



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Ideación suicida y su relación jerárquica con variables psicológicas y de identificación personal en jóvenes de ambos sexos de la Universidad Tecnológica de Querétaro

T E S I S E M P Í R I C A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
Mayra Verónica Romero Jiménez

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

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

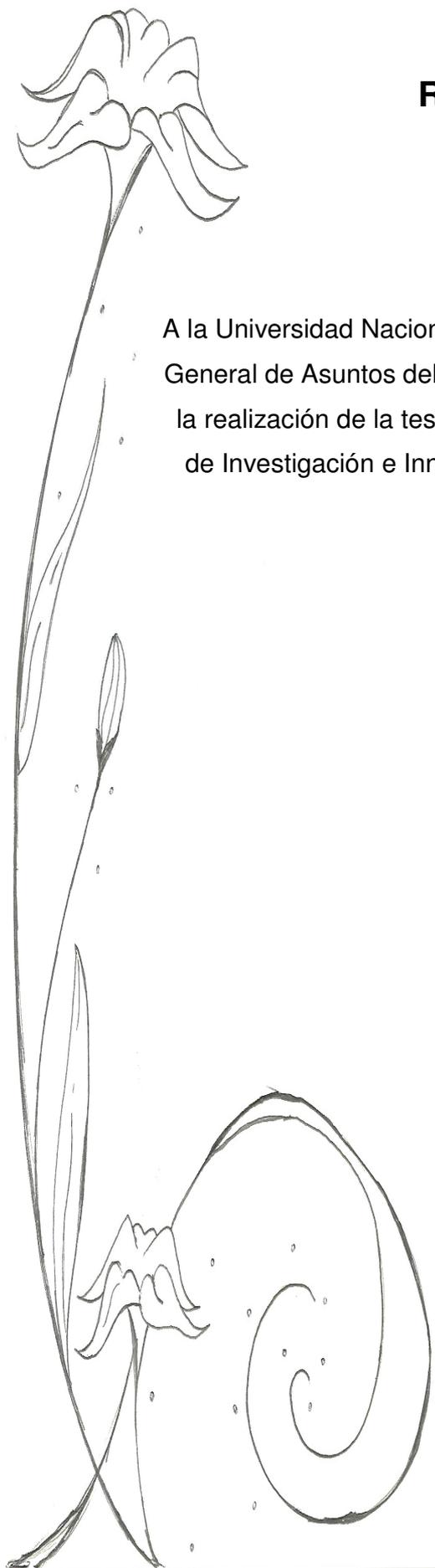
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

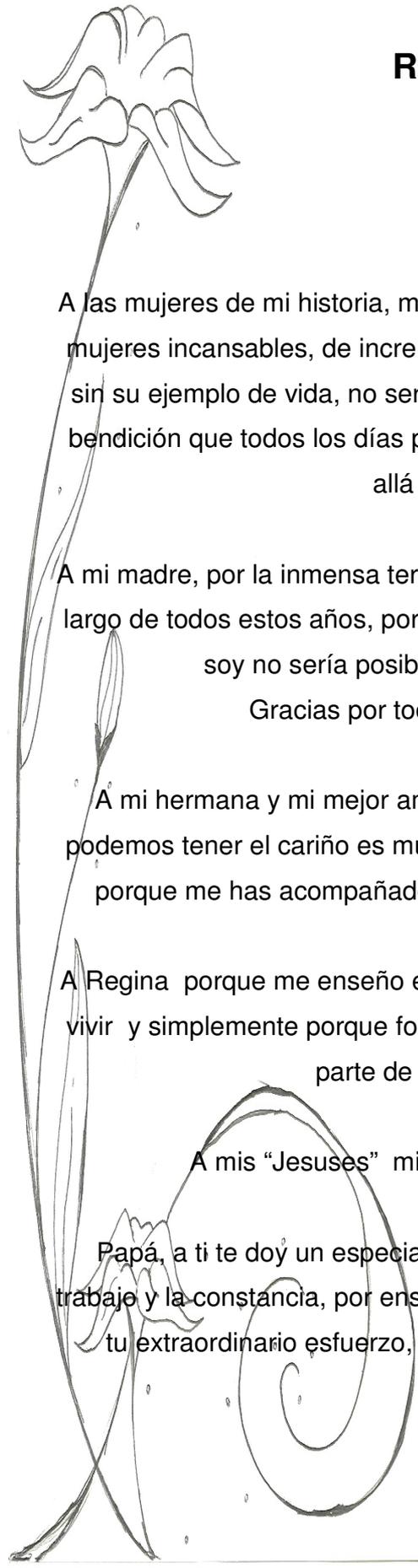
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

RECONOCIMIENTO

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





RECONOCIMIENTO

A las mujeres de mi historia, más bien con las que comenzó mi historia, mis abuelas, mujeres incansables, de increíble fortaleza y templanza: Esperanza y Rosa por que sin su ejemplo de vida, no sería lo que ahora soy. Gracias mamá Esperanza por la bendición que todos los días pides para mi; gracias mamá Rosa por quererme más allá de la pasajera existencia...

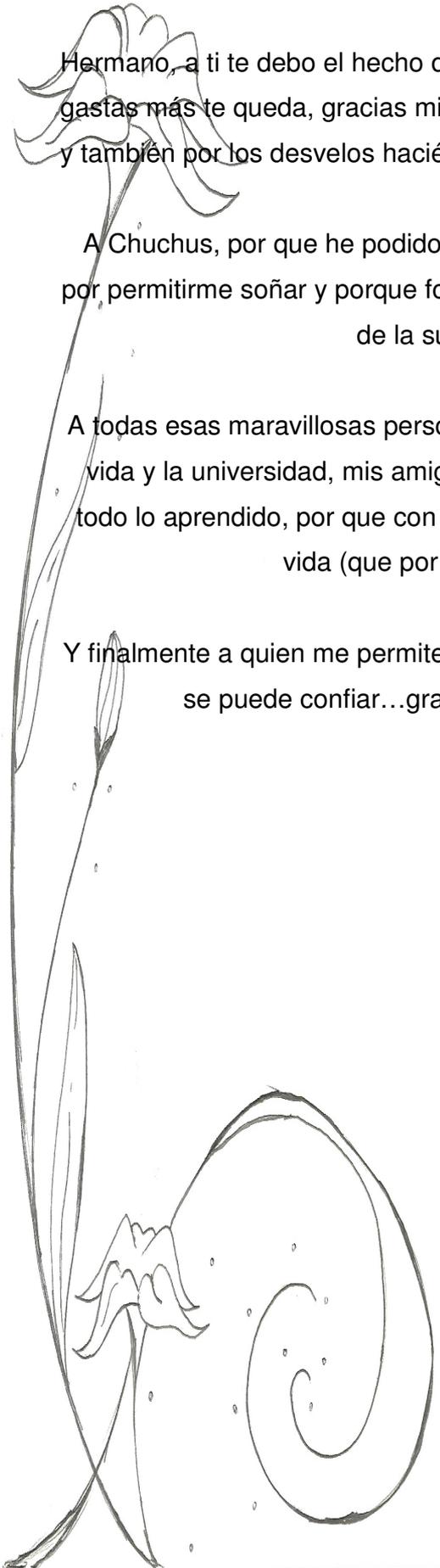
A mi madre, por la inmensa ternura, comprensión y paciencia que me ha brindado a lo largo de todos estos años, por que sin sus ánimos y compañía, gran parte de lo que soy no sería posible. Hermi, mis logros también son tuyos...
Gracias por todos esos día de dedicación y apoyo...

A mi hermana y mi mejor amiga, por que pese a las diferencias de opinión que podemos tener el cariño es mucho y la paciencia es más, porque eres mi persona y porque me has acompañado desde siempre, gracias Luna, tú sabes por qué...

A Regina porque me enseñó el valor del tesoro más grande que poseo, el tesoro de vivir y simplemente porque formar parte de mi vida y por haberme permitido formar parte de la suya, gracias pequeña Regis.

A mis "Jesuses" mi padre, mi hermano y al pequeño chuchus.

Papá, a ti te doy un especial reconocimiento por enseñarme que la base, es el trabajo y la constancia, por enseñarme a tener confianza en mi misma, por tu tiempo, tu extraordinario esfuerzo, tu cariño para conmigo y tu apoyo incondicional...



Hermano, a ti te debo el hecho de saber, que la alegría es algo que, mientras más la gastas más te queda, gracias mi niño por alegrarme la vida, por brindarme tu ayuda, y también por los desvelos haciéndome compañía, gracias Haxe.

A Chuchus, por que he podido ver en sus ojos y cada sonrisa, el amor por la vida, por permitirme soñar y porque forma parte de mi existencia y por haber sido ser parte de la suya, gracias pequeño Jesús.

A todas esas maravillosas personas que hacen e hicieron más leve mi camino por la vida y la universidad, mis amigos, por todo lo vivido por los fallos cometidos y por todo lo aprendido, por que con ustedes he pasado parte de los mejores años de mi vida (que por supuesto espero que sean más...)

Y finalmente a quien me permite creer en algo que no puedo probar, pero en quien sí se puede confiar...gracias por la oportunidad de cada nuevo día.

Mhay.



RECONOCIMIENTO

A los profesores que me asesoraron en la realización de la presente tesis:
Dra. Martha Córdova Osnaya y Lic. José Carlos Rosales Pérez, gracias por el tiempo
y la paciencia.

Dr. Fernando Quintanar Olguín, gracias por su colaboración.



ÍNDICE TEMÁTICO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1. EL SUICIDIO	4
1.1 Definiciones del Suicidio	4
1.2. Teorías que Explican la Conducta Suicida	6
1.2.1 Perspectiva genética y bioquímica	7
1.2.2 Perspectiva psiquiátrica	8
1.2.3. Perspectiva sociológica	10
1.2.4. Perspectiva psicoanalítica	11
1.2.5. Perspectiva religiosa	12
1.2.6. Perspectiva cognitivo-conductual	13
1.2.6.1. Tipos de conducta suicida	
1.3. Factores de Riesgo Suicida	16
1.4. El suicidio en México	20
CAPITULO 2. IDEACIÓN SUICIDA: LA MEDICIÓN EN MÉXICO Y SUS PRINCIPALES HALLAZGOS	21
2.1. Definiciones de Ideación Suicida	21
2.2. Medición de la Ideación Suicida en Investigaciones Mexicanas	24
2. 2. 1. Escala de Roberts-CES-D	24

2. 2. 2. Preguntas/Reactivos que Miden IS	27
2. 2. 3. Escala de Ideación Suicida de Beck	28
2. 2. 4. Escala de Expectativas sobre Vivir-Morir de Okasha	29
2.2.5. Otros instrumentos	30
2.2.5.1. Suicidal Ideation Screening Questionnaire (SIS-Q)	
2.2.5.2. Social Behavior Assessment Schedule (SBAS)	
CAPITULO 3. METODOLOGÍA	33
3.1. Planteamiento del Problema	33
3.1.1. Preguntas de investigación	34
3.1.2. Objetivos	34
3.1.3. Hipótesis	35
3.2. Método	35
3.2.1. Definición de la población	35
3.2.2. Descripción de la muestra	36
3.2.3. Descripción de los materiales	36
3.2.4. Descripción de instrumentos y aparatos	36
3.2.5. Descripción del lugar	36
3.2.6. Definición de las variables	37
3.3. Procedimiento	37
3.3.1. Diseño de investigación	37
3.3.2. Diseño de la muestra	38
3.3.3. Descripción de sesiones y fases	38
CAPÍTULO 4. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	40
4.1. Variables de Identificación Personal	40
4.1.1. Datos generales	40

4.1.1.1. Muestra total	
4.1.1.2. Datos generales por sexo	
4.1.2. Aspectos académicos	43
4.1.2.1. Muestra total	
4.1.2.2. Muestra por sexos	
4.1.3. Datos económicos	48
4.1.3.1. Muestra total	
4.1.3.2. Muestra por sexos	
4.1.4. Experiencias negativas	51
4.1.4.1. Muestra total	
4.1.4.2. Muestra por sexo	
4.1.5. Atención psicológica	60
4.1.5.1. Muestra total	
4.1.5.2. Muestra por sexos	
4.1.6. Datos de apoyo	63
4.1.6.1. Muestra total	
4.1.6.2. Muestra por sexo	
4.1.7. Antecedente suicida	68
4.1.7.1. Muestra total	
4.1.7.2. Muestra por sexo	
4.1.8. Resumen de los resultados: Variables de Identificación Personal	71
4.2. Variables Psicológicas	74
4.2.1. Ajuste psicométrico de escalas y reactivos; confiabilidad y validez	73
4.2.1.1. Ajuste psicométrico	73
4.2.1.1.1. Muestra total	
4.2.1.1.2. Muestra por sexos	
4.2.1.2. Confiabilidad	75
4.2.1.2.1. Muestra total	

