del fenómeno que se plantea como la que puede dar cuenta amplia a la explicación del suicidio en general. Entender la ideación suicida dada la naturaleza, asociada a los procesos de pensamiento de los individuos, ha sido la tarea de los investigadores en psicología dedicados al aspecto cognitivo de las explicaciones que le atañen a dicha área. El modelo de la Terapia Racional Emotiva-Conductual ha destacado como modelo que ha permitido comprender el fenómeno de la ideación suicida y su estudio ha permitido poco a poco detectar, describir, explicar y tratar la ideación suicida (Lega, 2002).

Formulada por el psiquiatra Albert Ellis en 1956 la terapia Racional Emotiva-Conductual (TREC) está basada en cuatro principios básicos interrelacionados entre sí a cada individuo: sentir sensaciones, moverse, sentir emociones y pensar. La idea general de que “la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones”, llevo a Ellis a suponer que los trastornos psicológicos de los pacientes podrían explicarse creyendo que es el elemento cognitivo “irracional”; ya sean creencias, juicios de valor y pensamientos a cerca de lo que sucede en el entorno es lo que genera el malestar. Sin duda con ello Ellis consideró y dedujo que el origen de las

perturbaciones emocionales eran los elementos cognitivos (Lega, 2002; Meichenbaum, 1988; Kendall, y Norton-Ford, 1988)

Es por ello que su modelo ABC está diseñado bajo el precepto de que la modificación de los procesos cognitivos cambiará la forma en que se perciben los eventos del entorno y por lo tanto cambiará la forma en que reaccionamos y por supuesto, la manera en que nos sentimos. Lo que intenta la TREC es que en forma terapéutica, siguiendo al modelo anterior, el psicólogo guíe al paciente, y juntos logren identificar aquellos elementos cognitivos irracionales o disfuncionales para cambiarlos, mediante un método que es el debate o discusión filosófica, principalmente, por otros más funcionales. Objetivo sin el cual pudiera prescindirse sin el análisis que dicho modelo ABC propone.

**A.** Acontecimiento activante sujeto a la interpretación de quien los experimenta. Los teóricos afirman que existen dos tipos de acontecimiento que se presentan como realidad; los percibidos (de los cuales se realizan cogniciones descriptivas y evaluativas) y los confirmables (aquellos que se pueden comprobar y corroborar). No obstante como es de suponerse, en la mayoría de los casos es la realidad percibida la que muchas veces se tiene como errónea al tener cogniciones erróneas que interpretan dichos acontecimientos. Con ello que los pensamientos sientan que son los eventos y no ellos (su percepción) quién provoca las consecuencias emocionales y conductuales.

**B.** “Beliefs” o creencias, interpretaciones de A .Sus caracteres son 1) lógicamente inconscientes, 2) empíricamente inválidos, 3) absolutistas y dogmáticos, y que por lo tanto son 4) responsables de la perturbación que se padece.

**C.** Consecuencias que tienen las interpretaciones (B), que pueden ser conductuales y emocionales, que sin duda es la que con regularidad remite al paciente a asistencia psicológica. Sin embargo hay que destacar que existen emociones y conductas apropiadas, es decir; funcionales, lógicas e intencionadas para resolver y/o superar las implicaciones de A, contradictorias a las C que remiten a las personas a terapia. Si las B son funcionales, lógicas y

empíricas; entonces son racionales. Pero si las B, incapacitan en alguno o varios rubros al individuo; entonces son irracionales, y son candidatas para su sustitución por una B funcional mediante el trabajo terapéutico.

**D.** La refutación o debate. El campo de trabajo del modelo del TREC son los niveles de conciencia cognitiva, es decir; las inferencias y atribuciones (pensamientos inmediatos), las cogniciones evaluativas (generalmente opiniones sustentadas dramáticamente por un juicio de valor) y las creencias irracionales nucleares (filosofía de vida) (Lega, 2002).

Ellis describe tres áreas de ideas irracionales con sus respectivas consecuencias.

1. Tengo que actuar / ser perfecto. Asociado a sentimientos de culpa, ansiedad y depresión.
2. Usted debe / tratarme-comportarse conmigo perfectamente. Asociado a sentimientos de ira, conductas pasivas o agresivo-violentas.
3. Las condiciones a mi alrededor tienen que / ser perfectas, cómodas o fáciles. Asociado con depresión, ansiedad, desesperanza

Estas son las tres áreas principales de las exigencias absolutistas que Ellis empleó para deducir las “tres conclusiones irracionales”:

1. Tremendismo. Resaltar en exceso un acontecimiento y percibirlo en una totalidad exagerada de una o varias de sus cualidades.
2. Baja tolerancia a la frustración. Como su nombre, es la exageración en el índice de tolerancia mínimo hacia una situación estresante.
3. Condenación. Evaluaciones totalitarias o juicios definitivos e inmutables que prescriben todo acontecimiento evaluado así de forma inflexible.

Así, al detenernos a comprender el modelo de la TREC podemos plantear un marco explicativo con el cual podemos explicar el fenómeno del suicidio desde la ideación del mismo.



Habría que resaltar, por último, que se hace presente y evidente la forma en que individuos con estilos y situaciones de vida similarmente adversas, llegan a ser excluyentes uno del otro, en la forma en que se perciben, afrontan y resuelven acontecimientos desfavorables, y hasta como es interpretado tanto el éxito como el fracaso. Este punto nos permite inducir deducciones acerca de que tipo de fenómenos intervienen y hacen la diferencia entre uno y otro individuo. Y como también ya hemos visto podemos ya plantear que tanto la desesperanza como el locus de control, estén desempeñando un papel importante en el desarrollo y la explicación de los pensamientos suicidas. Por esta razón es que en esta misma línea de lo cognitivo es que la TREC ha tenido su importancia en el trabajo terapéutico con pacientes bajo amenaza suicida, y que este trabajo ha visto resultados contundentes en el tratamiento y la rehabilitación. Además de que ha dado fuerza empírica muy importante al conocimiento y a las investigaciones que tienen por objeto abordar el tema de la ideación suicida.

En el siguiente capítulo se verán los aspectos relacionados con la metodología de esta investigación: planteamiento del problema, preguntas de investigación, hipótesis, objetivos, el método y el procedimiento.

## **CAPITULO 3. METODOLOGIA**

En este capítulo se presenta como su nombre lo indica, la metodología empleada en la investigación objeto de esta tesis. Para ello se muestra el planteamiento del problema (preguntas de investigación, objetivos e hipótesis) el método (definición de la población, descripción de la muestra, materiales, instrumentos y aparatos, lugar y definición de variables) y el procedimiento (diseño de investigación, diseño de muestreo y descripción de sesiones, fases o ensayos).

### **3.1 Planteamiento del problema**

Por largo tiempo el suicidio ha sido abordado por científicos de diversas disciplinas que han aportado datos que nos han permitido conocer el fenómeno desde distintas áreas de estudio, y lo que se ha logrado es la identificación del proceso y de variables que conjuntamente forman parte de este intrigante problema. Se ha logrado hasta ahora, conocer tres de las instancias del fenómeno suicida: suicidio consumado, intento de suicidio e ideación suicida. Este último aspecto, el de la ideación suicida, ha sido el que últimamente ha inquietado a los investigadores, ya que es esta instancia la que se cree que con su estudio `pudiese dar un marco explicativo de profunda relevancia que resuelva las incógnitas más controvertidas en torno al suicidio.

Además los estudios a cerca de la ideación suicida en México, muestran que los resultados dados por el implemento de cuestionarios validados en mediciones con poblaciones en otros países, están aparentemente dando resultados en la población mexicana con altos puntajes para varios coeficientes de confiabilidad. Sin embargo, es necesaria la obtención de datos a través de un instrumento valido y confiable para muestras de la población de México, con el fin de conocer y explicar la incidencia, prevalencia y el riesgo de Ideación suicida en la población mexicana, con un instrumento validado para medir cierto riesgo.

El Estado de México es el estado que ocupa el lugar número uno en suicidios, de 4,394 suicidios en toda la República en el 2005, el Estado de México tuvo 458 suicidios totales que representa el 10.4%, de los cuales el 77.7% son hombres y 22.3% mujeres. Además el suicidio según el medio empleado en toda la República, el Estado de México tiene el primer lugar en envenenamiento por medicamentos, drogas y sustancias biológicas con el 12.9%; envenenamiento por gases, vapores, alcohol y plaguicidas con 15.5%; ahorcamiento, estrangulación o sofocación con el 10.1% y disparo de arma de fuego con 9.7%.

También es importante considerar que los jóvenes que han cometido suicidio en el Estado de México tienen el primer sitio en la mayor parte de las categorías que se registran para el mismo. Por consiguiente podemos comprender más aún la importancia de este estudio, y la forma en la cual se han planteado las preguntas de investigación que a continuación se presentan

### **3.2 Preguntas de investigación**

¿Habrá diferencia en la incidencia de Ideación Suicida de Riesgo y su relación con la desesperanza, el locus de control entre hombres y mujeres de la Universidad Tecnológica de Tecamac (UTTEC)?

1. ¿Cuál es la presencia de la Ideación Suicida de Riesgo en la UTTEC?
2. ¿Habrá una incidencia mayor de Ideación Suicida de Riesgo en mujeres que en hombres de la UTTEC)
3. ¿Qué índice de Desesperanza se encontrará en los estudiantes de la UTTEC?
4. ¿Cuál es la relación entre el índice de Ideación Suicida de Riesgo y la Desesperanza en los estudiantes de la UTTEC?
5. ¿Cuál es la relación entre el índice de Ideación Suicida de Riesgo y la Desesperanza entre hombres y mujeres estudiantes de la UTTEC?
6. ¿Cual es el índice de Locus de Control externo que se encontrará en los estudiantes de la UTTEC?
7. ¿Cuál es la relación entre el Locus de Control Externo y la Ideación Suicida de Riesgo en los estudiantes de la UTTEC?

8. ¿Cuál es la relación entre el índice de Ideación Suicida de Riesgo y la alta percepción del desempeño académico en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Tecámac?

### **3.3 Hipótesis**

#### Hipótesis General

Existe diferencia en la incidencia de Ideación Suicida de Riesgo entre hombre y mujeres, y su relación con la desesperanza, el locus de control en estudiantes de la UTTEC

#### 3.3.1 Hipótesis Específicas

1. Se encontrará un porcentaje de al menos 3% de Ideación Suicida de Riesgo en la población de estudiantes de la UTTEC.
2. Existe una incidencia de Ideación Suicida de Riesgo mayor en mujeres que en hombres de la UTTEC
3. Se registrará Desesperanza mayor al 10% en los estudiantes de la UTTEC
4. Se registrará que a mayor Índice de Ideación Suicida de Riesgo, mayor será la desesperanza los estudiantes de la UTTEC
5. Existe una incidencia de Desesperanza mayor en mujeres que en hombres de la UTTEC
6. Se registrará que a mayor índice de Ideación Suicida de Riesgo, mayor será la Desesperanza en mujeres que en hombres estudiantes de la UTTEC.
7. Se registrará un Locus de Control Externo alto y muy alto en los estudiantes de la UTTEC.
8. Se registrará que a mayor Locus de Control Externo, mayor el índice de Ideación Suicida de Riesgo.

### **3.4 Objetivos**

#### Objetivo General

Mostrar las diferencias en la incidencia de Ideación Suicida de Riesgo y su relación con la desesperanza, el locus de control entre hombre y mujeres de la UTTEC

### 3.4.1 Objetivos Específicos

1. Mostrar la identificación de la incidencia de Ideación Suicida de Riesgo en los estudiantes de la UTTEC
2. Comparar la incidencia de Ideación Suicida de Riesgo entre hombres y mujeres de la UTTEC
3. Mostrar la identificación de la incidencia de Desesperanza mayor al 10% en los estudiantes de la UTTEC
4. Comparar la proporción entre el índice de Ideación Suicida de Riesgo y la desesperanza entre hombres y mujeres de la UTTEC.
5. Mostrar la identificación del índice alto y muy alto de Locus de Control Externo
6. Comparar la proporción entre el índice de Ideación Suicida de Riesgo y el Locus de Control Externo

## 3.5 Método

### 3.5.1. Definición de la población

Los participantes de este estudio, fueron estudiantes de la Universidad Tecnológica de Tecámac, en el ciclo escolar 2008; de ocho carreras impartidas en el plantel y de ambos sexos.

### 3.5.2. Descripción de la muestra

El número de participantes que contestaron el instrumento fueron 500 estudiantes en total, ambos sexos y de las ocho carreras. Se realizó una selección de los instrumentos contestados en base a los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión: Acuerdo por parte de los estudiantes en aceptar contestar el cuestionario y que en ese momento (en la toma de la muestra) no estuvieran recibiendo asistencia psicológica o psiquiátrica y que al menos el instrumento estuviera contestado en un 80%.

Criterios de Exclusión: Desacuerdo de los estudiantes en contestar el cuestionario y que en ese momento (en la toma de la muestra) si estuvieran recibiendo asistencia psicológica o psiquiátrica y que el instrumento no estuviera contestado en un 80%.

Por lo tanto la muestra quedó compuesta por un total de 479 instrumentos, compuesta por 249 hombres (52%) y 228 mujeres (48%).

### 3.5.3 Materiales

500 instrumentos de riesgo de ideación suicida, 40 lápices del número 2 ½ de cualquier marca.

### 3.5.4 Instrumentos y Aparatos

Una computadora cargada con el programa SPSS versión 10.0

Del instrumento de medición de Riesgo Suicida propio de la investigación, se tomo para la misma, las escalas siguientes (ver anexo):

- Ψ Datos sociodemográficos
- Ψ Escala de Ideación Suicida (reactivos: 3.3, 3.4,3.5 y 3.6)
- Ψ Escala de Desesperanza (reactivos:2.40, 2.41, 2.42, 2.43, 2.44, 2.45, 2.46 y 2.47)
- Ψ Escala de Locus de Control Externo (2.24, 2.26 y 2.28)

### 3.5.5. Descripción del lugar

El auditorio de la Universidad Tecnológica de Tecámac con equipo multimedia para conferencias, capacidad para 190 personas y asientos con pupitres.

### 3.5.6. Definición de las variables

Se muestran las cinco variables empleadas con su definición teórica, metodológica y operacional.

Tabla 1

Variable	Nombre	Teórica	Metodológica	Operacional
1	Ideación Suicida	Los pensamientos, ideas y deseos a cerca de quererse quitar la vida (Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez, 2006).	Dependiente	Es la puntuación obtenida en la escala de Roberts, E. (1998)
2	Sexo	La condición orgánica de hombres y mujeres.	Independiente	Lo que conteste cada estudiante en el reactivo 1.2, del instrumento de Ideación suicida de Riesgo
3	Desesperanza	"Como un sistema de esquemas cognitivos que tiene como denominador común expectativas negativas acerca del futuro" Beck; Beck, Weissman, Lester, y Trexler (1974)	Independiente	Estimando esta variable como: 5 reactivos de la escala de Beck; Beck, Weissman, Lester, y Trexler (1974)
4	Locus de Control Interno	Se refiere a la posibilidad de dominio de un acontecimiento contingente con la conducta, estableciendo el control del suceso a partir de uno mismo (Visdómine-Lozano y Luciano, 2006)	Independiente	González-Forteza C. (1995) <b>(Solo se usan algunos reactivos probados)</b>
5	Locus de Control Externo	Cuando un refuerzo es percibido consiguiente a alguna acción personal, pero no enteramente contingente con ella, es percibido típicamente como el resultado de la buena suerte. (Oros, B., 2005) Se refiere a la posibilidad de dominio de un acontecimiento contingente con uno pero estableciendo el control fuera de si mismo.	Independiente	

Tabla 1. Definición teórica, metodológica y operacional de las cinco variables empleadas.

### 3.6 Procedimiento

#### 3.6.1 Diseño de investigación

El diseño es observacional-proyectivo-transversal-descriptivo:

Observacional: Es llamado así porque el investigador no interviene de manera directa en el fenómeno que abordará, sólo realiza su descripción y medición del mismo a través de la observación.

Proyectivo: Se llama así porque los datos obtenidos se obtienen justo en el transcurso de la investigación.

Transversal: Se llama así porque los datos que se quieren obtener se sustraen sólo en el momento y una sola vez, en el que se realiza la medición.

Descriptivo: Se llama así porque el nivel en el que se realiza el estudio es precisamente solo observación que da pie a poder describir el fenómeno (Mendoza, 1998).

#### 3.6.2. Forma de muestreo

No probabilístico intencional. Las autoridades de la institución nos proporcionó a los estudiantes que se les podía aplicar el instrumento

#### 3.6.4 Descripción de sesiones, fases o ensayos.

Una sesión de aplicación del Instrumento de Riesgo de Ideación Suicida en la Universidad Tecnológica de Tecámac en el estado de México. De antemano la institución por parte del Lic. Christian Zepeda Alcántara, se programo una agenda en la cuál se establecieron los siguientes horarios para la aplicación del instrumento en el auditorio del campus a 500 alumnos: de 10:00 a.m. a 1:00 p.m. con intervalos de media hora en aproximadamente 20 minutos, fue el tiempo promedio para contestar.

Las instrucciones se llevaron a cabo para cada grupo de alumnos que llegaba en cada intervalo correspondiente, previo a que se comenzara a contestar el instrumento. Dichas instrucciones fueron las siguientes: “en su asiento tienen el instrumento llamado riesgo y salud en jóvenes, este instrumento está dedicado en investigar cómo es que ustedes los jóvenes piensan, sienten y se comportan, sus respuestas nos ayudarán a generar soluciones y atención no solo a



ustedes sino a la población en general que tengan y/o padezcan una situación de riesgo. Es importante mencionarles que sus respuestas serán confidenciales y anónimas, este cuestionario está hecho para ser contestado en 25 minutos máximo y de manera individual, no dejen una sola pregunta en blanco, si tienen dudas o cuando terminen de responder todo el instrumento levanten su mano y pasaré a recoger el cuestionario o escucharé sus dudas. De antemano se les agradece mucho su valiosa participación”, a los alumnos se les dio entrega del instrumento boca abajo y un lápiz para contestar. Una vez atendido a dicho establecido se les indicó dar comienzo a contestar el instrumento. Para la recolección de los instrumentos contestados, se pasó a los lugares de todos los alumnos conforme terminaban, se les daban las gracias y se retiraban.

Al final y al realizar el recuento de los instrumentos se notó que faltaban 15 folios para completar los 500. Por lo que el Lic. Christian Zapeda facilitó un grupo extra del cual 15 alumnos contestaron los instrumentos faltantes, a los cuales se les dieron las mismas instrucciones y se realizó el mismo procedimiento previo a contestarlos.

Al término de la aplicación se le dio las gracias al Lic. Christian Zapaeda por su apoyo a la UNAM y a la investigación en la que cordialmente había participado a su campus.

En el siguiente capítulo se llevará a cabo la descripción y el análisis de los datos obtenidos: las características sociodemográficas de la muestra, la descripción de las características psicométricas de las escalas y la comprobación de las hipótesis de investigación mediante análisis estadístico

## CAPÍTULO 4. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

El presente capítulo está dividido en cuatro partes. La primera aborda las características sociodemográficas de la muestra, tomando en cuenta la comparación de los resultados entre hombres y mujeres, la segunda parte le corresponde al análisis de la descripción de las características psicométricas de las escalas y la tercera donde se confirman o rechazan las hipótesis de investigación basados en una análisis estadístico.

### 4.1 Características sociodemográficas de la muestra

A continuación veremos la descripción sociodemográfica de los resultados obtenidos en la muestra, a través de la comparación entre hombres y mujeres de la sección 1 del instrumento (ver anexo).

