



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**LA IDEACIÓN SUICIDA Y SU RELACIÓN JERÁRQUICA CON
VARIABLES PSICOLÓGICAS Y DE IDENTIFICACIÓN
PERSONAL EN JÓVENES DE AMBOS SEXOS DE
LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE TLAXCALA**

**T E S I S E M P I R I C A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
N A Y E L Y P É R E Z T R E J O**

DIRECTORA: DRA. **MARTHA HERMELINDA CÓRDOVA OSNAYA**
DICTAMINADORES: LIC. **JOSÉ CARLOS ROSALES PÉREZ**
DR. **FERNANDO QUINTANAR OLGUÍN**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico por el apoyo recibido para la realización de la tesis mediante el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) con el Proyecto Número IN301410





AGRADECIMIENTOS

A mis padres por darme su apoyo y cariño en las todas las etapas de mi vida, así como escucharme y comprenderme cuando lo necesite, gracias por su ayuda incondicional que me brindan para poder cumplir mis metas que me he propuesto en la vida.

Agradezco a la Dra. Martha Hermelinda Córdova Osnaya y al Lic. José Carlo Rosales Pérez por haberme aceptado en su proyecto, asesorarme y facilitarme los medios que se requirieron para la culminación de mi tesis de Licenciatura. Su tiempo dedicado y paciencia fue indispensable para la realización de mi proyecto.



ÍNDICE

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. EL SUICIDIO	4
1.1. Definiciones de suicidio	4
1.2. Datos epidemiológicos de muertes por suicidio en México	6
1.3. Proceso suicida	6
1.4. Enfoques teóricos de suicidio	8
1.4.1. El suicidio desde la perspectiva psiquiátrica	8
1.4.2. El suicidio desde el ámbito sociológico	9
1.4.3. Suicidio desde la perspectiva psicológica	10
1.4.3.1. Explicación fenomenológica	10
1.4.3.2. Enfoque Cognitivo conductual	11
1.4.3.3. Explicación psicoanalítica	11
1.5. Factores de riesgo del suicidio	12
1.5.1. Factores sociodemográficos	12
1.5.2. Factores familiares	15
1.5.3. Factores psicopatológicos	16
1.5.4. Factores biológicos	17
CAPITULO 2. LA IDEACIÓN SUICIDIA	19
2.1. Definiciones de ideación suicida	19
2.2. Escalas de medición de ideación suicida en México	20
2.2.1. Escala de Roberts-CES-D	20
2.2.1.1. Escala de Roberts-CES-D 4 reactivos en adolescentes Mexicanos	21
2.2.1.2. Escala de Roberts-CES-D 4 reactivos en estudiantes Universitarios	22
2.2.1.3. Escala de Roberts-CES-D 4 reactivos en centros de salud	22
2.2.1.4. Escala de Roberts-CES-D 3 reactivos en adolescentes Mexicanos	. 22

2.2.1.5. Escala de Roberts-CES-D 3n reactivos en población Abierta	. 23
2.2.2. Escala de Beck	23
2.2.2.1. Escala de Beck 21 reactivos en centros de salud	23
2.2.2.2. Escala de Beck 19 reactivos en estudiantes universitarios	23
2.2.2.3. Escala de Beck 21 reactivos en estudiantes universitarios	24
2.2.2.4. Escala de Beck 20 reactivos en población abierta	24
2.2.3. Escala de Okasha	24
2.2.3.1. Escala de Okasha en centros de salud	24
2.2.3.2. Escala de Okasha en personas mayores de 18 años	25
2.2.4. Preguntas de ideación suicida en población abierta	25
2.2.5. Otros Instrumentos de ideación suicida	26
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	27
3.1. Planteamiento del problema	27
3.1.1. Preguntas de Investigación	28
3.1.2. Objetivos General	28
3.1.2.1. Objetivos específicos	29
3.1.3. Hipótesis	29
3.2. Método	30
3.2.1. Descripción de la población	30
3.2.2. Descripción de la muestra	30
3.2.3. Descripción de los materiales	30
3.2.4. Descripción de instrumentos y aparatos	30
3.2.5. Descripción del lugar	31
3.2.6. Descripción de variables	31
3.3. Procedimiento	31
3.3.1. Diseño de investigación	31
3.3.2. Diseño de muestreo	32
3.3.3. Numero de sesiones	32
CAPÍTULO 4. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	36
4.1. Variables de identificación personal	36
4.1.1. Datos generales	36

4.1.1.1. Muestra total	36
4.1.1.2. Por sexo	37
4.1.2. Datos académicos	38
4.1.2.1. Muestra total	38
4.1.2.2. Por sexo	38
4.1.3. Datos económicos	41
4.1.3.1. Muestra total	41
4.1.3.2. Por sexo	42
4.1.4. Datos de experiencias negativas	43
4.1.4.1. Muestra total	43
4.1.4.2. Por sexo	45
4.1.5. Atención psicológica o psiquiátrica	48
4.1.5.1. Muestra total	48
4.1.5.2. Por sexo	48
4.1.6. Datos de apoyo	49
4.1.6.1. Muestra total	49
4.1.6.2. Por sexo	50
4.1.7. Antecedentes suicidas	52
4.1.7.1. Muestra total	52
4.1.7.2. Por sexo	52
4.2. Variables psicológicas	56
4.2.1. Ajustes psicométricos de escalas y reactivos; confiabilidad y validez	56
4.2.1.1. Muestra total	56
4.2.1.1.1. Ajuste de escalas y reactivos	56
4.2.1.1.2. Confiabilidad	57
4.2.1.1.3. Validez	58
4.2.1.2. Por sexo	58
4.2.1.2.1. Ajuste de escalas y reactivos	58
4.2.1.2.2. Confiabilidad	58
4.2.1.2.3. Validez	59
4.3. Comprobación de las hipótesis de investigación	63
CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	73
BIBLIOGRAFÍA	79

ANEXO

ANEXO 1. DEFINICIONES SOBRE IDEACIÓN SUICIDA CITADAS EN INVESTIGACIONES MEXICANAS

ANEXO 2. CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DONDE EMPLEARON LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE ROBERTS-CES-D 4 REACTIVOS EN ADOLESCENTES MEXICANOS

ANEXO 3 .CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DONDE EMPLEARON LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE ROBERTS-CES-D 4 REACTIVOS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

ANEXO 4. CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DONDE EMPLEARON LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE ROBERTS-CES-D 4 REACTIVOS EN USUARIOS DE CENTROS DE SALUD

ANEXO 5. CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DONDE EMPLEARON LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE ROBERTS-CES-D 3 REACTIVOS EN ADOLESCENTES MEXICANOS

ANEXO 6. CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DONDE EMPLEARON LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE ROBERTS-CES-D 3 REACTIVOS EN POBLACIÓN ABIERTA

ANEXO 7. CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DONDE EMPLEARON LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE A. T. BECK DE 21 REACTIVOS EN CENTROS DE SALUD

ANEXO 8. CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DONDE EMPLEARON LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK DE 19 REACTIVOS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Anexo 9. Características y resultados de los estudios donde emplearon la escala de ideación suicida de A. T. Beck de 21 reactivos en estudiantes universitarios

ANEXO 10. CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DONDE EMPLEARON LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE A. T. BECK DE 20 REACTIVOS EN UNA POBLACIÓN ABIERTA

ANEXO 11. CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DONDE EMPLEARON LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE OKASHA 4 REACTIVOS EN USUARIOS DE LOS CENTROS DE SALUD

ANEXO 12. CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DONDE EMPLEARON LA ESCALA DE EXPECTATIVAS DE VIVIR-MORIR DE OKASHA EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS

ANEXO 13. CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DONDE EMPLEARON PREGUNTAS SOBRE IDEACIÓN SUICIDA EN POBLACIÓN ABIERTA

ANEXO 14. CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DONDE EMPLEARON OTROS INSTRUMENTOS DE IDEACIÓN SUICIDA EN POBLACIÓN ABIERTA

Anexo 15. Instrumento. “Detección de ideación suicida en jóvenes”

RESUMEN

El comportamiento suicida es multideterminado e implica lo que es ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado, hay escasa investigación acerca del tema ideación suicida por lo cual el presente trabajo aborda este tema. El objetivo es identificar, de acuerdo al sexo, la incidencia de ideación suicida y su asociación jerárquica con las variables psicológicas e identificación personal que integran el instrumento "detección de ideación suicida en jóvenes". El diseño de muestreo del estudio es de tipo no probabilístico, intencional, el instrumento fue aplicado a 276 (58.1%) hombres y 199 (41.9%) mujeres en una sola sesión en la Universidad Tecnológica de Tlaxcala. Los resultados obtenidos indican que la prevalencia de ideación suicida alta en los jóvenes es de 4.4%, no encontrando diferencia significativa entre hombres y mujeres; son diferentes las variables de identificación personal y psicológicas que se asocian a hombres y mujeres, esto se pudo obtener al realizar un análisis de regresión múltiple.

Las variables de identificación personal que se relacionan a la ideación suicida en hombres son: año escolar, promedio de calificación, vivencia de alguna experiencia trastornante y costumbre de consumir o tomar algo para sentirte bien; y en la muestra de mujeres son: víctima de situaciones humillantes y vivencia de alguna experiencia trastornante.

Con respecto a las variables psicológicas que se asocian a la ideación suicida en hombres son: estado emocional negativo, apoyo amigos y futuro negativo; y en mujeres son: estado emocional negativo y ausencia de estado emocional positivo.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno que ha sido estudiado años atrás desde diversas perspectivas, actualmente es alarmante porque se está presentando en edades muy tempranas, de acuerdo a los registros de la INEGI el porcentaje de suicidios se ha elevado con el paso de los años, especialmente en la edad de 15 a 24 años, es por ello que esta investigación se realiza con estudiantes universitarios. La presencia del comportamiento suicida se presenta de forma distinta en hombres y mujeres, el intento de suicidio se da con más frecuencia en mujeres y el suicidio consumado en hombres. Se sabe que el suicidio es multideterminado por lo tanto es importante su investigación para poder tener alternativas de tratamiento.

La ideación suicida forma parte del comportamiento suicida, al identificarse se puede prevenir el intento suicida y el suicidio consumado. Se encontró un sólo estudio donde se utilizó la escala de ideación suicida de Roberts con estudiantes Universitarios realizado por González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez (1998), debido a que existe poca información acerca de ideación suicida en estudiantes universitarios fue elaborada esta investigación.

El presente trabajo tiene como objetivo identificar, de acuerdo al sexo, la incidencia de ideación suicida, y su asociación jerárquica con variables psicológicas e identificación personal en jóvenes de la Universidad Tecnológica de Tlaxcala.

El presente estudio cuenta con cuatro capítulos, conclusiones y discusión, que se describen a continuación.

El primer capítulo trata del suicidio, aborda aspectos como las definiciones que han dado diversos autores acerca del suicidio, se reportan datos epidemiológicos de muertes por suicidio en México, estos se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), también se

abarcen tres formas del proceso suicida, el suicidio es abordado desde diferentes enfoques teóricos, estos son, la perspectiva psiquiátrica, el ámbito sociológico y psicológico; por último se constituye de factores de riesgo que influyen en el suicidio, estos son de tipo sociodemográficos, familiares, psicopatológicos y biológicos.

El segundo capítulo aborda la ideación suicida, se hizo una revisión de artículos de revistas que investigaron sobre el tema de ideación suicida en la población mexicana, la primera parte de este capítulo trata de las definiciones que han dado diversos autores a la ideación suicida, y en la segunda se hace una descripción de los estudios de acuerdo a la escala que utilizaron para medir la ideación suicida, así se puede observar su prevalencia en cada estudio y las variables que se asocian a ella. Las escalas que se utilizaron en las investigaciones fueron la escala de Roberts-CES-D, escala de Beck, escala de Okacha, escala de evaluación de la conducta social del paciente (SBAS), en un estudio utilizaron un cuestionario para la investigación de ideación suicida (SIS-Q) y en otras investigaciones emplearon preguntas sobre ideación suicida; en éste capítulo se elaboraron tablas para manejar fácilmente dicha información.

El capítulo tercero describe la metodología de la presente investigación; primero se aborda el planteamiento del problema, en el cual se encuentran las preguntas de investigación, el objetivo general que se mencionó anteriormente, los objetivos específicos y las hipótesis. Después se hace una descripción del método, incluye los sujetos, materiales, instrumentos y aparatos, el lugar y se definen las variables; cabe mencionar, que para la realización de esta investigación participaron estudiantes de la Universidad de Tlaxcala de ambos sexos, fueron 276 hombres y 199 mujeres, a los cuales se les aplicó el instrumento "Detección de Ideación suicida en jóvenes", las variables que se utilizaron son de identificación personal y variables psicológicas, estas últimas integran actitud disfuncional, locus de control, apoyo social, espiritualidad, desesperanza, agresividad, estado emocional e ideación suicida, siendo esta última la variable dependiente. Por último se escribe el procedimiento que se

llevó acabo, aquí se presenta el diseño de la investigación, el diseño de muestreo y se describe como fue la sesión.

El cuarto capítulo hace referencia a la descripción y análisis de datos, lo componen tres secciones. La primera parte la forman las variables de identificación personal, las cuales incluyen datos generales, académicos, económicos, de experiencias negativas, atención psicológica o psiquiátrica, datos de apoyo y antecedentes suicidas; el análisis de estas variables se lleva acabo con la muestra total, con hombres y mujeres, para la realización de este capítulo se elaboraron figuras y tablas donde muestran los resultados que se obtuvieron. La segunda parte del capítulo trata del ajuste psicométrico de las escalas y reactivos de las variables psicológicas, se hizo un análisis factorial, tras este algunos reactivos fueron eliminados, una vez teniendo los reactivos de cada escala se calculó confiabilidad y validez. Finalmente se realizó la comprobación de las hipótesis, donde se aprecian los hallazgos de esta investigación.

Por último se encuentran las conclusiones y discusión, aquí se resumen los resultados encontrados en esta investigación, posteriormente se comparan con los hallazgos encontrados en otras investigaciones y finalmente se da una explicación a estos de acuerdo a la teoría cognitivo conductual y la teoría racional emotiva.

Esta investigación arroja datos muy interesantes acerca de ideación suicida, por lo que es importante tenerlos en cuenta para investigaciones futuras.

CAPÍTULO 1. EL SUICIDIO

El suicidio es un fenómeno multideterminado, diversos factores incrementan el riesgo del comportamiento suicida. A lo largo del tiempo ha aumentado, por lo tanto es importante investigar sobre este fenómeno para poder conocerlo, el suicidio ha sido estudiado desde diversos enfoque teóricos y ha sido definido por diferentes autores. Este apartado esta compuesto por definiciones de suicidio, datos epidemiológicos de muertes por suicidio en México, proceso suicida, enfoques teóricos de suicidio y factores de riesgo del suicidio.

1.1. Definiciones de suicidio

El suicidio es un problema de salud pública ya que ha ido en aumento en los últimos años, para investigar el suicidio es importante dar inicio con las definiciones.

Un problema al estudiar el suicidio es su definición, la aplicación del término a comportamientos diversos y a la consideración del fenómeno desde diferentes puntos de vista, son algunas de las razones de esta dispersión. La primera dificultad se refiere al hecho de que la palabra suicida se aplica a diferentes categorías de conducta; se llama suicida a la persona que ha cometido, intentado y pensado en el suicidio. La segunda confusión es que al calificar a alguien como suicida está relacionada con el aspecto temporal, se habla de suicida tanto para referirse a la persona que intentó en el pasado un acto suicida como para definir a la persona que en el momento presente comete un acto de suicidio. El tercer problema se relaciona con la idea de propósito, la intención es un factor clave a tener en cuenta para definir un acto como suicida (Villardón, 1993).

El termino suicidio en sí evoca una referencia directa a la violencia y la agresividad. Aparentemente, sir Thomas Browne fue quien acuñó la palabra suicidio en su obra Religio Medici, él creo la palabra basándose en los términos

del latín sui (uno mismo) y caedere (matar). El término nuevo reflejaba el deseo de distinguir entre el homicidio de uno mismo y el hecho de matar a otra persona.

Una definición muy conocida de suicidio es la que aparece en la edición de 1973 de la Encyclopaedia Britannica, citada por Shneidman: “el acto humano de causar la cesación de la propia vida” (Organización Mundial de la Salud, - OMS-, 2007).

En el Diccionario de Uso del Español de Moliner citado en Villardón, (1993) el suicidio se define como acción de matarse a sí mismo. La palabra está formada por el pronombre latino “sui” y la terminación de “homicidio”. Suicidarse se entiende, por tanto, como matarse voluntariamente a sí mismo. En definitiva, lo que distingue el suicidio del homicidio es que la acción recae sobre el propio actor y lo que lo distingue de otro tipo de muerte es que, en el suicidio, la muerte es el resultado de un acto voluntario. Precisamente este carácter de voluntariedad o intención es lo que hace difícil la distinción a posteriori del suicidio como causa de muerte.

Shneidman en Guibert (2002), define al suicidio como el acto consciente de aniquilación autoinducida, mejor comprendido como un malestar multidimensional en un individuo necesitado que delimita un problema para el que el acto es percibido como la mejor solución.

El concepto que da Freud al suicidio es que, el sujeto proyecta a sí mismo la agresividad por un complejo de culpabilidad, surgido por la identificación con un objeto introyectado y ambivalentemente amado (Quintanar, 2007).

Menninge en Quintanar (2007) define al suicidio como un homicidio a sí mismo, donde siente el deseo de ser matado y de morir.

Durkheim (2003) define al suicidio como todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado.

Lo anterior son algunas definiciones de suicidio que han dado diversos autores, con estas se puede comprender lo que es el suicidio.

1.2. Datos epidemiológicos de muertes por suicidio en México

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) revela que ha habido un aumento en las muertes por suicidio (ver tabla 1.1). En el año 2007 se registraron 4393 suicidios en la población mexicana, 3620 hombre y 773 en mujeres, por lo tanto se observa que es mayor la muerte por suicidio en hombres. En cuanto a la edad en el año 2007 se han registrado más muertes por suicidio en las edades de 15 a 19 años con un 11.5% y en las edades de 20 a 24 años con 11.9%. El medio que más se empleó para el suicidio en el año 2007 es ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación con un 3328 suicidios, en segundo lugar es disparo de arma de fuego con 544, en tercer lugar esta envenenamiento por gases, vapores, alcohol y plaguicidas con 309 suicidios (INEGI, 2008).

Tabla 1.1. Porcentaje de muertes por suicidio 1990-2007

	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total	6.1%	6.7%	7.3%	7.4%	7.8%	8.0%	8.1%	7.9%	8.0%

1.3. Proceso suicida

En este apartado se describen tres formas distintas de cómo se da el proceso de suicidio. Es importante señalar que no necesariamente hay una secuencia de los pasos, ya que uno no conlleva a otro.

Una forma de proceso suicida se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida, pasa por la realización de los primeros intentos suicidas, como un incremento gradual de la letalidad del intento, hasta lograrlo, es decir, la suicidalidad, que comprende las ideas y deseo suicidas o ideación suicida, las conductas suicidas sin resultado de muerte o intentos suicidas y los suicidios consumados (Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006).

La segunda manera del proceso suicida es el periodo que comprende el momento en que se produce la crisis y el paso al acto, Bouchard divide este proceso en cinco momentos: el primer momento es la búsqueda de soluciones, que es una etapa normal en cualquier crisis, la persona hace una especie de inventario de las posibles soluciones a sus problemas juzgando la posibilidad de que se produzca un cambio y, por tanto, se disminuya el dolor, algunas personas podrán tener varias soluciones e identificar estrategias para resolver la crisis, otras por el contrario, no encontrarán soluciones que puedan responder a sus necesidades presentes, en este momento la idea de suicidio no se toma con una posible solución. El segundo momento es la ideación suicida, en la búsqueda de soluciones, una imagen súbita, breve y pasajera de muerte aparece como una posible solución, las soluciones que se encuentran son ineficaces para reducir la intensidad de la crisis, y por lo tanto son rechazadas, la idea de suicidio comienza a aparecer más frecuentemente, muchas veces encubierta por la idea de que algo pasará para morir, por ejemplo, una enfermedad grave o un accidente, pero cada vez más se piensa en el suicidio y empieza a elaborar escenarios posibles. El tercer momento es la rumiación, la inconformidad es cada vez mayor y más difícil de soportar, el deseo de escapar a la angustia es cada vez más apremiante, la imposibilidad de resolver la crisis y sentimiento de haber agotado todas las posibilidades provocan un aumento de la angustia, la idea de suicidio se vuelve constante y regular, lo que genera aún más angustia y aviva el sufrimiento y el dolor. El cuarto momento es la cristalización, en el cual la persona se encuentra totalmente desesperanzada, el suicidio es ya considerado como la solución a todos los sufrimientos, es el momento en el que se elabora un plan preciso: el día, la hora, el medio, en lugar; con frecuencia se hace una ruptura emotiva de los que lo rodean y un sentimiento de aislamiento está presente. El último momento es el elemento desencadenante, después de la etapa de cristalización el paso al acto se vuelve inminente, un evento desencadenante está ligado al acto suicida sin importar muchas veces la intensidad o trascendencia manifiesta del evento (Barón, 2000).

La tercer forma se explica con el modelo de proceso dinámico de la conducta suicida en el modelo socioindividual, es un modelo de vulnerabilidad en el que se parte del supuesto de que las características estresantes del entorno, junto con las características individuales y ambientales pueden explicar la conducta suicida. Asimismo algunas de estas características podrían, por separado, predecir dicha conducta.

Situaciones muy estresantes, el estrés continuado, o la frecuencia de sucesos estresantes, unidos al fracaso del sujeto al enfrentarse a tales situaciones provocan en los individuos más vulnerables un malestar psicológico que se caracteriza por sentimientos depresivos, un autoconcepto bajo, un sentimiento de soledad y la convicción de que esta situación no va a mejorar en el futuro. Si a este estado de malestar psicológico se añaden la ausencia de razones importantes para vivir a pesar de las razones para morir, y las expectativas positivas en torno a la eficacia del suicidio, se formula lo que se ha denominado estado mental suicida.

Este modelo defiende que la conducta suicida es un proceso circular. El aumento de letalidad de dicha conducta proviene del aumento de la incidencia de alguna o todas las variables implicadas en un proceso. Es decir, se presupone que el conjunto de variables puede predecir tanto la idea suicida en sus distintos niveles de letalidad como otro tipo de conductas suicidas de mayor riesgo (Villardón, 1993).

1.4. Enfoques teóricos de suicidio

El suicidio al igual que ha sido definido de diferentes maneras también se ha estudiado desde diferentes perspectivas

1.4.1. El suicidio desde la perspectiva psiquiátrica

Esta perspectiva explica el suicidio desde el concepto de enfermedad mental; esto es, desde la perspectiva individual y patológica. La versión más radical nos dirá que el suicidio es, de hecho, una enfermedad mental, mientras que la

versión más moderada tenderá a ver el suicidio como una consecuencia de la enfermedad mental.

En la actualidad, algunos autores mantienen la determinación biológica de la conducta suicida, en función de los niveles de ciertos neurotransmisores y de otro tipo de disfunciones orgánicas. La perspectiva biológica del suicidio defiende la existencia de ciertas anormalidades biológicas entre los individuos suicidas, como puede ser una disfunción en la regulación de serotonina. De hecho la mayoría de las investigaciones realizadas desde esta perspectiva se refiere a la depresión y no específicamente suicidio. Esto quiere decir que existe una teoría biológica explicativa de la depresión y de los trastornos afectivos que, en algunos casos, se ha aplicado y ampliado al suicidio, pero que pocas veces ha sido estudiada como causa directa de la conducta autodestructiva (Villardón, 1993).