4.2.1.2.2. Muestra por sexos	
4.2.1.3. Validez	77
4.2.1.3.1. Muestra total	
4.2.1.3.2. Muestra por sexos	
4.2.2. Descripción de las escalas y reactivos	88
4.2.2.1. Muestra total	
4.2.2.2. Muestra por sexos	
4.2.3 Resumen de los resultados: Variables Psicológicas	102
4.3. Comprobación de Hipótesis de Investigación	105
4.3.1. Resumen de los principales hallazgos	113
CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN	115
BIBLIOGRAFÍA	119
ANEXO	126
➤ Tabla 2.1. Definiciones sobre Ideación Suicida (IS) citadas en investigaciones mexicanas	
➤ Tabla 2.2. Características y resultados de los estudios donde se empleo escala de Roberts-CES-D (4 reactivos) para medir IS en adolescentes (de educación secundaria y preparatoria/bachillerato)	
➤ Tabla 2.3. Características y resultados de los estudios donde se empleo escala de Roberts-CES-D (4 reactivos) para medir IS en estudiantes universitarios	
➤ Tabla 2.4. Características y resultados de los estudios donde se empleo escala de Roberts-CES-D (4 reactivos) para medir IS en usuarios de los servicios de salud	

- Tabla 2.5. Características y resultados de los estudios donde se empleo escala de Roberts-CES-D (**3 reactivos**) para medir IS en adolescentes (de educación secundaria y preparatoria/bachillerato)
- Tabla 2.6. Características y resultados de los estudios donde se empleo escala de Roberts-CES-D (**3 reactivos**) para medir IS en población abierta (entrevistas)
- Tabla 2.7. Características y resultados de los estudios donde se utilizaron preguntas para medir IS en población adolescente (de educación secundaria) (en ambos estudios se realizaron 3 reactivos para medir IS con base en la bibliografía, no mencionados en ellos)
- Tabla 2.8. Características y resultados de los estudios donde se utilizaron preguntas para medir IS en población abierta (usuarios de servicios de salud/comunidades urbanas)
- Tabla 2.9. Características y resultados de los estudios donde se empleo Escala de Ideación Suicida de Beck en usuarios de los servicios de salud/población abierta
- Tabla 2.10. Características y resultados de los estudios donde se empleo Escala de Ideación Suicida de Beck en estudiantes universitarios
- Tabla 2.11. Características y resultados de los estudios donde se empleo escala de Okasha para medir IS en usuarios de los servicios de salud
- Tabla 2.12. Características y resultados de los estudios donde se utilizó el Instrumento SIS-Q para medir IS en población abierta (usuarios de servicios de salud)
- Tabla 2.13. Características y resultados de los estudios donde se utilizó la escala SBAS para medir IS en usuarios de servicios de salud (familiares de pacientes con esquizofrenia)
- Tabla 3.1. Definición de variables psicológicas y de identificación personal
- Instrumento de “Detección de Ideación Suicida en Jóvenes”

RESUMEN

El suicidio de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha convertido en un problema de salud pública, debido al número de personas afectadas por año; se calcula que tan solo en el año 2000 se suicidaron aproximadamente un millón de personas al rededor del mundo; sin embargo de diez a veinte veces más personas intentaron suicidarse. Particularmente en nuestro país en el 2005 se calculó el número de suicidios en 3553 muertes, es decir, el equivalente a 3.4 suicidios consumados por cada 100 mil habitantes en el país; de los cuales el 83.6% de los suicidios fue de hombres y 16.4% de mujeres; encontrando que por cada mujer suicida hubo casi cinco hombres que incurrieron en este hecho. De igual forma el INEGI estima que la población más afectada se encuentra en el rango de edad de 15 a 29 años. De acuerdo con la OMS la conducta suicida es el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales, es decir, tiene un origen multicausal. Por lo que para su estudio se ha dividido en tres rubros: ideación suicida (IS), intento suicida y suicidio consumado. Siendo la primera (IS) la de interés en el presente estudio por ser de gran importancia en la detección y prevención la conducta suicida.

Es por eso el objetivo de la presente investigación fue identificar de acuerdo al sexo la incidencia de ideación suicida y su asociación jerárquica con las variables psicológicas y de identificación personal que integran el instrumento de "Detección de Ideación Suicida en Jóvenes" en estudiantes de la Universidad Tecnológica de Querétaro. La muestra fue no aleatoria intencional y estuvo integrada por 388 participantes 200 mujeres y 188 hombres. Los resultados mostraron una incidencia de IS alta de 4.9%, en los jóvenes de la muestra, los análisis de regresión múltiple utilizados, permitieron identificar modelos de relación que explican la presencia de IS, donde las variables psicológicas que resultaron significativas fueron el apoyo social y el estado emocional en hombres y mujeres. No se encontraron diferencias significativas entre las muestras de hombres y mujeres

INTRODUCCIÓN

*“¿Te raya el mundo?, ¿piensas en la muerte?; no te suicides el error de haber nacido siempre se corrige...”
Xhelazz*

Los antecedentes del suicidio se remontan a la existencia misma del hombre, o quizás debería decir que la lucha del hombre contra su propia existencia, es tan antigua como el hombre mismo. Como podrá verse en el capítulo uno, las maneras de abordar, incluso de explicarlo, varía de acuerdo a la disciplina que lo estudia o investiga, sin embargo la importancia que últimamente ha cobrado dicho fenómeno se debe al aumento que se ha registrado en las últimas décadas alrededor del mundo.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2007), en México, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes (15 a 29 años de edad) después de los accidentes automovilísticos; No obstante, las cifras más alarmantes están dadas por los intentos de suicidio, que ocurren con una frecuencia 70 veces mayor que los suicidios consumados, convirtiendo al mismo, en un asunto de salud pública. Sin embargo no fue, en esta tesis, el suicidio consumado el que movió nuestro interés si no la Ideación Suicida (IS) (el suicidio para su estudio se divide en tres fases IS, intento suicida y suicidio consumado, aunque cabe señalar que no siempre sigue ésta lógica lineal). A pesar de ello en nuestro país las investigaciones con respecto a la IS en estudiantes universitarios, son muy limitadas, ya que dentro de la literatura solo se cuenta con un trabajo realizado por González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez (1998) en dicha población.

De igual manera es importante señalar que, en México, no se cuentan con suficientes estudios que analicen el fenómeno de la IS de manera multivariada, es decir, tomando en cuenta que el problema de la conducta suicida obedece a causas multifactoriales, de ahí la importancia de su estudio, de igual forma siendo la

ideación suicida el primer eslabón de la cadena, a considerar, dentro del comportamiento suicida, resulta crucial en el diseño de programas de prevención al mismo.

El objetivo de la presente investigación fue identificar de acuerdo al sexo, la incidencia de ideación suicida y su asociación jerárquica con las variables psicológicas y de identificación personal que integran el instrumento de “Detección de Ideación Suicida en Jóvenes” en estudiantes de la Universidad Tecnológica de Querétaro.

Dentro de la presente tesis se abordan en el capítulo uno qué es el suicidio y las distintas disciplinas que lo explican, dentro de las cuales se incluyeron la sociológica, la biológica, la religiosa y psicológica; con dos de sus derivaciones: el psicoanálisis y la teoría cognitivo conductual.

Dentro del capítulo dos se recopilaron las distintas definiciones de IS, en las investigaciones realizadas en México así como sus principales hallazgos, sin dejar de lado la manera en que se ha medido la IS en nuestro país. Para una mejor comprensión de los mismos al final de la tesis se incluye un anexo con tablas en donde se integraron todas las investigaciones revisadas, clasificándolas de acuerdo a la escala o preguntas que se utilizaron para medir la IS y el tipo de población.

En el contenido del capítulo tres se describe la metodología empleada dentro de la investigación, el planteamiento del problema, las preguntas de investigación, los objetivos propuestos y las hipótesis a comprobar, el método, así como el procedimiento empleado.

El capítulo cuatro corresponde a los resultados obtenidos, dentro de éste se describe en primer lugar los resultados de las Variables de Identificación Personal en la muestra total y respecto a cada sexo, se continúa con la descripción de las Variables Psicológicas y se finaliza con la comprobación de las hipótesis de investigación; para

la comprobación de las hipótesis que se manejaron, se utilizó una prueba t y diversos análisis de regresión múltiple, éstos de igual manera se puntualizan dentro del capítulo.

Finalmente con el apartado de conclusión y discusión se da cierre a la investigación, proporcionando una descripción de los resultados en base a dos teorías la cognitivo conductual y la teoría racional emotivo conductual (TREC), esto con el fin de proporcionar una mejor comprensión de los mismos.

También se incluyó la lista de referencias biográficas en las cuales el presente trabajo se apoyó para su realización. De igual forma se incluyó un anexo de tablas en que se describen las distintas investigaciones realizadas en México, tomando en cuenta la escala que se utilizó para medir la IS y el tipo de población al cual se aplicó, a su vez se cuenta con una tabla en la cual se enlistan las distintas definiciones de IS dentro de las investigaciones revisadas, así como una tabla con la definición de las variables utilizadas en tres niveles: conceptual o teórico, metodológico y operacional y también se incluyó una copia del instrumento "Detección de Ideación Suicida en Jóvenes" utilizado en la tesis.

CAPÍTULO 1. EL SUICIDIO

Los antecedentes del suicidio se remontan a la existencia misma del hombre, sus características varían de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica existente y su complejidad como fenómeno de origen multicausal, ha merecido la atención de estudios pertenecientes a diversas áreas de las ciencias biológicas y sociales. El suicidio plantea cuestiones de índole tan complejo que no basta una sola disciplina para poder decir qué es y a qué se debe; dentro de la presente investigación se da cuenta de las distintas concepciones que se tiene del suicidio y las distintas maneras de abordarlo, en éstas se incluyen la perspectiva sociológica, biológica y psicológica, para al final de la misma presentar la incidencia del fenómeno en México.

1.1. Definiciones de Suicidio

Como todas las grandes cuestiones humanas, en particular las que obedecen a situaciones límite, el suicidio plantea problemas de índole tan compleja y profunda, que no puede responderse con soluciones rígidas, unívocas y definitivas; de igual modo no se puede hablar de algo que se desconoce, o que se cree conocer porque en la cotidianidad las personas hablan de ello, por lo que podría pensarse que todo el mundo conoce su significado, la palabra suicidio se ha vuelto una palabra de uso común, cotidiano del que mucha gente habla, la cuestión es ¿todos saben lo que significa?, y ¿todo lo que encierra?, pudiera creerse que sí y que resultaría redundante definirla, sin embargo, es necesario hacerlo por lo complejo que resulta este fenómeno.

De acuerdo con Durkheim, (2003) se llama suicidio a 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 ese resultado. Para Durkheim, alguien se mata rehusando a alimentarse, de igual forma, que destruyéndose por el hierro o por el fuego; no siendo necesario que el acto producido por la persona

haya sido el antecedente inmediato de la muerte, para que ésta pueda ser considerada como efecto suyo; la relación de causalidad puede ser indirecta, sin que por esto el fenómeno cambie de naturaleza.

A su vez Durkheim distingue, o más bien clasifica, en tres grupos las formas principales de suicidio:

- a) El suicidio egoísta, que se lleva a cabo sobre todo por la desvinculación respecto al grupo o a la sociedad
- b) El suicidio altruista en el que, por el contrario, el hombre se quita la vida por estar demasiado fundido con la sociedad y no tener propiamente estima personal ni verdadera individualidad.
- c) El suicidio anómico, que se produce como reacción ante una brusca ruptura o cambio en el orden de la vida; cuando se quebranta la normalidad, el equilibrio en que se solía vivir, por ejemplo, los cambios drásticos económicos, sociales, amorosos o profesionales.