#### 1. Edad

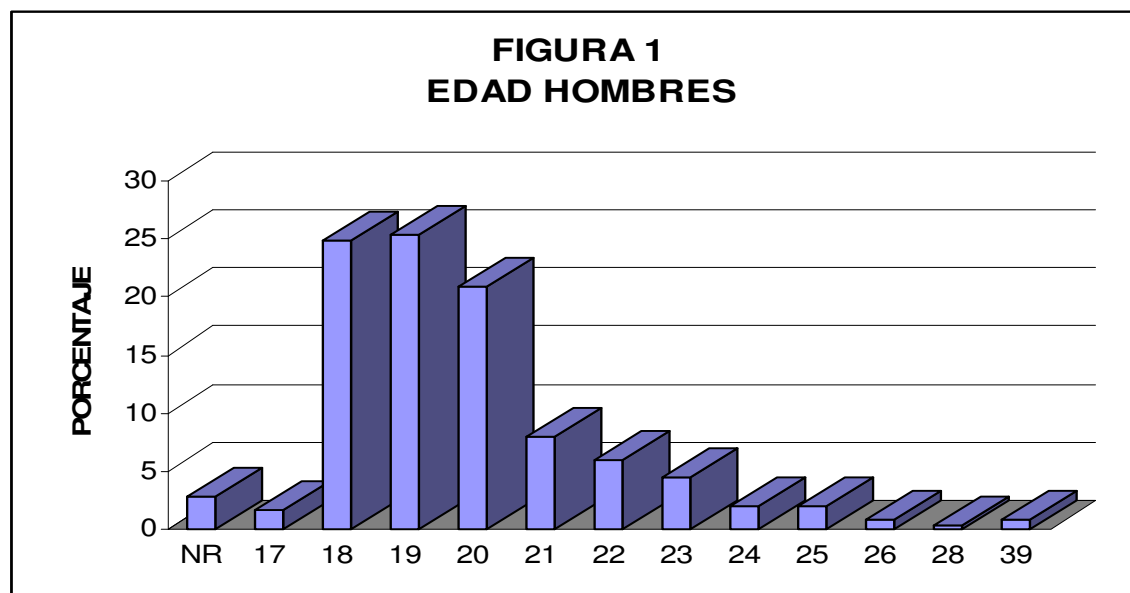


Fig.1: Se observa el porcentaje de la edad de acuerdo al número de hombres de la muestra

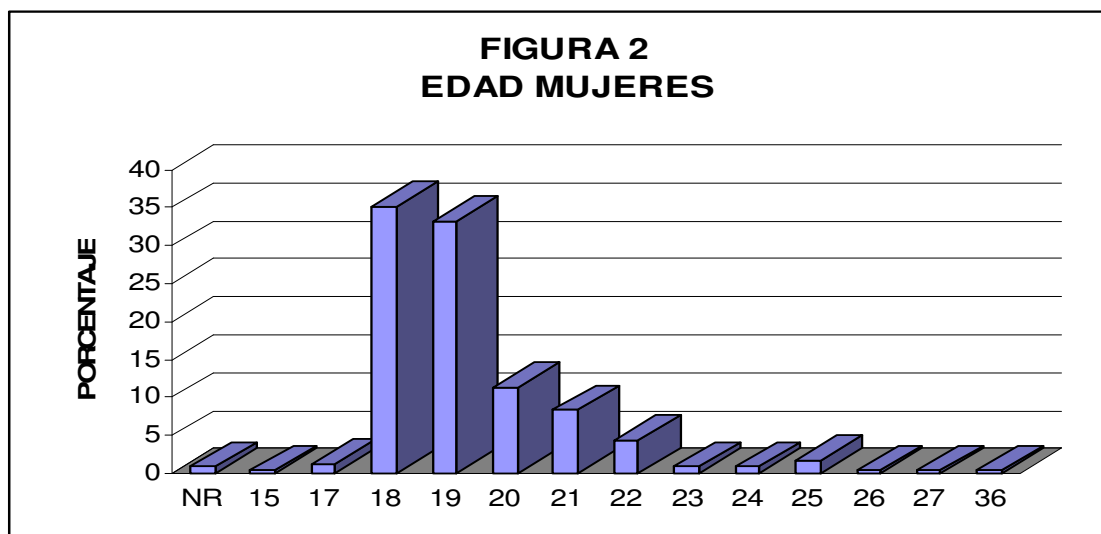


Fig.2: Se observa el porcentaje de la edad de acuerdo al número de mujeres de la muestra.

En las figuras 1 y 2 podemos observar que en general la distribución de la edad tanto en hombres como para mujeres está entre los 18 y 20 años, distribuyéndose en menor proporción cuanto mayor es la edad eb ambos grupos.

## 2. Sexo

En la figura 3 observamos que la muestra está compuesta de mujeres en un 47% y 52% de hombres.

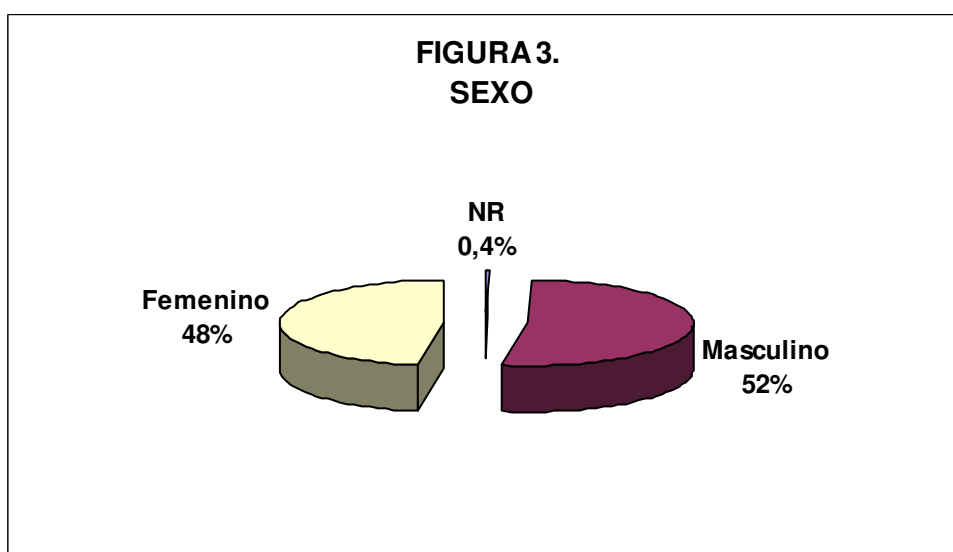


Fig.3: Se observa el porcentaje de hombres y de mujeres que constituyen la muestra

### 3. Estado civil

Observamos que en las figuras 4 y 5 tanto en hombres como mujeres están representados con arriba del 80% a su estado civil, como solteros. Alrededor del 10% en ambos casos casados y de igual manera alrededor del 7% no responden o no existe respuesta.

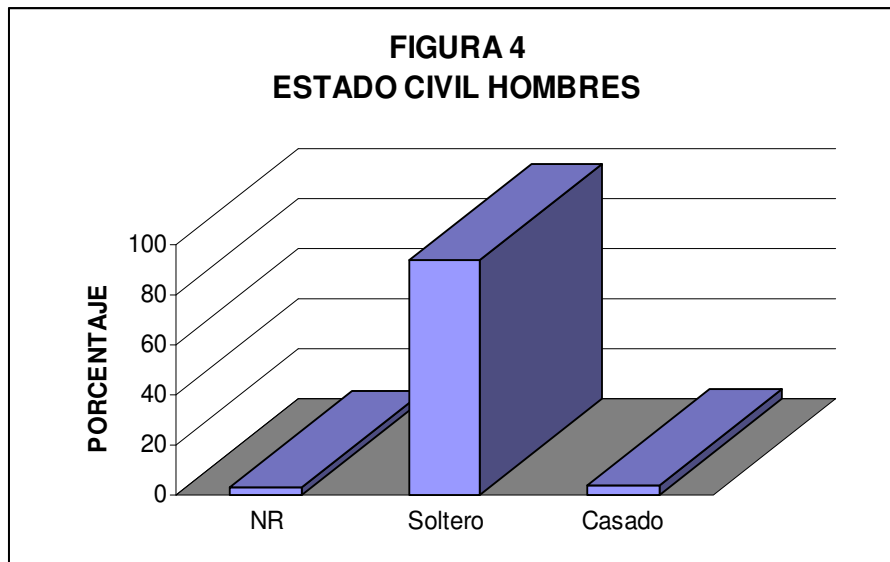


Fig.4: Se observa el porcentaje de hombres de la muestra de acuerdo a su estado civil.

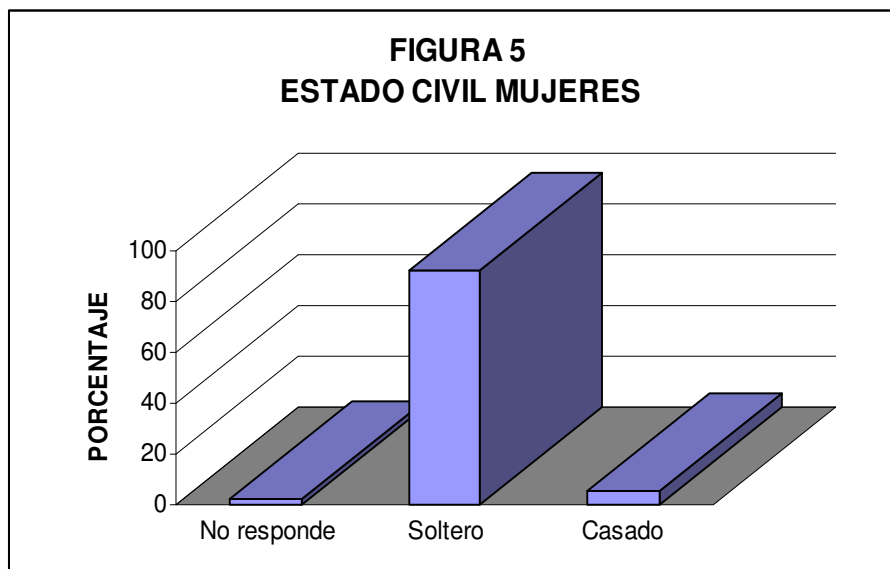


Fig.5: Se observa el porcentaje de mujeres de la muestra, de acuerdo a su estado civil.

#### 4. Cuatrimestre actualmente cursando

Ambas figuras, 6 y 7, muestran que la mayor parte de las distribuciones, de hombres y mujeres, de acuerdo al cuatrimestre en curso, son del primer cuatrimestre con 58% y 49% en hombres y mujeres respectivamente, y de segundo cuatrimestre son el 28% y 35% en hombres y mujeres respectivamente, 7% y 8% en tercero, y en hombres 5% en cuatro. Por último no hubo respuesta para ambos en un 5% en hombres y 7% en mujeres.

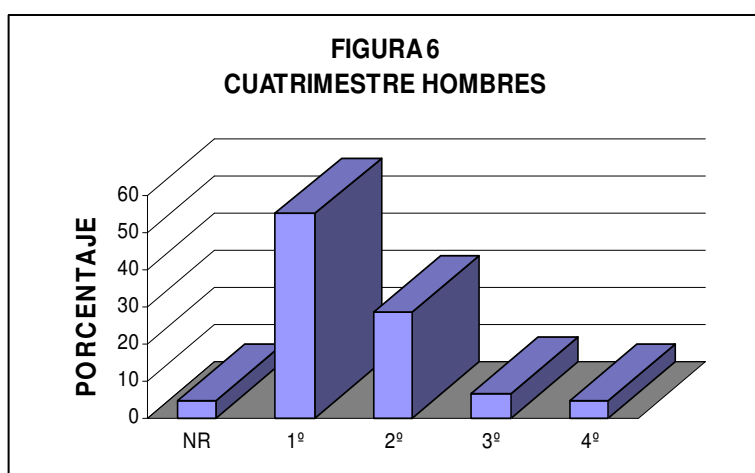


Fig.6: Se observa la distribución del número de hombres acorde al cuatrimestre que están cursando.

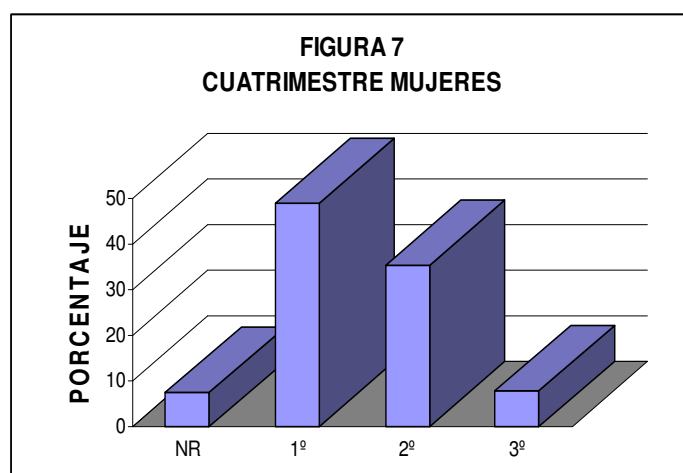


Fig.7: Se observa la distribución del número de mujeres de acuerdo al cuatrimestre que están cursando.

#### 5. Carrera

Carrera	Mujeres	Hombres
No responde	2%	5%
Electricidad y Electrónica Industrial	1%	21%
Tecnologías De La Información	18%	21%
Procesos De Producción	7%	10%
Bioteconlogías	12%	6%
Mercadotecnia	0.5%	0.5%
Comercialización	29%	17%
Administración De Empresas	30%	16%
Mantenimiento Industrial	0%	4%
Total	100%	100%

Tabla 2: Muestra los porcentajes de la población para hombres y mujeres de acuerdo a la carrera que están cursando.

En la tabla 2 podemos observar que la carrera más representativa en las mujeres es la de Administración de empresas con el 30%, seguida de Comercialización con 29% y Tecnologías de la información con 18%. En los

hombres, tanto Electricidad y electrónica industrial y tecnologías de la información tiene un 21%, seguidas de Comercialización y Administración de empresas con 17% y 16% respectivamente. Las carreras menos cursadas tanto en mujeres y hombres: Procesos de producción 7% y 10% respectivamente, Biotecnologías con 12% y 6% respectivamente, Mercadotecnia con 0.5% en ambos, y un 4% en Mantenimiento industrial solo en hombres.

## 6. Promedio de calificación

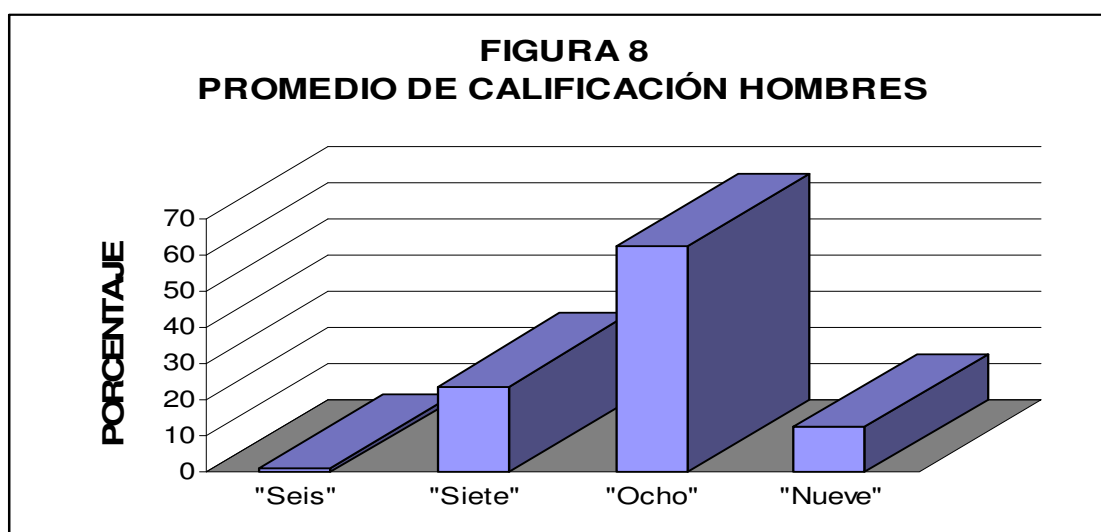


Fig.8: Nos muestra el porcentaje de la población de hombres, distribuidas por su promedio de calificación.

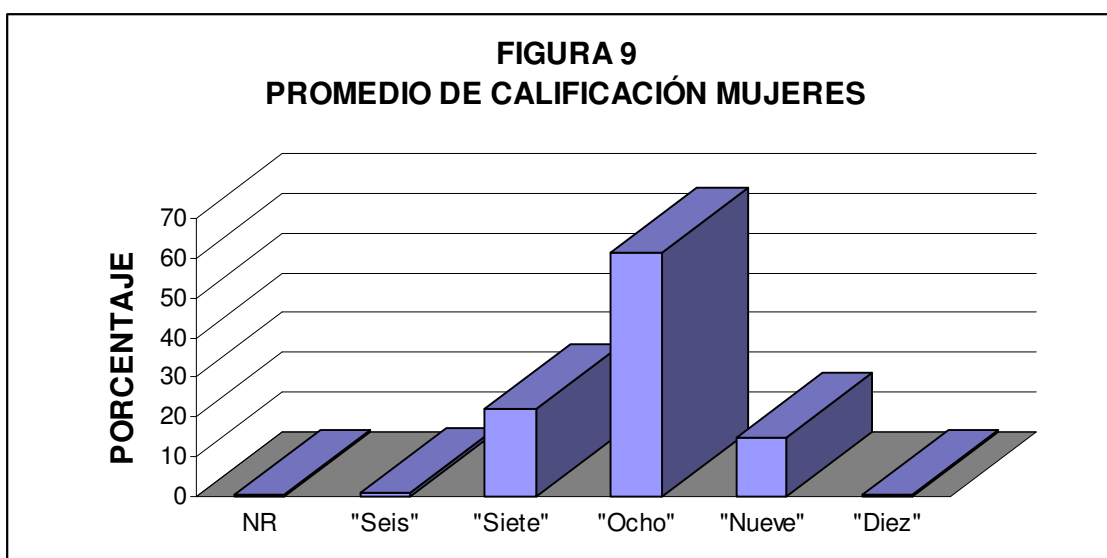


Fig.9: Nos muestra el porcentaje de la población de mujeres, distribuidos por su promedio de calificaciones.

En las figuras 8 y 9 podemos observar fácilmente que la media de calificación en ambas poblaciones es de ocho, con 61% y 63% respectivamente. Siguiendo

el promedio de siete de calificación con 22% y 24% respectivamente, 15% en mujeres y 12% en hombres con nueve de calificación.

## 7. Percepción de desempeño académico

Las figuras 10 y 11 nos muestran que las distribuciones de la percepción de desempeño académico Bueno en hombres y mujeres, es de 88% y 85% respectivamente, mismo con la más alta puntuación de porcentaje, siguiéndole con 9% en mujeres y 11% en hombres la percepción de desempeño académico como Malo.