1.4.2. El suicidio desde el ámbito sociológico

El conjunto de suicidios cometidos en una sociedad dada, durante una unidad de tiempo determinado, constituye un hecho nuevo que tiene su unidad y su individualidad, y como consecuencia, su naturaleza propia, y que además esta naturaleza es eminentemente social.

Como se señaló anteriormente Durkheim (2003) define al suicidio como todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado. Durkheim se refiere a un acto positivo en el suicidio cuando implica empleo de fuerza muscular y a negativo cuando una simple abstención produzca idéntica consecuencia, ya que uno mismo se mata rehusando alimentarse. No es necesario que el acto producido por el paciente haya sido de antemano inmediato de la muerte, para que esta pueda ser considerada como efecto suyo, la relación de causalidad puede ser indirecta, sin que el fenómeno cambie por esto de naturaleza.

Cada sociedad tiene en determinado momento de su historia, una aptitud definida para el suicidio. Se mide la intensidad relativa de esta aptitud comparando la cifra global de las muertes voluntarias y la población de toda edad y sexo. A este dato numérico Durkheim lo llama tasa de la mortalidad-suicidio propia de la sociedad tomada en consideración. Se calcula generalmente, en relación con cien mil habitantes (Durkheim, 2003).

Durkheim (2003) define tres tipos de suicidio, el primero es el suicidio egoísta, éste se da porque el individuo no se integra a la sociedad como lo requiere, tiene menos puntos de apoyo; el suicidio altruista es cuando el individuo se sacrifica por su sociedad, por ejemplo el ejercito, y el suicidio anónimo es cuando hay perturbaciones en la sociedad, cambios muy fuertes como las crisis económicas.

1.4.3. Suicidio desde la perspectiva psicológica

1.4.3.1. Explicación fenomenológica

Desde la perspectiva fenomenológica, Shneidman recoge los componentes psicológicos de la conducta suicida en el artículo titulado una *teoría psicológica del suicidio*, estos componentes son, en su opinión, la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese. El primer componente se refiere a la hostilidad hacia sí mismo que, en los momentos previos al suicidio, se ve aumentada. El segundo componente es la perturbación, se refiere al grado en que una persona se encuentre inquieta, preocupada etcétera. La perturbación, entonces, está relacionada con estados emocionales negativos como pueden ser el malestar, la pena, la culpa, la amargura, etcétera. El tercer componente de suicidio, la constricción, reúnen ciertas características cognitivas, como la imposibilidad de la persona suicida de percibir todos los aspectos de la realidad, de modo que sólo hace consciente de los aspectos negativos y el pensamiento dicotómico. Cuando el estado psíquico de una persona se caracteriza por una alta hostilidad hacia sí mismo, una elevada perturbación y constricción, la potencialidad suicida es alta. Es entonces cuando la idea de

cese, de dormir eternamente, de muerte, se presenta como una posible solución (Villardón, 1993).

1.4.3.2. Enfoque cognitivo conductual

La explicación de Kelly sobre el suicidio se basa en que la realidad es independiente de la interpretación que haga el individuo de su realidad, la interpretación de la realidad orienta la conducta. El propio sujeto atribuye un significado y da un sentido a su existencia en función de su experiencia, por lo que cada evento de la vida es interpretado desde el propio pensamiento. Kelly explica el suicidio desde lo siguiente: a) el futuro es obvio para el individuo y por tanto incapaz de motivarle; b) cuando por contrario el futuro se muestra al sujeto totalmente imprescindible, de manera que se ve obligado a abandonar la escena. Para Kelly el suicidio desde sus presupuestos cognitivos sería el efecto de radicalización, por parte del sujeto, de la definición y extensión de la comprensión de la realidad, y posterior construcción de la misma; así el suicidio se manifestaría como una forma extrema de depresión, que o bien subraya o bien rechaza en exceso la definición de la vida, reduciendo la amplitud del sistema al sujeto mismo, desechando éste lo externo a él (Quintanar, 2007).

Beck estudia al suicidio desde su teoría de la depresión. La teoría de Beck plantea que de acuerdo a sus experiencias se crean categorías mentales, a partir de esto interpretan su realidad y de ello se orienta la conducta; entonces la conducta desadaptativa se da por las distorsiones cognitivas que se tienen. La acción terapéutica se dirige a identificar las creencias distorsionadas para que posteriormente se modifiquen (Quintanar, 2007).

1.4.3.3. Explicación psicoanalítica

La aportación psicoanalítica al problema de suicidio tiene dos épocas divididas por la formulación freudiana del instinto de muerte.

En un principio, Freud habla del suicidio como una forma de castigo que el individuo se propone a sí mismo. La melancolía hace que trate al sí mismo

como un objeto y que dirija contra él la hostilidad que desearía dirigir contra un objeto exterior. En 1920, en la obra titulada más allá del principio del placer, Freud desarrolla sus ideas sobre el Eros y el Thanatos (instinto de vida y muerte respectivamente) como dos tendencias de signo contrapuesto que existen en el hombre desde comienzos de la vida. El suicidio pertenecería al Thanatos (instinto de muerte). En este sentido, Freud afirma que todas las personas son potencialmente suicidas a través de la fuerza intrapsíquica del instinto de muerte. La aplicación de la teoría psicoanalítica al suicidio adolescente hace hincapié a términos relacionados con la individualidad tales como identidad del yo, proceso de individuación y estado simbiótico. Desde esta perspectiva se defiende la importancia de las relaciones paterno-filiales en el desarrollo de una adecuada identidad a través de un correcto proceso de individuación en el que se dé una aceptación verdadera entre padres e hijos (Villardón, 1993).

1.5. Factores de riesgo del suicidio

El comportamiento suicida es un fenómeno multideterminado, la presencia de uno o más factores puede aumentar la probabilidad de que se dé un comportamiento suicida, a estos se les llaman factores de riesgo. En este apartado se abordan los factores de riesgo sociodemográficos, familiares, psicopatológicos y biológicos.

1.5.1. Factores Sociodemográficos

En esta parte del capítulo se abordan los factores sociodemográficos que influyen en el comportamiento suicida los cuales incluyen el sexo, la edad, estado civil, situación laboral, clase social y nivel educativo, religión, emigración y orientación sexual, dando algunas características de cada factor.

Sexo

En la mayor parte de los países en los que se ha estudiado el fenómeno del suicidio, las mujeres presentan mayores tasas de ideación suicida y de

comportamientos suicidas, pero la mortalidad producida por estos actos es típicamente más baja en las mujeres que en los hombres. Muchos estudios en diferentes culturas, han confirmado que los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres y que los suicidios consumados los son más en hombres en una proporción variable, los varones consuman el suicidio con una frecuencia entre 2 y 4 veces mayor que las mujeres, en tanto que estas realizan intentos de suicidio con una frecuencia 2-3 veces superior a la de los varones (Bobes, Sáiz, García-Portilla, Bascarán y Bousoño, 2004).

Edad

En los países industrializados las tasas de suicidio aumentan con la edad y se observa una incidencia en los individuos mayores de 65 años. En este grupo de edad, sin embargo, el suicidio no es una de las principales causas de muerte, ya que se encuentra por detrás de las enfermedades cardiovasculares, otras enfermedades crónicas y las enfermedades infecciosas. En los jóvenes, en cambio, el suicidio es un hecho infrecuente, pero de gran importancia relativa dada la baja mortalidad general en estos grupos de edad; así, el suicidio figura entre las cinco primeras causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes en numerosos países. Según la OMS, la relación entre suicidio y edad está cambiando en el sentido de un aumento de las tasas de suicidio en los grupos de edad más jóvenes. De acuerdo a la OMS en el año 1998 el 45% de los suicidas eran mayor de 45 años y el 55% tenían entre 5 y 44 años (Bobes, Sáiz, García-Portilla, Bascarán y Bousoño, 2004).

En un estudio realizado por la OMS entre 1989 y 1992 se vio que las tasas más elevadas estaban entre los 15-24 años para las mujeres y los 25-34 años para los varones; ese mismo estudio muestra cómo la tasa de intentos disminuye a medida que se incrementa la edad, de modo que el número de intentos es mucho menor a partir de los 55 años (Mingote, 2004).

Estado civil

El suicidio es más frecuente entre los divorciados y los viudos, seguidos por los solteros, casados sin hijos, y por último por los casados con hijos. El suicidio en la mujer esta menos influenciado por el estado civil. La asociación con el divorcio es compleja, dado que su significado social se está modificando. Además, la ruptura de la relación de pareja puede expresar también psicopatología en la persona divorciada. La protección que el matrimonio confiere sobre el suicidio va mermando con la edad, especialmente en mujeres. Por otro lado, el matrimonio tiene un efecto negativo en los adultos más jóvenes (15-19 años) incrementando el riesgo suicida, lo cual puede interpretarse como que el matrimonio fue un acto no suficientemente meditado que llegó a producir situaciones familiares insatisfactorias. De cualquier modo, como todos aquellos factores psicosociales que conducen al aislamiento, la ruptura de la estructura familiar facilita el desarraigo, favoreciendo así el suicidio. En lo que respecta a los intentos de suicidio, las tasas más elevadas suelen presentarse en mujeres adolescentes y jóvenes, tanto solteras como divorciadas (25-35 años) y entre varones solteros (30-40 años). Cuando los intentos de suicidio acontecen en personas casadas lo más frecuente es que se haya producido una ruptura en el matrimonio recientemente (Mingote, 2004).

Situación laboral

La relación desempleo-acto-suicida es más significativa si se asocia con el tiempo de desempleo (más prolongado, mayor riesgo). Parece estar implicado de varias maneras en la conducta suicida ya que favorece la depresión y disminuye la autoestima entre otras cosas (Mingote, 2004).

Clase social y nivel educativo.

El suicidio consumando es más propio de las clases sociales altas y los intentos de suicidio son más frecuentes en individuos de clase social baja. En cuanto al nivel educativo, cuanto mayor es éste mayor es el riesgo de suicidio consumado y menor el riesgo de intento de suicidio (Mingote, 2004).

Religión

Los países predominante ateos son los que presentan las tasas de suicidio más elevadas, por ejemplo Prusia, Sajonia y Dinamarca (Bobes, Sáiz, García-Portilla, Bascarán y Bousoño, 2004; Durkheim 2003).

Emigración

La emigración supone un desarraigo afectivo y cultural, además de las posibles dificultades de integración económica y social en el nuevo país. Todo ello propicia el aislamiento e incrementa el riesgo suicida. El riesgo es menor cuando emigra toda la familia, en los jóvenes, en los que emigran por voluntad propia, y en aquellos casos en que se mantienen las tradiciones y costumbres originales (Mingote, 2004).

Orientación sexual

Estudios recientes sugieren que las lesbianas y los homosexuales jóvenes y adultos jóvenes presentan un riesgo mayor de ideación suicida, de intentos de suicidio y de suicidio consumando que sus iguales heterosexuales (Bobes, Sáiz, García-Portilla, Bascarán y Bousoño, 2004).

1.5.2. Factores familiares

Algunos estudios destacan la importante influencia del medio sociofamiliar, de manera que la ausencia durante la infancia de una relación segura con una de las figuras parentales provocaría una distorsión de las imágenes paterna o materna, y consiguientemente tendencia al aislamiento, soledad y suicidio. Por lo general, los adolescentes que cometen intentos de suicidio se caracterizan por vivir en un estrés considerable y haber experimentado muchas pérdidas parentales tempranas, así como cambios significativos dentro de su núcleo familiar. Por otra parte, los trastornos afectivos en los familiares más cercanos, especialmente en la madre, podrían contribuir al desarrollo de síntomas

depresivos en adolescentes y adultos jóvenes, lo cual aumentaría el riesgo de comportamientos suicidas en ellos (Mingote, 2004).

Al igual la deteriorada relación entre padres e hijos, la pobre comunicación familiar y las extremas expectativas parentales se asocian a un incremento del riesgo suicida y de las tentativas de suicidio. Una historia familiar de comportamiento suicida se asocia a un incremento de riesgo suicida (Bobes, Sáiz, García-Portilla, Bascarán y Bousoño, 2004).

1.5.3. Factores psicopatológicos

También se tienen dentro de los factores de riesgo, factores psicopatológicos, los cuales se describen a continuación.

Trastornos afectivos

Los trastornos afectivos constituyen el grupo con mayor riesgo de conductas suicidas. El riesgo de suicidio consumado en un paciente depresivo a lo largo de su vida es de un 15% mayor que la población general, y depende más de la evolución de la enfermedad que de sucesos cotidianos de la vida. Si las depresiones tienen sintomatología delirante alcanzan la mayor probabilidad suicida. Los trastornos bipolares son los que tienen un menor número de intentos y un mayor número de suicidios consumados, siendo así el trastorno mental con mayor riesgo de suicidio consumado (Mingote, 2004).

La farmacología antidepresiva produce inicialmente la desaparición de las inhibiciones que hasta ese momento protegían al enfermo del suicidio, por lo que el intento se da en muchos casos cuando, aparentemente, el riesgo suicida es menor. Los tres primeros meses tras el comienzo de un episodio depresivo, y los cinco primeros años tras el comienzo del cuadro, son los periodos de mayor riesgo de intento suicida. Existe múltiple evidencia que señala que la comorbilidad entre trastorno afectivo y otra alteración psiquiátrica aumenta la probabilidad de intento de suicidio y de suicidio consumado (Mingote, 2004).

Trastorno de la personalidad

Generalmente los trastornos de personalidad se asocian más a actos suicidas no fatales que a suicidios consumados, siendo los trastornos de personalidad límite y antisocial donde existe una mayor evidencia de relación con la conducta suicida (Mingote, 2004).

Duelo por viudez

La muerte del cónyuge aumenta el riesgo suicida en los siguientes cuatro años, sobre todo en los varones que han hecho un duelo complicado o patológico. Si los síntomas depresivos y ansiosos duran más de dos meses, producen un deterioro psicosocial severo, con ideas de suicidio, síntomas psicóticos, ideas patológicas de culpa y lentitud psicomotora, el cuadro será el de un duelo complicado con un cuadro depresivo (Mingote, 2004).

1.5.4. Factores biológicos

De todos los neurotransmisores relacionados directa o indirectamente con las conductas suicidas, la serotonina es la que ha recibido una mayor atención por parte de los investigadores, debido a las numerosas evidencias que vinculan a este neurotransmisor con manifestaciones de tipo suicida, así como otros actos de naturaleza impulsiva y violenta.

La hipótesis serotoninérgica se basa en la relación que existe en la depresión y la disminución de los niveles de serotonina. Así, se han encontrado niveles bajos de serotonina en sangre en casos de suicidio consumando.

En un estudio en Estados Unidos, se vio que la disminución de las concentraciones séricas de colesterol mediante tratamiento farmacológico y dietético se asociaba a un incremento de las muertes atribuibles a violencia o suicidio. La explicación de este fenómeno podría ser que los niveles bajos de colesterol en la membrana sináptica provocan una disminución de los

receptores serotoninérgicos, con lo que se reduce la concentración de serotonina a nivel cerebral (Mingote, 2004).

El contenido de este capítulo nos da un panorama de la complejidad del comportamiento suicida.

En el siguiente capítulo se aborda la ideación suicida, que perteneciendo al comportamiento suicida no deja de ser su abordaje también complejo.

CAPÍTULO 2. LA IDEACIÓN SUICIDA

El suicidio ha causado un porcentaje alto de mortalidad, por lo cual es necesaria su investigación; un aspecto importante del comportamiento suicida es la ideación suicida que ha sido estudiada en México por diferentes autores, en el presente capítulo primero se abordará la definición de lo que es la ideación suicida y posteriormente los estudios que se han hecho con diferentes escalas para evaluarla, es necesaria la revisión de los estudios ya que así se da pauta para la realización de futuras investigaciones.

2.1. Definiciones de ideación suicida

La ideación suicida ha sido definida por varios autores en investigaciones mexicanas, en el anexo 1 se muestran las definiciones detalladas, éste menciona los nombres de los autores del estudio, el año en que se publicó, la definición y los autores originales de la definición citada.

La mayoría de las definiciones que se encuentran en el anexo 1 refieren que la ideación suicida refleja el grado de conflicto interno asociado a la desesperanza, falta de autoestima, intento de suicidio, abuso de sustancias y depresión esto lo refieren los estudios de Medina-Mora, et al. (1994), González-Forteza, Jiménez y Gómez (1995), López, et al. (1995), González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez (1998), Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges (1998), Mondragón, Momroy, Medina-Mora y Borges (2003), Rascón et al. (2004).

Otra definición de ideación suicida es tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte la retoman los estudios de González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez (1998), Chavez, Pérez, Macías y Paramo (2004), siendo el autor original Garrison.

Una última definición diferente a las anteriores de Beck en Córdova, Rosales, Caballero y Rosales (2007) es, “la ideación suicida son aquellas ideas que los individuos tienen y que frecuentemente presentan pensamientos reiterativos sobre el tema de la muerte, y/o permanentemente ocupa un lugar central en la vida del sujeto, que tiene planes y deseos de cometer suicidio pero no ha hecho evidente el intento” p.18.

Varias definiciones de ideación suicida mencionan que es un síntoma frecuente e inespecífico, lo mencionan de esta manera porque la ideación suicida entra en el comportamiento suicida y ésta puede ser una manifestación de que posteriormente puede haber un intento de suicidio o un suicidio consumado.

Retomando las definiciones de los autores podría definir a la ideación suicida como un conflicto interno donde frecuentemente hay ideas, pensamientos, fantasías, deseos y planes acerca de la propia muerte.

2.2. Escalas de medición de ideación suicida en México

Se han llevado a cabo en nuestro país varios estudios sobre la ideación suicida, utilizando diferentes escalas para identificar la prevalencia de la ideación suicida, estos estudios se muestran del anexo 2 al 14. Las escalas que han sido utilizadas son: Escala de ideación suicida de Roberts-CES-D 4 reactivos y 3 reactivos, Escala de ideación suicida de Beck 21 reactivos y otra de 19 reactivos, Escala de Okasha 4 reactivos y la Escala de evaluación de la conducta social del paciente SBAS (Social Behaviour Assessment Schedule), en otros estudios emplearon preguntas sobre ideación suicida y hay un estudio donde se utilizó la cédula de recolección de datos, basada en el Cuestionario para investigación de ideación suicida (SIS-Q).

2.2.1. Escala de Roberts-CES-D

La escala de ideación suicida de Robert-CES-D ha reportado con 4 y 3 reactivos, en cuanto a la escala de 4 reactivos hay 10 estudios con adolescentes mexicanos, un estudio con estudiantes universitarios y uno en un

centro de salud; la escala de Roberts-CES-D de 3 reactivos se utilizó en dos estudios con adolescentes mexicanos y en un estudio con población abierta.

2.2.1. 1. Escala de Roberts-CES-D 4 reactivos en adolescentes Mexicanos

En los estudios donde se utilizó la escala de Roberts-CES-D 4 reactivos con adolescentes mexicanos (ver anexo 2), estudios de Medina-Mora, et al. (1994) y López, et al. (1995) encontraron que la ideación suicida es mayor en las mujeres con un 52.1% mientras que en los hombres es de 47.9%, obtuvieron que el consumo de drogas se asocia a la ideación suicida, se puede observar que se utilizaron los mismos datos en ambos estudios. Igualmente el estudio de Chávez, Pérez, Macías y Páramo (2004) refiere que las mujeres tienen mayor ideación suicida que los hombres, sin embargo es importante señalar que no llevaron a cabo ningún análisis estadístico para confirmar tal afirmación.

Gonzalez-Forteza, Andrade y Jiménez (1997) y Gonzalez, Ramos, Caballero y Wagner (2003) no reportan en sus estudios prevalencia de ideación suicida. En el estudio de Gonzales-Forteza, Berenzon-Gorn, Tello-Granados, Facio-Flores, y Medina-Mora (1998), reportan que hay más ideación suicida en comunidad clínica que en comunidad escolar, en las mujeres se asocia la ideación suicida con el bajo desempeño escolar e interrupción de sus estudios.

Los estudios de Serrano y Flores (2003) y Serrano y Flores (2005), no reportan prevalencia de ideación suicida, en el estudio publicado en el año 2003 se asocian tanto en hombres como en mujeres las variables de, la relación con el padre y la sintomatología depresiva con la ideación suicida, mientras que en el artículo publicado en el año 2005, en hombres se asocia a ideación suicida el estrés con la pareja y el uso de un estilo de afrontamiento con respuestas agresivas con la pareja, y en mujeres el estrés con la pareja, estrés social y respuestas agresivas y evasivas con la pareja, ambos estudios se llevaron a cabo en la ciudad de Mérida.

En la última investigación del anexo 2 de Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2007), los datos se obtuvieron de tres estudios, uno de ellos se divide en estudiantes de secundaria y de bachillerato por lo tanto presentan cuatro datos de prevalencia de ideación suicida, en tres de ellos hay más ideación suicida en hombres que en mujeres y sólo en uno encontraron más ideación suicida en mujeres.

2.2.1. 2. Escala de Roberts-CES-D 4 reactivos en estudiantes universitarios

En el estudio de González-Forteza, García, Medina-Mora, y Sánchez (1998), (ver anexo 3) no se encontró diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de ideación suicida entre hombres y mujeres. Tanto hombres como mujeres asocian la ideación suicida con estrés social, autoestima, relación con el padre y respuestas de enfrentamiento familiar, las mujeres a diferencia de los hombres también asocian las respuestas agresivas manifiestas a los amigos.

2.2.1.3. Escala de Roberts-CES-D 4 reactivos en centros de salud

Ramos-Lira, Saltijeral-Méndez, Romero-Mendoza, Caballero-Gutiérrez y Martínez- Vélez (2001) investigaron la ideación suicida en mujeres en centros de salud, la población es pequeña, sus resultados arrojan que el 7% tiene ideación suicida y se relaciona con violencia sexual (ver anexo 4).

2.2.1.4. Escala de Roberts-CES-D 3 reactivos en adolescente mexicanos

En el anexo 5 al utilizar esta escala el estudio de González-Forteza, Jiménez y Gómez (1995), se observan las variables que se encuentran asociadas a ideación suicida siendo diferentes en hombres y mujeres; en los hombres las variables que se relacionan son, violencia con los padres y enfermedad de los padres, mientras que en las mujeres son: desventaja con pares, no apoyo, impulsividad, afectividad, autoestima, comunicación con madre y el padre no se

interesa por sus relaciones sociales. En el estudio de González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez (2001), las variables que se asocian en ambos sexos es el malestar depresivo y el abuso sexual, la ideación suicida se presenta más en mujeres (18.2%) que en hombres (15.1%) pero la diferencia no es significativa.

2.2.1.5. Escala de Roberts-CES-D 3 reactivos en población abierta

En el estudio de Medina-Mora, et al. (2003) no mencionan la prevalencia de ideación suicida de igual manera no reportan alguna variable asociada, por lo tanto este estudio no da datos relevantes que puedan ayudar en el conocimiento de la ideación suicida (ver anexo 6).

2.2.2. Escala de Beck

La escala de Beck fue aplicada en cuatro estudios, en un estudio fue empleada en pacientes de un centro de salud, la escala la integraban 21 reactivos, en dos estudios la escala de Beck se aplicó a estudiantes universitarios una escala contenía 19 reactivos y otra 21 reactivos, y otro estudio se llevó a cabo en una población abierta utilizando la escala con 20 reactivos.

2.2.2.1. Escala de Beck 21 reactivos en centros de salud

Al utilizar esta escala en pacientes de los centros de salud se encontró que 110 personas reportan tener ideación suicida, las variables que se asocian son el alcohol, las drogas y la desesperanza (ver anexo 7).