González (1996) argumenta la relevancia freudiana, y psicoanalítica en general, del aspecto inconsciente de los actos humanos, dicho aspecto inconsciente muestra cómo el mundo de lo aparentemente accidental, imprevisto, fortuito e insignificante, no lo es en el fondo; el psicoanálisis tiende a descubrir el móvil oculto de las acciones haciendo difícil descartar como actos verdaderamente suicidas muchas muertes y accidentes que parecerían realizarse de manera involuntaria, sin prever ninguna consecuencia mortal y de carácter realmente inconsciente; ya que el mismo psicoanálisis ha mostrado que el inconsciente ignora la propia muerte, de tal suerte, que en muchos de los casos el suicida tiene, inconcientemente, la fantasía de la inmortalidad y por eso se mata. Siendo así el suicidio se deriva de los impulsos más íntimos y subjetivos del alma y se interpretaría ya como agresión a otro ser humano (que se revierte sobre el propio yo); ya como una expresión de las pulsiones de muerte. Por lo que el impulso suicida provendría de *Tánatos*, esa fuerza oscura y silenciosa que niega toda energía y todo ímpetu de vida.

Contrariamente a lo propuesto por Durkheim la concepción psicoanalítica pone en el sujeto y en sus íntimas pulsiones la causa decisiva del suicidio y no en la sociedad.

En otros términos, de acuerdo con el estudio realizado por Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006) el suicidio se define como el acto de matarse en forma voluntaria donde intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida), como el acto suicida en sí. De igual manera estos autores consideran que el suicidio debe ser considerado como un trastorno biológico que puede ser desencadenado por situaciones medioambientales.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que suicidio es el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales, que desencadenan un comportamiento autodestructivo (Organización Mundial de la Salud, 2006).

Y finalmente para Villardón (1993) (citando el diccionario de uso del español de Moliner, 1983) el suicidio se define como la “acción de matarse a sí mismo” y desglosa la palabra en sus raíces: la palabra suicidio esta formada por el pronombre latino “sui” y la terminación de homicidio. Suicidarse se entiende como matarse voluntariamente a sí mismo. De esta manera lo que difencía el suicidio del homicidio es que la acción recae sobre el propio actor, siendo la muerte el resultado de un acto voluntario. Esta concepción de suicidio como un acto voluntario de matarse a sí mismo presupone, por parte del suicida, una concepción de la muerte y la combinación del deseo conciente de muerte, con la acción para llevar a cabo este deseo; siendo así que la acción se relacione con la muerte.

1.2. Teorías que Explican la Conducta Suicida

Como se señaló anteriormente el suicidio no se puede explicar a partir de una sola disciplina, o de una sola perspectiva porque es un fenómeno multicausal, es decir, se produce en un medio sociocultural e indudablemente se ve influido por una variedad

de factores físicos, bioquímicos y psicológicos, es por ello que a continuación se describen brevemente cada uno de los puntos de vista que tratan de darle una explicación a la cuestión que nos interesa, el suicidio.

1.2.1. Perspectiva genética y bioquímica

Desde este punto de vista se trata de demostrar el carácter heredable de la conducta suicida a través de los estudios de pedigrí, o linaje familiar, empleados desde el siglo XIX.

Dos estudios, uno realizado con familias Amish y otro realizado con sujetos adoptados por familias danesas han sido acogidos con gran interés, por sus contribuciones a la teoría de la predisposición genética.

Egeland y Sussex (en Freeman y Reinecke, 1995) estudiaron los trastornos afectivos y el suicidio entre las familias de antiguo orden Amish. Este grupo está culturalmente aislado y alejado de muchos estresores asociados al riesgo de suicidio, de la vida moderna. Casi son inexistentes los problemas por abuso de drogas o alcohol, desempleo o soledad en la comunidad. El suicidio es un tabú entre los miembros de dicha comunidad. La información obtenida mediante entrevistas estructuradas (Esquema para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia, Emdicott y Spitzer, 1978, en Freeman et al. 1995) con familiares de 26 suicidas fueron diagnosticados con algún incidente de depresión, trastorno afectivo bipolar y otros trastornos. Aunque los suicidios eran más comunes en familias con trastornos afectivos serios, las familias con los casos más graves de depresión no fueron necesariamente las que mostraron mayor incidencia de suicidios. Sin embargo había un agrupamiento de suicidios en los linajes familiares. En cuatro linajes de Amish se incluía el 73% de los suicidios; estos cuatro grupos comprendían solo el 16% de la población de la comunidad total. El modelo de suicidio en líneas monárquicas de estas comunidades cerradas sugiere que existe un componente genético en el suicidio (Freeman y Reinecke, 1995) A su vez Freeman y Reinecke (1995) señalan los estudios de Key

donde se muestra que el componente genético puede implicar una tendencia hacia la conducta compulsiva y no solo a la depresión; siendo la bioquímica cerebral la que probablemente predisponga genéticamente al suicidio y la multitud de anormalidades bioquímicas que se han advertido entre los pacientes suicidas. La serotonina, por ejemplo, es un neurotransmisor asociado al suicidio, la agresividad, y la conducta impulsiva. Las investigaciones sobre la misma han arrojado que pacientes depresivos con niveles de un producto metabólico de la serotonina (ácido 5-hidroxiindolacético o 5-HIAA) inferiores a lo normal habían intentado suicidarse; sugiriendo que los neurotransmisores monoácidos desempeñan alguna función en la conducta suicida.

1.2.2. Perspectiva psiquiátrica

Dentro de la perspectiva psiquiátrica el suicidio se ha considerado desde dos orientaciones, la clásica y la epidemiológica. La primera explica el suicidio a partir del concepto de la enfermedad mental; esto es desde una perspectiva individual y patológica. Desde este punto de vista todos los suicidios son patológicos ligados a trastornos orgánicos, es decir, se defiende la existencia de ciertas anormalidades biológicas entre los individuos suicidas, como por ejemplo, la disfunción en la regulación de la serotonina, de tal modo que la explicación ofrecida desde esta orientación es totalmente biologista, ya que su base estriba en afirmar que el fenómeno del suicidio se da a consecuencia de una enfermedad mental o más bien que un individuo se suicida porque esta “enfermo” (Villardón, 1993).

Dentro de la segunda orientación, la epidemiología psiquiátrica, trata de aunar aspectos individuales con aspectos sociales, siendo la rama de la psiquiatría que enlaza aspectos psicopatológicos personales con aspectos sociales. Sus estudios se centran principalmente en la identificación de grupos de riesgo y las características del mismo. Se asume que la probabilidad de que se manifieste una conducta suicida está determinada por el factor o el conjunto de factores de riesgo; entre los cuales se consideran (para la identificación de los grupos de riesgo) variables

sociodemográficas (estado civil, sexo, edad, etc.), psicopatológicas (enfermedad mental, alcoholismo, etc.) y sociales (nivel económico, hospitalización, pérdida de un padre, etc.).

La edad es uno de los factores que se tienen en cuenta al identificar grupos de riesgo en conducta suicida ya que a medida que avanza la edad existe mayor riesgo de suicidio. Sin embargo, los resultados de numerosas investigaciones apuntan a que la tasa de suicidio ha ido aumentando entre la población joven, lo que muestra que la incidencia de suicidios por el número de muertes afecta más a los adolescentes que a los jóvenes y que a los ancianos, siendo en la época actual una causa importante de mortalidad de este grupo de edad.

En cuanto al sexo se puede afirmar que son más las mujeres y chicas jóvenes las que intentan suicidarse (3 o 4 veces más que los hombres), mientras que son los hombres los que más cometen suicidio (alrededor de 3 veces más que las mujeres). Sin embargo, son las mujeres las que presentan una mayor incidencia de ideación suicida; aunque se percibe un aumento en los suicidios consumados entre las personas de sexo femenino, esto se puede atribuir al proceso de urbanización, secularización y emancipación de la mujer, y a que la incorporación de la misma al trabajo y el cambio de roles y aspiraciones que eso supone, puede provocar un aumento de estrés, frustración, etcétera, entre las mujeres.

Dentro de los trastornos psiquiátricos asociados frecuentemente con el suicidio se cuenta la esquizofrenia en menor grado que la depresión, aunque ciertas modalidades de suicidio son más frecuentes entre los pacientes esquizofrénicos.

La depresión es la afección que da cuenta de un mayor porcentaje de suicidios. Se ha llegado a afirmar, incluso, que la mitad de las muertes voluntarias tienen lugar entre personas víctimas de la depresión. Existen estimaciones que afirman que el riesgo de cometer suicidio en un individuo deprimido es 50 veces mayor que en un

individuo no depresivo, aunque ésta proporción varía en función de la severidad de la depresión.

Tanto el alcoholismo como el abuso de sustancias contribuyen a aumentar el riesgo de cometer suicidio, numerosos estudios afirman que el porcentaje de tentativas de suicidio entre la población toxicómana oscila entre un 25 y un 50%. A su vez, el aumento de la tasa de suicidio en los adolescentes y jóvenes está asociado a un aumento en el abuso de drogas y alcohol por parte de éste grupo de población (Villardón, 1993).

1.2.3. Perspectiva sociológica

De acuerdo con Freeman y Reinecke (1995) y Villardón (1993) el suicidio desde el ámbito sociológico se explica como un producto de, o determinado por, un conjunto de aspectos de la sociedad, sus estructuras y características. Dicha explicación proporcionada por los autores antes mencionados, se basa en el trabajo realizado por Durkheim, siendo él el representante más importante de esta orientación. De modo que se expondrá brevemente algunas consideraciones del suicidio de la teoría durkheimiana.

Durkheim aborda el suicidio desde una perspectiva etiológica tomando como objeto de estudio la tasa de suicidios y no el suicidio individual entendiendo por tasa de suicidio a la relación entre la cifra global de muertes voluntarias y la población de cualquier edad y sexo (cifra que se calcula en relación con un millón o cien mil habitantes de determinada población) (Durkheim, 2003); el propósito de la investigación de Durkheim fue indagar las condiciones de las que depende la tasa social de suicidio y no centrarse en las condiciones que pudieran intervenir en la génesis de cada suicidio particular, ya que estas últimas no pueden explicar una tendencia de la sociedad como un todo hacia el suicidio.

Dentro de su obra Durkheim analiza los diferentes factores que podrían influir en la tasa de suicidios y establece dos grandes grupos: el primero hace referencia a los factores extra-sensoriales y el segundo a los sociales. Para Durkheim en cada grupo social existe una tendencia específica al suicidio, que depende de causas sociales y no de factores extra-sensoriales o individuales. Partiendo de esta concepción, clasifica los tipos de suicidio desde las causas que lo producen: hablando de tres tipos de suicidio el egoísta, altruista y anómico

El suicidio egoísta es consecuencia de la falta de integración social o de una individuación excesiva. El suicidio altruista se deriva de una integración social demasiado fuerte. El suicidio anómico aparece cuando la sociedad está perturbada por transformaciones demasiado repentinas y al no ser capaz de ejercer su acción reguladora –anomía- y el individuo pierde los puntos de referencia.

Como es posible apreciar, Durkheim propone una explicación social de la tasa de suicidios, dicha tasa está potenciada por una falta o un exceso de integración y/o regulación social. Los factores individuales, a decir de Durkheim, no pueden dar cuenta de la propensión de una colectividad al suicidio sino que solamente puede explicar la concreción de dicha tendencia suicida social en casos individuales.

1.2.4. Perspectiva psicoanalítica

La aportación psicoanalítica al problema del 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 pone a sí mismo. Por ejemplo, en la obra “duelo y melancolía” Freud interpreta las tendencias auto agresivas que se dan en la melancolía como agresiones a la persona amada, a quien ha perdido y con quien el individuo se había identificado. La melancolía hace que se trate al sí mismo como un objeto y que dirija contra él la hostilidad que desearía dirigir contra un objeto exterior. De tal modo que se concibe al suicidio como agresión.

Más adelante en la obra titulada “más allá del principio de placer” Freud desarrolla sus ideas sobre Eros y Tánatos (instinto o pulsión de vida y muerte respectivamente) como dos tendencias de signos contrapuestos que existen en el hombre desde el comienzo de la vida. El suicidio pertenece a Tánatos. En este sentido Freud afirma que todas las personas son potencialmente suicidas a través de una fuerza intrapsíquica del instinto o pulsión de muerte.

Por otra parte se distinguen tres dimensiones que se combinan en todo sentido: el deseo de morir, el deseo de matar, y el deseo de ser matado, a la vez que se afirma la existencia en todos los individuos de una propensión a la autodestrucción (Villardón, 1993).