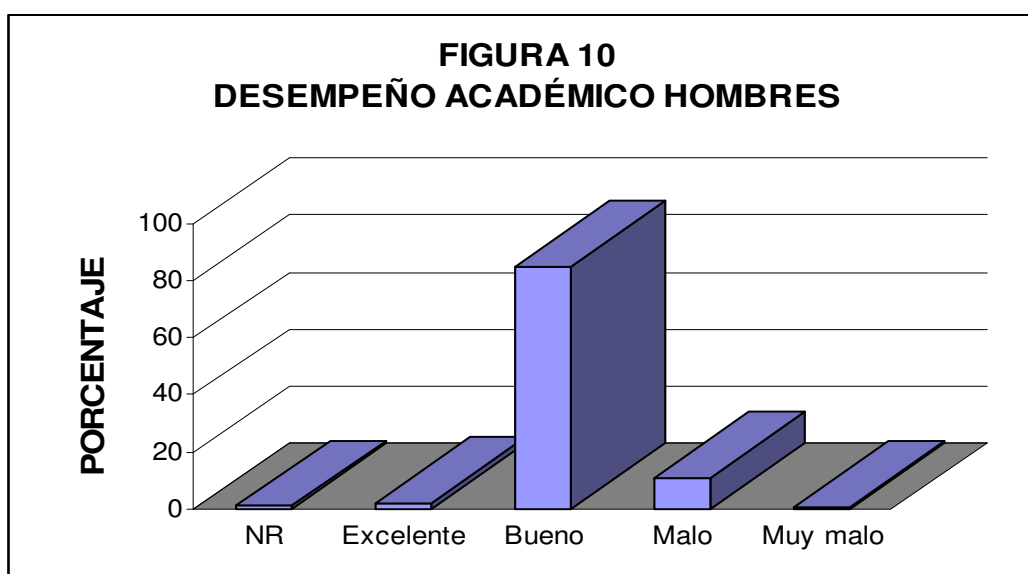


Fig.10: Muestra los porcentajes de la Percepción del desempeño académico de la población de hombres.

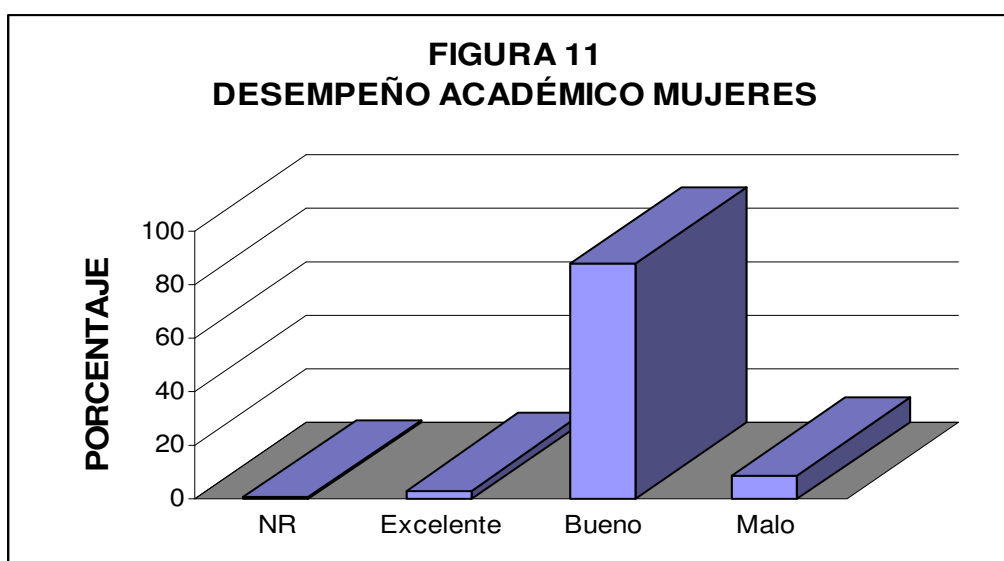


Fig.11: Muestra los porcentajes de la Percepción del desempeño académico de la población de mujeres.

## 8. Práctica religiosa

Para este aspecto de la práctica de la práctica religiosa las figuras 12 y 13, nos muestran que para hombres como para mujeres sí, practican alguna religión, con un 47% y 54% respectivamente. Además también de que igualmente en los hombres el porcentaje que no practican ninguna religión es igual al primero 47%, mientras que en las mujeres es del 43%, y en un 5% de los hombres y 4% de las mujeres encontramos ausencia de respuesta.

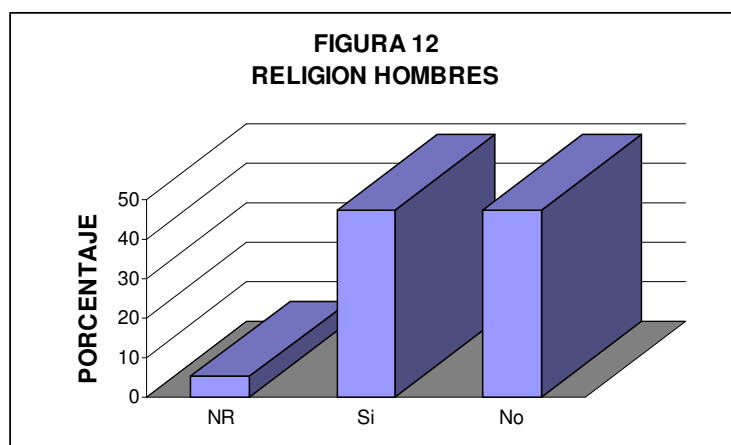


Fig.12: Muestra los porcentajes de la práctica religiosa en los hombres.

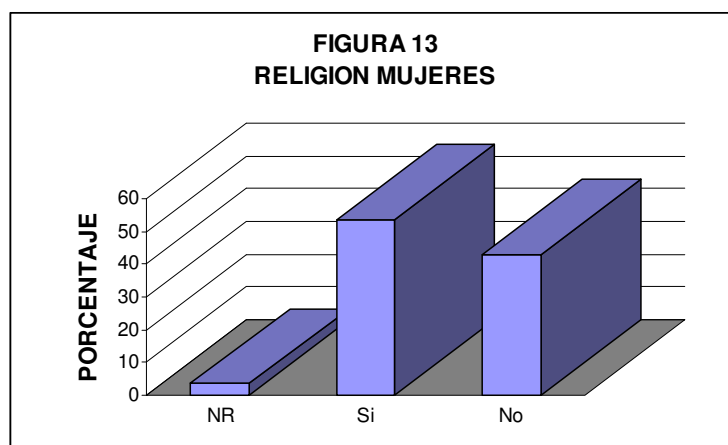


Fig. 13: Muestra los porcentajes de la práctica religiosa en las mujeres.

## 9. Estimación actividad religiosa

Lo primero que podemos observar en ambas figuras 14 y 15, es una ausencia de respuesta en hombres y mujeres, del 46% y 40% de todos los casos respectivamente. El 25% y 27% de hombres y mujeres, respectivamente, piensa que su actividad religiosa es suficiente, un 22% de los hombres y un 25% de las mujeres mencionan que dicha actividad es escasa, el 6% y 7% respectivamente, observamos que su estimación de su práctica es casi nula, y solo con 1% en hombres y 2% en mujeres la práctica religiosa es mucha.



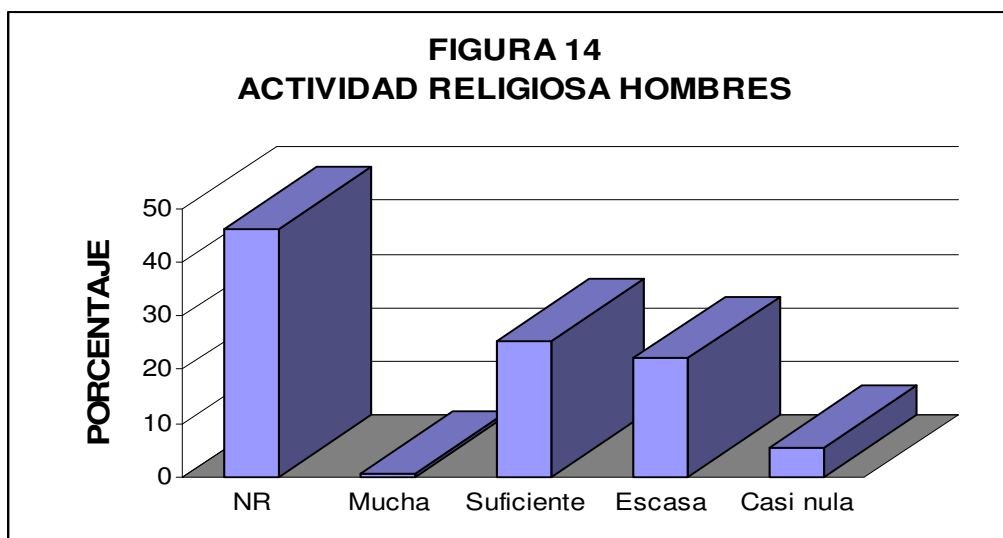


Fig. 14: Muestra los porcentajes obtenidos en la población de los hombres, respecto a la estimación propia de la práctica religiosa.

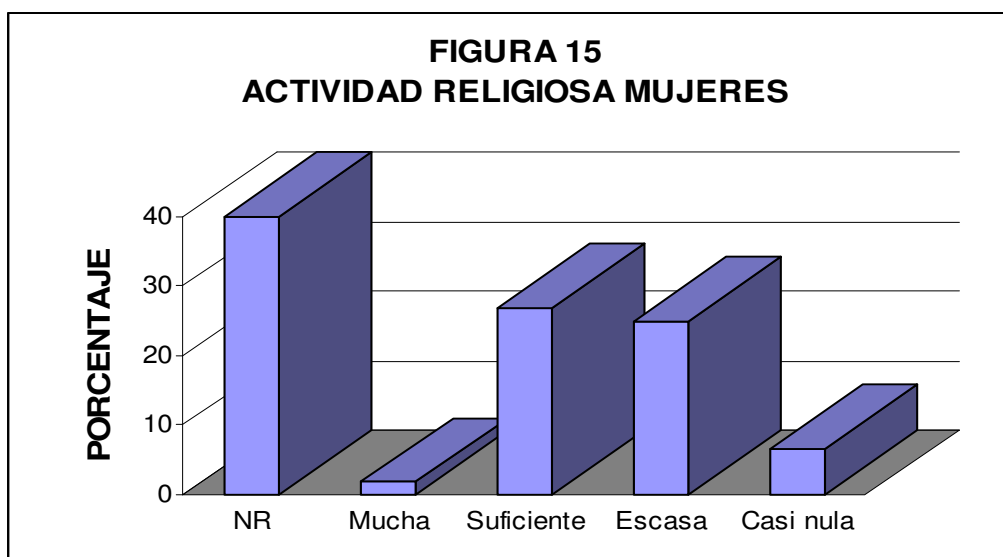


Fig. 15: Muestra los porcentajes obtenidos en la población de las mujeres, respecto a la estimación propia de la práctica religiosa.

## 10. Condición económica familiar

En las figuras 16 y 17 podemos observar que para las poblaciones en ambos sexos la condición económica es buena: 86% mujeres y 84% hombres, y la segunda puntuación más alta es la que corresponde a 12% mujeres y 13% hombres de acuerdo a que su condición económica familiar es mala. Y solo un 1% en mujeres y 2% en hombres con condición económica familiar mala.

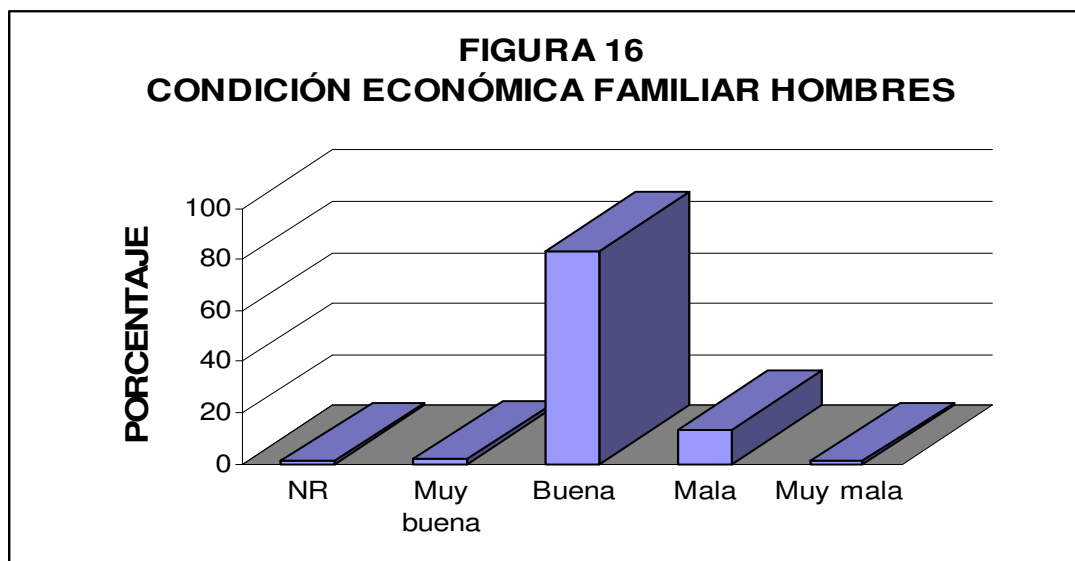


Fig.16: Muestra los porcentajes obtenidos en la población de hombres, de acuerdo a su condición económica familiar.

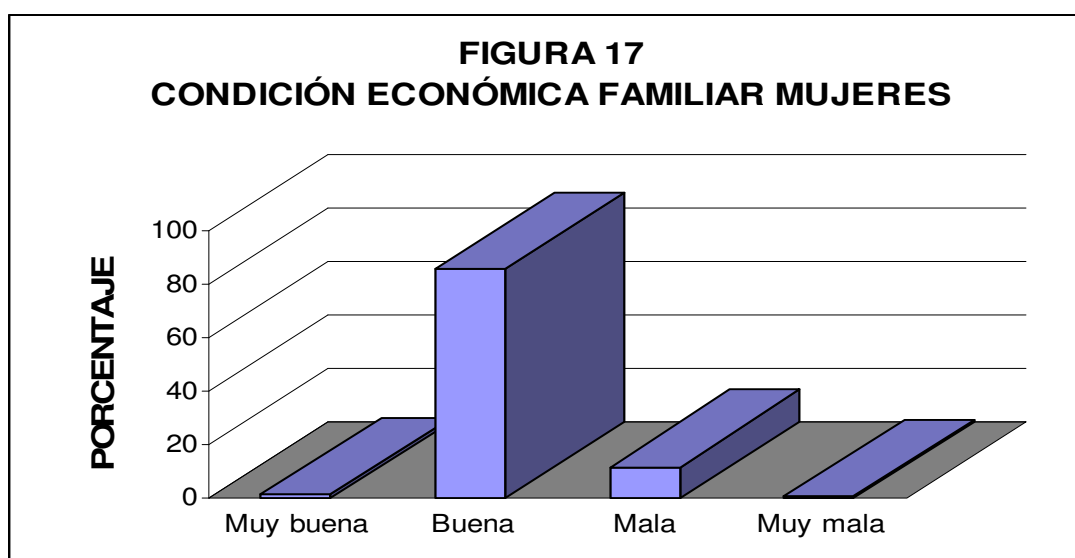


Fig.17: Muestra los porcentajes obtenidos en la población de mujeres, de acuerdo a su condición económica familiar.

### 11. El dinero con el que cuentas alcanza para

En la tabla 3 se puede observar que el dinero que se obtiene alcanza, en el caso de las mujeres en un 65% y en un 62% en hombres solo alcanza para pasajes y comida, 29% de las mujeres y 32% de los hombres el dinero con el que cuentan es alcanza para pasajes, comida, extras y diversiones, y un 5% y 6% de mujeres y hombres respectivamente el dinero con el que cuentan no les alcanza para nada.

Tabla 3		
Tu dinero alcanza para....	Hombres	Mujeres
No responde	0.0%	0.9%
No me alcanza	5.6%	5.3%
Solo pasajes y comida	62.2%	64.5%
Pasajes, comida, extras y diversiones	32.1%	29.4%
Total	100%	100%

Tabla 3: Muestra los porcentajes obtenidos en las mujeres y hombres en cuestión a que el dinero con el que cuentan les alcanza o no, y para que.

## 12. Acostumbras consumir algo para sentirte bien

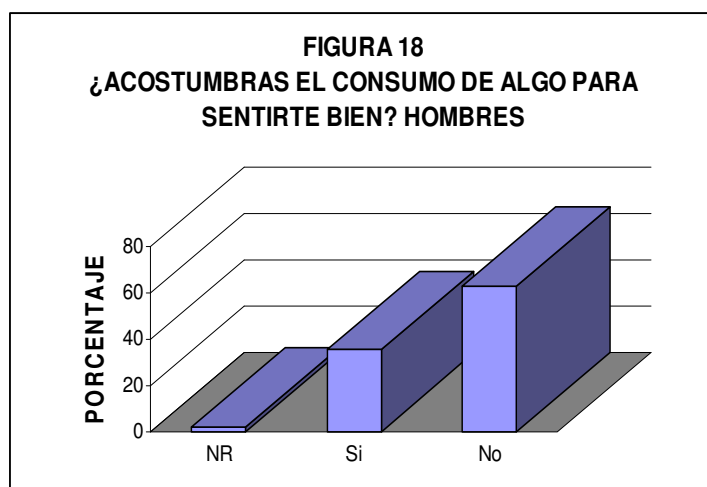


Fig. 18: Muestra los puntajes obtenidos en los porcentajes de la población de hombres en el aspecto en que si acostumbran el consumo de algo con el fin de sentirse bien.

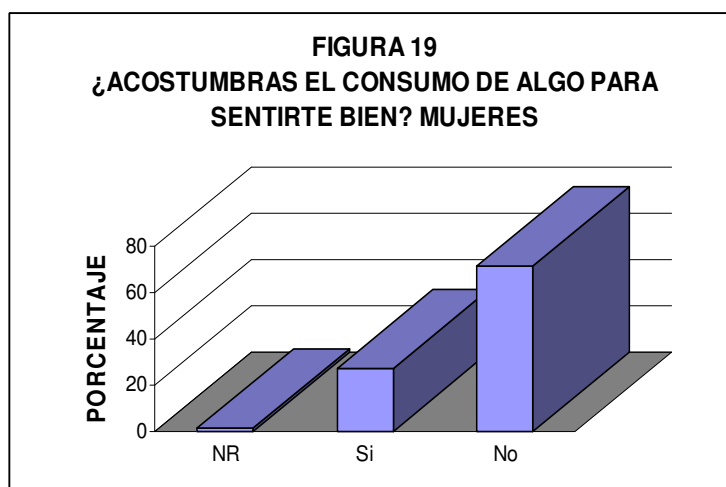


Fig.19: Muestra los puntajes obtenidos en los porcentajes de la población de mujeres en el aspecto en que si acostumbran el consumo de algo con el fin de sentirse bien.

Las figuras 18 y 19 ejemplifican los porcentajes que representan en ambas poblaciones si consumen o no, algo para sentirse bien, mostrando que 72% y 63% de las mujeres y hombres, respectivamente, contestó que no consume. Y solo un 27% de las mujeres y 35% de los hombres si consumen algo para sentirse bien.

## 13. Que es lo que consumes para sentirte bien

Como se puede observar lo que muestra la tabla 4, es que los porcentajes más elevados tanto en la población de mujeres como de hombres, en un 69% y 63%, respectivamente, se demuestra ausencia de respuesta. Después la sigue el consumo de cigarras con 7% en mujeres y 12% en hombres, el consumo de café o té con 8% para ambos sexos, tanto mujeres como hombres obtienen un porcentaje de 6% marcando dos categorías, el 5% en mujeres y el 4% en

hombres representan el consumo de alcohol, el 2% y el 4% en mujeres y hombres respectivamente marcan más de dos categorías, el 2% en mujeres y 1% en hombres consumen comida chatarra: chocolate, refresco y dulces, y solo el 1% en ambos sexos consumen medicamentos y/o cafiaspirinas. Además de mencionar que solo en hombres se obtuvieron dos porcentajes de 0.5% tanto para el consumo de algún tipo de droga, como para otro y/o agua, agua de sabor y ejercicio.