2.2.2.2. Escala de Beck 19 reactivos en estudiantes universitarios

En el estudio de González, Díaz, Ortiz, González y González (2000), se encontró mayor ideación suicida en mujeres con 21.1 % mientras que en hombres fue de 11.1%, en este estudio la escala fue de 19 reactivos (ver anexo

8), las variables que se relacionan a la ideación suicida son alcohol o drogas y la desesperanza.

2.2.2.3. Escala de Beck 21 reactivos en estudiantes universitarios

La investigación de Córdova, Rosales, Caballero y Rosales (2007) (ver anexo 9) reporta que el 59.9 % tiene ideación suicida, este porcentaje es el más alto que se ha reportado en las investigaciones mexicanas, donde han utilizado diferentes escalas y diferentes poblaciones, los reactivos que integran esta escala de Beck son 21, las variables con la que se asocia la ideación suicida, en los estudiantes universitarios son, el trabajar, vivencia en la infancia y adolescencia, percepción de haber vivido una situación que trastorno su vida, el dinero, pensamiento sobre si mismo, haber recibido atención psicología y percepción del futuro .

2.2.2.4. Escala de Beck 20 reactivos en población abierta

Con esta escala sólo se encontraron variables que se asocian con ideación suicida, estas son depresión y ansiedad, el estudio se aplicó en Tabasco anteriormente en 1992 ya se había hecho un estudio en esta zona geográfica, esta investigación no da otros datos relevantes (ver anexo 10).

2.2.3 Escala de Okasha

Esta escala se utilizó con población que se encontraban en centros de salud y se realizó un estudio con personas mayores de 18 años.

2.2.3.1. Escala de Okasha en centros de salud

Al aplicar la escala de Okasha 4 reactivos en centros de salud en el estudio de Mondragón, Monroy, Medina-Mora y Borges (2003), encontraron una prevalencia de ideación suicida del total de la muestra de de 5.7%, siendo mayor en mujeres con un 7.9% que en hombre 3.7%, encontraron una relación con las variables depresión, consumo de bebidas alcohólicas y eventos de vida

social. En la investigación de Romero, Mondragón, Cherpitel, Medina-Mora y Borges (2001), obtuvieron que la variable de bebedores fuertes de alcohol se relacionada con ideación suicida, como puede observarse estas dos investigaciones se llevaron acabo en el estado de Hidalgo (ver anexo 11).

2.2.3.2. Escala de Okasha en personas mayores de 18 años

El estudio de Medina-Mora, et al. (1992), se llevó a cabo con personas mayores de 18 años, los resultados muestran que en el total de su población (no menciona el artículo la muestra y el muestreo) tienen entre el 10% y 14% de ideación suicida, un dato importante que arroja es que 2 mujeres por cada hombre tienen ideación suicida. Este estudio realizado en Tabasco obtiene variables que se asocian a la ideación suicida, estas son, depresión y ansiedad (ver anexo 12), en un estudio que se abordó anteriormente, donde se utiliza la escala de Beck en Tabasco también se asocian las mismas variables (ver anexo 10).

2.2.4. Preguntas de ideación suicida en población abierta

En los artículos de González-Forteza y Andrade (1993), y González-Forteza y Andrade (1995), (ver anexo 13) no menciona las preguntas que se aplicaron, ambos estudios no reportan prevalencia de ideación suicida.

Berenzon, Medina-Mora, López y González (1998), realizaron cuatro preguntas de ideación suicida, estas se muestran en el anexo 13, en la primera pregunta los hombres tuvieron 17.6% de ideación suicida y las mujeres 18.2%, en la segunda los hombres 8.1% y mujeres 11%, en la siguiente pregunta hombres un 5.7% y mujeres 7.2% y en la cuarta pregunta los hombre obtuvieron 2.1% y mujeres 3.9% de ideación suicida. En el estudio de Berenzon, Gonzalez-Forteza y Medina-Mora (2000) realizaron 4 preguntas, esta investigación no reporta la prevalencia de ideación suicida, pero encuentra una asociación con las variables de trastorno depresivo, distimia y trastorno fóbico.

El último estudio que utiliza preguntas de ideación suicida es de Borges, et al. (2005), las dos preguntas se realizaron en dos tiempos, el primer tiempo era alguna vez y el segundo en los últimos 12 meses, su primer pregunta fue ¿Pensó seriamente en suicidarse? Encontrando en el primer tiempo que el total de la muestra tiene 8.3% ideación suicida, hombre 6.1% y en mujeres 10.4%, en el segundo tiempo el total 2.3%, hombres 1.9% y mujeres 2.7%; la segunda pregunta fue ¿Ha hecho un plan para suicidarse? en el primer tiempo, el total de la muestra presentó 3.2% de ideación suicida, hombres 2.4% y mujeres 3.9%, en el segundo tiempo el total 1.0%, hombres 1.0% y mujeres .9%, siendo este último dato el único con mayor porcentaje de ideación suicida en hombres.

2.2.5. Otros instrumentos de ideación suicida

Luckie, et al. (1998) emplea el cuestionario para investigación de ideación suicida SIS-Q en población abierta (ver anexo 14) el estudio reporta datos similares a las investigaciones anteriores, las mujeres (8.0%) tienen más ideación suicida que los hombres (4.1%), la muestra total tiene 12.2%. Las variables que se asocian son trastornos de sueño, del ánimo y minusvalía.

En la Escala de evaluación de la conducta social del paciente SBAS del estudio de Rascón, et al. (2004) (ver anexo 14) reporta que el 13% del total de la muestra tiene ideación suicida, en hombres 13.8% y en mujeres 12.5%, se encontró que la variable trastorno afectivo se relaciona con ideación suicida.

Se puede observar que la mayoría de los estudios concuerda con la literatura donde es más frecuente la ideación suicida en mujeres que en hombres, los estudios dan diferentes resultados debido a que se usan diferentes escalas por lo cual hace falta una escala que se pueda utilizar para la investigación de la ideación suicida en la población Mexicana.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

Las siguientes páginas contienen la metodología de esta investigación, donde se encuentra el planteamiento del problema, este abarca una justificación del por qué es importante el tema de ideación suicida, de igual manera en esta parte están las preguntas de investigación, objetivos e hipótesis; otro punto que se encuentra en este capítulo es el método donde se define la población, se describe la muestra, los materiales, instrumentos, aparatos y el lugar, finalmente se definen las variables, el último apartado es el procedimiento de la investigación donde contempla el diseño de investigación, diseño de muestreo y la descripción de las sesiones y fases.

3.1. Planteamiento del problema

A lo largo del tiempo el suicidio ha aumentado su porcentaje de mortalidad por lo que se ha convertido en un problema de salud pública. En el año 2007 INEGI reporta que el 8.0% de muertes son por suicidio (4393 personas), en este mismo año el INEGI registró que la población con más muertes por suicidio es de 15 a 24 años de edad, en el estado de Tlaxcala en el año 2007 el INEGI reportó 22 suicidios, siendo 20 hombres y 2 mujeres. El suicidio es un fenómeno multideterminado ya que variables psicológicas y sociodemográficas se asocian a él.

El comportamiento suicida implica lo que es la ideación suicida, el intento suicida y el suicidio consumado, la presente investigación desarrolla el tema de ideación suicida debido a que si ésta se puede identificar en las personas, se podrían prevenir los intentos y el suicidio consumado. La ideación suicida es definida por Beck en Córdova, Rosales, Caballero y Rosales (2007) como “aquellas ideas que los individuos tienen y que frecuentemente presentan pensamientos reiterativos sobre el tema de la muerte, y/o permanentemente ocupa un lugar central en la vida del sujeto, que tiene planes y deseos de cometer suicidio pero no ha hecho evidente el intento” (p. 18).

Existe una investigación de González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez (1998), donde utilizaron la escala de Roberts-CES-D en estudiantes de Universidad, pero no hay datos del estado de Tlaxcala, tampoco con estudiantes de Universidades Tecnológicas, debido a esto, el presente estudio se realiza con estudiantes de una Universidad Tecnológica de Tlaxcala.

3.1.1. Preguntas de investigación

En los estudios de la Universidad Tecnológica de Tlaxcala:

¿Cuáles son las variables psicológicas que se relacionan con ideación suicida en hombres?

¿Cuáles son las variables psicológicas que se relacionan con ideación suicida en mujeres?

¿Cuáles son las variables de identificación personal que se relacionan con la ideación suicida en hombres?

¿Cuáles son las variables identificación personal que se relacionan con la ideación suicida en mujeres?

¿Cómo es el orden jerárquico de las variables de identificación personal que se relacionan con ideación suicida en hombres?

¿Cómo es el orden jerárquico de las variables de identificación personal que se relacionan con ideación suicida en mujeres?

¿Cómo es el orden jerárquico de las variables psicológicas que se relacionan con ideación suicida en hombres?

¿Cómo es el orden jerárquico de las variables psicológicas que se relacionan con ideación suicida en mujeres?

3.1.2. Objetivo general

Identificar de acuerdo al sexo la incidencia de ideación suicida, y su asociación jerárquica con las variables psicológicas e identificación personal, que integran el instrumento detección de ideación suicida en jóvenes, aplicado a estudiantes de la Universidad Tecnológica de Tlaxcala.

3.1.2.1. Objetivos específicos

- ❖ Identificar la incidencia de ideación suicida alta en los jóvenes de la Universidad Tecnológica de Tlaxcala.
- ❖ Detectar que variables de identificación personal expuestas en el instrumento “Detección de ideación suicida en jóvenes” se asocian con la ideación suicida de acuerdo al sexo en jóvenes de la Universidad Tecnológica de Tlaxcala.
- ❖ Detectar que variables psicológicas expuestas en el instrumento “Detección de ideación suicida en jóvenes” se asocian con la ideación suicida de acuerdo al sexo en jóvenes de la Universidad Tecnológica de Tlaxcala.
- ❖ Investigar si existe diferencia, entre hombres y mujeres, respecto a las variables psicológicas e identificación personal que están relacionadas con ideación suicida.
- ❖ Mostrar cual es el orden jerárquico de las variables identificación personal que se asocian a la ideación suicida, de acuerdo al sexo, en jóvenes de la universidad Tecnológica de Tlaxcala.
- ❖ Mostrar cual es el orden jerárquico de las variables psicológicas que se asocian a la ideación suicida, de acuerdo al sexo, en jóvenes de la universidad Tecnológica de Tlaxcala.

3.1.3. Hipótesis

1. Menos del 10% los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Tlaxcala presentarán ideación suicida alta.
2. La ideación suicida alta entre hombres y mujeres será diferente en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Tlaxcala.
3. Las variables de identificación personal en la muestra total tendrán una correlación jerárquica con ideación suicida.
4. La jerarquía de asociación de las variables de identificación personal con la ideación suicida será diferente entre hombres y mujeres.

5. Las variables psicológicas en la muestra total tendrán una relación jerárquica con la ideación suicida.
6. La jerarquía de asociación de las variables psicológicas con la ideación suicida será deferente entre hombres y mujeres.
7. Para explicar la ideación suicida en la muestra total, las variables psicológicas tendrán mayor jerarquía que las variables de identificación personal.
8. Para explicar la ideación suicida en hombres, las variables psicológicas tendrán mayor jerarquía que las variables de identificación personal.
9. Para explicar la ideación suicida en mujeres, las variables psicológicas tendrán mayor jerarquía que las variables de identificación personal.

3.2. Método

3.2.1. Descripción de la población

Jóvenes de la Universidad Tecnológica de Tlaxcala de ambos sexos, matriculados en el semestre 2008-1.

3.2.2. Descripción de la muestra

Participaron 475 jóvenes de la Universidad Tecnológica de Tlaxcala de ambos sexos, 276 (58.1%) fueron hombres y 199 (41.9%) mujeres.

3.2.3. Descripción de los materiales

Se utilizó la paquetería de Word, el programa estadístico SPSS versión 11.5, 475 instrumentos de "Detección de ideación suicida en jóvenes", lápices y hojas.

3.2.4. Descripción de instrumentos y aparatos

Se usó el instrumento de "Detección de ideación suicida en jóvenes" (ver anexo 15), este contiene dos secciones, la primera consta de 24 reactivos donde se

encuentran las variables sociodemográficas y la segunda tiene 78 reactivos de variables psicológicas, de estos, veintitrés reactivos miden actitud disfuncional, cuatro locus de control externo, tres locus de control interno, tres apoyo familiar, tres apoyo de los amigos, dos creencias espirituales, ocho desesperanza, tres nivel de agresión, cinco el estado emocional y cuatro ideación suicida, también se utilizó una computadora.

3.2.5. Descripción del lugar

La aplicación del instrumento se llevó a cabo en la Universidad Tecnológica de Tlaxcala que se ubica en Carr. a el Carmen Xalpatlahuaya s/n Huamantla Tlaxcala.

3.2.6. Descripción de variables

La definición metodológica, teórica y conceptual de las variables psicológicas se muestra en la tabla 3.1.

La definición teórica de las variables de identificación personal es: características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra. La definición operacional se encuentra en la tabla 3.2, donde presenta el nombre de las variables y el (los) número (s) de los reactivos del instrumento “Detección de ideación suicida en jóvenes” (anexo 15).

3.3. Procedimiento

3.3.1 Diseño de Investigación

El diseño es 1) observacional, 2) prolectivo, 3) transversal y 4) descriptivo.

1. La interferencia del investigador en el fenómeno es observacional porque describe o mide el fenómeno sin intervenir a voluntad en la variable independiente.

2. La información se obtiene de manera prolectivo porque es específicamente para el estudio.
3. La evolución del fenómeno estudiado es transversal ya que el fenómeno se mide una sola vez.
4. El estudio es descriptivo puesto que incluye una sola población, cuyo objetivo es sistematizar y cuantificar hechos con el fin de conocer con mayor precisión el fenómeno (Mendoza-Núñez, 1998).

3.3.2. Diseño de muestreo

El diseño de muestreo es de tipo no probabilístico, intencional, porque la población fue proporcionada por las autoridades de la Universidad Tecnológica de Tlaxcala.

3.3.3. Numero de sesiones, fases, ensayos

El instrumento “Detección de ideación suicida en jóvenes” se aplicó en una sola sesión en los salones de la Universidad Tecnológica de Tlaxcala. A los estudiantes se les proporcionó el instrumento y un lápiz para que lo contestaran individualmente, se les comentó que era confidencial y por lo tanto no tenían que dejar sin contestar ninguna pregunta, esto se llevó a cabo con los 475 alumnos.

Tabla 3.1. Descripción de variables psicológicas

Continuación de la Tabla 3.1

Variables	Definición Teórica	Definición Metodológica	Definición Operacional
Actitud disfuncional	<i>“Evaluación de la realidad que se basa en creencias inconsistentes en su lógica, inconsistentes en la realidad empíricas absolutistas y dogmáticas. Que dificultan el logro de los objetivos personales y causan emociones perturbadoras”</i> (Lega, Caballo, y Ellis, 2002)	Variable independiente	Puntuación correspondiente a la suma de las respuestas a los 21 reactivos de la escala de actitudes y creencias de Burgess (1990) con 48 reactivos, la cual se evaluó a través del instrumento “Detección de Ideación Suicida en jóvenes” con los reactivos del 2.1 al 2.23 (ver anexo).
Locus de control	<i>“Es la percepción de la atribución del origen de los eventos y el comportamiento personal, atribución que puede ser interno o externa”</i> (Rotter, 1975).	Variable independiente	Puntuación correspondiente a la suma de las respuestas a los 7 reactivos, 4 externos y 3 interno, de 8 que integra la escala de locus de control de González-Forteza (1992), la cual se evaluó a través del instrumento “Detección de Ideación Suicida en jóvenes” con los reactivos 2.24 al 2.30 (ver anexo).
Espiritualidad	<i>“Creencias acerca de la relación con un ser superior que ayudan a enfrentar los problemas de la vida diaria”</i>	Variable independiente	Puntuación correspondiente a la suma de las respuestas a los 2 reactivos que integran la Escala de Calidad de Vida y Salud de Sánchez-Sosa y González-Cellis, 2004 (Citado en Caballo, 2006), la cual se evaluó a través del instrumento “Detección de Ideación Suicida en jóvenes” con los reactivos 2.37 y 2.39 (ver anexo).
Apoyo social percibido	<i>“Percepción de las provisiones instrumentales y/o expresivas (reales o imaginarias) proporcionadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos”</i> (Lin, Dean y Ensel, 1985).	Variable independiente	Puntuación correspondiente a la suma de las respuestas a los 6 reactivos de 12 que integra la escala de apoyo social percibido de Zimet, Dahlem y Farley (1988), la cual se evaluó a través del instrumento “Detección de Ideación Suicida en jóvenes” con los reactivos 2.31 al 2.36 (ver anexo).

Desesperanza	<i>“Sistema de esquemas cognitivos que tienen como denominador común las expectativas negativas acerca del futuro”</i> (Beck Weissman, Lester y Trexler 1974).	Variable independiente	Puntuación correspondiente a la suma de las respuestas a los 8 reactivos de los 20 que integran la escala de desesperanza de Beck, et al. (1974), la cual se evaluó a través del instrumento “Detección de Ideación Suicida en jóvenes” de los reactivos 2.40 al 2.47 (ver anexo).
Agresión	<i>“Reconocimiento de la tendencia a actuar agresivamente”</i> (Rubio, 1998).	Variable independiente	Puntuación correspondiente a la suma de las respuestas a los 3 reactivos de la escala de riesgo de violencia de Plutchick, (Rubio, 1998), la cual se evaluó a través del instrumento “Detección de Ideación Suicida en jóvenes” con los reactivos 2.48 al 2.50 (ver anexo).
Estado emocional	<i>“Condición proveniente de la evaluación de estímulos internos y externos que es acompañada de sensaciones físicas fuertes”</i> (Lega, et al. 2002).	Variable independiente	Puntuación correspondiente a la suma de las respuestas a los 5 reactivos de la escala de Trastornos emocionales de Berwick, et al. (1991), la cual se evaluó a través del instrumento “Detección de Ideación Suicida en jóvenes” con los reactivos 2.67 al 2.71 (ver anexo).
Ideación suicida	<i>“Deseos, planes, ideas o pensamientos de un sujeto a cerca del suicidio (quitarse la vida), así como las expectativas de cómo llevarlo a cabo”</i> (Beck, et al. 1972).	Variable dependiente	Puntuación correspondiente a la suma de las respuestas a los 4 reactivos de la escala de Roberts-CESD, la cual se evaluó a través del instrumento “Detección de Ideación Suicida en jóvenes” con los reactivos 3.3 al 3.6 (ver anexo).

Tabla 3.2. Definición operacional de las variables de identificación personal

Variables	Definición Operacional
Edad	Reactivo 1.1
Sexo	Reactivo 1.2
Estado civil	Reactivo 1.3
Cuatrimestre que cursa	Reactivo 1.4
Carrera	Reactivo 1.5
Promedio	Reactivo 1.6
Desempeño académico	Reactivo 1.7
Religión	Reactivos 1.8 y 1.9
Percepción de condición económica	Reactivo 1.10
Economía	Reactivos 1.11 y 2.38
Consume algo para sentirse bien	Reactivos 1.12 y 1.13
Vivencia de situaciones trastornantes	Reactivos 1.14 y 1.15
Percepción de la muerte de persona importante	Reactivo 1.16
Percepción de disciplina	Reactivo 1.17
Abuso sexual	Reactivo 1.18
Situaciones humillantes	Reactivo 1.19
Haber recibido atención psicológica	Reactivos 1.20 y 1.21
Actualmente en tratamiento psicológico	Reactivo 1.22
Problema que más preocupa	Reactivo 1.23
Suicidio de persona cercana	Reactivo 1.24
Ideas en la cabeza que no puedo evitar	Reactivo 2.49
Intento suicida	Reactivos 3.7 y 3.8

CAPÍTULO 4. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente capítulo aborda la descripción y análisis de resultados que se obtuvieron tras aplicar el cuestionario “Detección de riesgo suicida en jóvenes”, (ver anexo 15), primeramente se describen las variables de identificación personal, estas son: datos generales, datos académicos, datos económicos, datos de experiencias negativas, atención psicológica, datos de apoyo y antecedentes suicidas; en cada apartado se hacen dos descripciones, la de la muestra total y la descripción por sexo, tienen figuras o tablas que representan los datos. El segundo apartado muestra el ajuste psicométrico de las escalas y reactivos, la confiabilidad y validez de las escalas psicológicas. Por último se hace la comprobación de las hipótesis de investigación.

4.1. Variables de identificación personal

4.1.1. Datos generales

4.1.1.1. Muestra total

La muestra total quedó constituida por 58.1% (276 personas) hombres y 41.9% (199 personas) mujeres (ver Fig. 4.1.). En los cuales la media de la edad fue de 19.8 con una desviación estándar de 1.9, la forma de la distribución fue con sesgo positivo muy alto ($s = 2.3$), y curtosis positiva muy alta ($c = 8.9$). Lo que indica que la mayoría de la muestra tiene una edad de al alrededor de 20 años, y se presentaron datos extremos mayores de 26 años hasta 33 años (ver Fig. 4.2.).

Con respecto al *estado civil* de los jóvenes de la muestra, se encontró que el 96% se declaró soltero(a) (456 casos), y el 4% (19 casos) casado (a) (ver Fig. 4.3).

4.1.1.2. Por sexo

La media de la edad de los hombres fue de 19.99 con una desviación estándar de 1.9; en las mujeres la media fue de 19.62 y su desviación estándar fue de 1.92. El sesgo (S) y la curtosis (C) en ambos sexos fue positivo muy alto; Mujeres, S=2.57, C = 9.86; y en hombres, S = 2.23; C = 8.32, la mayoría de los estudiantes tuvieron 20 años de edad (ver Fig. 4.2).

De los 276 hombres, el 96% (265 personas) reportó ser solteros mientras que el 4% (11 personas) casados y en mujeres de las 199 el 96% (191 personas) fueron solteras y el 4% (8 personas) casadas (ver Fig. 4.3.).