1.2.5. Perspectiva religiosa

La interpretación tradicional del quinto mandamiento dice “No matarás”, dentro de la tradición judeocristiana se considera el acto de matarse a sí mismo como una violación directa de dicha ley aunque la Biblia no proscriba o condene directamente el suicidio (Freeman y Reinecke, 1995). Como muestra de ello en el Antiguo Testamento se incluyen cuatro casos de suicidio (Sansón, Saúl, Abimelech y Ahitofel) siendo el último ceremoniosamente enterrado en el panteón familiar. De igual forma en el Nuevo Testamento no se condena el suicidio, de hecho dentro de este, el suicidio de Judas está motivado por el arrepentimiento y la búsqueda de justicia. Siendo así las iglesias han predicado el quinto mandamiento según su propia interpretación. Es por ello que el suicidio ha sido proscrito por la mayor parte de las concepciones religiosas, ya que en gran medida, como advirtió Durkheim, las religiones han sido un factor esencial para inhibir las tendencias o las reacciones suicidas de los seres humanos ya que el suicidio en los países predominantemente católicos es inferior al nivel de suicidio que en los países con predominancia protestante, de igual forma los niveles de suicidio entre los judíos es inferior a los católicos o protestantes. A pesar de que con frecuencia muchas religiones conllevan de algún modo un desprecio por el cuerpo y por esta vida, no por ello favorecen el

suicidio, sino al contrario. En la tradición occidental, desde el orfismo y el pitagorismo, aún cuando se considere que el cuerpo es “la tumba del alma” y que los fines últimos se cifran en liberarse de esta vida y de este mundo, se prohíbe sin embargo toda decisión suicida; la vida es tomada como un tránsito de prueba y no puede ser destruida por la voluntad humana.

Lo mismo sucede dentro de la religión cristiana para la cual, precisamente la persona adquiere, un carácter esencial y la vida es vista como el don sagrado otorgado por Dios, y de la cual, por tanto, ningún hombre puede disponer. En estas concepciones como es bien sabido, la vida y la muerte tienen un sentido y una razón de ser que las trasciende y que los seres humanos tienen que acatar. Cuando por el contrario, se pierde la fe religiosa y se proclama la “muerte de Dios”, puede ocurrir no sólo que el suicidio quede plenamente legitimado, sino también que, por el contrario y a pesar de todo, la salida suicida se invalide.

Al perderse el horizonte trascendente que da razón de ser a la vida y a la muerte, suele sobrevenir la pérdida de todo sentido de la existencia y la invalidación de cualquier empeño vital, circunscrita en su propia sustancia y condenada a su radical finitud la vida se torna absurda, sin un por qué ni un para qué: es un simple acontecer gratuito fugaz y sin ninguna finalidad (González, 1996).

1.2.6. Perspectiva cognitivo-conductual

Dentro del enfoque cognitivo conductual, particularmente desde lo señalado por Beck (1976) la terapia cognitiva proporciona una conceptualización y tratamiento del suicidio; desde el modelo de la triada cognitiva, es posible puntualizar, que los individuos depresivos y suicidas tienden a verse a sí mismos, sus experiencias cotidianas, el medio y su futuro de una forma indebidamente negativa. El primer componente de la triada cognitiva es la opinión negativa de sí mismo, es decir, los individuos tienden a considerarse a sí mismos como incapaces, inmerecedores de amor e inadecuados; y estos efectos se atribuyen frecuentemente a defectos

irreparables de sus capacidades personales y en consecuencia se perciben a sí mismos como carentes de habilidades requeridas para lograr la sensación de felicidad o satisfacción de la vida.

De igual forma los individuos suicidas adoptan una perspectiva negativista de su medio y de sus relaciones con los otros; además consideran sus vidas como una lucha continúa contra incesantes obstáculos y tienden a ver a los otros como críticos con actitud de rechazo o sin intención de ofrecer apoyo.

El componente final de la triada cognitiva se centra en la perspectiva pesimista de los individuos sobre su futuro. Anticipan dificultades continuas y, como se consideran carentes de las capacidades necesarias para sobrellevar éstas dificultades, anticipan poco cambios para resolverlas.

De igual forma se considera, a partir de distintos modelos derivados de la indefensión aprendida, que la tendencia al suicidio brota como consecuencia de los sentimientos de desesperanza en conjunción con la idea de que las dificultades corrientes son inaguantables o a consecuencia del deseo de manipular rápidamente o controlar la situación frustrante o amenazadora. Estas dificultades se componen de una falta de apoyos alternativos o mecanismos de manejo. Por lo tanto, el propósito del suicidio es buscar una solución a lo que se siente como un dolor psicológico intolerable. Con mayor frecuencia los pacientes suicidas sienten desesperanza y frustración, es decir, se sienten incapaces de resolver su dilema y no creen que otros sea capaces de ayudarles. Los pacientes suicidas normalmente aprecian su mundo de forma constreñida, por que son relativamente incapaces de identificar cursos de acción alternativos o al examinar racionalmente la validez de los pensamientos de sus problemas son serios e insufribles (Freeman y Reinecke, 1995).

1.2.6.1 Tipos de conducta suicida

Para su estudio la conducta suicida se divide en cuatro tipos generales, desde la perspectiva cognitivo-conductual, suicidas desesperado, histriónico o suicidas impulsivos, suicidas psicóticos y suicidas racionales. Dichos tipos de suicidio no son mutuamente excluyentes, es decir, pueden presentarse a la par uno de otro.

En el tipo desesperado el sujeto mantiene la idea de que no existe esperanza de que mejoren las cosas y por lo tanto no anhela ninguna razón para seguir vivo.

El segundo tipo de suicida equivale a lo que se clasifica como suicida histriónico. En cualquier grupo individuos diferentes manifestarían diferentes necesidades estimulares. Conceptualmente, este tipo de individuos tienen una gran necesidad de excitación. Dada la necesidad de actividad de muchos individuos, cuando se sienten ansiosos, nerviosos, tensos o aburridos; a menudo actúan de forma distinta para auto estimularse pudiendo dar como resultado el daño físico o incluso la pérdida de la vida. Incluso el individuo puede usar el intento de suicidio como fuente de estimulación y excitación. Parte de los síntomas generales del suicidio histriónico es que sus intentos son extravagantes y pueden ser repetitivos.

Un tercer grupo de individuos trata de suicidarse por efecto de alucinaciones impositivas o voces que reciben de ellas.

El cuarto tipo es el suicida racional. Estos son individuos que han decidido morir a base de alguna consideración racional. Estos individuos rara vez solicitan terapia para comentar su decisión racional, por lo tanto los terapeutas asisten a estas personas después de un intento frustrado (Freeman y Reinecke, 1995).

1. 3. Factores de Riesgo Suicida

Como se mencionó anteriormente existen diversos factores que incrementan el riesgo en los individuos de cometer suicidio, dichos factores pueden estar relacionados con los expuestos en la explicación que brinda la perspectiva psiquiátrica desde la orientación epidemiológica, sin embargo de acuerdo con Freeman y Reinecke (1995) y Villardón, (1993) estos son:

a) Edad. Es uno de los factores que se tienen en cuenta al identificar grupos de riesgo en conducta suicida ya que a medida que avanza la edad existe mayor riesgo de suicidio. Los resultados de numerosas investigaciones apuntan a que la tasa de suicidio ha ido aumentando entre la población joven lo que muestra que la incidencia de suicidios por el número de muertes afecta más a los adolescentes que a los jóvenes y que a los ancianos, siendo en la época actual una causa importante de mortalidad de este grupo de edad.

b) Sexo. Se puede afirmar que son más las mujeres y chicas jóvenes las que intentan suicidarse (3 o 4 veces más que los hombres), mientras que son los hombres los que más cometen suicidio (alrededor de 3 veces más que las mujeres). Sin embargo, son las mujeres las que presentan una mayor incidencia de ideación suicida; aunque se percibe un aumento en los suicidios consumados entre las personas de sexo femenino, esto se puede atribuir al proceso de urbanización, secularización y emancipación de la mujer y a que la incorporación de la misma al trabajo y el cambio de roles y aspiraciones que eso supone, puede provocar un aumento de estrés, frustración, etcétera, entre las mujeres.

c) Dentro de los trastornos psiquiátricos asociados frecuentemente con el suicidio se cuenta la esquizofrenia en menor grado que la depresión, aunque ciertas modalidades de suicidio son más frecuentes entre los pacientes esquizofrénicos. La depresión es la afección que da cuenta de un mayor porcentaje de suicidios. Se ha llegado a afirmar, incluso, que la mitad de las muertes voluntarias tienen lugar entre personas víctimas de la depresión. Existen estimaciones que afirman que el riesgo

de cometer suicidio en un individuo deprimido es 50 veces mayor que en un individuo no depresivo, aunque esta proporción varía en función de la severidad de la depresión.

Sin embargo además de los padecimientos psiquiátricos se incluyen: cualquier tipo de enfermedad aguda, crónica o degenerativa, el envejecimiento la soledad y la fatiga, la agresividad y el escaso control de los impulsos

d) Tanto el alcoholismo como el abuso de sustancias contribuyen a aumentar el riesgo de cometer suicidio, numerosos estudios afirman que el porcentaje de tentativas de suicidio entre la población toxicómana oscila entre un 25 y un 50%. A su vez el aumento de la tasa de suicidio en los adolescentes y jóvenes está asociado a un aumento en el abuso de drogas y alcohol por parte de este grupo de población.

Por otra parte la OMS (2006) señala que los comportamientos suicidas son más comunes bajo ciertas circunstancias debido a factores culturales, genéticos, psicosociales y ambientales. Indicando ciertos factores y situaciones de riesgo como:

- a) Bajo nivel socioeconómico y/o educativo y pérdida de empleo
- b) Tensión social
- c) Problemas con el funcionamiento de la familia, las relaciones sociales y los sistemas de apoyo
- d) Traumas, tales como abuso físico y sexual
- e) Pérdidas personales
- f) Trastornos mentales, tales como depresión, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, alcoholismo y abuso de sustancias
- g) Sentimientos de falta de valor o desesperanza
- h) Problemas de orientación sexual (tales como homosexualidad)
- i) Comportamientos idiosincrásicos (tales como estilo cognitivo y constelación de la personalidad)
- j) Problemas de juicio, falta de control de los impulsos y comportamientos autodestructivos
- k) Poca capacidad para enfrentar problemas

- l) Enfermedad física y dolor crónico
- m) Exposición al suicidio de otras personas
- n) Acceso a medios para hacerse daño
- o) Acontecimientos destructivos y violentos (tales como guerras o desastres catastróficos)

Y de igual forma se indica que a pesar de que no hay un “estilo global” de comunicación de intenciones suicidas, entre las señales de advertencia de comportamiento suicida se encuentran las siguientes:

- a) falta de interés por el bienestar personal
- b) cambios en los patrones sociales
- c) disminución de la productividad laboral o el rendimiento académico
- d) alteraciones en los patrones de sueño y alimenticios
- e) intentos de poner asuntos personales en orden o hacer las paces con los demás
- f) interés atípico en el estado de ánimo de los demás
- g) preocupación por temas de muerte y violencia
- h) mejoría repentina del estado de ánimo después de un período de depresión y aumento o aparición repentina de la promiscuidad.

Es evidente la relevancia de problemática suicida y más conocer los factores precipitantes o de riesgo que tienen relación con el suicidio. Es en esto donde se torna imperativo el trabajo de investigación para poder dar cuenta de los elementos que lo originan o desencadenan para así estructurar mecanismos de intervención y prevención que permitan disminuir las consecuencias y los índices del mismo, particularmente en nuestro país, donde ocupa el segundo lugar en causa de muerte entre la población joven.

1.4. El Suicidio en México

El suicidio se ha convertido en un problema de salud pública, en muchos países del mundo, y México no es la excepción, es posible ver a diario, en distintos medios de comunicación masiva, como periódicos, noticias sobre el incremento de las defunciones por suicidio.

En un estudio de Borges, Rosovsky, Gómez, y Gutiérrez, (1996). Realizado en el periodo de 1970 a 1994 se reportaron distintos datos sobre la epidemiología de fenómeno, señalando que en 1970 hubo 554 defunciones por suicidio en toda la República Mexicana, para ambos sexos, y 2603 en 1994. Durante el periodo mencionado la tasa de suicidios en ambos sexos pasó de 1.13 por 100000 habitantes en 1970 a 2.89 por 100,000 habitantes en 1994, un aumento de 156%. Sin embargo, este aumento fue más marcado para la población masculina, que vio su tasa incrementada en 169% durante el periodo, contra 98% para la población femenina. En términos de la mortalidad proporcional, el suicidio pasó del 0.11 al 0.62% de todas las defunciones. Los porcentajes de variación más elevados en la tasa de mortalidad por suicidio se observaron en las poblaciones de mayor edad (mas de 65 años) y en la más joven (menor de 19 años). En el último año de la serie, 1994, las tasas más elevadas se observaron en la población masculina, específicamente en la mayor de 65 años de edad.