Lo que consumes para sentirte bien...	Mujeres	Hombres
No responde	69%	63%
Cigarros	7%	12%
Café o Té	8%	8%
Alcohol	5%	4%
Algún tipo de droga	0.0%	0.5%
Medicamentos y/o Cafiaspirinas	1%	1%
Otro y/o Agua, Agua de sabor y Ejercicio	0.0%	0.5%
Marca dos	6%	6%
Marca más de dos	2%	4%
Chocolate, Refresco, Dulces, Comida Chatarra	2%	1%
Vitaminas, Bebidas Energizantes, Proteínas, Omnilife	0.0%	0.0%
Total	100%	100%

Tabla 3: Muestra los porcentajes de la población de mujeres y hombres obtenidos de acuerdo a lo que consumen para sentirse bien.

#### 14. Si se ha vivido alguna experiencia trastornante

En este apartado podemos observar mediante las gráficas, primero; figura 20, que el 49% de las mujeres si ha tenido una experiencia trastornante y casi en la misma cantidad, 50% no la han tenido, y solo un 1% ausencia de respuesta. Para los hombres, figura 21, nos muestra que el 61% de no ha tenido experiencia trastornante, 37% si la ha tenido y solo un 2% ausencia de respuesta.

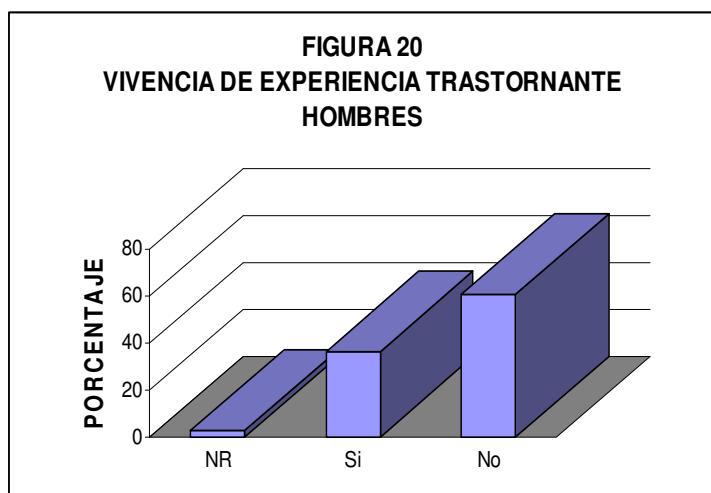


Fig. 20: Muestra los porcentajes obtenidos en la población de hombres de acuerdo a la vivencia de alguna experiencia trastornante.

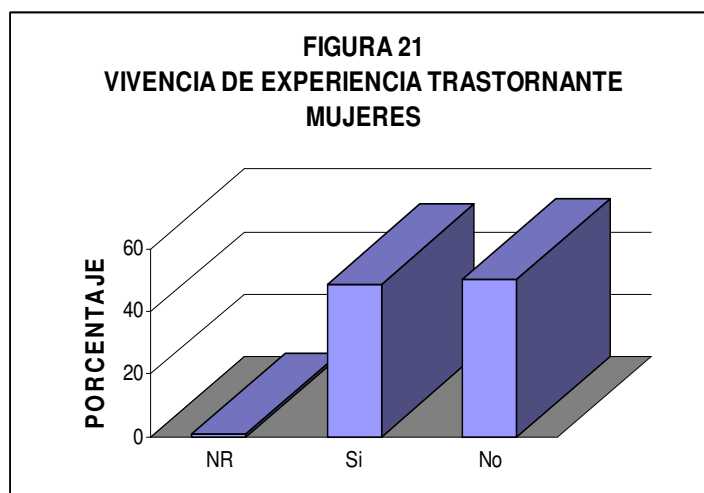


Fig.21: Muestra los porcentajes obtenidos en la población de las mujeres de acuerdo a la vivencia de alguna experiencia trastornante

#### 15. Vivencia trastornante relacionada con algún aspecto de la vida

<b>Tu vivencia trastornante Se relaciona con .....</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
<b>No responde</b>	<b>50%</b>	<b>56%</b>
<b>La familia</b>	<b>11%</b>	<b>7%</b>
<b>La pareja</b>	<b>8%</b>	<b>8%</b>
<b>Amistades</b>	<b>3%</b>	<b>4%</b>
<b>Escuela</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>
<b>Trabajo</b>	<b>0%</b>	<b>2%</b>
<b>Salud</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>
<b>Otro</b>	<b>2%</b>	<b>3%</b>
<b>Dos categorías</b>	<b>9%</b>	<b>10%</b>
<b>Más de dos categorías</b>	<b>10%</b>	<b>4%</b>
<b>Ninguno</b>	<b>0.0%</b>	<b>2%</b>
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabla 5. Muestra los porcentajes de la relación entre hombres y mujeres, con la vivencia trastornante en algún aspecto de la vida.

Como podemos observar en la tabla 5, los porcentajes más representativos, es decir más altos, están relacionados con la ausencia de respuesta; 50% en las mujeres y 56% en los hombres.

Nos muestra también, por otro lado, que los porcentajes altos de la vivencia trastornante en las mujeres están relacionados con la familia 11%, en 10% han seleccionado más de dos categorías, en 9% han seleccionado dos categorías, 8% la pareja, 4% la escuela, 3% las amistades y con 2% la salud. En los

hombres se muestran que los porcentajes son; 10% han seleccionado dos categorías, 8% la pareja, 7% la familia, 4% la escuela, amistades y más de dos categorías, 3% otro, 2% ha seleccionado trabajo y ninguno, y solo el 1% la salud.

#### 16. Muerte de persona importante, sufrida en la adolescencia o la infancia

Las figuras 22 y 23 muestran que para hombres y para mujeres se obtuvieron porcentajes de acuerdo a la cuestión en que si ha habido la muerte de alguna persona importante sufrida en la infancia o en la adolescencia. Para lo cual podemos observar que los porcentajes en las mujeres que respondieron afirmativamente son 45%, negativamente 53%, y ausencia de respuesta 2%. Los hombres respondieron afirmativamente en un 37% y negativamente en 61%, y solo 2% ausencia de respuesta.

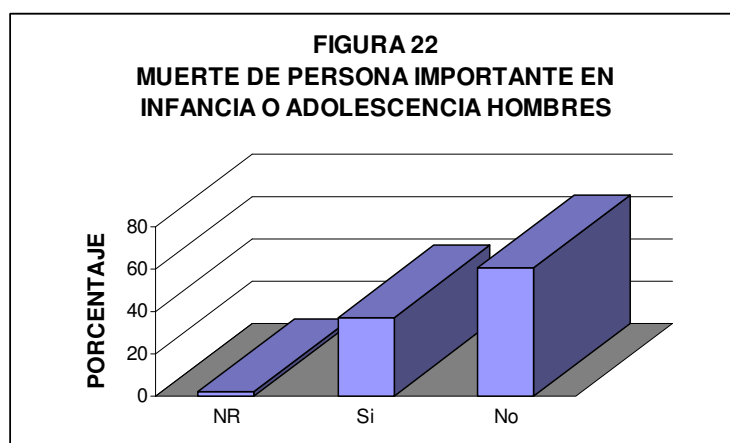


Fig. 22: Muestra los porcentajes obtenidos en la población de los hombres, en relación a la muerte de la persona importante, sufrida en la infancia o la adolescencia.

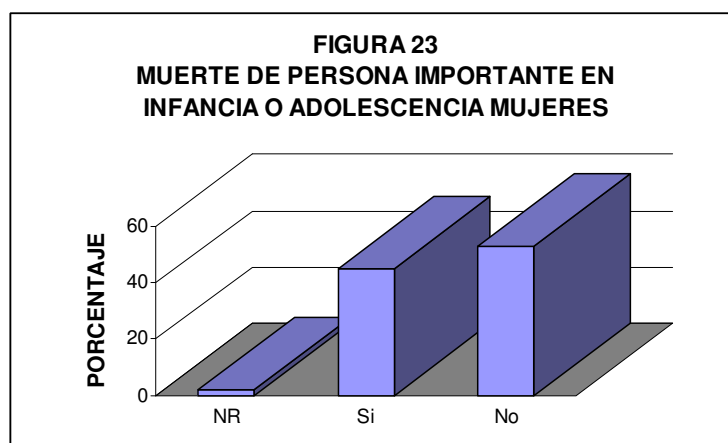


Fig. 23: Muestra los porcentajes obtenidos en la población de las mujeres, en relación a la muerte de la persona importante, sufrida en la infancia o la adolescencia.

#### 17. ¿Quién falleció?

En la tabla 6 podemos ver que las puntuaciones de los porcentajes más altos son los representados por la ausencia de respuesta 53% en mujeres y 62% en hombres.

Dentro de las categorías encontramos que en las mujeres hay un 25% que refiere a abuelo(a) o bisabuelo(a) quien falleció, con 7% a tío(a), 5% señala a dos personas, con 4% al padre e igualmente a la madre y solo 2% a hermanos.

En la población de hombres se observa que el 17% corresponde a bisabuelo(a) o abuelo(a) quién falleció, 5% a tío(a), 4% señalan a dos personas, 3% a la madre, 2.5% al padre e igualmente otro y/o perro, y solo el 1% a amigo(a) y cuñado(a) e igualmente para los que señalan más de dos personas.

<b>Tabla 6</b>		
<b>¿Quién?</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
<b>No responde</b>	<b>53%</b>	<b>62%</b>
<b>Papá</b>	<b>4%</b>	<b>2.5%</b>
<b>Mamá</b>	<b>4%</b>	<b>3%</b>
<b>Hermano(a)</b>	<b>0%</b>	<b>2%</b>
<b>Abuelo(a), Bisabuelo(a)</b>	<b>25%</b>	<b>17%</b>
<b>Tío(a)</b>	<b>7%</b>	<b>5%</b>
<b>Amigo(a) y/o Cuñado(a)</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>
<b>Otro y/o Perro</b>	<b>2%</b>	<b>2.5%</b>
<b>Novio(a), pareja</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>Dos personas</b>	<b>5%</b>	<b>4%</b>
<b>Primo(a)</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>Más de dos personas</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabla 6: Se muestran los porcentajes obtenidos en mujeres y hombres de acuerdo a la persona importante que falleció.

#### 18. Características de la disciplina en la infancia y adolescencia

La tabla 7 nos muestra que el 80% y el 77%, en mujeres y hombres, respectivamente, la disciplina en la infancia y adolescencia la caracterizó: ni muchas reglas ni muchos castigos. Mientras que 15.5% mujeres y 19% hombres señalaron muchas reglas y muchos castigos, sin reglas y sin castigos son el 4% en mujeres y el 3% en hombres, y solo el 0.5% en mujeres y el 1% en hombres no respondieron.

<b>Tabla 7</b>		
<b>Características de la disciplina en la Infancia y adolescencia</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
<b>No responde</b>	<b>0.5%</b>	<b>1%</b>
<b>Sin reglas y sin castigos</b>	<b>4%</b>	<b>3%</b>
<b>Ni muchas reglas ni muchos castigos</b>	<b>80%</b>	<b>77%</b>
<b>Muchas reglas y muchos castigos</b>	<b>15.5%</b>	<b>19%</b>
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabla 7: Muestra los porcentajes de las características de la disciplina en hombres y mujeres durante la infancia y adolescencia.

## 19. Víctima de abuso sexual

Observando las figuras 24 y 25 podemos dar cuenta de que en la población de mujeres y hombres, responden con 88% y 96% que no han sido víctimas de abuso sexual. Las mujeres y hombres que respondieron que sí fueron víctimas de abuso sexual son en un 11% y 4%, respectivamente, y en mujeres más del doble de porcentajes que en hombres. Solo en la población de mujeres en 1% ausencia de respuesta.

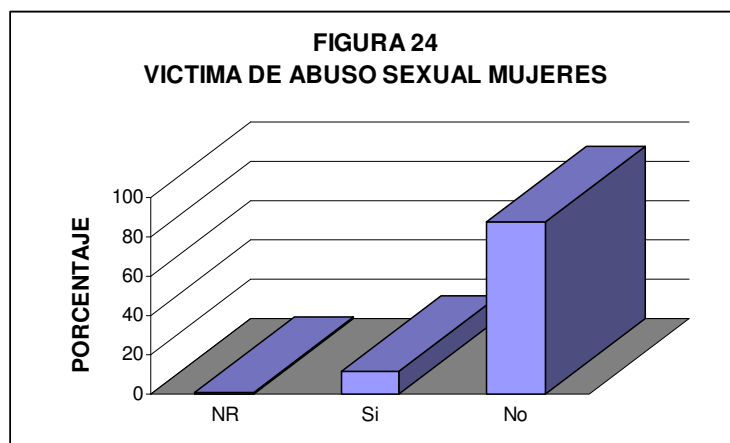


Fig.24: Muestra el porcentaje obtenido en la población de mujeres, de acuerdo a si se ha sido víctima de abuso sexual.

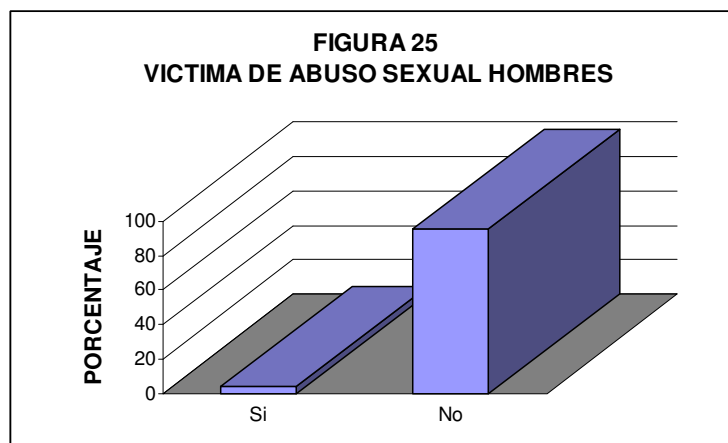


Fig.25: Muestra el porcentaje obtenido en la población de hombres, de acuerdo a si se ha sido víctima de abuso sexual.

## 20. Víctima de situaciones humillantes

Las figuras 26 y 27 muestran un porcentaje mayor en ambas poblaciones, acerca de que no han sido víctimas de situaciones humillantes; mujeres 65.5% y hombres 71%. La respuesta afirmativa, si han sido víctimas de situaciones humillantes, se encuentra en un porcentaje de 34% en mujeres y de 29% en hombres y solo un 0.5% de ausencia de respuesta en la población de las mujeres.



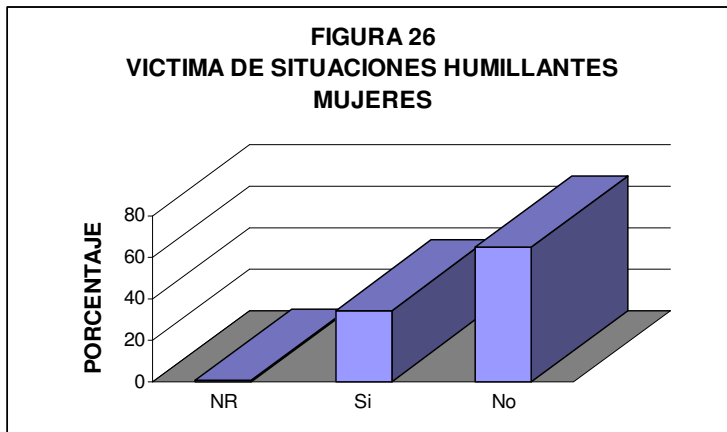


Fig.26: Muestra los porcentajes obtenidos acerca de si se ha sido victima de situaciones humillantes en las mujeres.

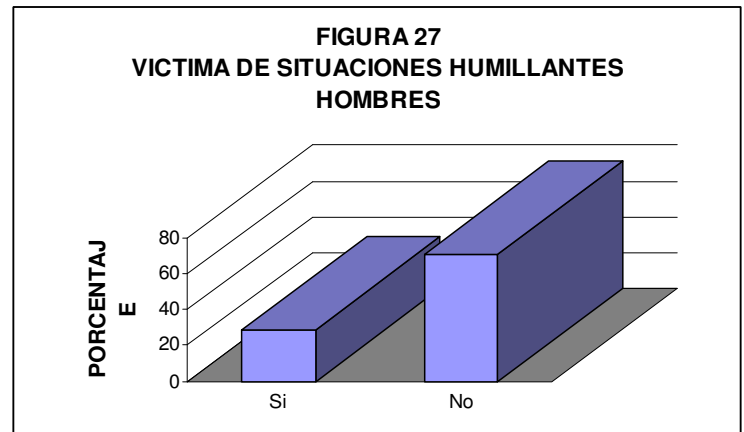


Fig.27: Muestra los porcentajes obtenidos acerca de si se ha sido victima de situaciones humillantes en los hombres.

## 21. Has recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico

Las figuras 28 y 29 muestran los datos obtenidos acerca de si se ha recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. En ambas observamos que tanto en mujeres como en hombres, los porcentajes mayores corresponden a que no han recibido ninguno de estos servicios; mujeres 80% y hombres 85%. Los porcentajes que podemos observar que la respuesta es que si han recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico son de 18.5% en mujeres y de 13% en hombres. La ausencia de respuesta en mujeres es de 1.5% y en hombres de 2%.

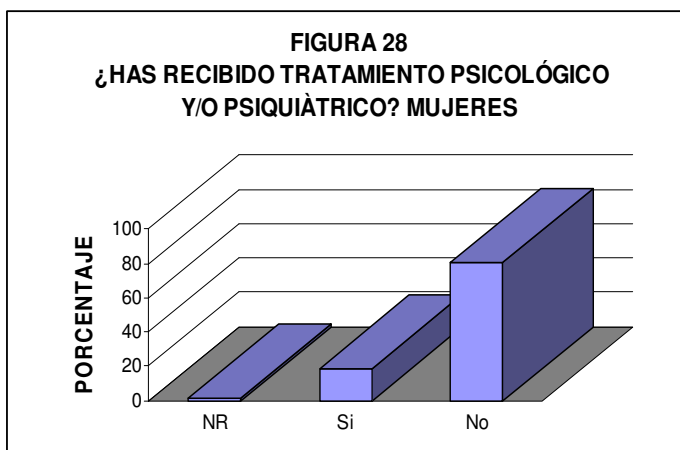


Fig.28: Muestra que los porcentajes obtenidos en el aspecto de haber recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, en la población de mujeres.

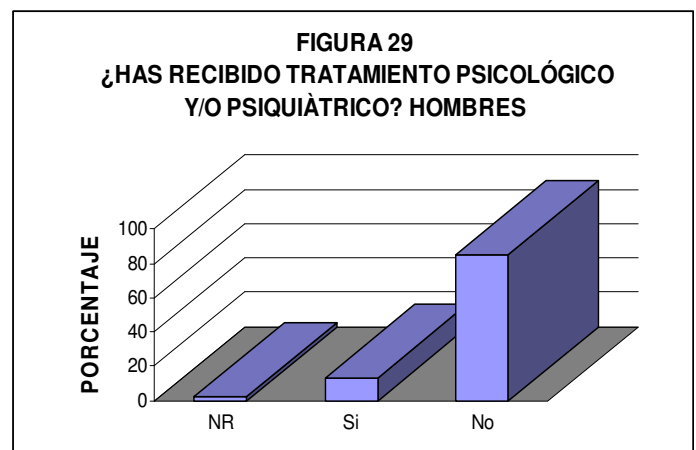


Fig.29: Muestra que los porcentajes obtenidos en el aspecto de haber recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, en la población de hombres.