Fig. 4.1. Porcentaje de hombres y mujeres

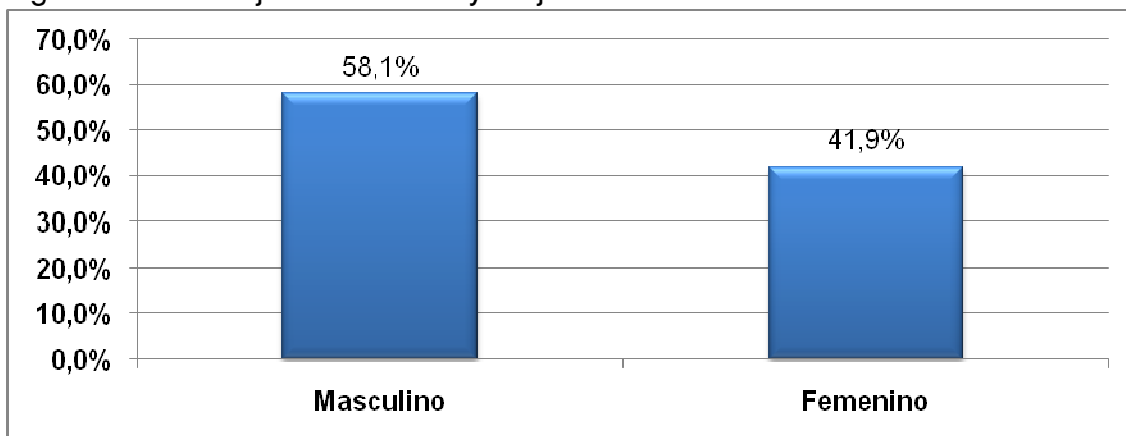


Fig. 4.2. Edad de la muestra

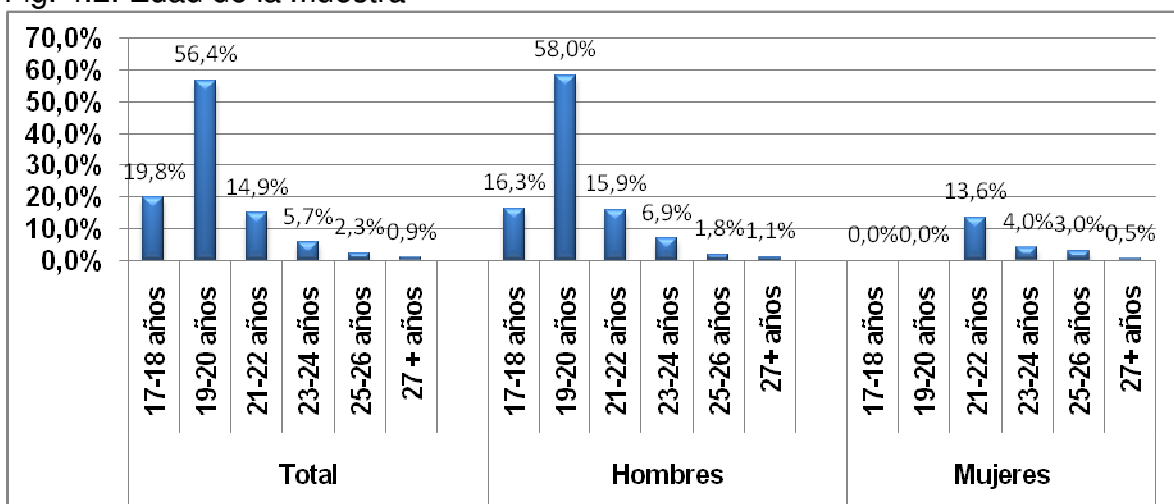
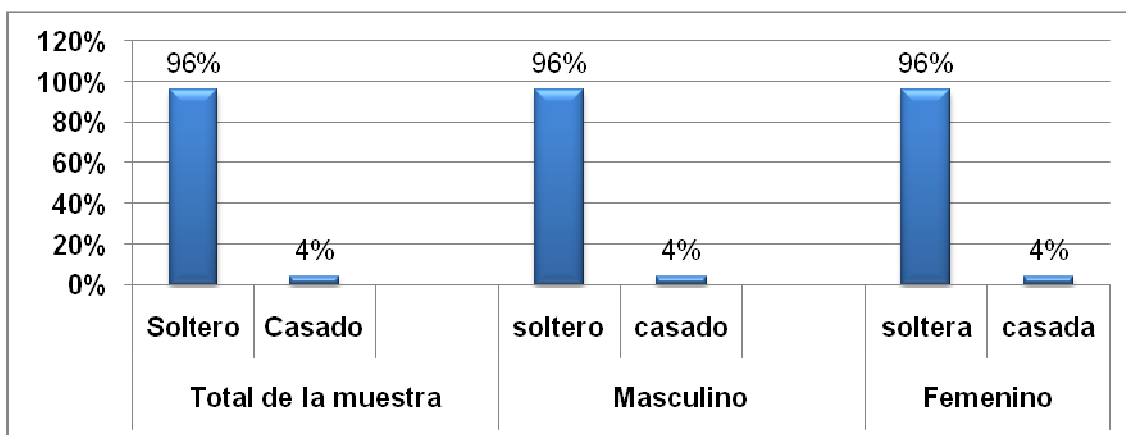


Fig. 4.3. Estado civil



4.1.2. Datos académicos

4.1.2.1 Muestra total

El 54.9% (261 casos) de los alumnos cursaban el primer año de la Universidad Tecnológica de Tlaxcala y el 45.1% (214 casos) el segundo año (ver Figura 4.4.). En cuanto a la *carrera que se estudia*, el 41.8% (191 casos) señaló Comercialización, el 17%.3 (79 casos) Procesos de producción, 12.9% (59 casos) Metálica y autopartes, 11.2% (51 casos) Electrónica y automotriz, 10% (46 casos) Mantenimiento industrial, 6.6% (30 casos) Diseño y producción industrial y .2% (1 caso) Metálica aérea automotriz (ver fig. 4.5.). La media del promedio de calificación fue de 8.16, 61.9% de los estudiantes tuvieron una calificación de ocho, 26.3% nueve, 11.4% siete y .4% una calificación de diez (.4%) (Ver Fig.4.7). Con relación al desempeño académico el 86.7% (412 casos) considera su desempeño como bueno (ver fig. 4.8.).

4.1.2.2 Por sexo

Respecto al *año que cursaban* los estudiantes cuando se aplicó el instrumento, de los 276 hombres el 51.1% (141 casos) cursaba 1º año y el 48.9% (135 casos) el 2º año, en las mujeres el 60.3% (120 casos) cursaba el 1º año y el 39.7% (79 casos) el 2º año (ver Fig. 4). Hubo más hombres y mujeres estudiando la carrera de comercialización, hombres 24.5% (64 casos) y mujeres 64.8% (127 casos), en segundo lugar hombres la carrera de metálica y

autopartes 21.8% (57 casos) y en mujeres la carrera de Procesos de producción 17.9% (35 casos) cabe mencionar que ninguna mujer estudia Metálica aérea automotriz; también hubo casos donde hombres (15) y mujeres (3) no responden a este reactivo (ver Fig. 4.6).

En el momento de la aplicación del instrumento, el promedio de calificación más frecuente en ambos sexos fue de 8, en hombres 63.4% (175 casos) y mujeres 59.8% (119 casos) (vea Fig. 4.7.).

La mayoría de los estudiantes de ambos sexos consideraron que tenían un desempeño académico bueno, en hombres el porcentaje es de 83.7% (231 casos) y en mujeres 91% (181 casos) (vea Fig. 4.8.).

Fig. 4.4. Año que cursan

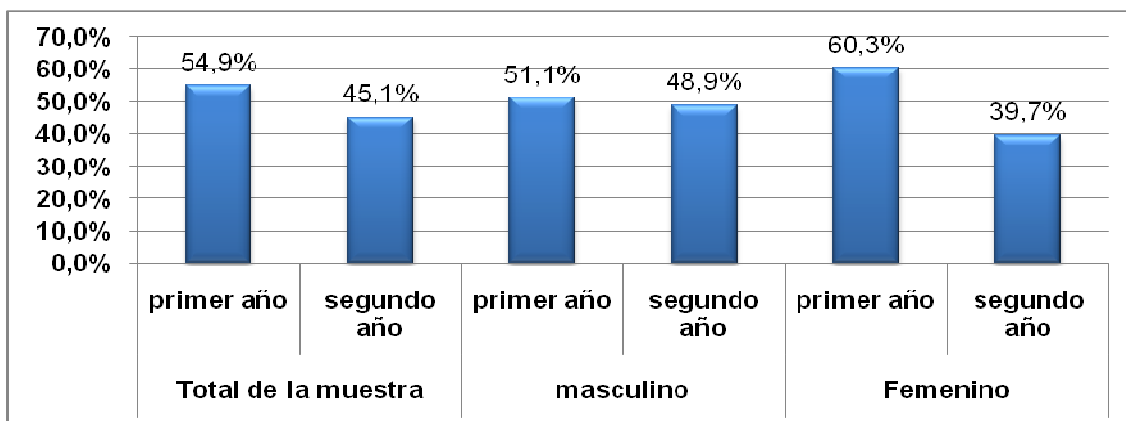


Fig. 4.5. Carrera que cursan en la muestra total

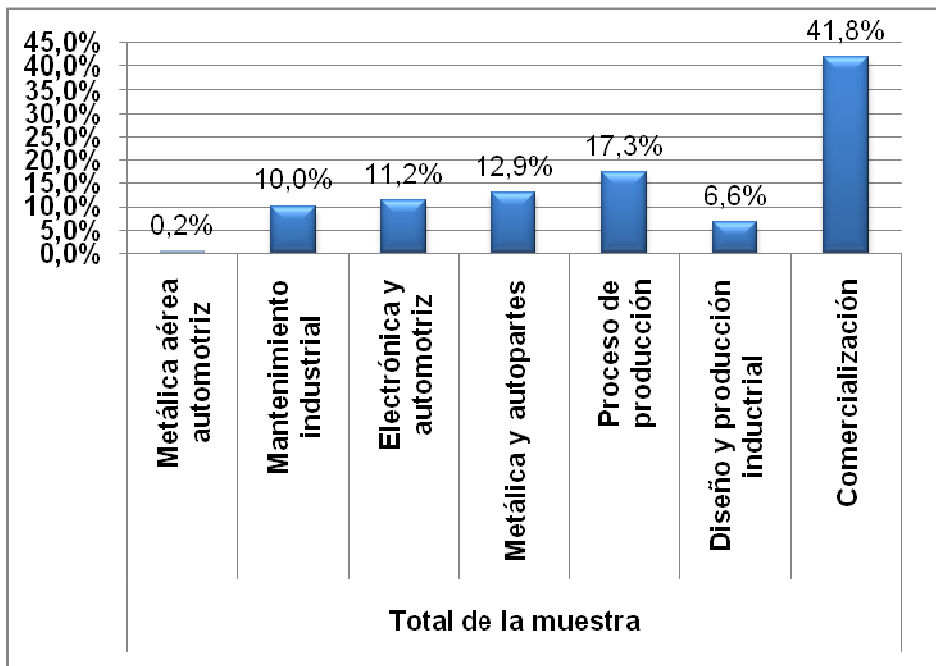


Fig. 4.6. Carrera que cursan hombres y mujeres

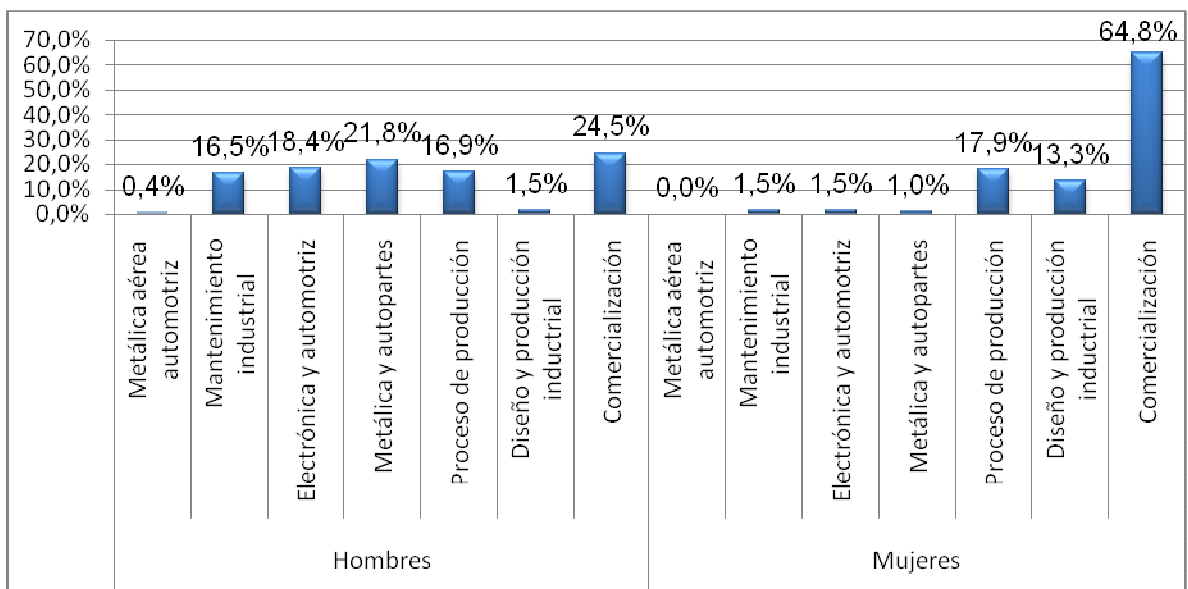


Fig. 4.7. Promedio de calificación

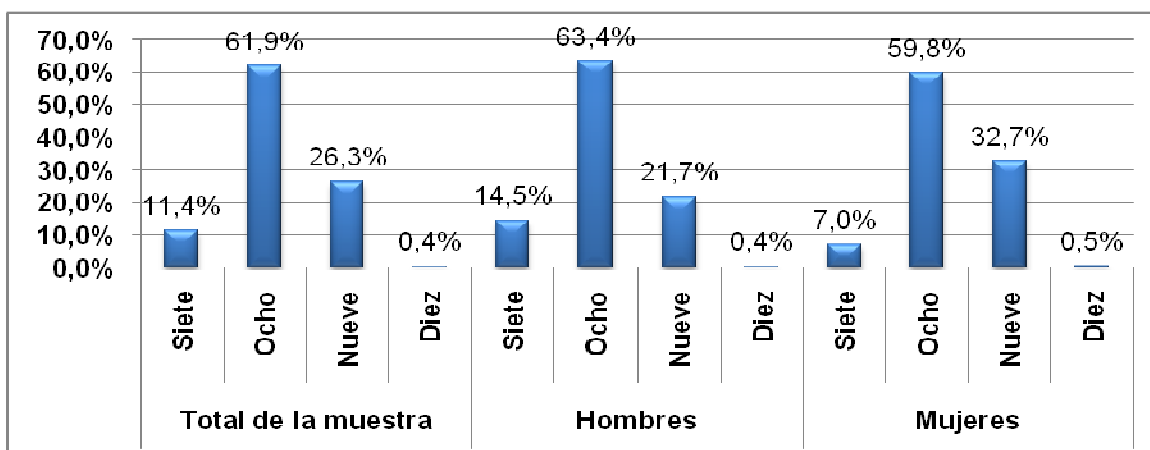
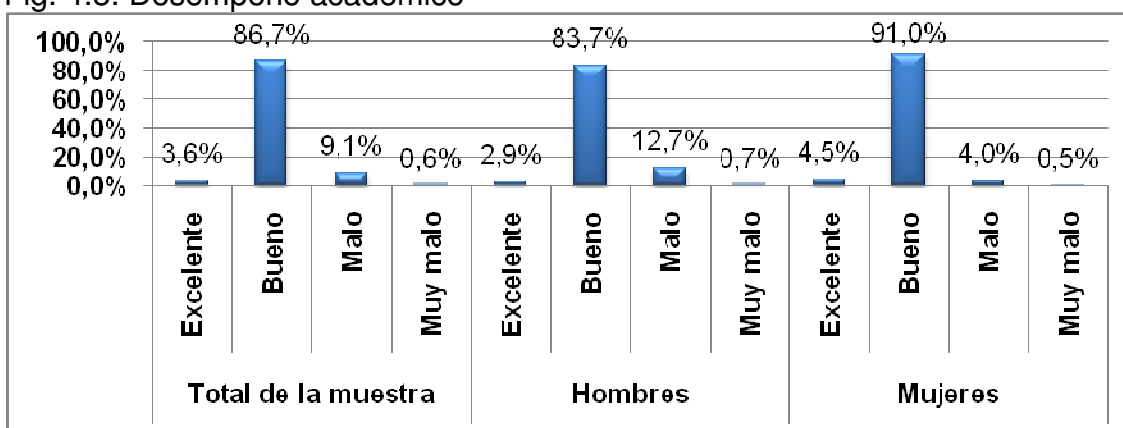


Fig. 4.8. Desempeño académico



4.1.3. Datos económicos

4.1.3.1. Muestra total

El primer resultado de los datos económicos muestra la *percepción de la condición económica* que tuvieron los estudiantes, donde el 75.2% (357 casos) la percibio como buena, el 21.5% (102 casos) mala, el 1.1% (5 casos) muy mala y el .8% (4 casos) muy buena, este reactivo no fue contestado por 7 alumnos, (ver Fig. 4.9.).

El 74.5% (354 casos) de los estudiantes refirieron que el dinero con el que contaban regularmente les alcanzaba para pasajes y comidas (ver Fig. 4.10.). Al preguntales a los estudiantes si *el dinero con el que cuentan regularmente*

les alcanza para satisfacer todas sus necesidades el 42.1% (200 casos) estuvieron de acuerdo, el 32.4% (154 casos) en desacuerdo, el 13.5% (64 casos) totalmente de acuerdo y el 11.8% (56 casos) totalmente en desacuerdo, un estudiante no respondió a esta pregunta (vea Fig. 4.11.).

4.1.3.2. Por sexo

Los datos reportados por sexo del reactivo que midió *percepción de condición económica* son, en hombres el 75% (207 casos) y en mujeres el 75.4% (150 casos) tuvieron una percepción buena, y el 28.8% (63 casos) de hombres y el 19.6% (39 casos) de mujeres tuvieron una percepción mala (ver Fig. 4.9.).

En hombres el 74.3% (206 casos) y en mujeres el 74.4% (148 casos) refirieron que el *dinero con el que cuentan sólo les alcanza para pasajes y comida* (ver Fig. 4.10.). En la pregunta que se refiere a *el dinero alcanza para sus necesidades*, la mayoría de los estudiantes de ambos sexos contestaron que están de acuerdo hombres 41.3% (114 casos) y mujeres 43.2% (86 casos), hubo una mujer que no contestó a esta pregunta (ver fig. 4.11.).

Fig. 4.9. Condición económica

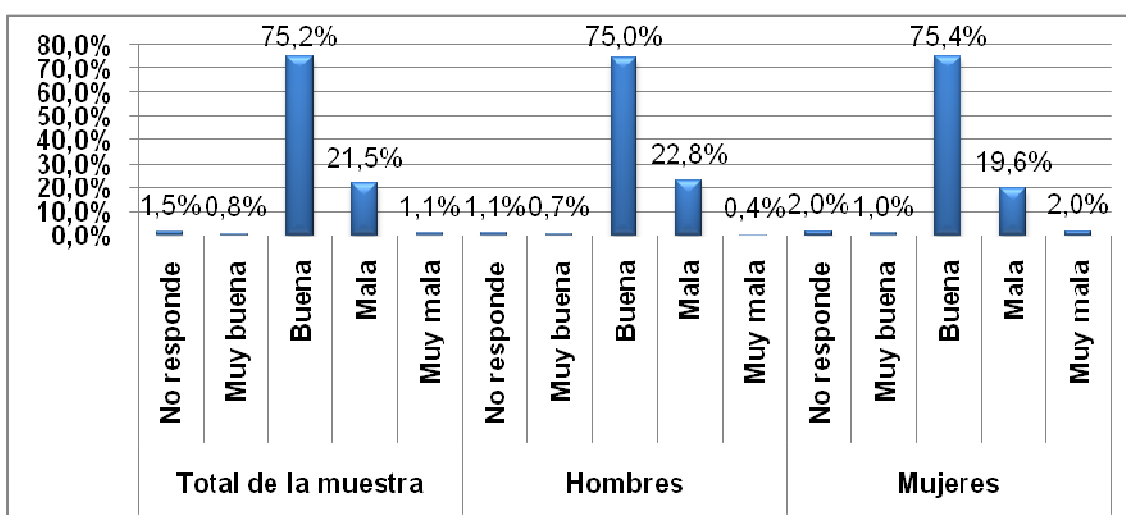


Fig. 4.10. Para que alcanza el dinero con el que se cuenta

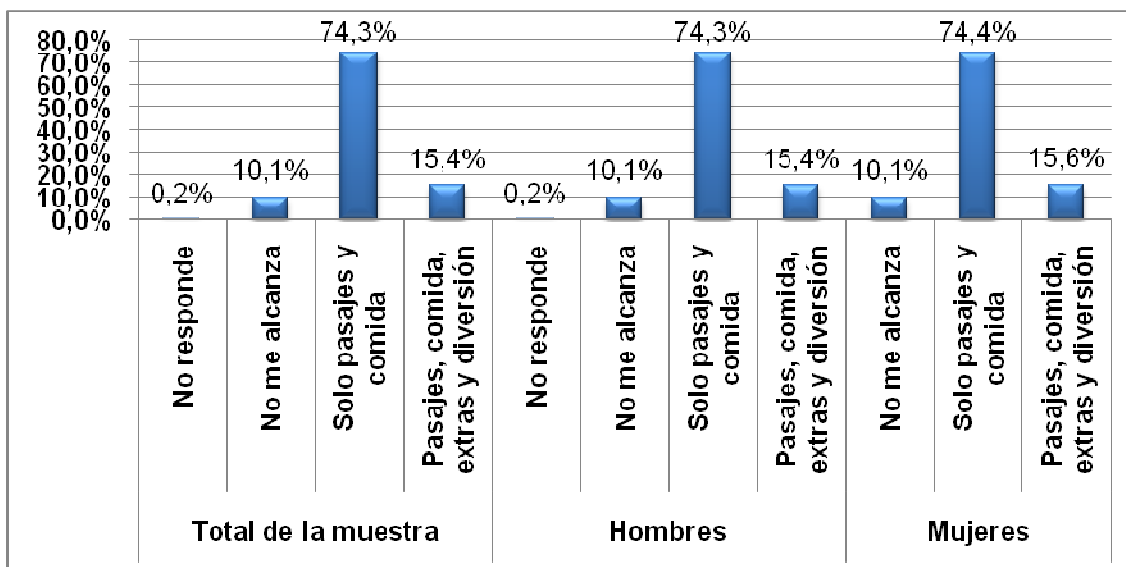
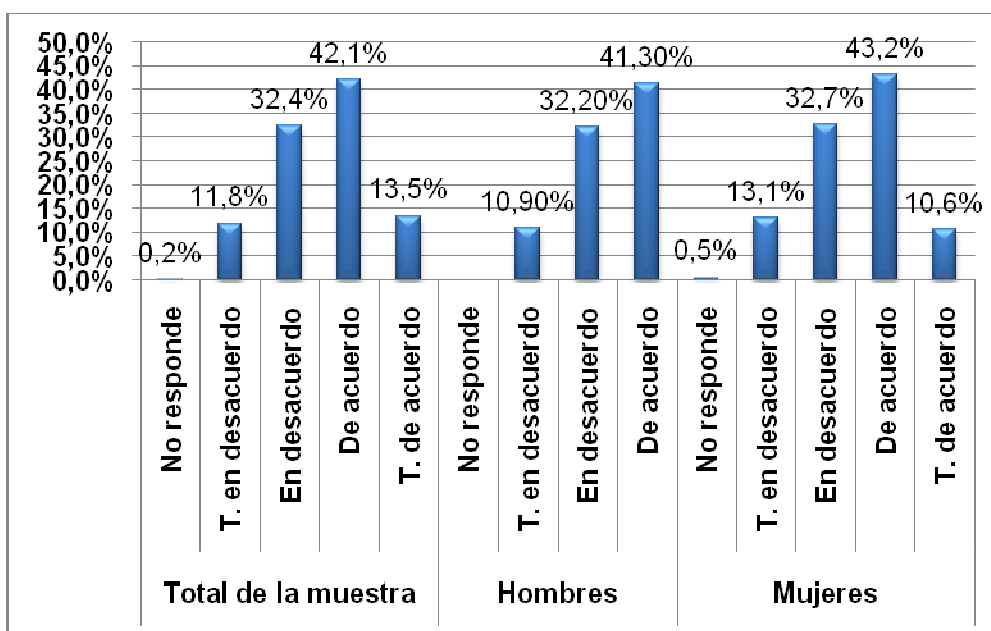


Fig. 4.11. El dinero alcanza para las necesidades



4.1.4. Datos de experiencias negativas

4.1.4.1. Muestra total

El 61.9% (294 casos) de los estudiantes reportaron no haber vivido alguna experiencia que alterara o trastornara su vida, mientras que el 35.6% (169 casos) si lo habían vivido, y 2.5% (casos) no respondieron a este reactivo (ver Tabla 4.1.). De los estudiantes que contestaron que habían vivido una

experiencia transtornante el 26% (44 casos) refirió que esta experiencia se relacionó con la familia, 14.8% (25 casos) con la pareja, 7.1% (12 casos) con amistades, 6.5% (11 casos) con la escuela, 2.4% (4 casos) con el trabajo, 4.1% (7 casos) con la salud, 3% (5 casos) con otros, el 22.5% (38 casos) con dos categorías de las anteriores, el 8.9% (15 casos) con más de dos categorías y 8 personas no respondieron a este reactivo (ver Tabla 4.1.).