De igual manera se reportaron diferencias en cuanto a las tasas registradas entre los distintos estados de la República Mexicana. En 1994 los estados de Tlaxcala y México registraron las tasas más bajas, mientras que las más altas se reportaron en Tabasco y Campeche. La parte sureste del país mostró las tasas más elevadas y la zona centro fue la de menor incidencia.

Actualmente, distintas fuentes señalan que en México, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes, entre las edades de 15 a 29 años (representando

el 15.2% de las muertes totales a nivel nacional en el 2007) después de los accidentes automovilísticos (Instituto Nacional de Estadística Informática, 2007).

En una investigación realizada por el INEGI, en el 2007, se reportó que los estados de Baja California, Coahuila, Distrito Federal, Guanajuato, Jalisco, Edo. De México, Nuevo León, Puebla, Quintana Roo, San Luís Potosí, Sonora, Tabasco, Veracruz, y Yucatán, son los que presentan un mayor número de casos de suicidio.

De acuerdo al método utilizado, el ahorcamiento, estrangulación y la asfixia son las principales causas de muerte, seguidos de la intoxicación y por último el utilizar arma de fuego.

En el caso del suicidio entre 1990 y 2005 el número de eventos de este tipo pasó de 406 a 55 mil, y según la causa que los originó se reportaron los disgustos familiares, causas amorosas, enfermedades graves o incurables, padecimientos mentales, y dificultades económicas (INEGI, 2007).

Sobre esta última situación en particular, la información estadística revela que mientras en 1990 se reportaron 31 casos, para el año 2005 la cifra se elevó a 116 (INEGI, 2007).

Considerando lo anterior, y valga la redundancia, el suicidio se nos presenta como un problema de salud pública en constante aumento que requiere investigación para poder establecer recursos preventivos que consideren las particularidades de cada población vulnerable a fin de incidir y prevenir las muertes por suicidio.

CAPITULO 2. IDEACIÓN SUICIDA: LA MEDICIÓN EN MÉXICO Y SUS PRINCIPALES HALLAZGOS

El problema del suicidio, o más bien, la conducta suicida, se encuentra inserta en un proceso complejo y dinámico de carácter multifactorial, y no se entiende como un hecho aislado y estático. Para su estudio se ha dividido en varias etapas; ideación suicida ejecución del intento suicida y el suicidio consumado. Estas etapas pueden o no ser secuenciales, como puede haber casos en que se pase por todas las etapas para llegar a la propia muerte, también existen casos en los que se consume el suicidio sin preámbulos. Sin embargo cada una de estas etapas y más en su conjunto, conllevan en sí mismas un monto considerable de riesgo hacia el suicidio consumado (González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón, y Medina-Mora, 1998). Considerando lo anterior es la ideación suicida (IS) el primer componente de este proceso, que aunque, como ya se aclaró no siempre es lineal, su detección oportuna, sí representa una amplia posibilidad de prevención del suicidio consumado, siendo este el motivo por el cual cobra importancia, y a su vez es el eje sobre el cual gira el presente estudio.

El estudio de la IS en México ha presentado un proceso en el cual han surgido distintas formas tanto en definición como en medición de la misma, los dos apartados siguientes desarrollan lo anteriormente señalado.

2.1. Definiciones de Ideación Suicida (IS)

Dentro del presente apartado se pretende dar cuenta de las distintas formas en que ha sido definida la IS para su estudio en diversas investigaciones mexicanas, así como los años de publicación de las mismas y los autores extranjeros cuyas investigaciones han proporcionado la base teórica de la cual se han servido los investigadores mexicanos.

En la tabla 2.1 (anexo) es posible observar que en los inicios, de las investigaciones sobre IS, ésta aparece definida como un *estado emocional*, asociado con la desesperanza y la depresión (González-Forteza Tapia y Gómez, 1995); la base de dicha definición, en el estudio, se encuentra en los trabajos realizados por Levy y Deykin (1989). En el mismo año, López, et al. (1995) definen a la IS como parte de un estado mental, o más bien, se infiere cierto estado mental a través de la ideación suicida; en esta definición también se maneja a la IS como un síntoma frecuente e inespecífico que refleja un grado de conflicto interno que se asocia con la pobre auto estima, el intento de suicidio, el abuso de sustancias, además de la desesperanza y la depresión. Como parte de la base teórica del estudio de López, et al. (1995) se tiene a Levy, y Deykin (1989); Kienhorts De Wilde, Van Den Bout, Diekstra y Wolters, (1990); Kosky, Silburn y Zubrick (1990).

Medina-Mora, et al., (1995) y Mondragón, Saltijera, Bimbela y Borges (1998) coinciden en la definición de IS dentro de sus artículos, en ellos la IS aparece como un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el grado de conflicto interno se asocia con la desesperanza la falta de autoestima, el intento de suicidio la depresión y el abuso de sustancias (alcohol y drogas). La base teórica sobre la cual se sustenta dicha definición es igual a la del estudio de López, et al. (1995).

Más tarde, González, Díaz, Ortiz, González-Forteza, y González, (2000) en su estudio, toman la definición de Beck, Kovacs y Weissman (1979) que señala que la IS se compone de una serie de actitudes planes y conductas posiblemente relacionados con otros trastornos; que no se trata de una construcción unitaria y sus dimensiones presentan distintos patrones de pensamiento y conducta interrelacionados (ver tabla 2.1 en anexo).

En el estudio de Mondragón, Borges, y Gutiérrez (2001) se define a IS como un síntoma frecuente e inespecífico, que refleja el nivel del conflicto interno, que aumenta cuando una persona con poca capacidad de enfrentamiento tiende a experimentar situaciones estresantes. Donde se señala que ésta incluye los deseos,

planes, ideas o pensamientos del sujeto, relacionados con quitarse la vida, así como sus planes de llevarlo a cabo. Los autores originales en los cuales se basa esta definición son Beck, Kovacs y Weissman (1979) y Clum, Pattiokas y Luscomb (1979) (tabla 2.1 en anexo).

En el año 2001 González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez considerando a Kosky, Silburn y Zubrick (1990) definen a la IS como parte de un gran rubro dentro del estudio de la conducta suicida, el parasuicidio. Años posteriores González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner (2003) señalan a la IS como un indicador de malestar emocional de acuerdo con Birmaher, et al. (1996) (ver tabla 2.1 en anexo)

En el estudio de Mondragón, Monroy, Medina-Mora y Borges (2003) la IS aparece como una construcción cognitiva que se manifiesta en un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el grado de conflicto interno que tiende a incrementarse cuando la persona vive situaciones estresantes y presenta una baja capacidad de enfrentamiento dicha definición se basa en lo señalado por Beck, Steer, Kovacs y Garrison (1985) y Gonzalez-Forteza, Borges, Gómez y Jiménez (1995).

El estudio realizado por Córdova, Rosales, Caballero y Rosales (2007) define a la IS como aquellas ideas que los individuos tienen y que frecuentemente presentan pensamiento reiterativo 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 (Beck, Kovacs y Weissman, 1979) a su vez, en el estudio, dicha definición se complementa con lo señalado por Pérez, (1999) la ideación suicida comprende un campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación: deseo de morir, la representación suicida, entre otras (ver tabla 2.1 en anexo).

Con base en lo anterior es posible observar la amplia gama de definiciones que se ofrecen para un solo fenómeno (la IS) sin embargo la que el presente trabajo adopte al hablar de IS será la ofrecida por Beck, Kovacs y Weissman, (1979).

2.2. Medición de la Ideación Suicida en Investigaciones Mexicanas

Con respecto a la medición se tiene que para ello se han empleado, diversas formas que van desde la utilización de preguntas o reactivos, elaborados por los propios investigadores, hasta la aplicación de diferentes escalas, entre ella la integrada en la “Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos” (CES-D) Roberts-CES-D; la “Escala de Ideación Suicida”, de Beck y la “Escala de Expectativas sobre Vivir-Morir” de Okasha. Todo ello aplicado en diferentes tipos de población, con diversos tamaños de muestras.

A continuación para una mejor comprensión de las mismas, se describen brevemente. De igual forma se presentan los principales hallazgos obtenidos con la utilización de las mismas. El orden de aparición de dichas escalas o preguntas está determinado por la frecuencia de uso en las investigaciones revisadas. Siendo la escala de Roberts- CES-D la de mayor frecuencia de uso, en la literatura consultada, le siguen el empleo de preguntas o reactivos, posteriormente la escala de Beck, en seguida la escala de expectativas sobre Vivir-Morir de Okasha, y se concluye con el apartado de otros instrumentos

2. 2.1. Escala de Roberts-CES-D

La escala de Roberts-CES-D consta de cuatro reactivos los cuales son: “no podía seguir adelante” (derivado de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D); “tenía pensamientos sobre la muerte”; “sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto (a)”; “pensé en matarme” (estos últimos tres de la escala de Roberts). Estos reactivos exploran el contenido cognoscitivo de pensamientos sobre la muerte en general, y de sí mismo; el formato de respuesta es el mismo que el del CES-D y registra su presencia y duración durante la semana anterior las opciones de repuesta son 0= a ningún día, 1= 1 a 2 días, 2= 3 a 4 días y 3= 5 a 7 días de la semana pasada (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001). Los puntos de corte utilizados en los estudios varían de acuerdo con el criterio del

investigador algunas veces se utiliza la puntuación media más una desviación estándar o la suma de los cuatro reactivos (tablas 2.2 a 2.4, las tablas 2.5 y 2.6 corresponde a estudios que utilizan 3 de los reactivos de la Escala de Roberts-CES-D)

En las investigaciones mexicanas esta escala es la de mayor utilización ya que dentro de las referencias consultadas 15 investigaciones, señalan haberla utilizado ya sea en su totalidad de 4 reactivos o solo 3. La escala ha sido aplicada en poblaciones tales como adolescentes (de educación secundaria y bachillerato), estudiantes universitarios y usuarios de algún servicio de salud, las características que presentaron los estudios fueron las siguientes: como punto de corte en algunos de los estudios de la tabla 2.2 (ver anexo) (correspondiente a la población adolescente) se utilizó el presentar al menos un síntoma (Medina-Mora, et al., 1994 y 1995); el puntaje medio (Serrano y Flores, 2003 y 2005) y la media más una desviación estándar ya sea para la población total o bien el mismo procedimiento para cada sexo, lo que indica que la IS no se presenta de igual manera entre ambos sexos (González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina-Mora, 1998; González-Forteza, Ramos, Vignau, y Ramírez, 2001; González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003; Jiménez, Mondragón y González-Forteza, 2007) por otra parte se reporta en el estudio de González-Forteza, Villatoro, Pick y Collado (1996) un coeficiente de confiabilidad de 0.80 para la escala y una varianza explicada de 69.30% (Serrano y Flores, 2003).

Con respecto a la prevalencia y variables que se asocian significativamente con la IS las investigaciones reportan que la prevalencia varía, en algunas investigaciones es mayor en las mujeres y en otras se invierte, los porcentajes son mayores en los varones, esto puede observarse en los 3 estudios reportados por Jiménez, Mondragón, y González-Forteza (2007) (en el estudio los porcentajes de prevalencia quedaron de la siguiente forma 14.0 % 21.5% para varones y mujeres respectivamente; sin embargo en el segundo estudio (Jiménez, Mondragón y González-Forteza, 2007) los porcentajes de prevalencia correspondieron a 20.4% y

19.2% para hombres y mujeres respectivamente) resultados similares se muestran en las investigaciones de González-Forteza, Ramos, Vignau, y Ramírez, 2001 y González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003 (ver tabla 2.2 en anexo).

En lo que concierne a las variables que se asocian significativamente con IS se enumeran las siguientes, en el total de la población, se relaciona el intento suicida, el abuso sexual y la comunicación (deficiente) con el padre, dentro de la muestra de hombres, la violencia que ejercen los papás, el estrés en la pareja, los estilos de afrontamiento con respuestas agresivas con la pareja, familiares y amigos, el estrés familiar y social, la autoestima baja; y por último, en la muestra de mujeres se asocia el estrés en la pareja y social, el uso de respuestas agresivas y no agresivas ante estresores familiares y con el mejor amigo (a), el uso de respuestas agresivas y evasivas con la pareja y la sintomatología depresiva.