## 22. Razón por la que recibiste atención

La tabla 8 muestra que en mujeres y hombres la ausencia de respuesta tienen los porcentajes mayoritarios de 82% y 87%, respectivamente. Al igual que para los trastornos emocionales 6% y 3%, respectivamente, problemas familiares en 5% y 1%, dos categorías con 2% en mujeres y en hombres también, problemas académicos 1% y 2% respectivamente, problemas de conducta 0.4% en mujeres y 3% en hombres.

<b>Tabla 8</b>		
<b>Motivo de atención psicológica Y/o psiquiátrica</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
<b>No responde</b>	<b>62%</b>	<b>87%</b>
<b>Trastornos emocionales (depresión, ansiedad, etc)</b>	<b>6%</b>	<b>3%</b>
<b>Drogadicción y/o Alcoholismo</b>	<b>0%</b>	<b>0.2%</b>
<b>Traumas (muerte, abuso sexual, secuestro)</b>	<b>0.4%</b>	<b>0.2%</b>
<b>Problemas familiares (divorcio de los padres, etc.)</b>	<b>5%</b>	<b>1%</b>
<b>Problemas con la pareja</b>	<b>2%</b>	<b>0.0%</b>
<b>Solo solicito ayuda y/o Ubicación</b>	<b>0.4%</b>	<b>1%</b>
<b>Problemas físicos en general</b>	<b>0.4%</b>	<b>0.2%</b>
<b>Otra y/o Problemas de lenguaje, fobia, me asusto una rana</b>	<b>0.0%</b>	<b>0.2%</b>
<b>Dos categorías</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>
<b>Mas de dos categorías</b>	<b>0.4%</b>	<b>0.0%</b>
<b>Problemas académicos (rendimiento, aprendizaje)</b>	<b>1%</b>	<b>2%</b>
<b>Problemas de conducta (hiperactividad, indisciplina)</b>	<b>0.4%</b>	<b>3%</b>
<b>Sexualidad (preferencia sexual, problemas sexuales)</b>	<b>0.0%</b>	<b>0.2%</b>
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabla 8: Muestra los porcentajes de mujeres y hombres, de acuerdo al motivo o motivos por los que se recibió atención psicológica y/o psiquiátrica.

## 23. Actualmente continúa en tratamiento psicológico o psiquiátrico

Debido a los criterios de exclusión señalados en el capítulo 3, no se muestran en las figuras 30 y 31 las personas que actualmente están recibiendo tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. Por otro lado las figuras anteriormente mencionadas muestran un porcentaje mayor en mujeres y hombres, de ausencia de respuesta, 65% en ambas poblaciones, y la respuesta negativa; no está recibiendo tratamiento psicológico y/o psiquiátrico actualmente, 35% tanto en mujeres como en hombres.

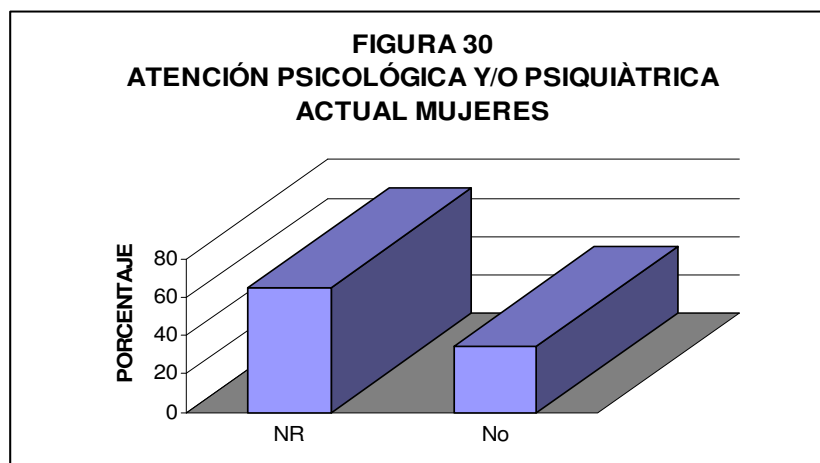


Fig.30: Se observan los porcentajes en la población de mujeres, acerca de si actualmente se recibe atención psicológica y/o psiquiátrica.

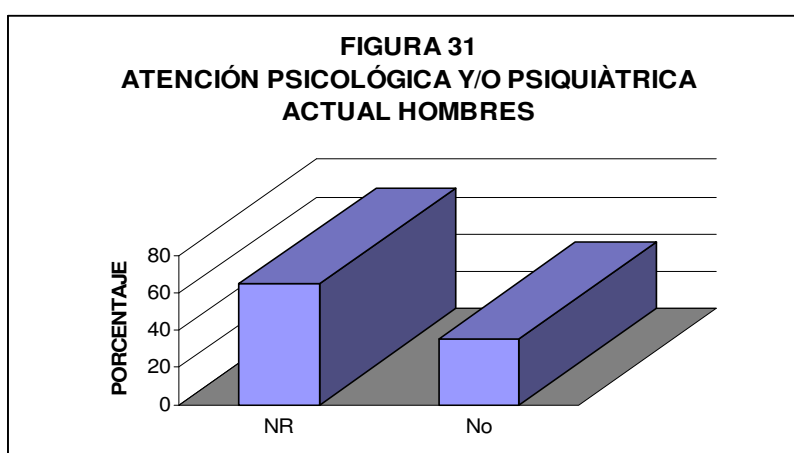


Fig.31: Se observan los porcentajes en la población de los hombres, acerca de si actualmente se recibe atención psicológica y/o psiquiátrica

#### 24. Problema que más le preocupa

En la tabla 9 se muestran los porcentajes en mujeres y hombres, y el problema que más les preocupa. La ausencia de respuesta tiene un porcentaje que es de 17% en mujeres y 18% en hombres, el problema personal (preocupación por el futuro) tiene un porcentaje de un 8% en mujeres y 17% en hombres, a los que no les preocupa ninguno el porcentaje es de 15% mujeres y 17% hombres, el problema escolar (desempeño académico) es de 8% en mujeres y 10% en hombres, personal (familia) tiene como porcentaje 10% en mujeres y 6% en hombres, personal (conducta) es de 4% mujeres y 11% hombres, problema familiar (economía de los padres) tiene como porcentaje 8% mujeres y 5% hombres, dos o más categorías son el 5% tanto en mujeres como en hombres, problemas personal (salud) tiene el 3% y 2% respectivamente.

TABAL 9		
PROBLEMA QUE MAS LE PREOCUPA...	MUJERES	HOMBRES
No responde	17%	18%
Familiar (relación con los padres)	3%	0%
Familiar (salud de los padres)	1%	1%
Familiar (economía de los padres)	8%	5%
Trabajo (no tener trabajo)	0%	0%
Escolar (desempeño)	8%	10%
Escolar (relación compañeros)	0%	1%
Personal (salud)	3%	2%
Personal (emocional)	4%	3%
Pareja (problemas con)	2%	2%
Otro	0%	0%
Dos o más categorías	5%	5%
Personal (conducta)	4%	11%
Personal (preocupación futuro)	18%	17%
Personal (apariencia física)	1%	0.5%
Personal (familia)	10%	6%
Personal (economía)	1%	1%
Muerte	0%	0.5%
Ninguno	15%	17%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabla 9: Muestra los porcentajes obtenidos en la población de hombres y mujeres de acuerdo al problema que más preocupa.

## 25. Si alguna persona cercana se ha suicidado o ha intentado suicidarse

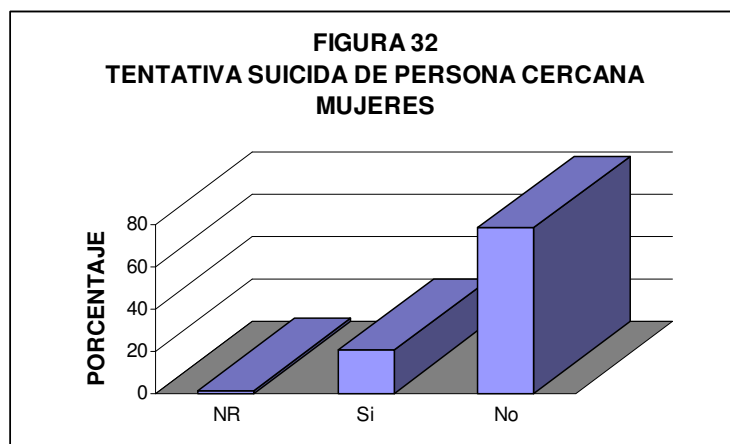


Fig.32: Muestra los porcentajes en mujeres de acuerdo a si una persona cercana ha intentado suicidarse.

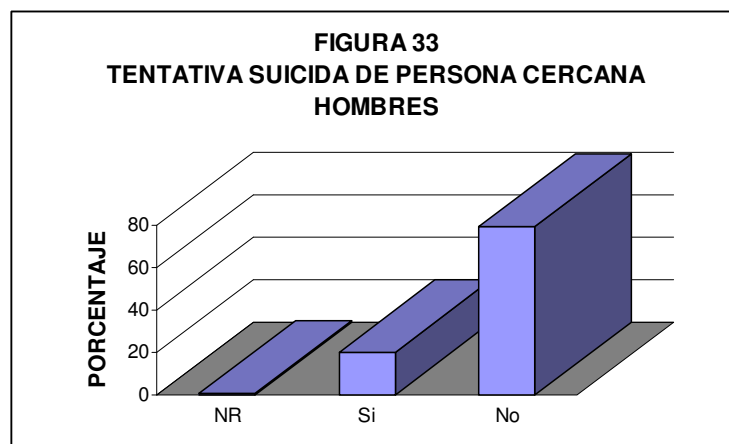


Fig.33: Muestra los porcentajes en hombres de acuerdo a si una persona cercana ha intentado suicidarse.

En las figuras 32 y 33 podemos ver que tanto en mujeres como en hombres no ha intentado el suicidio ninguna persona cercana en 79% de las mujeres y 80% de los hombres. La respuesta afirmativa a esta cuestión la presenta el porcentaje dado en 20% en mujeres y hombres, y solo el 1% de ausencia de respuesta en mujeres.

## 4.2 Descripción de las características psicométricas de las escalas

En este apartado del capítulo cuatro, se analizarán tres aspectos por escala; sensibilidad, discriminación, confiabilidad y validez.

### 4.2.1 Ideación Suicida

#### a) Sensibilidad

	Reactivos	N	Media	Desviación Estándar	Sesgo	Curtosis
IS1	Que no podía salir adelante	469	0.75	1.23	2.05	3.77
IS2	Tenía pensamientos sobre la muerte	469	0.36	0.97	3.36	11.52
IS3	Sentía que mi familia estaría mejor si yo no estuviera	469	0.36	1.03	3.4	11.24
IS4	Pensé en matarme	469	0.18	0.79	5.14	26.73

Tabla 10. Muestra las puntuaciones de las mediciones estadísticas para cada reactivo que compone la escala de Ideación Suicida.

Podemos observar que en el reactivo IS1, tabla 10; se obtuvo una frecuencia de respuesta de un total de N=467. Tiene una distribución promedio de 0.75 y desviación de 1.23. Con lo que podemos observar que la mayoría de las frecuencias se encuentran distribuidas dentro del rango de dicha unidad de desviación. Observamos también un sesgo positivo de 2.05 lo que indica de la mayor parte de las frecuencias se inclinan respecto a la escala; “*Que no podía seguir adelante*” de 0, 1-2 días de la semana pasada, es decir, que la gran mayoría de las respuestas no estiman puntajes altos extremos, más de dos días, dentro de la escala a lo que el reactivo señala. La curtosis positiva de 3.77 no señala que la distribución de las frecuencias se estrecha respecto a los valores de la media y la distribución.

El reactivo IS2, tabla 10; tiene una frecuencia de respuesta total de N=469. Una distribución promedio de 0.36 y desviación de 0.97. Con lo que podemos observar que la mayoría de las frecuencias se encuentran distribuidas dentro de un rango estrecho de dicha unidad de desviación. Visto en una curtosis positiva alta de 11.52, donde la distribución de las frecuencias se estrecha dentro de los valores de la media y la distribución. Existe un sesgo positivo de 3.36 lo que indica que existe un número mayor de casos con valores altos extremos en la escala, respecto al reactivo anterior.

El reactivo IS3, tabla 10; tiene una frecuencia de respuesta total de N=468. Una distribución promedio de 0.36 y desviación de 1.03. Con lo que podemos observar que la mayoría de las frecuencias se encuentran distribuidas dentro de un rango estrecho de dicha unidad de desviación. Visto en una curtosis positiva alta de 11.24, donde la distribución de las frecuencias se estrecha dentro de los valores de la media y la distribución. Observamos un sesgo positivo de 3.4 lo que indica que existe un mayor número de casos con valores altos extremos en la escala respecto al reactivo IS1.

El reactivo IS4 tabla 10; tiene una frecuencia de respuesta total de N=469. Una distribución promedio de 0.36 y desviación de 0.97. Con lo que podemos observar que la mayoría de las frecuencias se encuentran distribuidas dentro de un rango muy estrecho de dicha unidad de desviación. Visto en una curtosis positiva muy alta de 26.73, donde la distribución de las frecuencias se estrecha dentro de los valores de la media y la distribución. Existe un sesgo positivo de 5.14 lo que indica que existe un número mucho mayor de casos con valores altos extremos en la escala, superiores a los reactivos IS2 e IS3.

En términos generales podemos decir que los reactivos se comportan conforme a lo que esperamos teóricamente debido a que su promedio de respuesta disminuye conforme el reactivo hace mayor referencia a la Ideación Suicida

## b) Discriminación

Para saber si los reactivos discriminaban entre los puntajes altos y bajos, se aplicó la prueba t-de Student, los datos arrojados en la significancia, indican que cada uno de los reactivos de la escala de ideación suicida discriminan los puntajes altos y bajos; los resultados obtenidos se muestran en la tabla 11.

Reactivo	t	gl	Significancia
IS1	-15.345	121.000	.000
IS2	-9.115	121.000	.000
IS3	-8.463	120.000	.000
IS4	-5.310	121.000	.000

Tabla11: Muestra la prueba t de Student para puntajes altos y bajos en la escala de Ideación Suicida.

## c) Confiabilidad y Validez

Para la escala de Ideación Suicida se obtuvo un coeficiente Alpha de Cronbach = 0.80, y Se llevo a cabo la validez de constructo a través de un análisis de factores por componentes principales con el método de rotación varimax y kaiser, tabla 12. Obteniéndose un 66.3% de Varianza Explicada Total. Lo que indica que la escala explica el 66.3% del fenómeno de Ideación Suicida.

Reactivo	Componente 1
IS4	.905
IS3	.867
IS2	.828
IS1	.628

Tabla 12. Análisis de factores de la escala Ideación Suicida

## 4.2.2 Desesperanza

### a) Sensibilidad

	Reactivo	N	Media	Desviación Estándar	Sesgo	Kurtosis
Ds 1	Tengo gran fe en el futuro	479	2.14	0.95	0.43	- 0.63
Ds 2	Mi futuro parece oscuro	479	1.57	0.76	1.27	1.58
Ds 3	Preveo tiempos mejores que peores	479	1.91	0.88	0.68	0.02
Ds 4	No consigo oportunidades y no hay razón para creer que las tenga en un futuro	479	1.70	0.85	0.93	0.35
Ds 5	Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza	479	1.83	0.81	0.73	0.32
Ds 6	Es muy poco probable que logre verdadera satisfacción en el futuro	479	1.82	0.91	0.71	- 0.14
Ds 7	En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa	479	1.48	0.72	1.44	2.35
Ds 8	Es una estupidez desear algo pues nunca obtengo lo que quiero	479	1.66	0.86	1.16	0.77

Tabla 13. Muestra las puntuaciones de las mediciones estadísticas hechas en cada reactivo que compone la escala de Desesperanza.

El reactivo Ds1, ver tabla 13, presenta una distribución promedio de 2.14 y una desviación de 0.95, sesgo de 0.43 y curtosis de  $- 0.63$ . Los datos indican que la mayoría están tienen una valor cercano a la media de 2.14 y su distribución de la mayoría de los datos se encuentra a 0.95 unidades respecto de la media, aunque dentro del rango del mismo valor establecido por la desviación, encontramos con la curtosis que los datos están dispersos El sesgo nos señala que hay una mínima cantidad de casos que están entre los valores extremos, la mayoría presentan valores estimados con la media. Con lo cual podemos deducir que la mayoría de las respuestas se encuentran de acuerdo con que *“Tengo gran fe en el futuro”* 1 y 2 de acuerdo a los puntos de la escala.

El reactivo Ds2, ver tabla 13, presenta una distribución promedio de 1.57 y una desviación de 0.76, sesgo de 1.27 y curtosis de 1.58. Los datos indican que la mayoría de los datos están en un puntaje de o cercano a 1.57 y su distribución de la mayoría de los datos se encuentra a 0.76 unidades respecto la media, el sesgo señala que una cantidad pequeña de casos están entre los valores extremos, la mayoría presentan valores estimados con la media. Con lo cual



podemos deducir que la mayoría de las respuestas se encuentran en desacuerdo con que "*Mi futuro parece oscuro*" 1 y 2 de acuerdo a los puntos de la escala.

El reactivo Ds3, ver tabla 13, presenta una distribución promedio de 1.91 y una desviación de 0.88, sesgo de 0.68 y curtosis de 0.02. Los datos indican que la mayoría de los datos están en un puntaje de o cercano a 1.91 y su distribución se encuentra a 0.88 unidades respecto la media, aunque dentro del rango del mismo valor encontramos que están dispersos, el sesgo nos señala que la una mínima cantidad de casos están entre los valores extremos, la mayoría presentan valores estimados con la media. Con lo cual podemos deducir que la mayoría de las respuestas se encuentran de acuerdo con que "*Preveo tiempos mejores que peores*" 1 y 2 de acuerdo a los puntos de la escala.

El reactivo Ds4, ver tabla 13, presenta una distribución promedio de 1.70 y una desviación de 0.85, sesgo de 0.93 y curtosis de 0.35. Los datos indican que la mayoría están tienen una valor cercano a la media de 1.70 y su distribución de la mayoría de los datos se encuentra a 0.85 unidades respecto de la media, aunque dentro del rango del mismo valor establecido por la desviación, encontramos con la curtosis que los datos están muy dispersos. El sesgo nos señala que hay una mínima cantidad de casos que están entre los valores extremos, la mayoría presentan valores estimados con la media. Con lo cual podemos deducir que la mayoría de las respuestas se encuentran en desacuerdo con que "*No consigo oportunidades y no hay razón para que las tenga en el futuro*" 1 y 2 de acuerdo a los puntos de la escala.

El reactivo Ds5, ver tabla 13, presenta una distribución promedio de 1.83 y una desviación de 0.81, sesgo de 0.73 y curtosis de 0.32. Los datos indican que la mayoría están tienen una valor cercano a la media de 1.83 y su distribución de la mayoría de los datos se encuentra a 0.81 unidades respecto de la media, aunque dentro del rango del mismo valor establecido por la desviación, encontramos que la curtosis señala que los datos están muy dispersos. El sesgo nos muestra que hay una mínima cantidad de casos que están entre los valores extremos, la mayoría presentan valores estimados con la media. Con lo

cual podemos deducir que la mayoría de las respuestas se encuentran de acuerdo con que "*Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza*" 1 y 2 de acuerdo a los puntos de la escala.