En la infancia o adolescencia de los estudiantes, el 51.8% (246 casos) refirió que no ocurrió la muerte de alguna persona muy importante para ellos, y el 46.3% (220 casos) contestó que sí había ocurrido, mientras que el 1.9% (9 casos) no respondieron (ver Fig. 4.12.).

Con respecto al *abuso sexual*, el 93.5% (444 casos) contestó no haber sufrido alguna forma de abuso sexual y 6.3% (30 caso) respondió que sí (ver Fig. 4.13.).

El 73.1% (347 casos) de los estudiantes contestaron que no han sido víctimas de situaciones humillantes, mientras que el 26.9% (128 casos) respondió que sí, (ver Fig.4.14.).

En el reactivo *tengo con frecuencia ideas en la cabeza que no puedo evitar*, 14.5% (69 casos) de los jóvenes contestaron totalmente de acuerdo, 35.6% (169 casos) en desacuerdo, 33.9% (161 casos) de acuerdo, y el 15% (75 casos) contestó totalmente de acuerdo (ver Fig. 4.15.).

El 44.8% (213 casos) de los jóvenes respondieron que los problemas personales eran los que más les preocupan, el 14.3% (68 casos) contestó que eran los problemas familiares, 6.3% (30 casos) problemas escolares, .8% por problemas con la pareja, 9.1% (43 casos) contestó a dos o más problemas de los anteriores, y el 24.6% (117casos) de los estudiantes señalaron que no tenían problemas (ver Fig. 4.16.).

4.1.4.2. Por sexo

En cuanto al reactivo *¿En los últimos meses has vivido alguna (s) experiencia (s) que ha (n) trastornado o alterado tu vida?*, 65% (182 hombres) de los hombres contestaron que no, 30.8% (85 hombres) reportó que si y 3.3% (9 hombres) no respondió, en mujeres el 56.3% (112 mujeres) contestó que no, 42.2% (84 mujeres) si y 1.5% (3 mujeres) no respondió (ver Tabla 4.1.).

Respecto al reactivo *¿Lo que ha trastornado tu vida con quien se relacionó?*, 16.5% (14 casos) de los hombres (H) y 35.7% (30 casos) mujeres (M) contestaron que se relacionó con la familia, H=20% y M=9.5% con la pareja, H=10.6% y M=3.6% con amistades, H=7.1% y M=6.0% con la escuela, H=3.5% y M=1.2% con el trabajo, H=3.5% y M=4.8% con la salud, H=4.7% y M=1.2% con otros, H=20% y M=25% contestaron a dos categorías de las anteriores y, H=9.4% y M=8.3% respondió a más de dos categorías (ver Tabla 4.1.).

En el reactivo que hace referencia a la *ocurrencia de la muerte de alguna persona importante para ellos*, 56.2% (155 casos) de los hombres respondieron que no, 42% (116 casos) contestó que si y 1.9% (5 casos) no respondió; en las mujeres 52% (104 casos) señaló que si, 45.7% (91 casos) no y 2% (4 casos) no respondió (ver Fig 4.12.).

El 96.4% (266 casos) hombres y 89.4% (178 casos) mujeres contestaron no haber sufrido abuso sexual, un hombre no respondió a este reactivo (ver Fig. 4.13.).

Con respecto al reactivo de, *Has sido victimas de una situación humillante*, el 75% (207 casos) de los hombres y el 70.4% (140 casos) de mujeres contestaron que no, el 25% de los hombres y el 29.6% de las mujeres respondieron que si (ver Fig. 4.14.).

En el ítem de *Ideas que no pueden evitar*, la mayoría de los hombres 35.9% (99 casos) y mujeres 35.2% refirieron que estaban en desacuerdo en este reactivo (ver Fig. 4.15.).

En hombres 47.1% (130 casos) y en mujeres 41.7% (83 casos) respondieron que el problemas que más les preocupaba era de tipo personal (ver Fig. 4.16.).

Tabla 4.1. Han vivido trastornados o alterado tu vida y con que se relaciona

En los últimos meses has vivido trastornado o alterado tu vida	Muestra total		Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%	F	%
No responde	12	2.5	9	3.3	3	1.5
Si	169	35.6	85	30.8	84	42.2
No responde	8	4.7	4	4.7	4	4.8
La familia	44	26.0	14	16.5	30	35.7
La pareja	25	14.8	17	20.0	8	9.5
Amistades	12	7.1	9	10.6	3	3.6
Escuela	11	6.5	6	7.1	5	6.0
Trabajo	4	2.4	3	3.5	1	1.2
Salud	7	4.1	3	3.5	4	4.8
Otros	5	3.0	4	4.7	1	1.2
Dos categorías	38	22.5	17	20.0	21	25.0
Mas de dos categorías	15	8.9	8	9.4	7	8.3
No	294	61.9		65.9	112	56.3

Fig. 4.12. Muerte de persona importante en la infancia o adolescencia

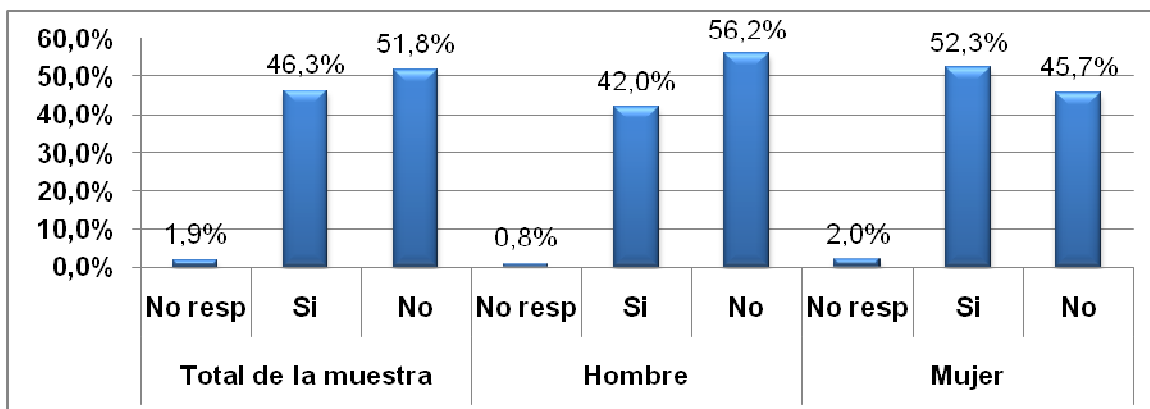


Fig. 4.13. Abuso sexual

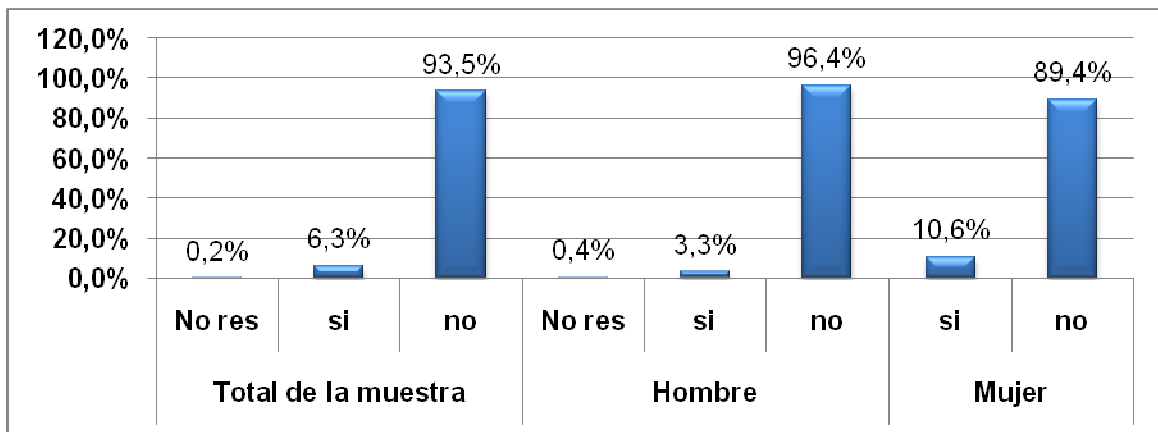


Fig. 4.14. Víctima de situaciones humillantes

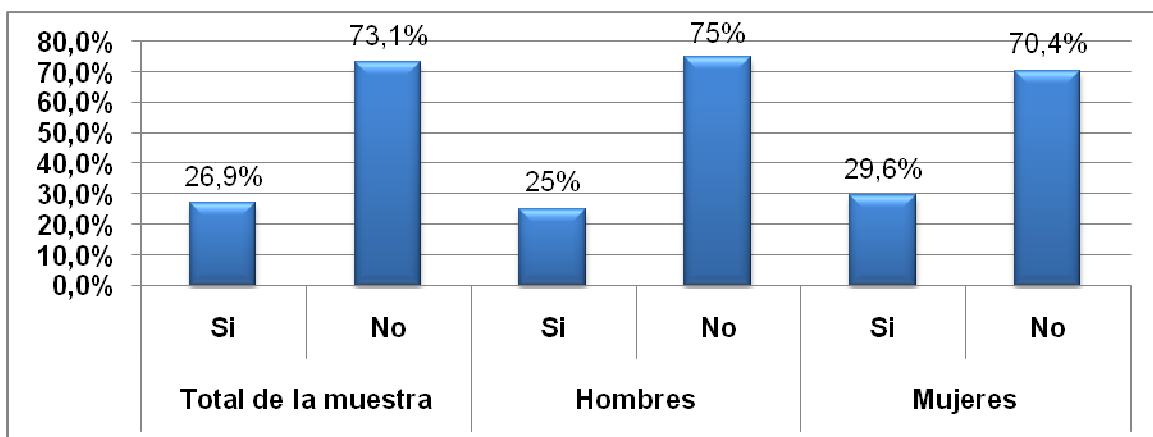


Fig. 4.15. Ideas en la cabeza que no pueden evitar

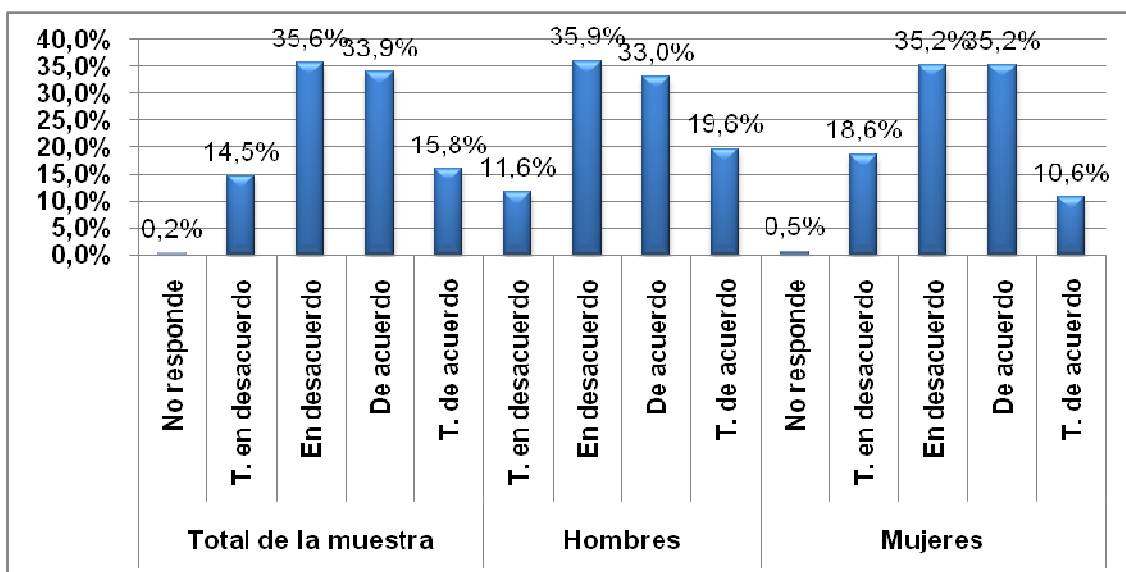
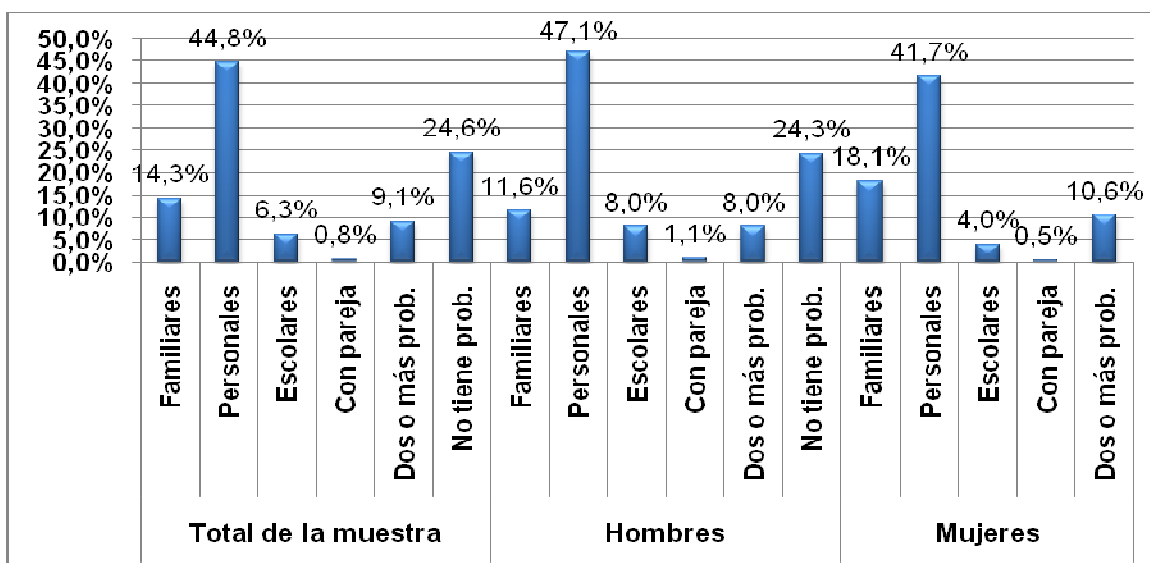


Fig. 4.16. Problema que más preocupa



4.1.5. Atención psicológica o psiquiátrica

4.1.5.1 Muestra Total

El 80.6% (383 casos) de los estudiantes no ha recibido atención psicológica o psiquiátrica y el 17.3% (82 casos) si, mientras que 2.1% (10 casos) no respondió a este reactivo (ver Tabla.2.). La mayoría de la población que recibió atención psicológica o psiquiátrica 35.7% (20 casos) estudiantes, fue a causa de trastornos emocionales (depresión, ansiedad, nervios, estrés) (ver Tabla 4.2.). Ninguna persona está actualmente en tratamiento psicológico o psiquiátrico (ver Figura 4.17.).

4.1.5.2 Por sexo

La mayoría de los hombres 22.2% (10 casos) y mujeres 27% (10 casos) respondieron que la causa por la que recibieron atención psicológica fue por trastornos emocionales, 33.3% de hombres y 32.4% de mujeres no respondieron cual fue la causa (vea Tabla. 4.2.). Ni hombres ni mujeres siguen en atención psicológica o psiquiátrica (ver Figura 4.17.).

Fig. 4.17. Actualmente en tratamiento psicológico o psiquiátrico

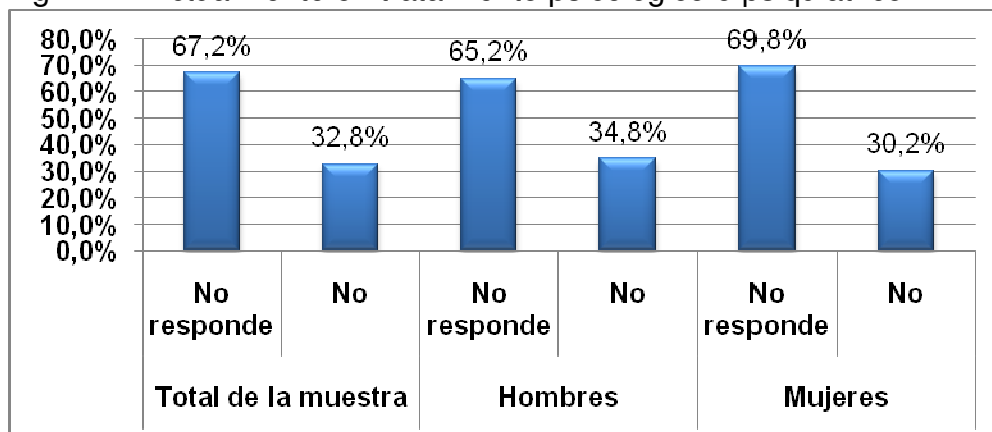


Tabla 4.2. Atención psicológica y la causa

Han recibido atención psicológica	Muestra total		Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%	F	%
No responde	10	2.1	6	2.2	4	2.0
Si	82	17.3	45	16.3	37	18.6
No responde	27	32.9	15	33.3	12	32.4
Trastornos emocionales	20	24.4	10	22.2	10	27.0
Drogadicción y alcoholismo	2	2.4	1	2.2	1	2.7
Traumas	1	1.2			1	2.7
Problemas familiares	6	7.3	3	6.7	3	8.1
Problemas con la pareja	1	1.2	1	2.2		
Solo solicito ayuda	2	2.4			2	5.4
Problemas de lenguaje	11	13.4	7	15.6	4	10.8
Problemas académicos	1	1.2	1	2.2		
Problemas de conducta	9	11.0	5	11.1	4	10.8
Problemas de alimentación	1	1.2	1	2.2		
Sexualidad	1	1.2	1	2.2		
No	383	80.6	225	81.5	79.4	158

4.1.6. Datos de apoyo

4.1.6.1. Muestra total

Con respecto a la pregunta de *práctica de religión* el 61.9 % (294 casos) contestó que si; el 58.8% (173 casos) estimó como suficiente su actividad religiosa, como escasa el 31% (91 casos), casi nula el 5.8% (17 casos) y

mucha el 3.7% (11 casos); el 33.1% (157 casos) de los estudiantes reportó no practicar ninguna religión (ver Tabla 4.3.).

El 31.6% (150 casos) de los alumnos señalaron que acostumbran o necesitan consumir algo para sentirse bien, el 29.3% (44 casos) consumen cigarros y el mismo porcentaje de los estudiantes consume café o té; 66.7% (317 casos) no necesita consumir nada (vea Tabla 4. 4.).

El 5.5% (26 casos) de los estudiantes respondieron que la disciplina que ejercieron en su infancia y adolescencia fue sin reglas ni castigos, el 78.5% (373 casos) recibió una disciplina ni con muchas reglas ni con muchos castigos y en el 15.6% (74 casos) de lo jóvenes su disciplina fue con muchas reglas y con muchos castigos (ver Fig. 4.18.).

4.1.6.2. Por sexo

En los estudiantes la práctica de religión no es muy diferente en cuanto a sexo ya que el 63.8% (173 casos) de hombres y el 59.3% (118 casos) de mujeres reportaron que si practican alguna religión, y la mayoría de los hombres y mujeres contestaron que su actividad religiosa es suficiente (ver Tabla 4.3.).

Con respecto a la pregunta de *acostumbras o necesitas consumir algo para sentirse bien*, el 29% (80 casos) de los hombres y el 16.6% de mujeres (33 casos) respondieron que si, y en cuanto a lo que consumen, la mayoría de los hombres consumen cigarros y las mujeres consumen café o té (vea Tabla 4.4.).

La mayoría de los estudiantes de ambos sexos recibieron una disciplina ni con muchas reglas ni con muchos castigos (ver Fig. 4.18.).

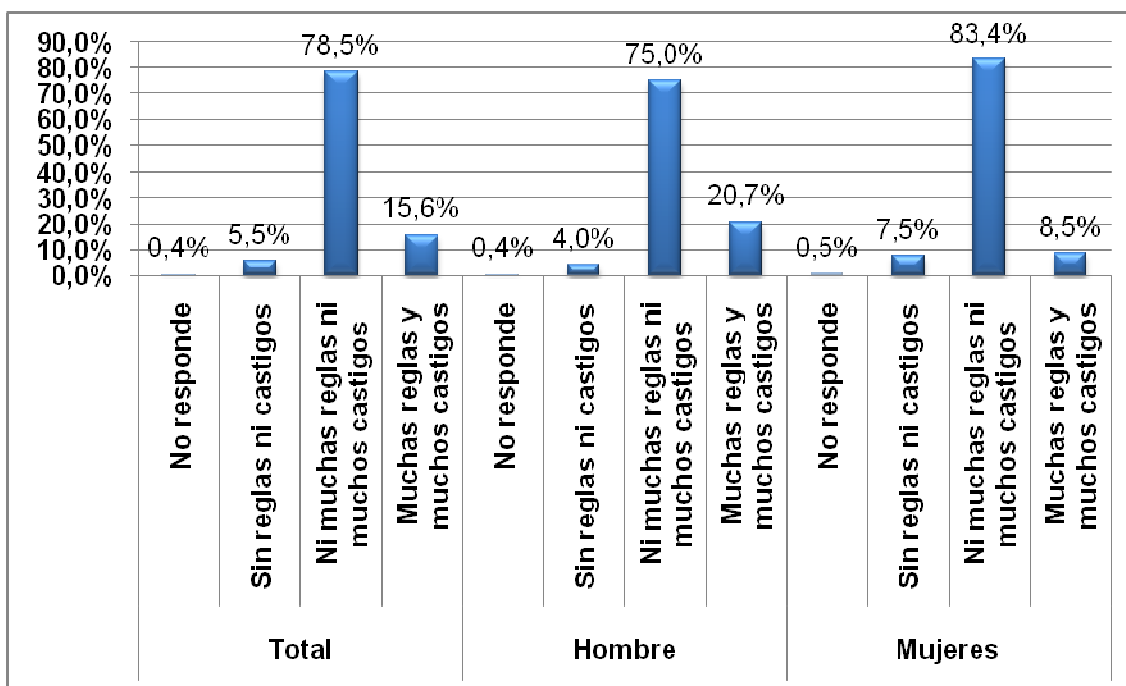
Tabla 4.3. Practica de alguna religión y como estiman su actividad religiosa

Religión	Muestra total		Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%	F	%
No responde	24	5.1	16	5.8	8	4.0
Si	294	61.9	176	63.8	118	59.3
No responde	2	.7	1	.6	1	.8
Mucha	11	3.7	6	3.4	5	4.2
Suficiente	173	58.8	102	58.0	71	60.2
Escasa	91	31.0	55	31.3	36	30.5
Casi nula	17	5.8	12	6.8	5	4.2
No	157	33.1	84	30.4	73	36.7

Tabla 4.4. Acostumbras consumir algo para sentirse bien y que es lo que consume

Acostumbras o necesitas consumir algo	Muestra total		Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%	F	%
No responde	8	1.7	6	2.2	4	2.0
Si	150	31.6	80	29.0	33	16.6
No responde	4	2.7	4	3.8	0	0
Cigarros	44	29.3	34	32.7	10	21.7
Café, te	44	29.3	26	25.0	18	39.1
Alcohol	13	8.7	12	11.5	1	2.2
Medicamentos	7	4.7	5	4.8	2	4.3
Agua, ejercicio. Otro	10	6.7	6	5.8	4	8.7
Marco dos	19	12.7	16	15.4	3	6.5
Marco más de dos	4	2.7	1	1.0	3	6.5
Chocolate, dulce, comida	5	3.3			5	10.9
No	317	66.7	190	68.8	162	81.4

Fig. 4.18. Disciplina recibida en la infancia o adolescencia



4.1.7. Antecedentes suicidas

4.1.7.1. Muestra total

Respecto a la pregunta de, *has tenido personas cercanas que se han intentado suicidar o se han suicidado*, el 13.7% respondió que si ha tenido y el 82.1% contestó que no (ver Fig. 4.19.).