En la tabla 2.3 (ver anexo) se muestran los resultados obtenidos en población de estudiantes universitarios, el estudio presenta características similares a los anteriores, mismo punto de corte prevalencia de 1.7% en población total (presencia de los 4 síntomas de la escala) y como variables asociadas a la IS el estrés en las relaciones familiares y de pares y respuestas de enfrentamiento inadecuadas y deficientes. La temporalidad es la señalada por la escala, una semana (González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez, 1998).

En la tabla 2.4 se reportan los resultados obtenidos en investigaciones realizadas en usuarios de los servicios de salud tomando solo a población femenina el punto de corte corresponde al puntaje medio más una desviación estándar y la prevalencia indica un 7% cuando hay violencia sexual (Ramos-Lira, Saltijeral-Méndez, Romero-Mendoza, Caballero-Gutiérrez, y Martínez-Vélez, 2000) (ver anexo).

En las tablas 2.5 y 2.6 (ver anexo) se describen características y resultados de investigaciones que utilizaron escala de Roberts-CES-D con tres reactivos. Tabla 2.5 corresponde a un estudio realizado por González-Forteza, Jiménez y Gómez (1995) en adolescentes (de educación secundaria y preparatoria/bachillerato) en dicha

investigación se obtuvieron un coeficiente de confiabilidad de 0.78 para la escala y una varianza explicada de 70.1%. no se especifica la prevalencia en la muestra empleada, sin embargo como variables asociadas a la IS se presentan en mujeres estrés social, características de personalidad y ambiente social en los hombres estrés familiar manifestado en violencia de los padres y enfermedad de los mismos.

En la tabla 2.6 se muestra un estudio realizado por Medina-Mora, et al. (2002) en población abierta por medio de entrevistas, en dicho estudio no se reporta el punto de corte utilizado, ni la prevalencia de IS dentro de la población y la IS No se reporta como factor de riesgo (regresión logística) (ver anexo).

2. 2. 2. Preguntas/Reactivos que Miden IS

Las preguntas/reactivos que miden IS fueron elaboradas con base en la literatura existente sobre el tema. En la tabla 2.7 y 2.8 (ver anexo) se presentan las características y resultados de diversos estudios que utilizaron esta forma para dar cuenta del fenómeno de la IS, en población escolar (adolescentes de educación secundaria) y población abierta (usuarios de servicios de salud/comunidades urbanas) respectivamente. Ellos muestran en su medición distinta temporalidad 5 a 7 días (tabla 2.7) y dos o más semanas, alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses (tabla 2.8). En los estudios de la tabla 2.7 realizados por González-Forteza y Andrade en 1993 y 1995 se obtuvo confiabilidad y validez de .78 y 70.1% respectivamente, en ambos estudios, para sus reactivos, no especificados en el artículo, a su vez se encontró asociación significativa con variables distintas para cada sexo por ejemplo en los varones se encontró relación entre afecto negativo, síntomas somáticos y problemas interpersonales con la IS, en las mujeres se observo algo distinto, además de las tres anteriores, también destacan en relación con la IS traición del grupo de pares, desventaja con el grupo de pares y problemas escolares. En el estudio de 1995 en los varones no se encontró relación significativa entre IS y la relación con sus progenitores, sin embargo en las mujeres se pudo observar dicha relación entre IS y relación con el padre (control del padre).

En la tabla 2.8 se observa que las mujeres presentan mayor prevalencia de IS, aunque dentro de las investigaciones no se define, dicha diferencia como estadísticamente significativa o no. De igual forma dentro de las variables que se relacionan con la IS se cuentan a los trastornos depresivos, la distimia, los trastornos fóbicos y de angustia, pero solo en la población femenina (ver anexo).

2. 2. 3. Escala de Ideación Suicida de Beck

La Escala de Ideación Suicida de Beck mide la intensidad y las dimensiones (el grado y la severidad) de los pensamientos, deseos, preocupaciones y amenazas de suicidio, además de las características y expectativas del individuo al intentarlo. Es decir, los reactivos evalúan frecuencia y duración de los pensamientos suicidas, así como la actitud del paciente hacia ellos. También se evalúa el grado de deseo de morir y del deseo de vivir, el deseo de intentar suicidarse, los planes para ello, en caso de que los hubiera y los sentimientos subjetivos de control ante la idea de suicidarse. La escala está formada por 21 reactivos, cada uno de los cuales tiene 3 posibles alternativas, calificadas de acuerdo con su intensidad, de 0 a 2. La suma de éstas indica la severidad de las ideas suicidas. Los dos últimos reactivos no se califican ya que miden su severidad y el número de intentos previos de suicidio. En la evaluación de las conductas suicidas se considera su aparición en el último mes. El punto de corte planteado por Beck es un puntaje mayor o igual (\geq) a 10 que indica que el individuo corre riesgo de suicidarse. (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001) Cabe destacar que las investigaciones que emplearon dicha escala no utilizaron el mismo punto de corte establecido en ella.

En las tablas 2.9 y 2.10 (ver anexo) se muestran las investigaciones que utilizaron esta escala las características de éstas, así como sus principales hallazgos obtenidos. Dichas investigaciones se clasifican de acuerdo al tipo de población que se empleo, usuarios de servicios de salud/población abierta y estudiantes universitarios respectivamente.

Dentro de los estudios reportados en ambas tablas se utilizó un punto de corte mayor o igual a 1, a excepción del realizado por González, Díaz, Ortiz, González-Forteza y González, en el 2000 donde se empleo juicio clínico (tabla 2.10 en anexo).

Respecto al reporte de los resultados en la tabla 2.9 se presenta, en el estudio realizado por García (2003), una confiabilidad alta para la escala de 0.90 y variables que se asocian con IS en la población en general, sin señalar cuales se asocian más a cada sexo (Motivos de IS desesperanza, estrés, cohesión social, incomprensión, comunicación y estatus social; a su vez depresión, ansiedad como rasgo y estado), sin embargo en el estudio realizado por Mondragón, Saltijeral, Bimbela, y Borges, (1998) se reporta que el sexo femenino presenta riesgo dos veces mayor (OR = 1.9) que en los hombres.

Por otra parte en la tabla 2.10 se muestra que la prevalencia de IS corresponde a 18% de la muestra total, 11.1% en hombres y nuevamente la prevalencia más alta, el doble, 21.1% a las mujeres (González, Díaz, Ortiz, González-Forteza, y González, 2000). Las variables que se asociaron significativamente con IS correspondieron a Aspectos psicosociodemográficos, por ejemplo, jóvenes que no trabajan, que vivieron su infancia o adolescencia con solo un padre o sin ambos; de igual forma se asocio el consumo de drogas licitas o ilícitas, el haber recibido atención psicológica, los pensamientos negativos o ambivalentes sobre sí mismos y la desesperanza (Córdova, Rosales, Caballero, y Rosales, 2007).

2. 2. 4. Escala de Expectativas sobre Vivir-Morir de Okasha.

La escala de expectativas sobre vivir-morir de Okasha, consta de 4 preguntas con formato de respuesta de Sí o No que evalúan un continuo de severidad de la IS en los últimos 12 meses. Estas son: “¿ha experimentado la sensación de que no vale la pena vivir?” “¿ha vivido situaciones ante las que ha deseado dejar de existir?” “¿ha pensado que vale más morir que vivir?” “¿ha estado a punto de intentar quitarse la vida?” (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001).

La tabla 2.11 recopila las características de los principales hallazgos de las investigaciones que han empleado la escala de expectativas sobre vivir-morir de Okasha, en usuarios de los servicios de salud; dentro de los tres estudios se obtuvo para la misma un coeficiente de confiabilidad de 0.93 y 0.78 (Medina-Mora, et al., 1992 y Romero, Mondragón, Cherpitel, Medina-Mora y Borges, 2001 respectivamente) dentro de los estudios no se especifica la temporalidad, sin embargo se sabe que ésta se refiere a los últimos 12 meses. El punto de corte corresponde a la respuesta afirmativa en alguno de los 4 reactivos, la prevalencia que reportan para la muestra es mayor en las mujeres 14% y 11.7% en hombres, con al menos un síntoma (Medina-Mora, et al, 1992) en la investigación de Mondragón, Monroy, Medina-Mora y Borges, (2003) la prevalencia reportada fue la siguiente 3.7% en hombres y el doble para las mujeres 7.9%. Sin embargo las variables asociadas a la IS se reportaron de acuerdo a la muestra total estas fueron: estado civil (separados/divorciados), edad (18-29 años), depresión, consumo de bebidas alcohólicas y presencia de eventos de vida sociales como problemas económicos y situaciones violentas (ver anexo).

2.2.5. Otros Instrumentos

De igual forma se tiene cuenta de otros instrumentos que se han utilizado con el mismo fin, medir en un individuo la presencia de IS, sin embargo no se tiene suficiente información sobre los mismos, ejemplo de esto es el empleo del SIS-Q y SBAS.

2.2.5.1. Suicidal Ideation Screening Questionnaire (SIS-Q)

Cuestionario para investigar la ideación suicida SIS-Q, por sus siglas en inglés (Suicidal Ideation Screening Questionnaire), de acuerdo con Luckie, et al. (1998) dicho instrumento es una combinación de preguntas para evaluar la IS, cuyas variables incluyen síntomas de depresión, sentimientos de minusvalía, labilidad emocional, ataques de pánico ingestión excesiva de alcohol y consumo de drogas

ilícitas. Dichas preguntas son: “¿Ha experimentado usted un periodo de dos o más semanas en las que tenga problemas para conciliar el sueño o mantenerse dormido?” “¿Ha tenido un periodo de dos o más semanas durante las cuales se siente triste, deprimido o ha perdido el interés y el placer por las cosas que usted comúnmente tenía cuidado o las disfrutaba?” “¿Ha vivido un periodo de dos o más semanas en las que se sienta culpable?” “¿Ha tenido un periodo en el que sienta que la vida no tiene valor?”.

En la tabla 2.12 (ver anexo) es posible apreciar los resultados obtenidos con la aplicación del SIS-Q en población hospitalaria; la temporalidad en la que se midió correspondió a un periodo de dos o mas semanas, el punto de corte utilizado fue la raspuela afirmativa a por lo menos un reactivo. 64.4 % de la población evaluada se reportó con IS, la prevalencia fue mayor en las mujeres que en los hombres, pero no se señala si dicha diferencia es estadísticamente significativa o no.

2.2.5.2. Social Behavior Assessment Schedule (SBAS)

Escala de evaluación de la conducta social del paciente SBAS por sus siglas en inglés, dicha escala solo ha sido utilizada en un estudio en población mexicana, aplicada a familiares de pacientes diagnosticados con esquizofrenia. Dentro del reporte de la investigación realizada por Rascón, et al. (2004) no se describe la escala ni se mencionan los reactivos que incluye. En la tabla 2.13 se presentan las características y los principales resultados de dicha investigación, se puede observar prevalencia mayor de IS en los hombres 13.8% contra 12.5% en las mujeres. La población que se reporta con IS (total de 13.5%) de igual forma presenta trastornos emocionales y depresión. No se reporta el punto de corte ni la temporalidad en que fue tomada la medición (ver anexo).

Para finalizar este capítulo, tomando como base lo anteriormente expuesto se puede concluir que la investigación sobre ideación suicida en México, presenta varias formas medición; por lo tanto los resultados obtenidos son diversos, aunque no todos

satisfactorios, porque no dan cuenta de que tan amplia es la prevalencia de IS en la población que se midió, que variables se asocian con la misma de acuerdo al sexo, pues está más que claro que hombres y mujeres no piensan de igual manera, pese a que en algunas investigaciones, las muestras utilizadas correspondieron a estudios hechos a nivel nacional, los resultados que presentan no dan cuenta de la confiabilidad y validez obtenida para la escala, lo que sería de gran ayuda para determinar cual de éstas, se ajusta más a las características de nuestra población. Con esto no pretendo decir que todos los resultados obtenidos por las investigaciones realizadas no sean satisfactorios o no expliquen que sucede con el fenómeno de la IS, más bien creo que hacen falta acuerdos, entre los que realizan investigación, tanto para la definición de la misma como para que la medición se realice de manera idónea, y se pueda llegar de este modo a la generación de alternativas que permitan conocer de mejor manera éste fenómeno de por sí complejo, dinámico y multifactorial y permitan lo que se pretende lograr a través de ello, la prevención del suicidio consumado.