El reactivo Ds6, ver tabla 13, presenta una distribución promedio de 1.82 y una desviación de 0.91, sesgo de 0.71 y curtosis de - 0.14. Los datos indican que la mayoría están tienen una valor cercano a la media de 1.82 y su distribución de la mayoría de los datos se encuentra a 0.91 unidades respecto de la media, dentro del rango del mismo valor establecido por la desviación, encontramos que el valor de la curtosis señala que los datos están muy dispersos. El sesgo nos muestra que hay una mínima cantidad de casos que están entre los valores extremos, la mayoría presentan valores estimados con la media. Con lo cual podemos deducir que la mayoría de las respuestas se encuentran en desacuerdo con que "*Es muy poco probable que logre verdadera satisfacción en el futuro*" 1 y 2 de acuerdo a los puntos de la escala.

El reactivo Ds7, ver tabla 13, presenta una distribución promedio de 1.48 y una desviación de 0.72, sesgo de 1.44 y curtosis de 2.35. Los datos indican que la mayoría de los datos están en un puntaje de o cercano a 1.48 y su distribución de la mayoría de los datos se encuentra a 0.72 unidades respecto la media, la curtosis nos muestra que la distribución de los valores dentro del rango establecido por la desviación, se encuentran concentrados en ese punto. El sesgo señala que una cantidad mayor de casos están entre los valores extremos, la mayoría presentan valores estimados con la media. Con lo cual podemos deducir que la mayoría de las respuestas se encuentran de acuerdo con que "*En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa*" 1 y 2 de acuerdo a los puntos de la escala.

El reactivo Ds8, ver tabla 13, presenta una distribución promedio de 1.66 y una desviación de 0.86, sesgo de 1.16 y curtosis de 0.77. Los datos indican que la mayoría de los datos están en un puntaje de o cercano a 1.66 y su distribución de la mayoría de los datos se encuentra a 0.86 unidades respecto la media, la curtosis nos muestra que la distribución de los valores dentro del rango establecido por la desviación, se encuentran dispersos en ese punto. El sesgo

señala que una cantidad pequeña de casos están entre los valores extremos, la mayoría presentan valores estimados con la media. Con lo cual podemos deducir que la mayoría de las respuestas se encuentran en desacuerdo con que *“Es una estupidez desear algo, pues nunca consigo lo que quiero”* 1 y 2 de acuerdo a los puntos de la escala.

De manera general podemos decir que los reactivos se comportan conforme a lo que esperamos teóricamente debido a que el promedio de respuesta disminuye conforme el reactivo hace mayor referencia a la Desesperanza

### b) Discriminación

En cada uno de los reactivos se obtuvo una t de Student menor a 0.05, lo que indica que los reactivos discriminan los puntajes altos de los bajos, ver tabla 14.

Reactivo	t	gl	Sig. (bilateral)
Ds1	-12.995	267.172	.000
Ds2	-14.621	170.522	.000
Ds3	-14.806	218.637	.000
Ds4	-13.733	218.530	.000
Ds5	-15.695	222.997	.000
Ds6	-14.999	257.755	.000
Ds7	-11.328	193.080	.000
Ds8	-15.475	183.133	.000

Tabla 14. Muestra la prueba t de Student para puntajes altos y bajos la escala de Desesperanza

### c) Confiabilidad y Validez

Se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de; Alpha de Cronbach =0.72. Se llevó a cabo la validez de constructo a través de un análisis de factores por componentes principales con el método de rotación varimax y kaiser. Para la escala de Desesperanza, se obtuvo el 55% de Varianza Explicada Total 28.2% del primer componente y 26.8% del componente dos. Lo que indica que la escala explica el 55% del fenómeno de Desesperanza, ver tabla 15.

Reactivo	Componente 1	Componente 2
Ds4	.749	
Ds6	.744	
Ds2	.742	
Ds8	.741	
Ds5		.800
Ds3		.726
Ds1		.695
Ds7		.668

Tabla 15. Análisis de Factores de la Escala Desesperanza, donde el componente 1 se constituye por los reactivos: 4, 6, 2 y 8, y el componente dos: 5, 3, 1 y 7.

### 4.2.3 Locus de Control Externo

#### a) Sensibilidad

Reactivo		N	Media	Desviación Estándar	Sesgo	Kurtosis
LCE1	Los mejores alumnos son los que tienen suerte	479	1.44	0.72	1.69	3.17
LCE2	Todo lo que hago me sale bien gracias a la suerte	479	1.62	0.70	0.93	1.41
LCE3	Es mejor tener suerte que ser inteligente	479	1.54	0.71	1.36	2.02

Tabla 16. Muestra las puntuaciones de las mediciones estadísticas hechas en cada reactivo que compone la escala de Locus de Control Externo.

El reactivo LCE1, ver tabla 16, presenta una distribución promedio de 1.44 y una desviación estándar de 0.72, sesgo de 1.69 y curtosis de 3.17. Los datos indican que la mayoría de los datos están en un puntaje cercano a 1.44 y su distribución de la mayoría de los datos se encuentra a 0.72 unidades respecto a la media, la curtosis nos muestra que la distribución de los valores está dentro del rango establecido por la desviación, se encuentran concentrados en ese punto. El sesgo señala que una cantidad mayor de casos están entre los valores extremos, la mayoría presentan valores estimados con la media. Con lo cual podemos deducir que la mayoría de las respuestas se encuentran de acuerdo con que “*Los mejores alumnos son los que tienen suerte*” 1 y 2 de acuerdo a los puntos de la escala.

El reactivo LCE2 indica una distribución promedio de 1.62 y una desviación de 0.70, sesgo de 0.93 y curtosis de 1.41. De acuerdo a los datos podemos observar que la mayoría están distribuidos en un puntaje de 1.62 y su distribución de la mayoría de los datos se encuentra a 0.70 unidades respecto la media. la curtosis nos muestra que la distribución de los valores dentro del rango establecido por la desviación, se encuentran concentrados en ese punto El sesgo nos señala que hay una mínima cantidad de casos que están entre los valores extremos, la mayoría presentan valores estimados con la media. Con lo cual podemos deducir que la mayoría de las respuestas se encuentran en desacuerdo con que *“Todo lo que hago me sale bien gracias a la suerte”* 1 y 2 de acuerdo a los puntos de la escala.

Reactivo LCE3, ver tabla 16, presenta una distribución promedio de 1.54 y una desviación de 0.71, sesgo de 1.36 y curtosis de 2.02. Los datos indican que la mayoría de los datos están en un puntaje de o cercano a 1.36 y su distribución de la mayoría de los datos se encuentra a 0.71 unidades respecto la media, la curtosis nos muestra que la distribución de los valores está dentro del rango establecido por la desviación, los datos se encuentran concentrados en ese punto. El sesgo señala que una cantidad mayor de casos están entre los valores extremos, la mayoría presentan valores estimados con la media. Con lo cual podemos deducir que la mayoría de las respuestas se encuentran de acuerdo con que *“Los mejores alumnos son los que tienen suerte”* 1 y 2 de acuerdo a los puntos de la escala.

En forma general podemos decir que los reactivos se comportan conforme a lo que esperamos teóricamente debido a que el promedio de respuesta disminuye conforme el reactivo hace mayor referencia al Locus de Control Externo.

### b) Discriminación

Se aplicó la prueba t-de Student, para saber si los reactivos discriminaban entre los puntajes altos y bajos. Los datos arrojados en la significancia, indican que cada uno de los reactivos de la escala de ideación suicida discriminan los puntajes altos y bajos; los resultados obtenidos se muestran en la tabla 17

<b>Reactivo</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
LCE1	-19.241	153.276	.000
LCE2	-23.085	156.193	.000
LCE3	-21.948	146.804	.000

Tabla 17. Muestra la prueba t de Student para valores altos y bajos en la escala de Locus de Control Externo

### c) Confiabilidad y Validez

Se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de; Alpha de Cronbach =0.76. Se llevó a cabo la validez de constructo a través de un análisis de factores por componentes principales con el método de rotación varimax y kaiser. Para la escala de Locus de Control, obteniéndose un 56% de Varianza Explicada Total. Lo que indica que la escala explica el 56.3% del fenómeno de Locus de Control Externo.

<b>Reactivo</b>	<b>Componente 1</b>
LCE1	0.845
LCE2	0.816
LCE3	0.804

Tabla 18. Análisis de Factores de la Escala Locus de Control.

### 4.3 Descripción de resultados por escala

Se describirán a continuación los resultados que se obtuvieron de las escalas de Ideación Suicida, Desesperanza y Locus de Control.

#### 4.3.1 Escala de ideación Suicida

En la descripción de la distribución de los datos, se compararon las tres puntuaciones, figura 34

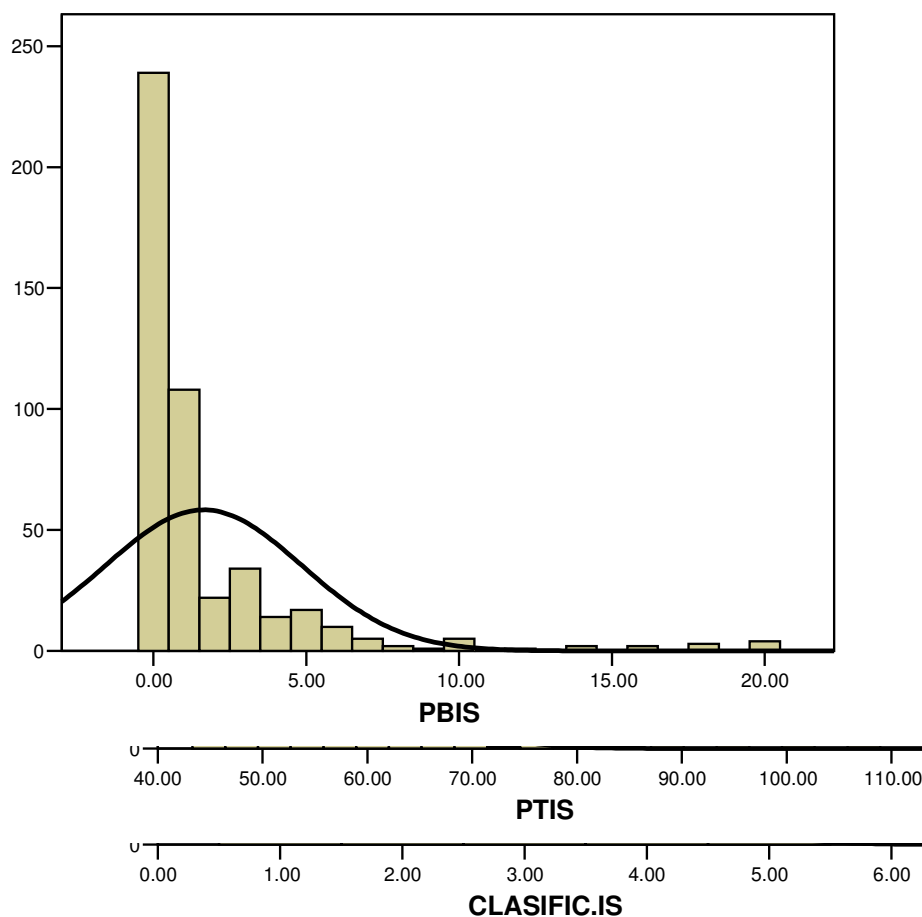


Fig. 34. Puntuaciones comparadas de la escala de ideación suicida

Donde PBIS son las puntuaciones totales en bruto de la ideación suicida; PTIS son las puntuaciones T que a partir de los datos brutos se estandarizaron de acuerdo a la siguiente fórmula:  $50 + 10 \times (PB - \text{media de la PB}) / (\text{desviación})$

estándar de la PB); y CIS que son las puntuaciones clasificadas donde las puntuaciones “t” se codificaron para poder categorizarlas. Tabla 19

<b>Categoría</b>	<b>Puntuaciones T</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Porcentaje</b>
Sin Ideación Suicida	< = 40	1	51.0
Baja Ideación Suicida	> = 45, < = 50	2	23.0
Ideación Suicida Regular	> = 50, < = 60	3	14.9
Alta Ideación Suicida	> = 60, < = 70	4	7.2
Muy alta Ideación Suicida	> = 70	5	3.8
		Total	100.0

Tabla 19. Muestra las puntuaciones T de las clasificaciones y sus categorías para la escala de ideación suicida en porcentajes

Al clasificar las puntuaciones T y obtener las categorías, se puede observar en porcentajes, la distribución de los estudiantes de la UTTEC de acuerdo a la categoría que corresponde a dicha distribución, y con esto el grado de ideación suicida que se manifiesta a la respectiva desviación standar. Con el 51% de la población *Sin ideación suicida*, el 23% con *Baja ideación suicida*, con 14.9% *Ideación suicida regular*, 7.2% *Alta ideación suicida* a dos desviaciones standar y el 3.8% con *Muy alta ideación suicida* a tres desviaciones standar.

#### 4.3.2 Escala de desesperanza

Igualmente en esta escala en la descripción de la distribución de los datos, se compararon las mismas tres puntuaciones, figura 35, donde PBDES son las puntuaciones totales en bruto de desesperanza; PTDES son las puntuaciones “t”, de desesperanza, que a partir de los datos brutos se estandarizaron de acuerdo a la siguiente formula:  $50 + 10 \times (PB - \text{media de la PB}) / (\text{desviación estándar de la PB})$ ; y CLASDES que son las puntuaciones clasificadas, de desesperanza, donde las puntuaciones T se codificaron para poder categorizarlas. Tabla 20



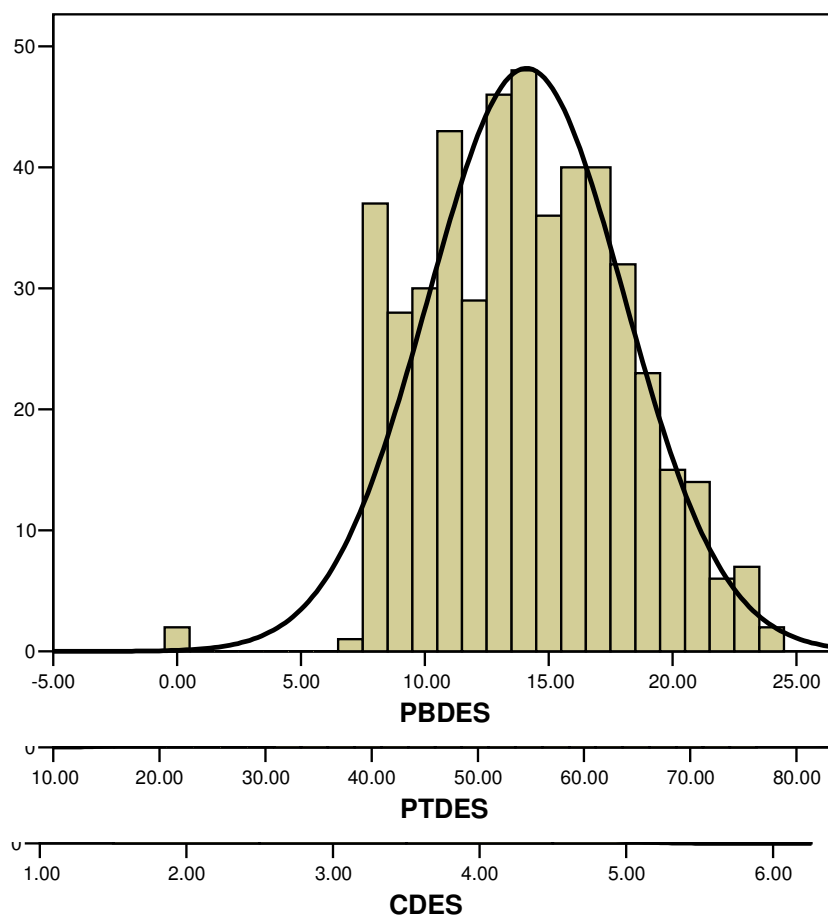


Fig. 35. Puntuaciones comparadas de la escala de desesperanza.

<b>Categoría</b>	<b>Puntuaciones T</b>	<b>Codificación</b>	<b>Porcentaje</b>
Sin problemas de Desesperanza	$\leq 30$	1	.4
Problemas bajos de Desesperanza	$\geq 30, \leq 40$	2	20.0
Problemas regulares de Desesperanza	$\geq 40, \leq 60$	3	65.6
Problemas altos de Desesperanza	$\geq 60, \leq 70$	4	12.1
Problemas muy altos de Desesperanza	$\geq 70$	5	1.9

Tabla 20. Muestra las puntuaciones de las clasificaciones y sus categorías para la escala de Desesperanza en porcentajes

Clasificando las puntuaciones T y obteniendo las categorías, se puede observar en porcentajes, la distribución de los estudiantes de la UTTEC de acuerdo a la categoría correspondiente a dicha distribución, y el grado de desesperanza que manifestada en la respectiva desviación standar. El 4% de la población *Sin problemas de desesperanza*, el 20% con *Problemas Bajos de*

*desesperanza*, con 65.6% *Problemas regulares de desesperanza*, 12.1% *Problemas Altos de desesperanza* a dos desviaciones standar y el 1.9% con *Problemas Muy altos de desesperanza* a tres desviaciones standar.

#### 4.3.3 Escala de Locus de Control

De la misma forma en esta escala en la descripción de la distribución de los datos, se compararon las tres puntuaciones mencionadas, figura 36, donde PBLC son las puntuaciones totales en bruto de locus de control; PTLC son las puntuaciones T, de locus de control, que a partir de los datos brutos se estandarizaron de acuerdo a la siguiente formula:  $50 + 10 \times (PB - \text{media de la PB}) / (\text{desviación estándar de la PB})$ ; y CLASLC que son las puntuaciones clasificadas, de locus de control, donde las puntuaciones T se codificaron para poder categorizarlas. Tabla 21

<b>Categoría</b>	<b>Puntuaciones T</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Porcentaje</b>
Sin Problemas de Locus de Control Externo	< = 30	1	0.2
Problemas de Locus de Control Externo Bajos	> = 30, < = 40	2	0.6
Problemas regulares de Locus de Control Externo	> = 40, < = 60	3	88.9
Problemas altos de Locus de Control Externo	> = 60, < = 70	4	7.5
Problemas muy altos de Locus de Control Externo	> = 70	5	2.7

Tabla 21. Muestra las puntuaciones de las clasificaciones y sus categorías para la escala de Locus de Control en porcentajes.

La clasificación de las puntuaciones T permite obtener las categorías, y se puede observar en porcentajes la distribución correspondiente de los estudiantes de la UTTEC de acuerdo a la categoría dada, y el grado de locus de control que se presenta en la respectiva desviación standar. El 0.2% de la población *Sin problemas de locus de control*, el 0.6% con *Problemas Bajos de locus de control*, con 88.9% *Problemas regulares de locus de control*, 7.5% *Problemas Altos de locus de control* a dos desviaciones standar y el 2.7% con *Problemas Muy altos de locus de control* a tres desviaciones standar.