Al preguntarles a los estudiantes si *se han intentado suicidar* el 92.6% (440 casos) respondió que no mientras que el 3.4% (16 casos) si intentó suicidarse, de estos estudiantes que han intentado suicidarse el 43.8% (7 casos) lo intentó una vez (ver Tabla 4. 5.).

4.1.7.2. Por sexo

El 82.6% de los hombres y el 81.4% de mujeres contestaron que no han tenido personas cercanas que hallan intentado suicidarse o se han suicidado (ver Fig. 4.19.).

El 3.3% (9 casos) de los estudiantes hombres y el 3.5 % mujeres (7 casos) intentaron suicidarse, la mayoría de los hombres intentaron suicidarse una vez, mientras que la mayoría de las mujeres lo intentaron 2 veces (ver Tabla 4. 5.).

Fig. 4.19. Personas cercanas que se han suicidado o han intentado suicidarse

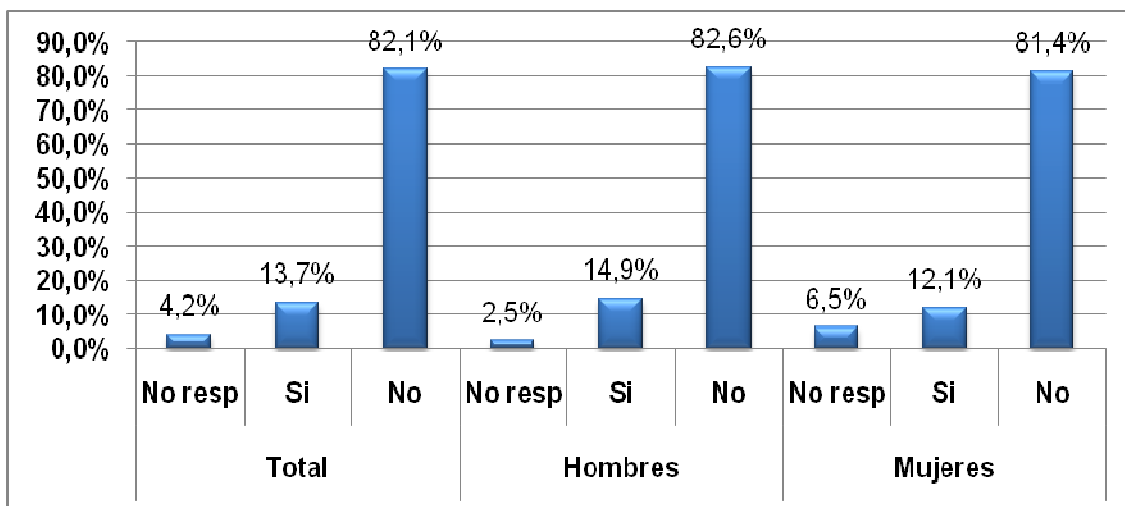


Tabla 4.5. Intento suicida y cuantas veces

Intento suicida	Muestra total		Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%	F	%
No responde	19	4.0	14	5.1	5	2.5
Si	16	3.4	9	3.3	7	3.5
No contestan	2	12.5	1	11.1	1	14.3
1	7	43.8	6	66.7	1	14.3
2	4	25.0			4	57.1
3	3	18.8	2	22.2	1	14.3
No	440	92.6	253	91.7	187	94.0

Analisis

Resumiendo los hallazgos de las variables de identificación personal podemos decir que:

❖ Datos Generales

La muestra total quedó conformada por 276 (58.1%) hombres y 199 (41.9%) mujeres, el 96% de la muestra total y por sexo es soltero (a) y el 4% casado (a), la mayoría de los estudiantes tuvo alrededor de 20 años.

❖ Datos académicos

La mayoría de los estudiantes cursaba el primer año de su carrera, la carrera en donde se encontraban más estudiantes es la de Comercialización tanto en hombres como en mujeres, cabe mencionar que ninguna mujer cursó la carrera de Metálica aérea automotriz. La media del promedio de calificación fue de 8.16 y el 86.7% (412 casos) consideró que su desempeño académico es bueno.

❖ Datos económicos

El 72.2% de los estudiantes contestó que su condición económica es buena, respecto a la pregunta de, *para que les alcanza el dinero*, al 74.3% de los alumnos sólo les alcanza para pasajes y comida, al preguntarles que si *el dinero alcanza para sus necesidades* la mayoría respondió que esta de acuerdo.

❖ Experiencias negativas

El 35.6% del total de los estudiantes, hombres 30.8% y mujeres 42.2% en los últimos meses vivió alguna experiencia que trastornó o alteró su vida, en la mayoría de los hombres esto se relacionó con la pareja, y en la mayoría de las mujeres con la familia. El 46.3% (220 casos) de los jóvenes en su infancia o

adolescencia les ocurrió la muerte de alguna persona importante para ellos, esto fue a 116 hombres y 104 mujeres. Más mujeres (10.6%) que hombres (3.3%) sufrieron abuso sexual; 25% (69 casos) de los hombres han sido víctimas de situaciones humillantes y 29.6% (58 casos) mujeres. Con respecto al reactivo de si *tienen ideas en la cabeza que no pueden evitar* el 36.6% (169 casos) respondió que esta en desacuerdo, este porcentaje de los estudiantes no varía mucho en cuanto al sexo. A la mayoría de los estudiantes el problema que más les preocupó es de tipo personal tanto a hombres como a mujeres.

❖ Atención psicológicas o psiquiátrica

El 17.3% (82 casos) de los estudiantes reportó haber recibido atención psicológica o psiquiátrica, y la mayoría de ellos a causa de trastornos emocionales, ningún estudiante sigue en tratamiento psicológico o psiquiátrico.

❖ Datos de apoyo

El 61.9% de los alumnos practican alguna religión, la mayoría contestaron que su actividad religiosa es suficiente. El 29.0% de los hombres y el 16.6% de mujeres consumen algo para sentirse bien, la mayoría de los hombres 32.7% consumen cigarrillos y la mayoría de las mujeres 39.1% consumen café o té. En el 78.5% de los estudiantes ejercieron una disciplina ni con muchas reglas ni con muchos castigos.

❖ Antecedentes suicida

El 13.7% de los estudiantes reportó tener personas cercanas que han intentado suicidarse o se han suicidado. El 3.4% de los estudiantes intentaron suicidarse, hombres 3.3% (9 casos) y mujeres 3.5% (7 casos); de los que han intentado suicidarse el 66.7% (6 casos) de los hombres lo intentó una vez y el 57.1% (4 casos) de mujeres dos veces.

4.2. Variables psicológicas

4.2.1. Ajustes psicométricos de escalas y reactivos; confiabilidad y validez

Este apartado del capítulo muestra el ajuste psicométrico de las ocho escalas empleadas en el instrumento, también se aborda la confiabilidad y validez de cada escala, primero se detalla lo anterior con la muestra total y posteriormente por sexo. Los datos son representados en tablas, cabe mencionar que las tablas que se presentan para el ajuste de las escala son las mismas tanto para la muestra total como para la población de hombres y mujeres a excepción de la escala de actitudes y creencias, ya que la escala de la muestra de hombres quedó conformada por diferentes reactivos.

4.2.1.1. Muestra total

En esta parte se aborda el ajuste de las escalas, la confiabilidad y validez de la muestra total

4.2.1.1.1. Ajuste de escalas y reactivos

Para obtener el ajuste de las escalas y reactivos se hizo un análisis factorial donde se quitaron los reactivos que tuvieron carga \geq a .40 en más de un factor o con carga $<$ a .40, para representar los datos se utilizaron tablas.

Las escalas donde no se eliminaron reactivos son locus de control externo, apoyo social, espiritualidad, desesperanza, estado emocional e ideación suicida mientras que la escala de actitudes y creencias, y a las preguntas de agresividad se les quitaron algunos reactivos, hubo un escala que se eliminó esta fue la locus de control interno.

Respecto a la escala que se le quitaron reactivos, la escala de actitudes y creencias en un inicio estaba conformada por 23 reactivos, después de hacer el análisis factorial se eliminaron 15 reactivos por lo cual la escala quedó

constituida por ocho reactivos, esta escala se divide en dos factores y son nombrados como exigencia de aprobación y exigencia de aprobación-éxito (ver Tabla 4.6.). En un inicio las preguntas de agresividad eran tres, al hacer el análisis factorial se eliminó un reactivo y los reactivos que quedaron fueron el 2.48 y 2.50 (ver Tabla 4.12.).

En cuanto a las escalas donde no se quitaron reactivos, la escala de locus de control externo quedó conformada por cuatro reactivos (ver Tabla 4.8.). La escala de apoyo social tiene seis reactivos, esta se dividió en dos factores, el primero es apoyo de amigos y el segundo apoyo familiar, cada uno formado por 3 reactivos (ver Tabla 4.9.). Las preguntas de espiritualidad son dos, (ver Tabla 4.10.). La escala de desesperanza esta formado por ocho reactivos ésta se dividió en dos factores cada uno formado por cuatro reactivos y fueron nombrados como futuro positivo y futuro negativo (ver Tabla 4.11.). La escala de estado emocional la constituyen cinco reactivos, esta se dividió en dos factores, estado emocional negativo y ausencia de estado emocional positivo (ver Tabla 4.13.). La escala de ideación suicida tienen cuatro reactivos (ver Tabla 4.14.).

4.2.1.1.2. Confiabilidad

Las escalas donde se encontró una confiabilidad mayor a .70 son actitudes y creencias, locus de control externo, apoyo social, espiritualidad y estado emocional; los factores apoyo familiar, futuro negativo y estado emocional negativo obtuvieron una correlación mayor a .70, esto indica que los reactivos tuvieron una mejor correlación entre si, y si el instrumento se vuelve a repetir tendrá resultados parecidos, las escalas que tuvieron una confiabilidad entre .60 y .69 son desesperanza, agresividad e ideación suicida, y los factores que arrojaron una confiabilidad entre .60 y .69 son exigencia de aprobación, futuro positivo y ausencia de estado emocional positivo, estas tres escalas y tres factores sí tuvieron correlación pero es baja, el factor apoyo amigos arrojó una confiabilidad muy alta esta es de .836 y el factor de exigencia de aprobación-éxito una confiabilidad muy baja, esta es de .580 (ver Tabla 4.15.).

4.2.1.1.3. Validez

Las escalas que tuvieron una validez mayor a 70% son espiritualidad, agresividad, apoyo social y estado emocional, esto significa que son las escalas que más miden la variable que pretender medir, las escalas que arrojaron una validez mayor a 50 son locus de control externo, desesperanza e ideación suicida, y la escala de actitudes y creencias obtuvo una validez de 48.939% aunque es baja su validez, su confiabilidad es alta por lo que se utilizó en esta investigación (ver Tabla 4.15.).

4.2.1.2 Por sexo

En esta parte se aborda el ajuste de las escalas, la confiabilidad y valides en la muestra de hombres y mujeres.

4.2.1.2.1. Ajuste de escalas y reactivos

Se hizo un análisis factorial por sexo con los reactivos que conforman las escalas de la muestra total; en cuanto a los hombres, la mayoría de las escalas estuvieron conformadas como quedaron con la muestra total, excepto la escala de actitudes y creencias ya que esta escala quedo constituida por cuatro reactivos (ver Tabla 4.7.).

Respecto a la población de las mujeres las escalas resultaron conformadas como quedaron en la muestra total, el mismo número de reactivos y los mismos factores (ver Tablas 4.6., 4.8., 4.9., 4.10., 4.11., 4.12., 4.13. y 4.14.).

4.2.1.2.2. Confiabilidad

La confiabilidad de las escalas locus de control externo, apoyo social, estado emocional e ideación suicida fue mayor en la población de los hombres, mientras que en las escalas de actitudes y creencias, espiritualidad y agresividad resultó más alta la confiabilidad en mujeres (ver Tabla 4.15.).

La escala que obtuvo mayor confiabilidad en hombres es la de apoyo social (.826) y en mujeres actitudes y creencias (.763), (ver Tabla 4.15.).

4.2.1.2.3. Validez

En la escala de actitudes y creencias la población de mujeres tuvo una validez más alta que la de los hombres, como se observa en la Tabla 4.16, la validez de los hombres es de 48.407% pero obtuvo una confiabilidad aceptable por lo que esta escala se utilizó en el instrumento, en la escala de locus de control externo la validez es más alta en la población de hombres al igual que la escala de apoyo social; la escala de espiritualidad tanto en hombres como mujeres tuvo la validez más alta de las escalas siendo mayor la validez en la población de las mujeres, en la escala de desesperanza los hombres obtuvieron una validez más alta que las mujeres pero no es mucha la diferencia, en las mujeres la validez más alta la tiene la escala de agresividad y en hombres la escala de estado emocional, por último en la escala de ideación suicida la validez en los hombres fue más alta que en las mujeres (ver Tabla 4.16.), aunque la escala de ideación suicida en mujeres arrojó una validez de 49.668% su confiabilidad es aceptable por lo que la escala se incluye en el instrumento.

Tabla 4.6. Ajuste psicométrico de la escala de actitudes y creencias de la población total y mujeres

Escala de actitudes y creencias	Exigencia de aprobación	2.2. Quiero caerle bien a algunas personas 2.3. La gente probablemente me considerará menos si cometo algún error 2.11. A veces es terrible cuando no le gusto a la gente 2.14. A veces es desagradable cuando no le agrado a la gente
	Exigencia de aprobación-éxito	2.8. Solo porque haga algunas cosas mal, no significa que sea un fracaso 2.15. Las personas a quienes se les ocurren buenas ideas valen más que aquellas a las que no se les ocurren 2.21. Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás piensen de mi 2.23. Para agradar a otras personas, lo mejor es renunciar a los propios intereses

Tabla 4.7. Ajuste de la escala de actitudes y creencias en la población de hombres

Escala de actitudes y creencias	2.11. A veces es terrible cuando no le gusto a la gente 2.14. A veces es desagradable cuando no le agrado a la gente 2.2. Quiero caerle bien a algunas personas 2.3. La gente probablemente me considerará menos si cometo algún error
--	---

Tabla 4.8. Ajuste psicométrico de la escala de locus de control externo en la población total, en mujeres y hombres.

Locus de control externo	2.24. Los mejores alumnos son los que tienen suerte 2.26. Todo lo que hago me sale bien, gracias a la suerte 2.28. Es mejor tener suerte que ser inteligente 2.29. mi éxito en la escuela dependerá de que tan agradable sea yo
---------------------------------	--

Tabla 4.9. Ajuste psicométrico de la escala de apoyo social en la población total, en mujeres y hombres.

Escala de apoyo social	Apoyo familia	2.32. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal 2.35. Mis amigos tratan realmente de ayudarme 2.36. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos
	Apoyo amigos	2.31. Mi familia trata realmente de ayudarme 2.33. Puedo hablar de mis problemas con mi familia 2.34. Tengo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia

Tabla 4.10. Ajuste psicométrico de los reactivos de espiritualidad en la población total, en mujeres y hombres.

Espiritualidad	2.39. Mis creencias personales me ayudan a entender las dificultades de la vida diaria 2.37. Mis creencias personales me dan fuerza para enfrentar las dificultades
-----------------------	--

Tabla 4.11. Ajuste psicométrico de la escala de desesperanza

Escala	Futuro negativo	2.41. Mi futuro parece oscuro 2.43. No consigo oportunidades y no hay razón para creer que las tenga en el futuro 2.45. Es muy poco probable que logre verdadera satisfacción en el futuro 2.47. Es una estupidez desear algo, pues nunca consigo lo que quiero
	Futuro positivo	2.46. En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa 2.42. Preveo tiempos mejores que peores 2.44. Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza 2.40. Tengo gran fe en el futuro

Tabla 4.12. Ajuste psicométrico de los reactivos de agresividad en la población total, en mujeres y hombres

Agresividad	2.48. Soy muy agresivo(a) 2.50. Generalmente soy calmado(a), tranquilo(a)
--------------------	--

Tabla 4.13. Ajuste psicométrico de la escala de estado emocional en la población total, en hombres y mujeres

Escala de estado emocional	Estado emocional negativo	2.69. Me he sentido triste y melancólico(a) 2.70. Me he sentido abatido(a), que nada me puede animar 2. 67. He estado muy nervioso(a)
	Ausencia de estado emocional positivo	2.68. Me he sentido calmado(a) y en paz 2.71. Me he sentido feliz

Tabla 4.14. Ajuste psicométrico de la escala de ideación suicida en la población total, en hombres y mujeres

Ideación suicida	3.3. Que no podía seguir adelante 3.4. Tenía pensamientos sobre la muerte 3.5. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a) 3.6. Pensé en matarme
-------------------------	---

Tabla 4.15. Confiabilidad de las escalas de la muestra total, de hombres y mujeres

ESCALA	VARIANZA EXPLICADA		
	Total	Hombres	Mujeres
Actitudes y creencias	48.939%	48.407%	50.694%
➤ Exigencia de aprobación	26.656%		28.028%
➤ Exigencia de aprobación-éxito	22.282%		22.666%
Locus de control externo	55.370%	56.791%	53.209%
Apoyo social	73.870%	74.842%	72.762%
➤ Apoyo amigos	37.630%	37.049%	37.852%
➤ Apoyo familia	36.240%	37.793%	34.910%
Espiritualidad	77.302%	75.396%	80.232%
Desesperanza	52.907%	53.302%	52.837%
➤ Futuro negativo	27.323%	27.350%	27.409%
➤ Futuro positivo	25.584%	25.952%	25.428%
Agresividad	73.940%	72.551%	76.108%
Estado emocional	71.046%	71.079%	70.686%
➤ Estado emocional negativo	41.591%	42.065%	40.898%
➤ Estado emocional positivo	29.455%	29.015%	29.788%
Ideación suicida	51.869%	53.373%	49.668%

Tabla 4.16. Varianza explicada de las escalas de la muestra total, de hombres y mujeres

ESCALA	CONFIABILIDAD		
	Total	Hombres	Mujeres
Actitudes y creencias	.707	.633	.763
➤ Exigencia de aprobación	.659		.703
➤ Exigencia de aprobación-éxito	.580		.560
Locus de control externo	.723	.737	.698
Apoyo social	.782	.826	.697
➤ Apoyo amigos	.836	.836	.836
➤ Apoyo familia	.797	.812	.774
Espiritualidad	.706	.673	.750
Desesperanza	.680	.680	.682
➤ Futuro negativo	.714	.705	.728
➤ Futuro positivo	.662	.669	.658
Agresividad	.646	.621	.681
Estado emocional	.729	.738	.697
➤ Estado emocional negativo	.768	.771	.755
➤ Estado emocional positivo	.632	.618	.633
Ideación suicida	.654	.673	.620

4.3. Comprobación de las hipótesis de investigación

En esta parte del capítulo se describe estadísticamente la comprobación de hipótesis de investigación que se encuentran en el capítulo 3.

Para las variables psicológicas se obtuvieron puntos de corte de las categorías sin manifestación (1), bajo (2), media (3), medio alto (4), con manifestación (5) y con manifestación alta (6), para esto se sacaron desviaciones estándar (DS) (ver Tabla 4.17.), posteriormente se recodificaron los datos de las variables, la muestra que tiene manifestación alta es la que nos interesa para la investigación, cabe mencionar que en la variable de ideación suicida nuestro primer dato es a partir del número 2 por lo tanto solo tiene 5 datos y este último hace referencia a la manifestación alta.

Tabla 4.17. Categorías y sus puntos de corte

	Categorías	Desviación estándar
1	Sin manifestación	-2 DS
2	Bajo	Arriba de -2 DS hasta -1 DS
3	Media	-1 DS hasta la media
4	Medio alto	Arriba de la media hasta + DS
5	Con manifestación	+1 DS hasta +2 DS
6	Con manifestación alta	+2 DS

Después de hacer las recodificaciones se sacó el análisis de frecuencias de cada escala para obtener el porcentaje de cuantos sujetos se encuentran en la categoría de sin manifestación, bajo, media, medio alto, con manifestación y con manifestación alta como se observa en la Tabla 4.18.

Para el desarrollo de este apartado, se describe primeramente la hipótesis, posteriormente se explica qué es lo que se hizo para poder obtener la comprobación y finalmente la decisión probabilística.

A partir de la tercera hipótesis se hicieron regresiones múltiples cuya ecuación es: $y = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n + E$

Tabla 4.18. Porcentaje de la población total que presenta manifestación en cada escala

Categorías	Actitudes y creencias	Locus de control externo	Apoyo social	Espiritualidad	Desesperanza	Agresividad	Estado emocional	Ideación suicida
1 Sin manifestación	2.4%		2.9%	4%		.2%	.2%	
2 Bajo	15.6%	29.7%	19.4%	24.8%	19.9%	19.4%	17.1%	48.5%
3 Medio	37%	27.4%	38.1%	36%	35.9%	56%	43.8%	27.2%
4 Medio alto	32.5%	32.4%	26.3%	15.4%	30.9%	12.6%	22.9%	14.6%
5 Con manifestación	9.9%	8.2%	13.3%	19.8%	12.7%	10.5%	12.2%	5.3%
6 Con manifestación alta	2.6%	2.3%			.6%	1.3%	3.8%	4.4%

Hipótesis 1. Menos del 10% los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Tlaxcala presentarán ideación suicida alta

Para esta primera hipótesis se utilizaron los datos de ideación suicida recodificados, por lo tanto para conocer el porcentaje de quienes presentaron ideación suicida alta se usó la categoría con manifestación alta (2 DS), el punto de corte de ideación suicida alta obtenida por las dos desviaciones estándar es de 6. Se hizo un análisis de frecuencias para sacar el porcentaje de los jóvenes con ideación suicida alta (ver tabla 4.18.).

Esta hipótesis de investigación fue aceptada en esta muestra porque la ideación suicida alta en los jóvenes de la Universidad tecnológica de Tlaxcala es de 4.4%.

Hipótesis 2. La ideación suicida alta entre hombres y mujeres será diferente en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Tlaxcala

Para la comprobación de la segunda hipótesis se hizo una prueba t de student, donde sólo se usó la categoría 6, como se mencionó anteriormente, ideación suicida con manifestación alta.

El cálculo estadístico con la t de student fue: el promedio de puntuación de hombres fue de 9.8 y el promedio de mujeres fue de 9.1.

$$t=.539, gl=19, p>.596$$

El 4.7% de los hombres y el 4.0% de las mujeres tiene ideación suicida alta. Las diferencias entre los promedios de ambos grupos no fueron significativas, lo que indica que no hay diferencia significativa entre hombres y mujeres. Por lo anterior no existe evidencia estadística para aceptar en esta muestra la hipótesis de investigación.

Hipótesis 3. Las variables de identificación personal en la muestra total tendrán una correlación jerárquica con ideación suicida

Para la comprobación de esta tercera hipótesis se llevó a cabo una regresión múltiple de las variables de identificación personal con toda la población. Donde la variable dependiente es ideación suicida y las independientes son las variables de identificación personal.