CAPITULO 3. METODOLOGÍA

El presente capítulo corresponde a la metodología empleada dentro de la investigación; en él se incluye el planteamiento del problema, las preguntas de investigación, los objetivos propuestos y las hipótesis a comprobar; el método así como el procedimiento empleado.

3.1. Planteamiento del Problema

De acuerdo a una investigación del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2007), en México, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes (15 a 29 años de edad) después de los accidentes automovilísticos; No obstante, las cifras más alarmantes están dadas por los intentos de suicidio, los cuales ocurren con una frecuencia 70 veces mayor que los suicidios consumados, convirtiendo al mismo, en un asunto de salud pública. El suicidio para su estudio se divide en tres fases Ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado, cabe señalar que no en todos los casos sigue esta forma lineal, siendo así, las investigaciones respecto al primer aspecto, del suicidio, (la IS) son muy pocas; solo se cuenta con una investigación en México realizada por González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez (1998) donde se reportó un 1.7% ideación suicida en el total de la muestra, de igual forma en nuestro país no se cuenta con suficientes estudios en población universitaria que muestren un análisis del fenómeno de manera multivariada, es decir, tomando en cuenta que el problema de la conducta suicida obedece a causas multifactoriales, de ahí la importancia de su estudio, de igual forma siendo la ideación suicida, el primer eslabón de la cadena, a considerar, dentro del comportamiento suicida, resulta crucial en el diseño de programas de prevención al mismo.

Por otra parte con respecto al estado de Querétaro, las estadísticas del INEGI, indican que en el año 2007 el 1.61% (71casos) de las muertes por suicidio se dieron en dicho estado.

Las preguntas que plantea la presente investigación son las siguientes:

3.1.1. Preguntas de Investigación

En los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Querétaro (UTEQ):

- ¿Cuál es la incidencia de IS que se presenta en los jóvenes?
- ¿La incidencia de IS se presenta en igual magnitud entre hombres y mujeres?
- ¿Qué variables psicológicas y de identificación personal se relacionan con la ideación suicida en los jóvenes?
- ¿Cuál es la jerarquía que guardan las variables psicológicas y de identificación personal que se asocian a la ideación suicida en los varones?
- ¿Cuál es la jerarquía que guardan las variables psicológicas y de identificación personal que se asocian a la ideación suicida en las mujeres?

3.1.2. Objetivo General

- Identificar de acuerdo al sexo la incidencia de ideación suicida y su asociación jerárquica con las variables psicológicas y de identificación personal que integran el instrumento de “Detección de Ideación Suicida en Jóvenes” en estudiantes de la Universidad Tecnológica de Querétaro.

3.1.3.1. Objetivos Particulares

Identificar en los estudiantes de la UTEQ de acuerdo al sexo:

- la incidencia de ideación suicida alta
- la asociación jerárquica de variables psicológicas e IS
- la asociación jerárquica de variables de identificación personal e IS
- si existe diferencia significativa entre hombres y mujeres de acuerdo a la incidencia de ideación suicida.

3.1.3. Hipótesis

- La tendencia de ideación suicida alta en los estudiantes de la UTEQ será menor del 10%.
- La incidencia de ideación suicida alta entre hombres y mujeres será diferente en los estudiantes de la UTEQ.
- Las variables de identificación personal tendrán una relación jerárquica con la IS en la muestra total
- La jerarquía de asociación de las variables de identificación personal con la IS será diferente entre hombres y mujeres.
- Las variables psicológicas tendrán una relación jerárquica con la IS en los jóvenes de la muestra total
- La jerarquía de asociación de las variables psicológicas con la IS será diferente entre hombres y mujeres.
- Para explicar la IS las variables psicológicas tendrán una asociación jerárquica más fuerte que las variables de identificación personal en la muestra total.
- Para explicar la IS las variables psicológicas tendrán una asociación jerárquica más fuerte con la IS que las variables de identificación personal en la muestra de hombres y mujeres.

3.2. Método

3.2.1. Definición de la población

La población estuvo conformada por los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Querétaro de las carreras de administración, comercialización, tecnologías de información y comunicación, electrónica y automatización, tecnología ambiental y procesos de producción; matriculados en periodo escolar 2008-1

3.2.2. Descripción de la muestra

La muestra fue no aleatoria intencional, en un inicio estuvo compuesta de 394 estudiantes 118 hombres y 205 mujeres, con edades de entre 18 y 24 años matriculados en el segundo y quinto cuatrimestre de la Universidad Tecnológica de Querétaro (UTEQ).

Se utilizaron los siguientes criterios de exclusión: 1) estudiantes que estuvieran bajo tratamiento terapéutico, y 2) haber dejado sin respuesta más del 20% de reactivos del instrumento “Detección de Ideación Suicida en Jóvenes”. Quedando una muestra total de 388 estudiantes.

3.2.3. Descripción de los materiales

Hojas blancas para anotaciones diversas, lápices, bolígrafos, sacapuntas, engrapadora.

3.2.4. Descripción de instrumentos y aparatos

Instrumento de “Detección de Ideación Suicida en Jóvenes” integrado por dos secciones la primera con 24 reactivos que indagan sobre variables de identificación personal, y la segunda con 78 reactivos referentes a factores psicológicos (ver anexo), computadora, paquetería de microsoft Word y Exel, impresora, y programa SPSS versión 11.5

3.2.5. Descripción del lugar

Universidad Tecnológica del estado de Querétaro (UTEQ) ubicada en AV. Pie de la cuesta sin número, colonia San Pedrito Peñuelas, estado de Querétaro. La UTEQ cuenta con amplios jardines, una biblioteca con acervo bibliográfico para todas las carreras que se imparten, un conjunto de cinco edificios de dos plantas cada uno con

una oficina equipada como dirección de cada carrera; dentro de la UTEQ existen aproximadamente 60 salones de clases con dimensiones aproximadas de 5 x 6 metros cada salón contaba con luz artificial y natural así como con ventilación natural, dentro de cada salón había 20 butacas y un escritorio para el profesor.

3.2.6. Definición de las variables

Cada una de las variables utilizadas se definieron en tres niveles, de manera conceptual o teórica, metodológica y operacional.

Dichas variables se agruparon en variables psicológicas y variables de identificación personal. La tabla 3.1 (ver anexo) presenta la definición de las variables psicológicas y de identificación personal empleadas, todas ellas incluidas en el Instrumento de "Detección de Ideación Suicida en Jóvenes"

3.3. Procedimiento

3.3.1. Diseño de investigación

El diseño de investigación a utilizado fue Observacional-Prolectivo-Transversal-Descriptivo.

De acuerdo a lo señalado por Mendoza-Nuñez, (1998) es observacional porque el investigador sólo describe o mide el fenómeno que analiza, sin intervenir a voluntad en la variable independiente. A su vez es prolectivo porque la información se obtiene específicamente para el estudio. Es transversal porque el fenómeno se mide una sola vez, es decir, en un sólo periodo de tiempo. Y por último es descriptivo porque en el estudio se incluye sólo una población cuyo objetivo es sistematizar y cuantificar hechos con el fin de conocer con mayor precisión el fenómeno

3.3.2. Diseño de la muestra

No probalístico, e intencional

3.3.3. Descripción de sesiones y fases

- Se solicitó el permiso de las autoridades escolares de la UTEQ para poder tener acceso a sus instalaciones, explicándoles la intención de la investigación
- Las autoridades escolares de la UTEQ definieron el criterio de los días y horario en los que se podía realizar la aplicación del instrumento.
- Las autoridades de la UTEQ otorgaron un día para la aplicación del instrumento en un horario de 9:00 a.m. a 15:00 hrs.
- El día de la aplicación se habló con el director de cada carrera, explicando la intención del proyecto, ya que muchos de ellos no lo sabían y por cuestiones académicas no permitían que se pasara a sus grupos.
- Una vez obtenido el permiso del responsable del grupo, se procedió a la sesión de aplicación, la cual tuvo una duración aproximada de 30 minutos y se dividió de la siguiente manera:
 - Para comenzar la sesión se llevó a cabo la presentación de la tesista, se enfatizó que la jefatura de la carrera se encontraba enterada del proyecto y lo aprobaba. Posteriormente se les dieron a los jóvenes en cada grupo las siguientes instrucciones en forma oral, las cuales se contaban impresas al inicio del cuestionario que contestarían, estas se muestran a continuación:
“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 a la aplicadora”

- Otras indicaciones que se les dieron a los alumnos fue que:
 - No dejaran sin respuestas ninguna de las preguntas ya que no había respuestas correctas o incorrectas
 - Se enfatizó que todos los datos que proporcionaran serían confidenciales y que serían tratados de manera automatizada
 - Se pidió la utilización de lápiz para responder el cuestionario, ya que de esta manera sería más fácil borrar si lo consideraban necesario. Si no tenían lápiz la aplicadora les proporcionaría uno
- Al terminar y entregar su cuestionario se les pidió que anotarán su nombre en una lista, la cual iba a servir sólo para fines administrativos.

CAPÍTULO 4. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente capítulo se muestran los hallazgos obtenidos en esta investigación. En primer lugar se describen resultados de las Variables de Identificación Personal en la muestra total y respecto a cada sexo, se continúa con la descripción de las Variables Psicológicas y se finaliza con la comprobación de las hipótesis de investigación.

4.1. Variables de Identificación Personal

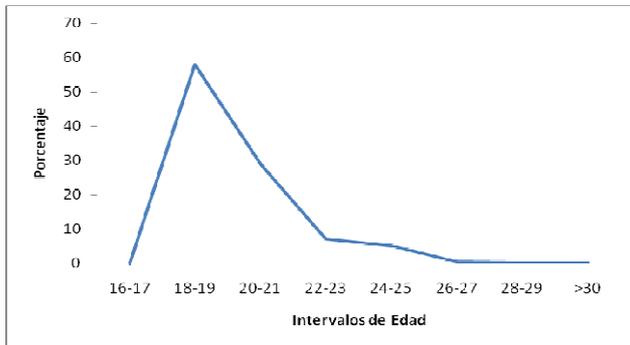
4.1.1. Datos generales

Los datos generales corresponden a edad y estado civil, se describen de acuerdo al total de la muestra y de acuerdo a cada sexo.

4.1.1.1. Muestra total

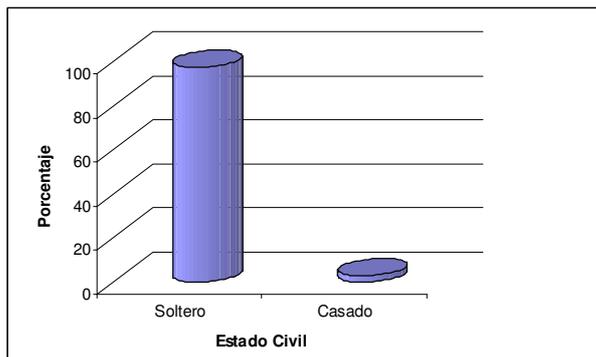
La muestra quedó integrada por 388 participantes 48.4% (188) hombres y 51.5% (200) mujeres cuyo rango de edad estuvo comprendido de 18 a 34 años, la media de edad obtenida fue de 19.8, con desviación estándar de 1.98 Como se observa en la Fig. 1 la forma de la distribución presenta un sesgo de 2.2, lo que indica que dentro de las edades se encuentran valores extremos altos, más de 26 años hasta 34, y una curtosis de 8.4 esto es, que la mayoría de los datos se agrupan cerca de la media.

Fig. 1. Distribución de porcentaje de edad de la muestra total



Con respecto al estado civil lo que se encontró fue que el 97.4% reportó ser soltero (378 casos) y el 2.6% casado (10 casos) (véase Fig. 2)

Fig. 2. Porcentaje de Estado civil en los jóvenes de la muestra total



4.1.1.2. Datos generales por sexo

La edad que presentaron los hombres que integraron la muestra correspondió a un rango de edad de 18 a 29 años. La media obtenida fue de 20 años con una desviación estándar de 2.1, la forma de la distribución (Fig. 3) presenta una asimetría o sesgo muy alto de 1.4, lo que señala la existencia de edades que van más allá de la del 99% de la población total de hombres, y una curtosis de 2.1, esto indica que la gran mayoría del porcentaje de las edades se encuentra muy cerca de la media.