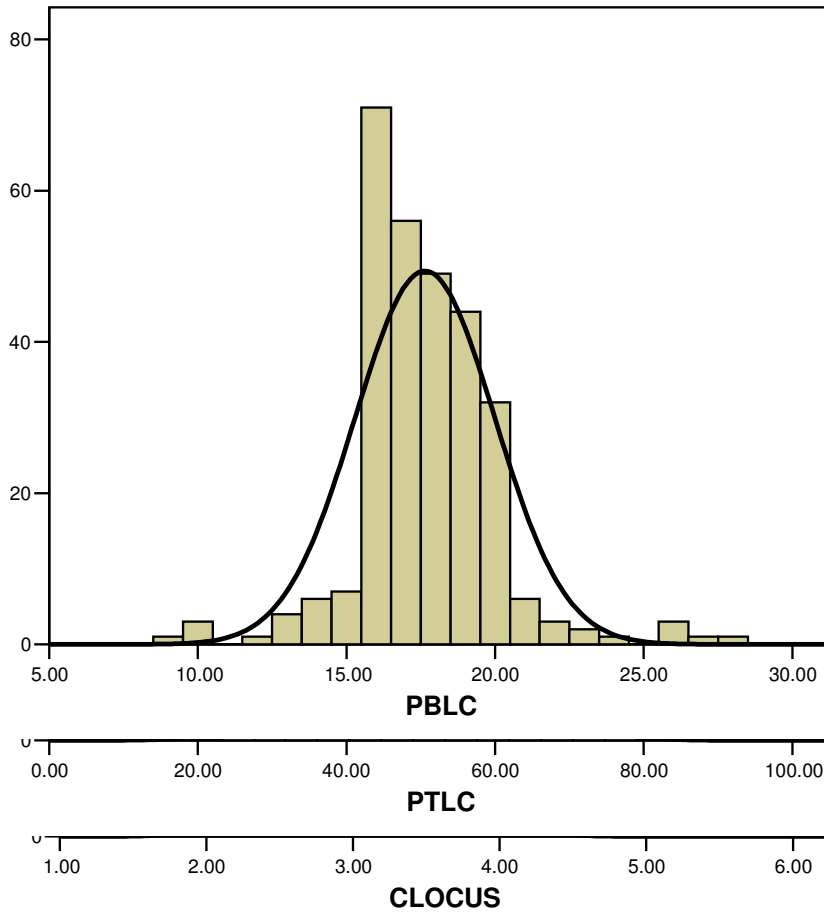


Fig. 36. Puntuaciones comparadas de la escala de Locus de Control

#### 4.4 Comprobación de Hipótesis de investigación

En este apartado se describirán los resultados de los procedimientos estadísticos por los cuales se llevaron a cabo las comprobaciones de las hipótesis de investigación planteadas. Así como la aceptación o el rechazo de las mismas, según su procedimiento de comprobación.

*Hipótesis 1. Se encontrará un porcentaje de al menos 3% de Ideación Suicida de Riesgo en la población de estudiantes de la Universidad Tecnológica de Tecámac.*

Para dar respuesta a la hipótesis de investigación requirió clasificar las puntuaciones T y poder formar las categorías correspondientes mostradas en la tabla 22; *Sin ideación suicida, Baja ideación Suicida, Ideación Suicida Regular, Alta Ideación Suicida, y Muy Alta Ideación Suicida.* Procedimiento hecho para poder comprobar el porcentaje total de población con Ideación Suicida de Riesgo, ubicando a los valores 4 y 5 en la columna de Clasificación, como indicadores de presencia de Ideación Suicida de Riesgo (clasificación que se tomará en las siguientes hipótesis). Sumando los porcentajes correspondientes a los valores 4 y 5 antes mencionados en la columna de Porcentajes, obtenemos que el resultado de dicha suma es del 10%.

Esto indica que se encontró un porcentaje de más del 3% de Ideación Suicida de Riesgo en la población de estudiantes de la UTTEC. Por lo tanto, tomando en cuenta el análisis anterior podemos decir, que en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Tecámac existe un índice del 10 % de Ideación Suicida de Riesgo, mayor a lo esperado.

<b>Categoría</b>	<b>Puntuaciones T</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sin Ideación Suicida	< = 40	1	239	51.0
Baja Ideación Suicida	> = 45, < = 50	2	108	23.0
Ideación Suicida Regular	> = 50, < = 60	3	70	14.9
Alta Ideación Suicida	> = 60, < = 70	<b>4</b>	<b>34</b>	<b>7.2</b>
Muy alta Ideación Suicida	> = 70	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>3.8</b>
		Total	469	100.0

Tabla 22. Muestra las puntuaciones de las clasificaciones y sus categorías para la escala de ideación suicida en porcentajes y frecuencias. En negritas se indica ideación suicida de riesgo

*Hipótesis 2. Existe una incidencia de Ideación Suicida de Riesgo mayor en mujeres que en hombres de la Universidad Tecnológica de Tecámac.*

Para esta hipótesis se requirió agrupar los datos en tablas de contingencias. Podemos ver en la tabla 23 que los porcentajes obtenidos para mujeres y

hombres son de 51.9% y 48.1%, respectivamente, y son los que presentan Ideación Suicida de Riesgo.

<b>Categoría</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>
Sin Ideación Suicida	55.2%	44.8%
Ideación Suicida de Riesgo	48.1%	51.9%

Tabla 23. Muestra en porcentajes la comparación de mujeres y hombres de acuerdo a las categorías sin y con ideación suicida de riesgo.

Se llevó a cabo un cálculo de Ji cuadrada para comprobar la hipótesis de investigación encontrando que: el coeficiente Phi = 0.05, Jicuadrada= 0.88,  $gl=1$ ,  $p=>0.05$ , no hay diferencia significativa. Por lo tanto se rechaza la hipótesis de investigación con una confiabilidad del 95%, es decir que no hay diferencia significativa en la incidencia de Ideación Suicida de Riesgo respecto al sexo en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Tecámac. Por tanto no existe una incidencia de Ideación Suicida de Riesgo significativamente mayor en mujeres que en hombres de la UTTEC

*Hipótesis 3. Más del 10% de los estudiantes de la Universidad tecnológica de Tecámac tendrán Desesperanza.*

La hipótesis de investigación requirió, de igual manera, de clasificar las puntuaciones t y poder formar las categorías correspondientes mostradas en la tabla 24. Procedimiento hecho para poder observar el porcentaje total de población con Desesperanza, ubicando los valores 4 y 5 de la clasificación como indicadores de Desesperanza alta y muy alta, sumando los porcentajes correspondientes de los valores 4 y 5 antes mencionados en la columna de porcentajes, obtenemos que el resultado de dicha suma es 14%. Encontrando que en la población en general existe un índice Desesperanza del 14 % en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Tecámac. Por lo tanto se obtuvo un porcentaje de desesperanza del 14% mayor a lo esperado, que era del 10%, en los estudiantes de la UTTEC.

<b>Categoría</b>	<b>Puntuaciones T</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sin problemas de Desesperanza	< = 30	1	2	.4
Problemas bajos de Desesperanza	> = 30, < = 40	2	96	20.0
Problemas regulares de Desesperanza	> = 40, < = 60	3	314	65.6
Problemas altos de Desesperanza	> = 60, < = 70	<b>4</b>	<b>58</b>	<b>12.1</b>
Problemas muy altos de Desesperanza	> = 70	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>1.9</b>
		Total	479	100.0

Tabla 24. Muestra las puntuaciones de las clasificaciones y sus categorías para la escala de Desesperanza en porcentajes y frecuencias.

*Hipótesis 4. Existe una relación proporcional en la que a mayor Desesperanza mayor Ideación Suicida en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Tecámac.*

Para esta hipótesis fue necesario agrupar los datos en tablas de contingencias entre los que presentan Ideación Suicida de riesgo y los que no, y las categorías *Sin Problemas de Desesperanza* y *Problemas Bajos de Desesperanza* con *Problemas altos de Desesperanza* y *Problemas Muy altos de Desesperanza*. Y con esto poder establecer la relación entre las dos últimas categorías y la población que no tiene ideación Suicida de Riesgo con la población con Ideación Suicida de Riesgo con las mismas categorías mostradas en la tabla 25.

<b>Categoría</b>	<b>Sin Ideación Suicida</b>	<b>Ideación Suicida de Riesgo</b>
Sin problemas y problemas bajos de Desesperanza	73%	27.6%
Problemas altos y muy altos de Desesperanza	27%	72.4%

Tabla 25. Muestra los porcentajes de la comparación entre poblaciones con Ideación Suicida de Riesgo y sin Ideación Suicida, con su respectiva incidencia en Desesperanza en las siguientes categorías: *Sin problemas y problemas bajos de Desesperanza* y *Problemas altos y muy altos de Desesperanza*

Se llevó a cabo un cálculo de Ji cuadrada para comprobar la hipótesis de investigación encontrando que:  $\Phi = 0.417$ ,  $Ji_{cuadrada} = 17.91$ ,  $gl = 1$ ,  $p < 0.05$ . Por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación con una confiabilidad del 95%, es decir que podemos concluir que si existe una relación proporcional en

la que a mayor Desesperanza mayor Ideación Suicida en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Tecámac.

*Hipótesis 5. Existe una incidencia de Desesperanza mayor en mujeres que en hombres de la UTTEC*

Igualmente para esta hipótesis fue necesario agrupar los datos en tablas de contingencias, pero ahora entre mujeres y hombres, y realizar la clasificación de las puntuaciones T de Desesperanza para establecer y comparar las categorías *Sin Problemas de Desesperanza* y *Problemas Bajos de Desesperanza* con *Problemas altos de Desesperanza* y *Problemas Muy altos de Desesperanza*. Y poder establecer la relación entre las dos últimas categorías y ambos sexos, mostrados en la tabla 26.

<b>Categoría</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
Sin problemas y problemas bajos de Desesperanza	65%	54.1%
Problemas altos y muy altos de Desesperanza	35%	45.9%

Tabla 26. Muestra en porcentajes la comparación entre la población de mujeres y de hombres con su respectiva incidencia en Desesperanza en las siguientes categorías: *Sin problemas y problemas bajos de Desesperanza* y *Problemas altos y muy altos de Desesperanza*

De la misma forma se llevó a cabo un cálculo de Ji cuadrada para comprobar la hipótesis de investigación encontrando que:  $\Phi = -0.111$ ,  $Ji_{cuadrada} = 2.02$ ,  $gl = 1$ ,  $p = > 0.05$ ; no hay diferencia significativa. Por lo tanto se rechaza la hipótesis de investigación con una confiabilidad del 95%, es decir que podemos deducir que no existe una incidencia de Desesperanza mayor en mujeres que en hombres de la UTTEC

*Hipótesis 6. Se registrará que a mayor índice de Ideación Suicida de Riesgo, mayor será la Desesperanza en mujeres que en hombres estudiantes de la UTTEC.*

Para esta hipótesis fue necesario seccionar la población total entre los que presentan Ideación Suicida de riesgo y los que no, obtener y comparar las

categorías *Sin Problemas de Desesperanza y Problemas Bajos de Desesperanza con Problemas altos de Desesperanza y Problemas Muy altos de Desesperanza*. Para poder establecer la relación entre las dos últimas categorías y las poblaciones de hombres y de mujeres, ver tabla 27.

<b>Población sin ideación suicida</b>	Mujeres	Hombres
Sin problemas y problemas bajos de Desesperanza	72.1%	61.4%
Problemas altos y muy altos de Desesperanza	27.9%	38.6%
<b>Población con ideación suicida de riesgo</b>	Mujeres	Hombres
Sin problemas y problemas bajos de Desesperanza	31.3%	23.1%
Problemas altos y muy altos de Desesperanza	68.8%	76.9%

Tabla 27. Muestra en porcentajes la comparación entre las poblaciones hombres y mujeres, con su respectiva incidencia en Desesperanza en las siguientes categorías: *Sin problemas y problemas bajos de Desesperanza y Problemas altos y muy altos de Desesperanza*, dependiendo si tienen ideación Suicida de riesgo o no.

Se llevó a cabo un cálculo de Ji cuadrada para comprobar la hipótesis de investigación encontrando que el coeficiente Phi para ambas poblaciones obteniendo que la población sin ideación suicida obtuvo:  $\Phi = -0.113$ , Jicuada= 1.67,  $gl=1$ ,  $p > 0.05$ , y la población con Ideación Suicida de Riesgo obtuvo:  $\Phi = -0.91$ , Jicuada= 2.40,  $gl=1$ ,  $p > 0.05$  no hay diferencias significativas en ambas poblaciones. Por lo tanto se rechaza la hipótesis de investigación con una confiabilidad del 95%, es decir, que no se obtuvo un índice en el que a mayor Ideación Suicida de Riesgo, mayor será la Desesperanza en mujeres que en hombres estudiantes de la UTTEC.

*Hipótesis 7. Se encontrará un Locus de Control Externo alto y muy alto de al menos 10% en los estudiantes de la Universidad tecnológica de Tecámac.*

La hipótesis de investigación requirió, de igual manera, de un método estadístico para clasificar las puntuaciones T y poder formar las categorías correspondientes las cuales se muestran en la tabla 28. *Sin Problemas de Locus de Control Externo, Problemas de Locus de Control Externo Bajos, Problemas regulares de Locus de Control Externo, Problemas altos de Locus de Control Externo, Problemas muy altos de Locus de Control Externo*. El



procedimiento se realizó para poder comprobar el porcentaje total de población con Locus de Control Externo alto y muy alto, ubicando a los valores 4 y 5 de la clasificación como indicadores de Locus de Control Externo alto y muy alto, sumando los porcentajes correspondientes de los valores 4 y 5 antes mencionados en la columna de porcentajes, obtenemos que el resultado de dicha suma es 10.2%. Obteniendo que en la población en general existe un índice de Locus de Control Externo alto y muy alto del 10.2 % en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Tecámac, confirmando así la hipótesis de investigación.

<b>Categoría</b>	<b>Puntuaciones T</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sin Problemas de Locus de Control Externo	< = 30	1	1	0.2
Problemas de Locus de Control Externo Bajos	> = 30, < = 40	2	3	0.6
Problemas regulares de Locus de Control Externo	> = 40, < = 60	3	426	88.9
Problemas altos de Locus de Control Externo	> = 60, < = 70	<b>4</b>	<b>36</b>	<b>7.5</b>
Problemas muy altos de Locus de Control Externo	> = 70	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>2.7</b>
		Total	479	100.0

Tabla 28. Muestra las puntuaciones de las clasificaciones y sus categorías para la escala de Locus de Control Externo en porcentajes y frecuencias.

*Hipótesis 8. Se encontrará que a mayor Locus de Control Externo mayor será la Ideación Suicida de Riesgo en los estudiantes de la Universidad tecnológica de Tecámac.*

Para esta hipótesis igualmente se procedió a agrupar los datos en tablas de contingencias entre los que presentan Ideación Suicida de riesgo y los que no, y las categorías *Sin Problemas de Locus de Control Externo* y *Problemas de Locus de Control Externo bajos* con *Problemas altos de Locus de Control Externo* y *Problemas Muy altos de Locus de Control Externo*. Para establecer la relación de estas dos últimas categorías, y con los que tiene y no, ideación Suicida de Riesgo mostradas en las tabla 29.

<b>Categoría</b>	<b>Sin Ideación Suicida</b>	<b>Con Ideación Suicida</b>
Sin problemas y problemas bajos de Locus de Control Externo	8.3%	7.1%
Problemas altos y muy altos de Locus de Control Externo	91.7%	92.9%

Tabla 29. Muestra los porcentajes de la comparación entre poblaciones con Ideación Suicida de Riesgo y sin Ideación Suicida, con su respectiva incidencia en Locus de Control Externo en las siguientes categorías: *Sin problemas y problemas bajos de Locus de Control Externo* y *Problemas altos y muy altos de Locus de Control Externo*

Se realizó un cálculo de Ji cuadrada para comprobar la hipótesis de investigación encontrando que:  $\Phi = 0.022$ ,  $Ji_{cuadrada} = 0.013$ ,  $gl = 1$ ,  $p > 0.05$ , y (no hay diferencia significativa. Por lo tanto se rechaza la hipótesis de investigación con una confiabilidad del 95%, es decir que podemos deducir que no se estableció la relación de que a mayor Locus de Control Externo mayor será la Ideación Suicida de Riesgo en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Tecámac.

## CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

El objetivo general de esta investigación fue el mostrar la incidencia de Ideación Suicida de Riesgo y su relación con la desesperanza, el locus de control, además de su diferencia entre hombres y mujeres de la UTTEC.

Algunas características sociodemográficas de los estudiantes de la UTTEC son: 48% son mujeres y 52% hombres, el 54% de las mujeres y el 47% de los hombres practican alguna religión, y más del 80% entre hombres y mujeres son solteros.

Las estadísticas han mostrado que en la evaluación de ideación suicida de riesgo en determinadas poblaciones da como resultado aproximadamente 3%, de ahí que se supuso que en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Tecámac (UTTEC) se podría encontrar al menos un valor aproximado a 3% de ideación suicida de riesgo. Al realizar la clasificación de las puntuaciones, se pudo observar claramente que el porcentaje de ideación suicida de riesgo para la población de estudiantes de la UTTEC era del 10%, un nivel poco más de tres veces el valor determinado que se esperaba. Habría que mencionar que nunca antes se había evaluado el nivel de la ideación suicida de riesgo en las Universidades Tecnológicas en el interior de la república, y en particular en el Estado de México, las dimensiones de este fenómeno bien podrían tener su particularidad en dicha población recientemente evaluada. No obstante es muy importante hacer mención que, hasta ahora la estimación para la ideación suicida de riesgo ha tenido en la mayor parte de las investigaciones su base en tomar en cuenta el número de síntomas a partir de la escala de Roberts, cuestión que en el presente estudio se estimó la ideación suicida de riesgo, en una desviación estándar hacia la derecha, esto tiene su relevancia ya que solo podemos ver que en un estudio realizado por Jiménez, Mondragón y González-Forteza (Jiménez, Mondragón y González-Forteza, 2007) mide la ideación suicida de igual forma, aunque su muestra estuvo compuesta por estudiantes de secundaria y preparatoria.

Se ha venido planteando en las investigaciones acerca del suicidio que las mujeres tienen mayor susceptibilidad a presentar ideación suicida que los hombres (Casullo, 2000; Mondragón, Saltijeral, Bimbela, y Borges, 1998). En esta investigación se planteó como probabilidad que las mujeres tendrían una tendencia mayor a presentar ideación suicida de riesgo respecto a los hombres. Lo que se obtuvo fue la inexistencia de la incidencia de ideación suicida de riesgo mayor en mujeres que en hombres de la UTTEC. Interesante resultado es el que aquí se muestra dado que en la mayor parte de las investigaciones se obtiene diferencia en el género, mayormente presentada en mujeres. Es muy probable que esto se deba a la forma de expresar la ideación suicida de riesgo, lo que conlleva a otros hallazgos.

Respecto a la desesperanza se ha planteado el grado de asociación desesperanza-ideación suicida con otras variables (Mondragón, Saltijeral, Bimbela, y Borges, 1998) o variables como la depresión (Beck, Rush, Shaw, & Emery 1983; Mondragón, Saltijeral, Bimbela, y Borges, 1998; Albanesi, 2008), en la presente investigación se llevó a cabo el planteamiento que implicó la posibilidad de que en la población estudiada existiera una relación proporcional; en la que al obtener en la evaluación de Desesperanza un puntaje mayor, se obtuviera un puntaje igualmente mayor en la evaluación de ideación suicida de riesgo, resultado que fue confirmado con un 95% de confiabilidad. Es muy probable que dicho resultado se deba a las características del estado de desesperanza en una persona, las cuales son: 1) concepción negativa de si mismo; 2) tendencia a atribuir negativamente los hechos en función del presente; y 3) La visualización negativa del futuro.

En torno a la medición de la desesperanza se encontró que el porcentaje de desesperanza alta y muy alta fue del 14% de los estudiantes de la UTTEC. También se consideró que la presencia de desesperanza debía de ser mayor en mujeres que hombres dada la asociación de esta a la ideación suicida de riesgo. Con un 95% de confiabilidad se encontró que no existe una incidencia de desesperanza mayor en mujeres que en hombres en la población de estudiantes. Sería útil mencionar, por tanto, que ambas variables mencionadas

y su estrecha relación cognoscitiva, al no se encontrarse ideación suicida mayor en mujeres, tampoco se encontraría mayor desesperanza en mujeres.