En esta muestra fue aceptada la hipótesis de investigación porque las variables de identificación personal tienen una relación jerárquica con la ideación suicida quedando de la siguiente manera al llevar a cabo el cálculo de la regresión múltiple:

$$F=10.825, gl=3, p<.05, r^2=.065$$

Muestra total

$$IS= 2.309 + (.162) \text{ Vivencia de alguna experiencia trastornante} + (-.138) \text{ El dinero con el que dispone el adolescente} + (.115) \text{ Costumbre de consumir o tomar algo para sentirte bien} + E$$

La anterior ecuación en términos generales indica que el haber vivido alguna experiencia trastornante en los últimos meses y la costumbre de consumir o tomar algo para sentirse bien, aumenta la probabilidad de presentar ideación suicida; por otra parte, la variable que resultó negativa la cual es *el dinero con el que dispone el estudiante* indica que cuando el dinero disminuye la ideación suicida incrementa.

El modelo indica que 6.5% de la suma de las variables significativas explican la ideación suicida.

Hipótesis 4. La jerarquía de asociación de las variables de identificación personal con la ideación suicida será diferente entre hombres y mujeres.

Para comprobar esta hipótesis se llevó a cabo una separación entre hombres y mujeres, posteriormente se hizo una regresión múltiple de las variables de identificación personal que son las variables independientes con la variable dependiente ideación suicida tanto en hombres como en mujeres.

En esta muestra se aceptó la hipótesis de investigación ya que las variables que se asocian en hombres y mujeres son diferentes y por lo tanto también la jerarquía de las variables de identificación personal que se relacionan a la ideación suicida, esto lo muestran los cálculos de la regresión múltiple:

$$F=5.167, gl=4, p<.05, r^2=.079$$

Hombres

$$IS= 4.341 + (-.167) \text{ Año escolar} + (-.137) \text{ Promedio de calificación} + (.135) \text{ Vivencia de alguna experiencia trastornante} + (.130) \text{ Costumbre de consumir o tomar algo para sentirte bien} + E$$

La anterior ecuación indica que las primeras dos variables tienen una relación negativa con ideación suicida, al disminuir alguna de estas variables aumenta la probabilidad de presentar ideación suicida, por lo tanto el encontrarse en primer año de la carrera y tener un promedio bajo incrementa la ideación suicida. El haber vivido alguna experiencia trastornante en los últimos meses, y

la costumbre de consumir o tomar algo para sentirse bien, aumenta la probabilidad de presentar ideación suicida.

El modelo indica que el 7.9% de estas variables señaladas como independientes explican la ideación suicida.

$$F=10.670, gl=2, p<.05, r^2=.099$$

Mujeres

$$IS= 1.612 + (.223) \text{Victima de situaciones humillantes} + (.181) \text{Vivencia de alguna experiencia trastornante} + E$$

La anterior ecuación en términos generales indica que el haber sido víctima de situaciones humillantes y haber vivido alguna experiencia trastornante en los últimos meses aumenta la probabilidad de presentar ideación suicida.

El 9.9% de estas variables explican la ideación suicida.

Hipótesis 5. Las variables psicológicas en la muestra total tendrán una relación jerárquica con la ideación suicida.

Para la comprobación de la quinta hipótesis en la muestra total se hizo una regresión múltiple de las variables psicológicas las cuales fueron introducidas como variables independientes en el modelo de regresión múltiple y la ideación suicida como variable dependiente.

En esta muestra fue aceptada la hipótesis de investigación ya que las variables psicológicas en la muestra total tienen una relación jerárquica con la ideación suicida, esto lo muestra el cálculo de regresión múltiple:

$$F=58.572, gl=3, p<.05, r^2=.273$$

Muestra total

$$IS = -.414 + (.389) \text{ Estado emocional negativo} + (.175) \text{ Futuro negativo} + (.111) \text{ Ausencia de estado emocional positivo} + E$$

La anterior ecuación en términos generales indica que el estado emocional negativo, el futuro negativo y la ausencia de estado emocional positivo aumentan la probabilidad de presentar ideación suicida, estas variables tienen una relación positiva con ideación suicida, ya que al incrementarse también incrementan la ideación suicida.

El modelo indica que el 27.3% de estas variables explican la ideación suicida.

Hipótesis 6. La jerarquía de asociación de las variables psicológicas con la ideación suicida será diferente entre hombres y mujeres

Para la demostración la sexta hipótesis se hicieron dos regresiones múltiples, una en la población de hombres y otra en mujeres, las variables psicológicas son introducidas como variables independientes y la ideación suicida es la variable dependiente.

En esta muestra se acepta la hipótesis de investigación ya que las variables que se asocian a la ideación suicida son diferentes entre hombres y mujeres y por lo tanto la jerarquía de estas variables también es diferente, esto lo muestran los cálculos de regresión múltiple:

$$F=44.456, gl=3, p<.05, r^2=.329$$

Hombres

$$IS = .157 + (.476) \text{ Estado emocional negativo} + (-.143) \text{ Apoyo amigos} + (.130) \text{ Futuro negativo} + E$$

La anterior ecuación indica que el estado emocional negativo, el apoyo de amigos y futuro negativo aumenta la probabilidad de presentar ideación suicida. Las variables *estado emocional negativo* y *futuro negativo* tienen una relación positiva con ideación suicida ya que al aumentar estas variables también

incrementa la ideación suicida y la variable “*apoyo amigos*” tiene una relación negativa con ideación suicida, al percibir menos apoyo de los amigos aumenta la ideación suicida.

El 32.9% de la suma de estas variables psicológicas que resultaron significativas explican la ideación suicida en la población de hombres.

$$F=27.401, gl=2, p<.05, r^2=.219$$

Mujeres

$$IS= -.063 + (.337) \text{ Estado emocional negativo} + (.250) \text{ Ausencia de estado emocional positivo} + E$$

La anterior ecuación en términos generales indica que el estado emocional negativo y la ausencia de estado emocional positivo, aumenta la probabilidad de presentar ideación suicida. Estas variables tienen una relación positiva con ideación suicida.

El 21.9% de estas variables psicológicas que resultaron significativas explican la ideación suicida.

Hipótesis 7. Para explicar la ideación suicida en la muestra total, las variables psicológicas tendrán mayor jerarquía que las variables de identificación personal.

Para la comprobación de la séptima hipótesis se hizo una regresión múltiple de las variables de identificación personal y psicológicas que se asocian a la ideación suicida en la muestra total.

En esta muestra fue aceptada la hipótesis de investigación ya que las variables psicológicas son las que tiene relación con la ideación suicida

$$F=58.572, gl=3, p<.05, r^2=.273$$

$$IS= -.414 + (.389) \text{ Estado emocional negativo} + (.175) \text{ futuro negativo} + (.111) \text{ Ausencia de estado emocional positivo} + E$$

Como se puede observar en la ecuación las variables psicológicas son las que se relacionan con ideación suicida, no teniendo relación las variables de identificación personal. Las variables de la ecuación tienen una relación positiva con ideación suicida.

El modelo indica que el 27.3% de estas variables psicológicas explican ideación suicida.

Hipótesis 8. Para explicar la ideación suicida en hombres, las variables psicológicas tendrán mayor jerarquía que las variables de identificación personal.

Para la comprobación de la octava hipótesis se hizo una regresión múltiple de las variables de identificación personal y psicológicas que se asocian a la ideación suicida en hombres.

En esta muestra se aceptó la hipótesis de investigación ya que al hacer la regresión múltiple con variables psicológicas y de identificación personal tienen mayor jerarquía las variables psicológicas, esto lo muestran los cálculos de regresión múltiple:

$$F=35.799, gl=3, p<.05, r^2=.346$$

$$IS= 2.897 + (.519) \text{ Estado emocional negativo} + (-.148) \text{ Apoyo amigos} + (-.133) \text{ Año escolar} + (-.129) \text{ Promedio de calificación} + E$$

En la ecuación se observa que las variables psicológicas *estado emocional negativo* y *apoyo amigos* tienen mayor jerarquía que las variables de identificación personal *año escolar* y *promedio de calificación*. La variable *estado emocional negativo* tiene una relación positiva con ideación suicida mientras que la otra variable psicológica y las dos variables de identificación personal tienen una relación negativa.

El modelo indica que el 34.6% de estas variables psicológicas explican ideación suicida.

Hipótesis 9. Para explicar la ideación suicida en mujeres, las variables psicológicas tendrán mayor jerarquía que las variables de identificación personal.

Para la comprobación de esta hipótesis se llevó a cabo una regresión múltiple con las variables de identificación personal y psicológicas en la población de mujeres.

La hipótesis de investigación en esta muestra se acepta porque las variables psicológicas tienen mayor jerarquía que las variables de identificación personal como lo muestra la siguiente fórmula.

$$F=20.506, gl=3, p<.05, r^2=.241$$

$$IS= -.003 + (.324) \text{ Estado emocional negativo} + (.212) \text{ Ausencia de estado emocional positivo} + (.152) \text{ Víctima de situaciones humillantes} + E$$

Esta ecuación muestra que las variables psicológicas *estado emocional negativo* y *ausencia de estado emocional positivo* tienen mayor jerarquía que la variable de identificación personal *víctima de situaciones humillantes*. Tanto las variables psicológicas como la variable de identificación personal tienen una relación positiva con ideación suicida.

El 24.1% de la suma de las variables significativas explican ideación suicida.

Resumiendo esta sección, el 4.4% de los jóvenes de la Universidad Tecnológica de Tlaxcala tienen ideación suicida alta, no encontrando diferencia significativa de ideación suicida alta entre hombres y mujeres.

En cuanto a los datos de las variables de identificación personal, estas variables tienen una correlación jerárquica con la variable de ideación suicida, siendo diferente su asociación entre hombres y mujeres (ver Tabla 4.19).

Con respecto a las variables psicológicas, estas tienen relación jerárquica con ideación suicida siendo diferente la asociación jerárquica entre hombres y mujeres (ver Tabla 4.19).

En la muestra total, en la muestra de hombres y en la de mujeres, las variables psicológicas tienen mayor jerarquía que las variables de identificación personal.

Tabla. 4.19. Relación de variables de identificación personal y psicológicas con ideación suicida en la muestra total, en hombres y mujeres.

	Muestra total	Hombres	Mujeres
de Variables de identificación personal	1. Vivencia de alguna experiencia trastornante 2. El dinero con el que dispone el adolescente 3. Costumbre de consumir o tomar algo para sentirte bien	1. Año escolar de calificación 2. Promedio de calificación 3. Vivencia de alguna experiencia trastornante 4. Costumbre de consumir o tomar algo para sentirte bien	1. Víctima de situaciones humillantes 2. Vivencia de alguna experiencia trastornante
Variables psicológicas	1. Estado emocional negativo 2. Futuro negativo 3. Ausencia de estado emocional positivo	1. Estado emocional negativo 2. Apoyo amigos 3. Futuro negativo	1. Estado emocional negativo 2. Ausencia de estado emocional positivo

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Esta investigación se llevó a cabo con estudiantes de ambos sexos de la Universidad Tecnológica de Tlaxcala. El objetivo que se persiguió fue identificar de acuerdo al sexo la incidencia de ideación suicida y su asociación jerárquica con las variables psicológicas e identificación personal que integran el instrumento "Detección de ideación suicida en jóvenes". Este fue cubierto, debido a que el instrumento utilizado permitió conocer que variables psicológicas y de identificación personal se asocian jerárquicamente a la ideación suicida de acuerdo al sexo.

Para encontrar la relación jerárquica de las variables de identificación personal y variables psicológicas con la ideación suicida se realizó el análisis estadístico de regresión múltiple. Resulta relevante señalar que un análisis de regresión múltiple arroje resultados de mayor significancia que un análisis bivariado, ya que este considera muchas variables, esto es un factor importante a considerar debido al fenómeno que se está investigando como lo es la ideación suicida.

El 4.4% de los jóvenes presentó ideación suicida alta, el porcentaje de manifestación de ideación suicida alta entre hombres y mujeres no es diferente.

En la población de hombres las variables de identificación personal que se asociaron jerárquicamente con ideación suicida fueron: 1) año escolar, 2) promedio de calificación, 3) vivencia de alguna experiencia trastornante y 4) costumbre de consumir algo para sentirse bien. En esta misma población las variables psicológicas que tuvieron una asociación jerárquica con ideación suicida fueron: 1) estado emocional negativo, 2) apoyo amigos y 3) futuro negativo.

En las mujeres las variables de identificación personal que se relacionaron jerárquicamente con ideación suicida fueron: 1) víctima de situaciones humillantes, 2) vivencia de alguna experiencia trastornante. Las variables

psicológicas que resultaron tener una relación jerárquica con ideación suicida en mujeres fueron: 1) estado emocional negativo y 2) ausencia de estado emocional positivo.

Como se puede observar en los datos anteriores la relación jerárquica de las variables de identificación personal y las variables psicológicas con la ideación suicida fueron diferentes entre hombres y mujeres.

Es importante enfatizar que las variables psicológicas tienen mayor jerarquía que las variables de identificación personal en la muestra total, en hombres y en mujeres. En hombres las variables que resultaron significativas fueron estado emocional negativo, apoyo amigos, año escolar y promedio de calificación, mientras que en las mujeres el estado emocional negativo, ausencia de estado emocional positivo y víctima de situaciones humillantes, y en la muestra total resultaron ser el estado emocional negativo, futuro negativo y ausencia de estado emocional positivo.

Respecto a la incidencia de ideación suicida la presente investigación encontró un 4.4%, González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez (1998) llevaron a cabo una investigación con estudiantes universitarios utilizando la misma escala empleada en la presente investigación la cual fue Roberts-CES-D con 4 reactivos, en su trabajo incluyeron dos generaciones escolares, la de 1993 y 1995, encontraron que el 1.7% tenía ideación suicida (prevalencia en todos los síntomas), así mismo encontraron que en hombres de la generación 1993 la prevalencia de uno o más síntomas de ideación suicida fue de 29% y en mujeres fue de 27%, en la generación 1995 los hombres reportaron 30% y mujeres 28%. Se puede observar que en el estudio de González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez (1998) dan los porcentajes de prevalencia de uno o más síntomas pero no mencionan cuando se considera que tienen ideación suicida, sus resultados concuerdan con el presente estudio ya que no hay diferencia significativa en porcentajes entre hombres y mujeres. También existe otro estudio realizado en estudiantes universitarios llevado a cabo por Córdova, Rosales, Caballero y Rosales (2007) donde utilizaron la escala de ideación suicida para adultos de Beck, encontraron que el 59% de los

estudiantes presentaron ideación suicida, se puede comparar que el porcentaje de ideación suicida es mucho más alto al encontrado en el presente estudio; pero concuerda en que no hay diferencia significativa en los porcentajes entre hombres y mujeres. En la investigación mencionada encontraron que la variable *percepción del futuro* tiene una relación significativa con ideación suicida, mientras que en este trabajo se asocia la variable psicológica de *futuro negativo*. Con respecto a las variables de identificación personal que se relacionan en ambos estudio con la ideación suicida son: *costumbre de consumir algo para sentirse bien, vivencia de alguna experiencia trastornante y el dinero con el que dispone el adolescente*. Cabe mencionar que en el presente estudio se encontró diferencia en las variables asociadas de acuerdo al sexo. Por otra parte con respecto a las variables que se asocian con la ideación suicida la investigación de Mongragón, Saltijeral, Bimbela y Borges (1998) reporta que la desesperanza es una variable que se asocia a ideación suicida, esto concuerda con en el presente estudio, ya que es éste estudio se asocia *futuro negativo* siendo este un factor de desesperanza.

Los resultados obtenidos en el presente estudio pueden ser explicados con la teoría cognitiva conductual y la teoría racional emotiva conductual (TREC).

A través de la teoría cognitiva conductual el comportamiento es guiado por las cogniciones, ya que los eventos de la vida se interpretan a través de significados, esto es mediante esquemas que son estructuras cognitivas de representaciones de experiencias anteriores, con los cuales se da lo que es el procesamiento de la información, los esquemas se forman desde muy temprana edad y se van desarrollando a lo largo de la vida, estos guían nuestros pensamientos, sentimientos y conductas, existen esquemas funcionales que permiten el crecimiento y la adaptación del individuo, y esquemas disfuncionales estos tienen una función desadaptativa. A su vez los esquemas se integran en modos, en esta investigación nos interesa el modo suicida (Clark y Beck, 1997; Freemann y Reinecke, 1995)

Los modos están integrados por esquemas cognitivos, afectivos, fisiológicos y conductuales, los cuales son activados tras una situación estresante, ya sea un acontecimiento interno o externo relevantes, una vez accionado el modo suicida los esquemas mencionados anteriormente serán orientados al comportamiento suicida, el cual es disfuncional (Brown, Jeglic, Henriques, y Beck, 2008)

La triada cognitiva negativa de Beck asume que se tiene una percepción negativa de sí mismo, del medio y del futuro ya que hay distorsiones cognitivas (Freemann y Reinecke, 1995).

En la presente investigación, en hombres, las variables psicológicas que se asociaron a ideación suicida son: *apoyo amigos*, en la triada cognitiva, esta tiene que ver con la opinión negativa respecto al medio, ya que cuando perciben menos o nulo apoyo de los amigos habrá una mayor ideación suicida, esto también tiene que ver con las dimensión cognitivo-personal de sociotropía porque se valora demasiado las relaciones interpersonales. Otra variable psicológica que se asoció a ideación suicida en hombres es la de *futuro negativo*, representa la percepción negativa del futuro, por lo tanto son creencias disfuncionales tanto la variable apoyo amigos como futuro negativo, por lo que los esquemas, que se han ido formado de estas variables no permiten la adaptación de la persona, y al activarse modos suicidas orientan a un comportamiento suicida; aunque este estudio no permite conocer que eventos activan estos modos. Cabe señalar que la variable futuro negativo es parte de la escala de desesperanza, y Beck desarrolló la teoría de desesperanza donde esta es el “agente catalítico en episodios suicidas y que el comportamiento suicida era resultado de cuando un individuo había perdido la esperanza o su razonamiento estaba deteriorado” (Brown, Jeglic, Henriques y Beck, 2008) p.52, esto refleja que la presente investigación encuentra resultados que anteriormente ya se habían abordado. La variable *estado emocional negativo* se relaciona con ideación suicida en hombres, esta se explica con la terapia racional emotiva conductual (TREC) con el modelo ABC donde se plantea que “A” es el acontecimiento activante, “B” son las creencias, en los hombres de esta muestra las creencias irracionales que se encuentran

asociadas a la ideación suicida es apoyo de los amigos y su percepción del futuro negativo, por lo tanto estas variables acompañan a la ideación suicida; y “C” son las consecuencias, en este caso el estado emocional negativo no es la consecuencia de las creencias sino que las acompaña; esto se explica por la terapia racional emotiva-conductual, puesto que las funciones de sentir sensaciones, moverse, sentir emociones y pensar, están relacionadas, ninguna se presenta aislada. El instrumento empleado en el presente trabajo no arroja datos sobre qué eventos activan las creencias irracionales y el estado emocional negativo, de este último sólo se sabe que acompaña las distorsiones cognitivas. De acuerdo al modelo ABC posteriormente se podrían tener consecuencias conductuales como lo es el intento de suicidio o el suicidio consumando (Lega, Caballo y Ellis, 2002).

En mujeres de acuerdo al orden jerárquico la primera variable psicológica que se asocia a la ideación suicida es “Estado emocional negativo” y la segunda “Estado emocional positivo” por lo que en las mujeres tiene un efecto mayor el que se tengan emociones negativas que la ausencia de emociones positivas. En esta población el instrumento no permitió medir las creencias disfuncionales que están asociadas a la ideación suicida, por lo tanto tampoco los eventos activantes de éstas, sólo se obtuvo el estado emocional, que se encuentra acompañado a creencias irracionales que se desconocen y que al interactuar con alguna situación estresante se producen estas. En otras investigaciones han hallado que la variable de autoestima y la relación con los padres se asocian significativamente con ideación suicida en mujeres.

Como se puede observar, en los hombres de esta población se relaciona a la ideación suicida la distorsión cognitiva del medio y del futuro de la triada cognitiva negativa y en las mujeres no se pudo obtener con el instrumento empleado que distorsiones se asocian, por lo que se sugiere emplear otros instrumentos que identifiquen la percepción de sí mismo en los hombres, y en las mujeres aún falta encontrar los componentes de la triada cognitiva.

Los resultados encontrados en la presente investigación muestran la importancia de las distorsiones cognitivas que se relacionan con la ideación suicida en los participantes de esta investigación.

Las variables asociadas a ideación suicida son diferentes entre hombres y mujeres, lo cual indica que la ideación suicida se presenta de forma diferente entre hombres y mujeres. Los hallazgos de este trabajo pueden ser muy útiles para futuros estudios que tengan como objetivo investigar la ideación suicida.

Se recomienda que se consideren las variables asociadas a ideación suicida encontradas en este trabajo, cuando se realicen estudios con una muestra parecida a la de la presente investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Barón, O. (2000). Adolescencia y suicidio (versión electrónica), *Psicología desde el Caribe*, 48-69. Recuperado el 11 de Diciembre del 2008, de <http://redalyc.org/>
- Beck, A. T., Davis, J. H. Frederick, C. J., Perlin, S., Pokorny, A. D., Schulman, R. E. Seiden, R. H. & Wittlin, B. J. (1972). *Classification and nomenclature*. In H. L. P. Resnik & B. C. Hathorne (Eds.), *Suicide prevention en the 70`s*. (DHEW Publication No. HSM 72-9054). Washington, D. C.: EE.UU.: Government Printing Office.
- 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.
- Berenzon, S., González-Forteza, C. & Medina-Mora, M. E. (2000). Asociación entre trastornos depresivos y fóbicos con ideación e intento suicida en mujeres de comunidades urbanas pobres. *Revista Mexicana de Psicología*, 17, 1, 55-63.
- Berenzon, S., Medina-Mora, M., López, E. & González, J. (1998). Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la Ciudad de México. *Revista Mexicana de Psicología*, 15, 2, 177-185.
- Berwick, D. M., Murphy, J. M., Goldamn, P. A., Ware, J. E., Barsky, J. & Weinstein, M. C. (1991). Performance of a five-item mental health screening test. *Medical Care*, 29, 2, 169-176.
- Bobes, J., Sáiz, P., García-Portilla, M., Bascarán, M., & Bousoño, M. (2004). Factores de riesgo del comportamiento suicida. (35-87). *Comportamiento suicidas prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Medica.

- Borges, G., Wilcox., H., Medina-mora, M. E., Zambrano, J., Blanco, J. & Wlaters, E. (2005). Suicidal behavior in the mexican nacional comorbidity surver (M-NCS): Lifetime and 12- month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental*, 28, 2, 40-47.
- Brown, G. K., Jeglic, E., Henriques, G. R. & Beck, A. (2008). Terapia cognitiva, cognición y comportamiento suicida. En Thomas E. Ellis (Dir), *Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia* (pp. 51-72), México: Manual Moderno.
- Burgess, P. H. (1990). Toward resolution of conceptual issues in the assesment of belief systems in rational-emotive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 4, 171-184.
- Caballo, V. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. CD de pruebas en la sección de "Instrumentos variados". Madrid, España: Pirámide.
- Chávez, A., Pérez, R., Macías, G. & Páramo, D. (2004). Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria*, 14, 003, 12-20.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En Isabel Caro Gabalde (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp.119-129). México: Paidós.
- Córdova, M., Rosales, M., Caballero, R. & Rosales, J. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15,2, 17-21
- Durkheim, È. (2003). El suicidio Introducción. (pp. 13-25). *El suicidio*. México: Coyoacan.