Ligado con lo anterior, se planteó la existencia de una relación entre ideación suicida de riesgo desesperanza alta con una proporción mayor en mujeres que en hombres. Igualmente con un 95% de confiabilidad se dedujo que no hubo índices proporcionales en el que a mayor Ideación suicida de riesgo, mayor desesperanza en mujeres que en hombres. Contrario a lo que según Mondragón, Saltijeral, Bimbela, y Borges, (1998) han señalado la presencia de desesperanza e ideación suicida mayor en las mujeres que en los hombres. Nuevamente es muy probable que los resultados obtenidos en esta investigación se deba a la forma de considerar la ideación suicida (que en este caso es de riesgo)

La inclusión del locus de control en esta investigación, fue propuesta dada la relación que ésta tiene con el estilo cognitivo propio de las personas que manifiestan desesperanza e ideación suicida de riesgo. Su implementación está asociada con el hecho de que un locus de control tendientemente externo y con déficit en el interno, puede tener alguna relación entorno a la desesperanza y la ideación suicida de riesgo, y su relación podría explicar parte del proceso por el cual las personas llegan a idear persistentemente su propia muerte, y con una importancia similar a la de la desesperanza. Por ello es que se determinó la clasificación para locus de control externo, y se pudo observar claramente que el porcentaje de locus de control externo alto y muy alto era del 10.2%, un porcentaje aproximado a lo que encontramos para la ideación suicida de riesgo y la desesperanza.

Sin embargo al plantear la proporcionalidad del locus de control externo con la ideación suicida, realizada igualmente para la desesperanza, no se estableció la relación de que a mayor locus de control externo mayor fuera la ideación suicida de riesgo en los estudiantes. Esto tal vez porque a pesar de que se halló un locus de control externo alto y muy alto en porcentajes similares a la ideación suicida de riesgo y la desesperanza, el concepto en si mismo, aunque muy enriquecido, aún es muy discutido en su definición. Por tanto es difícil

pensar en la elaboración de una escala de medición confiable, dada las características de lo que se quiere medir. No obstante el aventurarse en este sentido resulta enriquecedor, ya que el intento que se tuvo por medir el locus de control nos deja ver el alcance que podemos y debemos tener, y más aún si en futuras investigaciones se le puede y quiere asociar a esta variable con la ideación suicida u otro aspecto que se relaciones con el suicidio.

Para cerrar se puede señalar que en los estudiantes de la UTTEC se encontró un 10% de ideación suicida de riesgo. Además del hallazgo de que existe una relación proporcional en la que a mayor Desesperanza mayor Ideación Suicida, teniendo una profunda relevancia, ya que hasta ahora lo teorizado plantea una importantísima relación entre estas dos variables en investigaciones pioneras como esta y la forma en que se configura un estado cognitivo de desesperanza bien puede conducir a una lógica suicida. También el género no resultó significativo en cuanto a la ideación suicida de riesgo, cuestión que deja muchas preguntas para ser respondidas en futuras investigaciones. Por último el no encontrar relación significativa en locus de control, se puede cuestionar desde su constructo teórico.

Podemos ver sin duda alguna la importancia que la investigación tiene en el abordaje de la ideación suicida de riesgo, sobre todo en nuestro país. Es evidente la gran labor que compete al trabajo que tiene aún mucho por desarrollarse e implica también que los investigadores estemos dispuestos a homogenizar la forma tanto de medir como de expresar la presencia de ideación suicida

## Referencias

- Albanesi, N. (2008). Pacientes diabéticos Tipo I: riesgo de ideación suicida y desesperanza. *Alternativas en psicología*. 75-81
- Aliaga, T., Rodríguez, R., Ponce, D., Frisancho, L. y Enríquez, V. (2006). Escala de desesperanza de Beck (BHS): adaptación y características psicométricas. *Revista de Investigación en Psicología*, 9, 1. 69-79.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Editorial Descleé de Brouwer, S. A.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 6, 861-865.
- Bousoño, G., García, P., y Bascrán, F. (2004). Aspectos bioéticos y morales. En: G. Bobes., M. Sáiz., G. Garía-Portilla., F. Bascarán. y G. Bousoño. *Comportamientos suicidas prevención y tratamiento*. (p.p. 405-419.) México: Ars Medica.
- Buendía, J., Ruíz, J. A. y Riquelme, A. (1999). Efectos del estrés familiar en niños y adolescentes. En: J. Buendía. *Familia y psicología de la salud*. (p.p. 181-197.) Madrid: Pirámide.
- Casullo, M. (2000). Ideaciones y comportamientos suicidas. En: M. Casullo, D. Bonaldi, y L. Fernández. *Comportamientos suicidas en la adolescencia morir antes de la muerte*. (p.p. 11-43.) Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Chávez, H. A. M. (2005). Suicidio: la incertidumbre actual de su sentido. En: H. A. M. Chávez. *Elección final. Ensayo sobre suicidio y eutanasia en el mundo contemporáneo*. (p.p. 25-42.) Universidad de Guanajuato.
- Córdova, M. Rosales, J. C. y Eguiluz, L. (2005). La didáctica constructiva de una escala de desesperanza: resultados preliminares. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10, 2. 311-324.
- Díaz, S., Bousoño, G., y Bobes, G. (2004). Concepto y clasificación de los comportamientos suicidas. En: G. Bobes., M. Sáiz., G. Garía-Portilla., F. Bascarán. y G. Bousoño. *Comportamientos suicidas prevención y tratamiento*.(1-9.) México: Ars Medica.
- Freemann, A. y Reinecke, M. A. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. España: desclee de Brouwer, S.A. P.p. 9-189
- González, J. (1996). El Ethos destino del hombre. *El problema moral del suicidio*. México: UNAM/FCE. 99-104.

- González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, E. y Sánchez, M. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 21, 3. 1-9.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, B. y Ramírez, V. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida en los adolescentes. *Salud Mental*, 24, 6. 16-25.
- Gutierrez-García, A., Contreras, M. y Orozco-Rodríguez, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29, 5. 66-72.
- Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática. (2005), *Estadísticas de Intento suicida y suicidios*. México: INEGI. Cuaderno No.11
- Jiménez, T. y González-Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente. *Salud Mental*. 26, 6. 35-46.
- Jiménez, T. y González-Forteza, C. (2007). Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: result of three studies. *Salud Mental*, 30, 5. 20-26
- Kendall, P. y Norton-Ford, J. (1988). Intervenciones con individuos: terapias conductual, cognoscitiva y cognoscitivo-conductual. En: *Psicología Clínica. Perspectivas científicas y profesionales*. (p.p. 557-602) México: Limusa.
- Lega, L. L., Caballo, V. E. y Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A. 2ª ed. p.p. 17-47.
- Macías, V. J. M. (2005). La filosofía del suicidio, un acercamiento. En: *H. A. M. Chávez. Elección final. Ensayo sobre suicidio y eutanasia en el mundo contemporáneo*. (p.p. 101-112.) Universidad de Guanajuato.
- Medina, G. y Hernández, M. (2004). Factores personales y familiares. En: *G. Bobes., M. Sáiz., G. Garía-Portilla., F. Bascarán. y G. Bousoño. Comportamientos suicidas prevención y Tratamiento*. (p.p. 79-89) México: Ars Medica.
- Meinchenbaum (1988). Terapias cognitivo conductuales. En: *S. J. Linn y Garske Psicoterapias contemporáneas. Modelos y Métodos*. (p.p. 331-360) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mendoza, V. (1998). Diseños de investigación. *Tópicos de Investigación y Posgrado*, 5, 4. 221-224.



- Mondragón, L., Borges, G. y Gutiérrez, R. (2001). Medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24, 6. 4-15.
- Mondragón, L., Saltijeral, T., Bimbela, A. y Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*, 21, 5. 20-27.
- Nitzche, F. (2001). De la muerte soberana. p.p. 41-43. Así hablaba Zaratustra. México: Leyenda.
- Oros, L. (2005). Locus de control; evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 14, 1. 89-97.
- Rosales, J. C. (2007). Acerca de la investigación del suicidio. En: *M. Ramírez y E. Cortés (Coord.), Psicología Salud & Educación. Avances y perspectiva en América Latina.* (p.p. 171-177) México: AMAPI Editorial.
- Soria, M., Otamendi, A., Berrocal, C., Caño, A. y Rodríguez, C. (2004). Las atribuciones de incontrolabilidad en el origen de las expectativas de desesperanza en adolescentes. *Psicothema*, 16, 3. 476-480.
- Visdómine-Lozano, J. y Luciano, C. (2005). Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 3. 729-751.

**ANEXO**



¡Hola!

Somos un grupo de investigación cuyo interés es conocer lo que viven, sienten y piensan jóvenes como tú, para generar alternativas de ayuda y atención a aquellos que lo necesiten. Por lo que necesitamos tu cooperación contestando el presente cuestionario.

No tienes que preocuparte por la confidencialidad de la información que nos proporcionas ya que el cuestionario es anónimo, y si estás de acuerdo en participar te pedimos que contestes todas las preguntas pensando en lo que has vivido y has sentido últimamente. Si tienes alguna duda pregúntale al aplicador(a).

De antemano te agradecemos tu colaboración.

ATENTAMENTE

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN RIESGO Y SALUD EN JÓVENES**

**SECCIÓN 1. Instrucciones:** En cada pregunta anota por favor el dato que se te pide o marca (X) la opción que consideres adecuada para ti en la columna de Respuesta.

Pregunta:	Respuesta:
1.1. ¿Edad (en años cumplidos)?	Años: _____
1.2. ¿Sexo?	( ) 1. Masculino ( ) 2. Femenino
1.3. ¿Estado civil?	( ) 1. Soltero(a) ( ) 2. Casado(a), Unión Libre
1.4. ¿Trimestre, semestre o año que actualmente cursas?	Trimestre: _____ Semestre: _____ Año: _____
1.5. ¿Carrera?: (solo si te encuentras estudiando una carrera)	_____
1.6. ¿Tu promedio de calificación hasta el momento es de ...?	( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10
1.7. ¿Tu desempeño académico consideras que es?	( ) 1. Excelente ( ) 2. Bueno ( ) 3. Malo ( ) 4. Muy Malo
1.8. ¿Prácticas alguna religión?	( ) 1. Si ( ) 2. No (pasa a pregunta 1.10)
1.9. ¿Estimas que tu actividad religiosa es ...?	( ) 1. Mucha ( ) 2. Suficiente ( ) 3. Escasa ( ) 4. Casi nula
1.10. ¿La condición económica de tu familia es...?	( ) 1. Muy Buena ( ) 2. Buena ( ) 3. Mala ( ) 4. Muy Mala
1.11. ¿El dinero con el que cuentas regularmente, te alcanza para ...?	( ) 1. No me alcanza ( ) 2. Solo pasajes y comida ( ) 3. Pasajes, comida, extras y diversiones
1.12. ¿Acostumbras consumir o tomar algo para sentirte bien? (café, cigarrros, etc)	( ) 1. Si ( ) 2. No (pasa a preg. 1.14)
1.13. ¿Qué es lo que consumes para sentirte bien? (si es más de una opción, coloca 1 a la más importante, 2 a la siguiente, etc.)	( ) 1. Cigarros ( ) 2. Café ( ) 3. Alcohol ( ) 4. Algún tipo de droga ( ) 5. Medicamentos ( ) 6. Otro: ¿Cuál? _____
1.14. ¿En los últimos meses has vivido alguna(s) experiencia(s) que ha(n) trastornado o alterado tu vida?	( ) 1. Si ( ) 2. No (pasa a la pregunta 1.16)

1.15. ¿Lo que ha trastornado tú vida se relaciona con...? (si es más de una opción, coloca 1 a la más importante, 2 a la siguiente, etc.)	( ) 1. Familia ( ) 2. Pareja ( ) 3. Amistades ( ) 4. Escuela ( ) 5. Trabajo ( ) 6. Salud ( ) 7. Otro ¿cuál? _____
1.16. ¿En tu infancia o adolescencia ocurrió la muerte de alguna persona muy importante para ti?	( ) 1. Si, ¿Quién? _____ ( ) 2. No
1.17. ¿La disciplina que ejercieron sobre de ti en la infancia y adolescencia fue...?	( ) 1. Sin reglas ni castigos ( ) 2. Ni muchas reglas ni muchos castigos ( ) 3. Muchas reglas y muchos castigos
1.18. ¿Has sufrido alguna forma de abuso sexual?	( ) 1. Si ( ) 2. No
1.19. ¿Has sido víctima de situaciones humillantes?:	( ) 1. Si ( ) 2. No
1.20. ¿Has recibido atención psicológica o psiquiátrica?:	( ) 1. Si ( ) 2. No (pasa a preg. 1.23)
1.21. ¿La causa por la que recibiste atención fue...?:	
1.22. ¿Actualmente sigues en tratamiento psicológico o psiquiátrico?	( ) 1. Si ( ) 2. No
1.23. ¿Cuál es el problema personal que más te preocupa?	
1.24. ¿Alguna persona cercana a ti se ha suicidado o ha intentado suicidarse?	( ) 1. Si ( ) 2. No

**SECCIÓN 2. 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:

**TA**                      **A**                      **D**                      **TD**  
*Totalmente de Acuerdo*    *De Acuerdo*            *En desacuerdo*        *Totalmente en Desacuerdo*

**Ejemplo:**

	<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>
Soy una persona que cumple lo que dice	<b>X</b>			

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

	Totamente de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totamente en Desacuerdo
	<b>TA</b>	<b>A</b>	<b>D</b>	<b>TD</b>
2.1. Si desagrado a los demás no puedo ser feliz	4	3	2	1
2.2. Quiero caerle bien a algunas personas	1	2	3	4
2.3. La gente probablemente me considerará menos si cometo algún error	4	3	2	1
2.4. Solo porque no le agrada a algunas personas, no significa que sea una mala persona	1	2	3	4

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
	TA	A	D	TD
2.5. Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, pienso que soy una mala persona	4	3	2	1
2.6. Es importante que haga bien algunas cosas	1	2	3	4
2.7. Si fracaso en algo, eso lo considero tan malo como ser un completo fracaso	4	3	2	1
2.8. Solo porque haga algunas cosas mal, no significa que sea un fracaso	1	2	3	4
2.9. Si no hago siempre bien las cosas la gente no me respetará	4	3	2	1
2.10. Quiero hacer bien algunas cosas	1	2	3	4
2.11. A veces es terrible cuando no le gusto a la gente	4	3	2	1
2.12. De vez en cuando necesito estar relajado(a)	1	2	3	4
2.13. Para ser una persona valiosa, debo destacar por lo menos en algo importante	4	3	2	1
2.14. A veces es desagradable cuando no le agrado a la gente	1	2	3	4
2.15. Las persona a quienes se les ocurren buenas ideas valen más que aquellas a las que no se les ocurren	4	3	2	1
2.16. Es importante que haga bien algunas cosas	1	2	3	4
2.17. Algunas veces es insoportable cuando estoy tenso	4	3	2	1
2.18. En ocasiones es frustrante cuando no hago las cosas bien	1	2	3	4
2.19. En ocasiones cuando estoy tenso, pienso que siempre estaré de esa manera	4	3	2	1
2.20. De vez en cuando necesito estar relajado(a)	1	2	3	4
2.21. Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás piensen de mí	4	3	2	1
2.22. En ocasiones, cuando estoy tenso, me resulta difícil funcionar	1	2	3	4
2.23. Para agradar a otras personas, lo mejor es renunciar a los propios intereses	4	3	2	1
2.24. Los mejores alumnos son los que tienen suerte	4	3	2	1
2.25. Obtener lo que quiero depende de mí	4	3	2	1
2.26. Todo lo que hago me sale bien, gracias a la suerte	4	3	2	1
2.27. Mis calificaciones dependen de mí	4	3	2	1
2.28. Es mejor tener suerte que ser inteligente	4	3	2	1

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
	TA	A	D	TD
2.29. <i>Mi éxito en la escuela dependerá de que tan agradable sea yo</i>	4	3	2	1
2.30. <i>El éxito depende de mi</i>	4	3	2	1
2.31. <i>Mi familia trata realmente de ayudarme</i>	4	3	2	1
2.32. <i>Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal</i>	4	3	2	1
2.33. <i>Puedo hablar de mis problemas con mi familia</i>	4	3	2	1
2.34. <i>Tengo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia</i>	4	3	2	1
2.35. <i>Mis amigos tratan realmente de ayudarme</i>	4	3	2	1
2.36. <i>Puedo hablar de mis problemas con mis amigos</i>	4	3	2	1
2.37. <i>Mis creencias personales me dan fuerza para enfrentar las dificultades</i>	4	3	2	1
2.38. <i>El dinero con el que cuento regularmente, me alcanza para satisfacer todas mis necesidades</i>	4	3	2	1
2.39. <i>Mis creencias personales me ayudan a entender las dificultades de la vida diaria</i>	4	3	2	1
2.40. <i>Tengo gran fe en el futuro</i>	1	2	3	4
2.41. <i>Mi futuro parece oscuro</i>	4	3	2	1
2.42. <i>Preveo tiempos mejores que peores</i>	1	2	3	4
2.43. <i>No consigo oportunidades y no hay razón para creer que las tenga en el futuro</i>	4	3	2	1
2.44. <i>Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza</i>	1	2	3	4
2.45. <i>Es muy poco probable que logre verdadera satisfacción en el futuro</i>	4	3	2	1
2.46. <i>En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa</i>	1	2	3	4
2.47. <i>Es una estupidez desear algo, pues nunca consigo lo que quiero</i>	4	3	2	1
2.48. <i>Soy muy agresivo(a)</i>	4	3	2	1
2.49. <i>Tengo con frecuencia ideas en la cabeza que no puedo evitar</i>	4	3	2	1
2.50. <i>Generalmente soy calmado(a), tranquilo(a)</i>	1	2	3	4

**SECCIÓN 3.** A continuación señala que tanto tiempo, durante 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
2.67. He estado muy nervioso(a)	6	5	4	3	2	1
2.68. Me he sentido calmado(a) y en paz	1	2	3	4	5	6
2.69. Me he sentido triste y melancólico(a)	6	5	4	3	2	1
2.70. Me he sentido abatido(a), que nada me puede animar	6	5	4	3	2	1
2.71. Me he sentido feliz	1	2	3	4	5	6

Pensando en la semana pasada, marca el número de días aproximado en que pensaste o te sentiste de acuerdo a lo que afirma cada una de las siguientes frases:

Pensamiento	Número de días durante la semana pasada			
	0	1-2	3-4	5-7
3.3. Que no podía seguir adelante	0	1	3	5
3.4. Tenía pensamientos sobre la muerte	0	1	3	5
3.5. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)	0	1	3	5
3.6. Pensé en matarme	0	1	3	5

3.7. Finalmente, ¿has intentado suicidarte?:

1. Si ( ) (pasa a la pregunta 3.8)      2. No ( ) (entrega el cuestionario al aplicador(a))

3.8. ¿Cuántas veces has intentado suicidarte?:

1 ( )    2 ( )    3 ( )    Más de 3 ( )

**Si consideras que necesitas ayuda, anota tus datos para que nos comuniquemos contigo:**

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ o correo electrónico: \_\_\_\_\_

*Pero si prefieres comunicarte con nosotros, corta la hoja a partir de la línea punteada para que tengas nuestro correo electrónico y así nos hagas llegar tus comunicaciones*

Correo para recibir ayuda o comunicarte con nosotros

¡No dudes en pedir ayuda, tú eres muy importante!

[apovo@campus.iztacala.unam.mx](mailto:apovo@campus.iztacala.unam.mx)

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