- Freemann, A. & Reinecke, M. (1995). Introducción a la conducta suicida. *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. (pp. 17-32). Bilbao: Declée de Brouwer.
- Freemann, A. & Reinecke, M. (1995). Teoría, investigación y práctica de la terapia cognitiva. *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. (pp. 33-53). Bilbao: Declée de Brouwer
- García, R. (2003). Ideación suicida: El papel de variables demográficas, religiosas y psicológicas. *Revista Mexicana de Psicología*, 20, 1, 75-82
- González-Forteza, C. (1992). *Estresores psicosociales y respuestas de enfrentamiento en los adolescentes: Impacto sobre el estado emocional*. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- González-Forteza, C. & Andrade, P. (1993). Estresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta psiquiátrica y psicológica de América latina*, 40, 2, 156-163.
- González-Forteza, C. & Andrade, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18, 4, 41-48.
- González-Forteza, C., Andrade, P. & Jiménez A. (1997). Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 43, 4, 319-326.
- Gonzales-Forteza, C., Berenzon-Gorn, S., Tello-Granados, A., Facio-Flores, D. & Medina-Mora , M. E. (1998). Ideación suicida y características

asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Publica de México*, 40, 5, 430- 437.

Gonzales-Forteza, C., García, G. Medina-Mora, M. E. & Sánchez, M. A. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 21, 3, 1-9.

González-Forteza, C., Jiménez, A. & Gómez, C. (1995). Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en los adolescentes. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 235-239

González, S., Díaz, M., Ortiz, S., González-Forteza, C. & González, J., (2000). Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23. 2, 21-30.

González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L. E. & Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24, 6, 16-25

González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, M. A. & Wagner, F. A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15, 4, 524-532.

González-Forteza, C. Villatoro, J., Pik, S. & Collado, M. E. (1998). El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México: Análisis según su nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 21,2, 37-45.

Gutiérrez, A. Contreras, C. & Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales (versión electrónica), *Salud mental*, 66-74. Recuperado el 11 de Diciembre del 2008, de <http://www.inprf-cd.org.mx/>

Guibert, W. (2002). Definición de suicidio aspectos para su análisis. *Definición de suicidio: un tema complejo e íntimo*. (pp.7), La Habana: Científico-Técnica.

Instituto nacional de estadística, geografía e informática (INEGI), 2008.

Jiménez, A. Mondragón, L. & González-Forteza, C. (2007). Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescent: result of three studies. *Salud Mental*. 30, 5, 20-26.

Lega, L. I. Caballo, V. E. & Ellis, A. (2002). Aspectos teóricos generales de la terapia racional emotivo-conductual. Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. Siglo XXI: España.

Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. (1985). The buffering effect of social support subsequent to an important life event. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 247-267.

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

Luckie, L. A., Morán, P., Juárez, R., Vázquez, D., Curiel, O. & Ramiro, M. (1998). Identificación de la ideación suicida en una población abierta. *Medicina interna de México*, 14, 3. 100-104.

Mendoza-Núñez, V. M. (1998). Diseños de investigación. *Tópicos de investigación y posgrado*, 4, 219-22.

Medina-Mora, M. E., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván-Castillo, F. & Tapia-Conyer, R., (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la encuesta nacional de adicciones, 1998. *Salud Pública de México*, 45, 1, 26-25.

- Medina-Mora, M. E., López, E. K., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S. & Rojas, E. (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 7-14
- Medina-Mora, M. E., Rascón, M. L., Tapia, R., Mariño, M., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J. & Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 3, 7, 48-55
- Mingote, J. C. (2004). Factores de riesgo de suicidio. *Suicidio: asistencia clínica: guía practica de psiquiatría médica*. España: Díaz de Santo.
- Mondragón, L., Saltijeral, M. T., Bimbela, A. & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol. *Salud Mental*, 21, 5 20-27.
- Mondragón, L., Monroy, Z., Medina-Mora, M. E. & Borges, G. (2003). Eventos de vida, depresión, consumo de alcohol e ideación suicida en una muestra de servicios de urgencia: un enfoque de género. *Revista Mexicana de Psicología*, 20, 2, 225-235
- Organización mundial de la salud. (2007). Informe mundial sobre la violencia y la salud. La violencia autoinfligida.
- Quintanar, F. (2007). Teorías explicativas de suicidio. (35.54). *Comportamiento suicida: perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. México: Pax México
- Rascón, M., Gutiérrez, M., Valencia, M., Díaz, L., Leños, C. & Rodríguez, S. (2004). Percepción de los familiares del intento e ideación suicida de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 27, 5, 44-52.

- Ramos-Lira, L., Saltijeral-Méndez, M., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutierrez, M. & Martínez-Vélez, N., (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 43, 3, 182-191.
- Romero, M., Mondragón, L., Cherpitel, C., Medina-Mora, M. A. & Borges, G. (2001). Characteristics of mexican women admitted to emergency care units. Alcohol consumption and related problems. *Salud pública de México*, 43, 6, 537-543.
- Rotter, J. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.
- Rubio, G., Montero I., Jáuregui, J., Salvador, M., Marín J. & Santo-Domingo J. (1998). Validación de la escala de riesgo de violencia de Plutchick en población española. *Archive of Neurobiology*, 61. 307-316
- Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Serrano, M. G. & Flores, M., (2003). El afecto del padre: su influencia en la sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 11, 3. 161-167.
- Serrano, M. G. & Flores, M.M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 15, 2, 221-230.
- Zimet, G., Dahlem, S. & Farley, G. (1988). Multidimensional scale of perceived social support (MSPSS). *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

ANEXOS

Anexo 1. Definiciones sobre ideación suicida citadas en investigaciones mexicanas

Autores	Año	Definición	Autores originales
Medina-Mora, M. E., López, E. K., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S., Rojas, E.	1994	Síntoma frecuente e inespecífico que refleja el grado de conflicto interno, se asocia con la desesperanza, y la falta de autoestima (1.1), con el intento de suicidio (1.2), la depresión y el abuso de sustancias (1.3).	1.1. Kienhorts CWM., De Wilde E.J., Van Den Bout J., Diekstra RFW., Wolters WHG 1.2 Kosky R., Silburn S., Subrick SR. 1.3. Levy JC., Deykin EY.
González-Forteza, C., Jiménez, A., Gómez, C.	1995	Nivel de conflicto interno frecuente asociado con desesperanza y depresión (2.1), e intentos de suicidio (2.2).	2.1 Levy JC., Deykin EY. 2.2 Kosky R., Silburn S., Subrick SR.
López, E.K., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J. A., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S., Rojas, E.	1995	Síntoma frecuente e inespecífico (3.1), que refleja el grado de conflicto interno, se asocia con la desesperanza y la pobre autoestima (3.2), con el intento de suicidio (3.3), la depresión y el abuso de sustancias (3.4).	3.1 Levy JC., Deykin EY. 3.2 Kienhorts CWM., De Wilde 3.3 Kosky R., Silburn S., Subrick SR
González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M., Sánchez, M. A.	1998	Tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte (4.1). Es considerada como un síntoma inespecífico y frecuente (4.2) que refleja el grado de conflicto interno asociado frecuentemente con desesperanza y baja autoestima (4.3), con dificultades para resolver problemas interpersonales (4.4), con el fracaso escolar o laboral, el rechazo y los conflictos interpersonales con la pareja o con los padres (4.5).	4.1 Garrison, ZC., Lewinsohn, P., Mrsteller, F., Langhinrichsen, J., Lakh, I. 4.2 Levy JC., Deykin EY. 4.3 Kienhorts CWM., De Wilde E.J., Van Den Bout J., Diekstra RFW., Wolters WHG 4.4 Rotheram-Borus, Mj., Trautman, P., Dopkins, SC., Shrout, PE.,
Mondragón, L., Saltijeral, M., Bimbela, A., Borges, G.	1998	Es un síntoma que refleja un conflicto interno, relacionado con la desesperanza y la depresión, al igual con el consumo de drogas o alcohol.	

Continuación del Anexo 1

Autores	Año	Definición	Autores originales
González, S., Díaz, A., Ortiz, S., González, C., González, J.	2000	La ideación suicidase compone de una serie de actitudes, planes, y conductas posiblemente relacionados con los pacientes con ideación suicida que han sido diagnosticados con otros trastornos; Sin embargo la ideación suicida no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta, pero que esta interrelacionados (5.1)	5.1 Beck, A. T. M., Kovacs y A. Weissman
González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L., Ramirez, C.	2001	El parasuicidio se refiere a conductas o pensamientos relacionados con la propia muerte, pero sin morir: como el intento suicida, la planeación suicida, la ideación suicida, etc. (6.1 y 6.2)	6.1 Kosky R., Silburn S., Subrick SR. 6.2 Terroba, G., Haman, A., Saltijeral MT., Martinez, P.
Mondragón, L., Monroy, Z., Medina-Mora, M., Borges, G.	2003	La ideación suicida es una construcción cognitiva, manifestada en un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel de conflicto interno (7.1), que se incrementa cuando una persona con baja capacidad de enfrentamiento vive situaciones estresantes (7.2).	7.1 Beck, A. T. M., Kovacs, M. y Garrison B. 1895 7.2 Gonzalez-Forteza, C. F. Borges, G., Gómez, C. y Jiménez T. A.
Chávez, A., Pérez, R., Macías, G., Páramo, D.	2004	Tener pensamiento o fantasía acerca de la propia muerte (8.1).	8.1 Garrison
Rascón, M., Gutiérrez, M. Valencia, M., Díaz, L., Leños, C., Rodríguez, S.	2004	La ideación suicida es un síntoma frecuente e inespecífico que refleja un nivel de conflicto interno asociado con desesperanza y falta de autoestima (9.1).	9.1 Medina –Mora, M. López, E. Villatoro, J. Juárez F. Carreño, S. y cols.
Córdova, M., Rosales, M., Caballero, R., Rosales, J.,	2007	La ideación suicida son aquellas ideas que los individuos tienen y que frecuentemente presentan pensamientos reiterativos sobre el tema de la muerte, y/o permanentemente ocupa un lugar central en la vida del sujeto, que tiene planes y deseos de cometer suicidio pero no ha hecho evidente el intento (10.1).	10.1 Beck, A. T. M., Kovacs y A. Weissman

Anexo 2. Características y resultados de los estudios donde emplearon escala de ideación suicida de Roberts-CES-D 4 reactivos en adolescentes mexicanos

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de corte	Confiabilidad	Validez	Prevalencia de ideación suicida			Asociación significativa con otras variables	
								T	H	M	T	M
Medina-Mora, M., López, E., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S., Rojas, E.	1994	Estratificado, Bietápico y por conglomerados, 3459, 51% hombres 49 % mujeres	Distrito Federal		Respuesta afirmativa en cualquiera de sus 4 reactivos	.88		47 %	47.9%	52.1%	Consumo de drogas	
López, E. K., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J. A., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S., Rojas, E.	1995	Estratificado, Biétapico y por conglomerados 3459, 51% hombres 49 % mujeres	Distrito Federal	Un año anterior al estudio	Respuesta afirmativa en cualquiera de sus 4 reactivos	.88		47 %	47.9%	52.1%	Consumo de drogas	
González-Forteza, C., Andrade, P., Jiménez, A.	1997	No probabilístico, e intencional 423 adolescentes, 235 hombres 188 mujeres	Distrito Federal		Respuesta afirmativa en cualquiera de sus 4 reactivos	.88						
Gonzales-Forteza, C., Berenzon-Gorn, S., Tello-Granados, A. M., Facio-Flores, D., Medina-Mora, M. E.	1998	<i>Comunidad escolar</i> Estratificado y por conglomerado 1712 mujeres <i>Comunidad clínica</i> , no probabilístico e intencional 30 mujeres	Distrito Federal	Ultima semana	Respuesta afirmativa en cualquiera de sus 4 reactivos	.83 .92	66.8 81.2			Escolar (1-7) 49.1% (5-7) 14.5% Clínica (1-7) 93.3% (5-7) 60%	Bajo desempeño escolar Interrupción en estudios	

Continuación del Anexo 2

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de corte	Confiabilidad	Validez	Prevalencia de ideación suicida	Asociación significativa con otras variables		
					T			T	T	H	M
González-Forteza, C., Villatoro, J., Pick, S., Collado, M.,	1998	Estratificado, conglomerado en 3 etapas, 691 adolescentes	Coyoacan	Una semana		.80					
Serrano. M., Flores, M	2003	374, 48.4% (181) hombres 51,6% (193)mujeres	Ciudad de Mérida	Ultima semana					Relación con padre y síntoma depresiva		
Gonzalez, C., Ramos, L., Caballero., Wagner, F.,	2003	931, 508 (545) hombres, 428 (46%) mujeres	México	Ultima semana	En cada sexo en base en una media más una desviación estándar	.77				Impulsivos Conflicto padre y madre	Impulsivas Autoestima
Chávez, A., Pérez, R., Macías, L., Páramo, D.	2004	Aleatorio, bietápico y por conglomerados 2799	Guajuato	Ultima semana				1/4	más en mujeres pero no significativa		

Anexo 3. Características y resultados de los estudios donde emplearon la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D 4 reactivos en estudiantes universitarios

Autores	Año	Muestreo y muestra	Tempo- ralidad	Punto de corte T	Confia- bilidad	Validez	Prevalencia de ideación suicida			Asociación significativa con otras variables	
							T	H	M	H	M
González- Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M.E., Sánchez, M. A.	1998	Generación 1993, 1021 alumnos, 47% hombre y 52% mujeres Generación 1995, 869 alumnos, 44% hombres y 565 mujeres	Ultima semana	Presencia de uno o más de los síntomas	0.71	56.3%	1.7 %	Síntoma Genera- ción 93, 29% Genera- ción 95, 30%	Síntoma Genera- ción 93, 27% Genera- ción 95, 28%	Estrés Social Autoestima Relación con padre y madre Respuestas de enfrentami- ento familiar	Estrés social Autoestima Relación con padre Respuestas de enfrentami- ento de agresión manifiesta a la familia Respuestas agresivas manifiestas a los amigos

Anexo 4. Características y resultados de los estudios donde emplearon la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D 4 reactivos en usuarios de centros de salud

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de corte	Prevalencia de Ideación suicida	Asociación significativa con otras variables
					M	M	M
Ramos-Lira, L., Saltijeral-Méndez, T., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutiérrez, M., Martínez- Vélez, N.	2001	Probabilístico y propositivo 312 mujeres	Centro de salud de la Ciudad de México	Ultima semana	Puntaje mayor o igual a la media más una desviación estándar	7% cuando no hay violencia sexual	Violencia sexual

Anexo 5. Características y resultados de los estudios donde emplearon la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D 3 reactivos en adolescentes mexicanos

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Punto de corte		Confianza	Validez	Prevalencia de ideación suicida		Asociación significativa con otras variables		
				H	M			H	M	T	H	M
				González-Forteza, C., Jiménez, A., Gómez, C.,	1995			No probabilístico e intencional, 423 adolescentes, 55.6% hombre, 44.4% mujeres	Ciudad de México	24.5%	30.7%	0.78
González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L., Ramírez, C.,	2001	936 adolescentes, 508 (54.3%) hombres, y 428 (45.7) mujeres	Ciudad de México			0,78		15,1%	18,2%	Malestar depresivo Abuso sexual		

Anexo 6. Características y resultados de los estudios donde emplearon la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D 3 reactivos en población abierta

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad
Medina-Mora, M., Cravioto, P., Villatori, J., Fleiz, C., Galván-Castillo, F., Tapia-Conyer, R.,	2003	Probabilístico estratificado y selección de conglomerados	Urbanas de la República Mexicana	Una semana

Anexo 7. Características y resultados de los estudios donde emplearon la escala de ideación suicida A. T. Beck de 21 reactivos en centros de salud

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Asociación significativa con otras variables
					T
Mondragón, L., Saltijeral, M. T., Bimbela, A., Borges, G.,	1998	No probabilístico y por cuota, 1094 personas, 70% mujeres y 29% hombres	1	110 casos	Alcohol o drogas Desesperanza

Anexo 8. Características y resultados de los estudio donde emplearon la escala de ideación suicida de Beck 19 reactivos en estudiantes universitarios

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Punto de corte	Confiabilidad	Prevalencia de ideación suicida	
				T		H	M
González S., Díaz, A., Ortiz, S., González, C., González, J.,	2000	No probabilístico 122 estudiantes	Ciudad de México	1	0,84	11,1%	21,2%

Anexo 9. Características y resultados de los estudios donde emplearon la escala de ideación suicida de A. T. Beck de 21 reactivos en estudiantes universitarios

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Punto de corte	Confiabilidad	Prevalencia de ideación suicida	Asociación significativa con otras variables
				T		T	T
Córdova, M., Rosales, M., Caballero, R., Rosales, J.,	2007	Probabilístico aleatorio estratificado por conglomerados	FES-I	Respuesta afirmativa en cualquier reactivo	.92	312 (59.9%)	Trabajar Vivencia en infancia y adolescencia Consumo de sustancias Percepción de trastorno Personas con las que cuentan Dinero Atención psicológica Pensamiento sobre si mismo Percepción del futuro

Anexo 10. Características y resultados de los estudios donde emplearon la escala de ideación suicida de A. T. Beck de 20 reactivos en una población abierta

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Confiabilidad	Asociación significativa con otras variables
					T
García, R.	2003	607 personas 291 hombre 316 mujeres	Tabasco	.90	Depresión y ansiedad

Anexo 11. Características y resultados de los estudios donde emplearon la escala de ideación suicida de Okasha 4 reactivos en usuarios de los centros de salud

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Punto de corte		Confiabilidad	Validez	Prevalencia de Ideación suicida			Asociación significativa con otras variables	
				T	M			T	H	M	T	M
Romero, M. Mondragón, L. Cherpitel, C. Medina-Mora, M. Borges, G.	2001	Probabilístico 1511 mujeres	Ciudad de Pachuca		Respuesta afirmativa en cualquiera de los 4 reactivos	Crombach .78	Un factor de 3 reactivos Varianza explicado 70.1 %					Bebedores fuertes odds ratio 1.53 de riesgo mayor comparadas con bebedoras débiles
Mondragon, L., Monroy, Z., Medina-Mora., Borges, G.	2003	Estratificado 1511, 52.5% hombres y 47.5% mujeres	Pachuca, Hidalgo	Respuesta afirmativa en cualquiera de los 4 reactivos		.93		5.7%	3.7%	7.9%	Depresión Consumo de bebidas alcohólicas Eventos de vida social	

Anexo 12. Características y resultados de los estudios donde emplearon la escala de expectativas de vivir-morir de Okasha en personas mayores de 18 años

Autores	Año	Zona geográfica	Confiabilidad	Prevalencia de ideación suicida		Asociación significativa con otras variables
				T	diferencia entre hombres y mujeres	
Medina-Mora, M. E., Rascón, M., Tapia, R., Mariño, M., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J., Gómez, M.	1992	Tabasco	.93	Entre el 10 % y el 14%	2 mujeres por cada hombre	Depresión y ansiedad

Anexo 13. Características y resultados de los estudios donde emplearon preguntas sobre ideación suicida en población abierta

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporabilidad	Preguntas que miden ideación suicida o punto de corte	Confianza	Validez	Prevalencia de ideación suicida			Asociación significativa con otras variables	
								T	H	M	T	M
González-Forteza, C., Andrade, P.	1993	Estudiantes Mexicanos			Mayor puntaje, mayor índice de I. S.	.78	70.1					Afecto negativo Molestia psicosociales Problemas en sus relaciones interpersonales
González-Forteza, C., Andrade, P.	1995	No probabilístico e intencional 423, 55.6% hombre, 44.4% mujeres	Ciudad de México		Mayor puntaje, mayor índice de I. S.	.78	70,1					Ningún apoyo Control de padre
Berenzon, S., Medina-Mora, M., López, E., González, J.	1998	1156, 48.1% hombres y 51.9% mujeres	Tlalpan y Xochimilco		Pensó en la muerte Quería morirse Pensó en suicidarse Intento suicidarse				17.6%	18.2%		
									8.1%	11%		
									5.7%	7.2%		
									2.1%	3.9%		

Continuación del Anexo 13

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Preguntas que miden ideación suicida o punto de corte	Prevalencia de ideación suicida			Asociación significativa con otras variables		
						T	H	M	T	M	
Berenzon, S., Gonzalez-Forteza, C., Medina-Mora, M.	2000	Aleatorio estratificado y multietápico 928 mujeres	Sur de la Ciudad de México		¿Alguna vez se ha sentido usted tan decaído que pensó en suicidarse? ¿Ha intentado suicidarse alguna vez? Cuando intento suicidarse, ¿Estuvo hospitalizado o bajo tratamiento médico debido a la gravedad de las lesiones físicas que tuvo? El haber intentado suicidarse, ¿Fue un impedimento para trabajar o hacer sus actividades diarias?	36%					Trastorno depresivo Distimia Trastorno fóbico
Borges, G., Wilcox, H., Medina-Mora, M., Zambrano, J., Blanco, J., Wlaterr, E.	2005	Probabilístico estratificado y multietápico 2362 personas, 1127 hombres (47.7%) 1235 mujeres (52.3%)	Urbana de la Ciudad de México	1º tiempo 1) alguna vez 2º tiempo 2) últimos 12 meses	¿Pensó seriamente en suicidarse? ¿Ha hecho un plan para suicidarse?	Pregunta 1 1º tiempo 8.3% 2º tiempo 2.3 % Pregunta 2 1º tiempo 3.2% 2º tiempo 1.0%	Pregunta 1 1º tiempo 6.1 % 2º tiempo 1.9% Pregunta 2 1º tiempo 2.4% 2º tiempo 1.0%	Pregunta 1 1º tiempo 10.4% 2º tiempo 2.7 % Pregunta 2 1º tiempo 3.9% 2º tiempo 0.9%	Odds reation la I. S. no ocupa lo lugares primeros		

Anexo 14. Características y resultados de los estudios donde emplearon otros instrumentos de ideación suicida en población abierta

Cuestionario para investigaciones de ideación suicida (SIS-Q)							
Autores	Año	Muestreo y muestra	Confiabilidad	Prevalencia de ideación suicida			Asociación significativa con otras variables
				T	H	M	T
Luckie, L., Morán, P., Juárez, R., Vázquez, D., Curiel, O., Ramiro, M.,	1998	1000, 675 mujeres y 325 hombres		12.2% (79 sujetos)	4.1% (27 sujetos)	8.0% (52 sujetos)	Trastornos del sueño Trastornos del ánimo Depresión Minusvalía
Escala de evaluación de la conducta social del paciente SBAS (Social Behaviour Assessment Schedule)							
Rascón, M., Gutiérrez, M., Valencia, M., Díaz, L., Leaños, C., Rodríguez, S.	2004	163 familiares de pacientes con esquizofrenia 79.8% mujeres 20.2% hombres	0,78	13,50%	13,80%	12,50%	Trastorno afectivo

Anexo 15. Instrumento "Detección de Ideación suicida en jóvenes"



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**



¡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 proporciones 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

DETECCIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA 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, cigarros, 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 tú 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:

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

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.

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
	TA	A	D	TD
<i>2.1. Si desagradado a los demás no puedo ser feliz</i>	4	3	2	1
<i>2.2. Quiero caerle bien a algunas personas</i>	1	2	3	4
<i>2.3. La gente probablemente me considerará menos si cometo algún error</i>	4	3	2	1
<i>2.4. Solo porque no le agrade a algunas personas, no significa que sea una mala persona</i>	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 mi	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 mi	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), tranquil(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 importante!

apoyo@campus.iztacala.unam.mx

¡No dudes en pedir ayuda, tú eres muy

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