La edad de las mujeres se muestra en la fig. 4, el rango de edad obtenido fue de 18 a 34 años con una media de 19.5 y una desviación estándar de 1.8, la forma de la distribución presenta una curtosis de 20.1 lo que indica que los datos se encuentra aglomerados a la media y un sesgo muy alto de 3.3 que señala la existencia de valores extremos, hasta 34 años en la distribución de las edades.

Fig. 3. Distribución de porcentajes de edades en la muestra de hombres

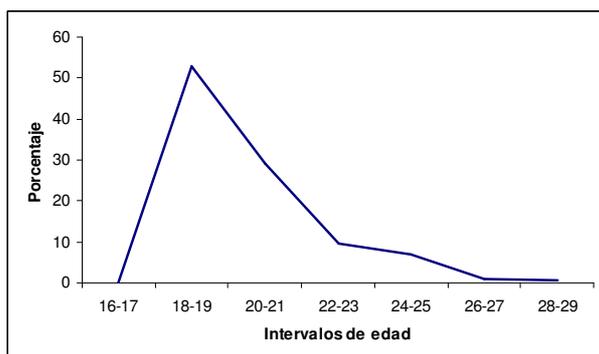
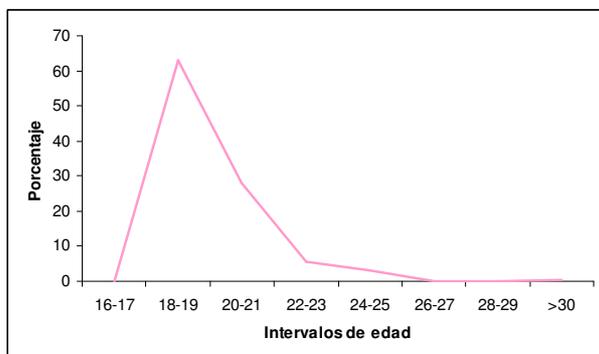
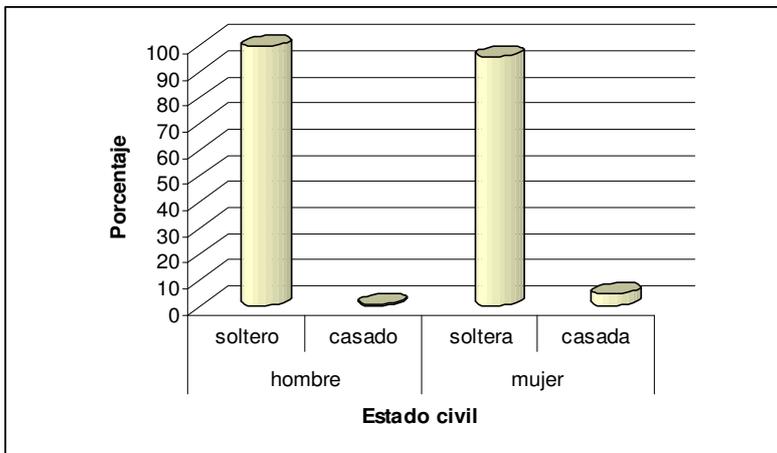


Fig. 4. Distribución de porcentajes de edades en la muestra de mujeres



Con respecto al estado civil se encontró en los hombres que el 99.5 % reportó ser soltero y el 0.5% casado; en las mujeres 95.5% dijo ser soltera y 4.5% ser casada (Fig. 5)

Fig. 5. Estado civil reportado por los jóvenes de la muestra por sexo



4.1.2. Aspectos académicos

Los aspectos académicos se integran por el año escolar que cursaban los jóvenes de la muestra, la carrera, el promedio y la percepción del desempeño académico al momento de aplicación del instrumento y de igual manera se describen de acuerdo a la muestra total y respecto a cada sexo.

4.1.2.1. Muestra total

El año escolar reportado por los integrantes de la muestra correspondió a 76.8% en el primer año de estudios de la carrera y 23.2% cursaban su segundo año de estudios de la carrera.

Las carreras estudiadas por jóvenes de la muestra se presentan en la fig. 7 dentro de ellas la de mayor demanda dentro de la UTEQ fue la de Tecnologías de la Información, pues un 33.2% reportó estudiar dicha carrera, así mismo, la que presentó menor porcentaje de estudios fue la de Tecnología Ambiental con un 0.8% de la muestra total (tabla 4.1).

Fig. 6. Año escolar de los jóvenes de la muestra total

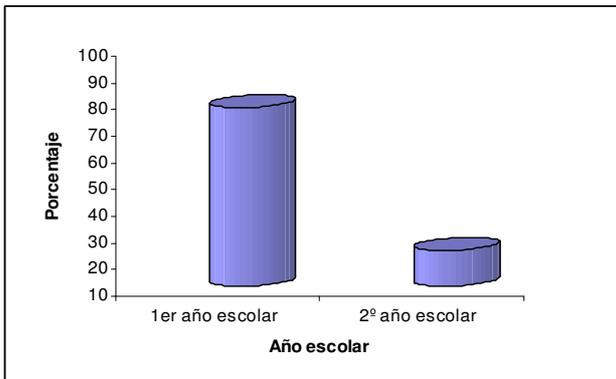


Tabla 4.1. Carreras estudiadas por los jóvenes de la muestra

Carrera	Porcentaje
Electrónica y Automotriz	21.6 %
Tecnologías de la información	33.2 %
Procesos de producción	1%
Tecnología ambiental	0.8%
Comercialización	19.6%
Administrativa (Administración de empresas)	23.5%

Con respecto al promedio de calificaciones se obtuvo una media de 8.2 y una desviación estándar de 0.5, la forma de la distribución presentó una curtosis de 1.2, lo que indica que la gran mayoría se ubica cerca de la media y un sesgo alto de 0.6 que hace referencia a la existencia de valores altos, en este caso alumnos con promedio de 10 aunque en bajo porcentaje (0.3%) (fig. 7).

Ligado a lo anterior, se encuentra la percepción del desempeño académico que reportaron los jóvenes de la muestra, el 87.6% percibe su desempeño como bueno y el 0.3% como muy malo y solo el 2.8% como excelente (fig. 8).

Fig. 7 Distribución de porcentajes del promedio de calificaciones de la muestra

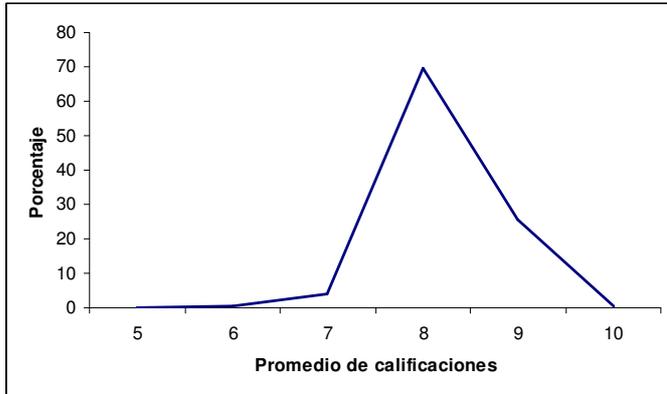
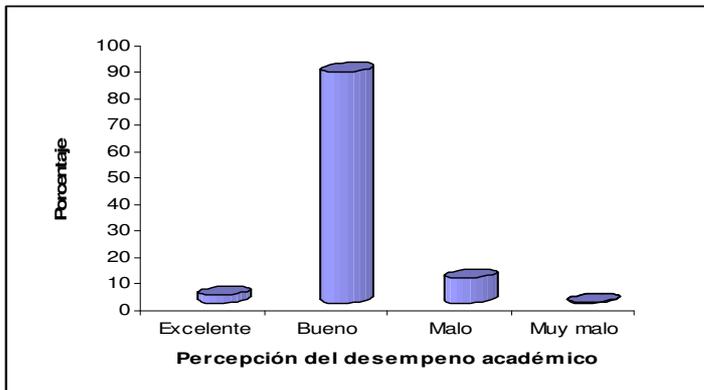


Fig. 8. Percepción del desempeño académico de los jóvenes de la muestra



4.1.2.2. Muestra por sexos

Dentro de la descripción de la muestra por sexos se encontró que en la muestra de hombres la mayoría (75%) cursaban el primer año de su carrera al igual que las mujeres (78%), la minoría de ambas muestras cursar el segundo año de su carrera (tabla 4.2).

La carrera que mayor porcentaje de la muestra de hombres reportó cursar fue la de Electrónica y Automotriz (43.1%) y la que se reportó con menor porcentaje de alumnos fue la de Proceso de Producción (1.1%). Dentro de la muestra de mujeres las carreras con mayor porcentaje de alumnas fueron Administración de Empresas y

Tecnología Ambiental 33.5% cada una y de igual manera que en grupo de hombres la carrera de Proceso de Producción fue la de menor demanda (1%) (Tabla 4.3).

Tabla. 4.2. Año escolar de los jóvenes de la muestra por sexo

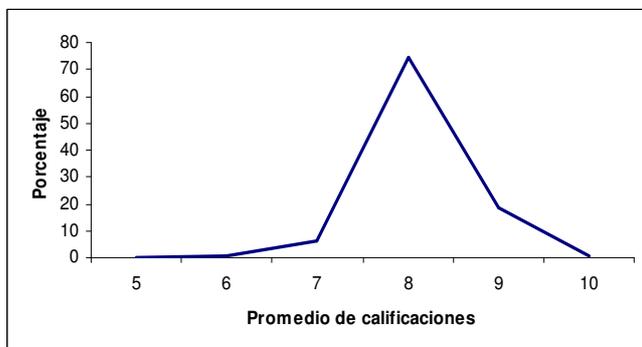
Sexo	Año escolar de la carrera	Porcentaje
Hombre	1er año escolar	75,5 %
	2º año escolar	24,5%
Mujer	1er año escolar	78,0%
	2º año escolar	22,0%

Tabla 4.3. Carreras estudiadas por los jóvenes de la muestra de acuerdo al sexo

Sexo	Carrera	Porcentaje
Hombre	Electrónica y Automotriz	43,1%
	Tecnologías de la Información	37,8%
	Procesos de producción	1,1%
	Comercialización	4,8%
	Administrativa o administración de empresas	12,8%
Mujer	Electrónica y Automotriz	1,5%
	Tecnologías de la Información	29%
	Procesos de producción	1%
	Comercialización	1,5%
	Administrativa o administración de empresas	33,5%
	Tecnología Ambiental	33,5%

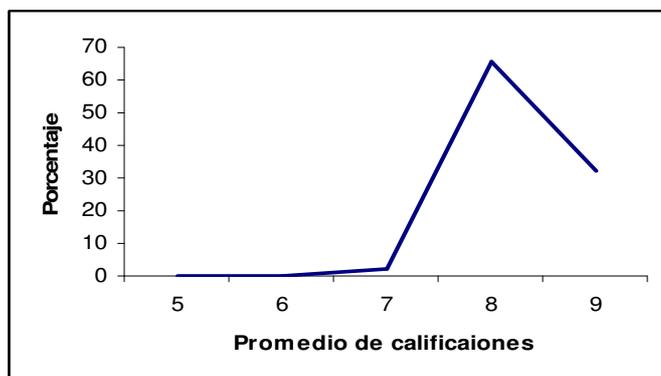
Continuando con los datos académicos, en la distribución de porcentajes del promedio de calificaciones en la muestra de hombres se obtuvo una media de 8 y una desviación estándar de 0.5, la forma de la distribución refleja un sesgo bajo de 0.16, es decir, dentro de la distribución se aprecian valores altos en el promedio de calificaciones de los hombres, llegan a 10, y una curtosis de 2.2 que señala la aglomeración de a los datos a la media (fig. 9).

Fig. 9. Distribución de porcentajes del promedio de calificaciones de la muestra de hombres



Para la muestra de mujeres se obtuvo una media de 8.3 una desviación estándar de 0.5, como se observa en la figura 10 la forma de la distribución presenta un sesgo bajo de -0.03 lo que señala la presencia de valores bajos en los promedios de las mujeres, es decir 6, y una curtosis de 0.7 que indica la proximidad de los valores a la media

Fig. 10. Distribución de porcentajes del promedio de calificaciones de la muestra de mujeres



Aunado a lo anterior la percepción del desempeño académico se presento de la siguiente forma en hombres y mujeres; los hombres en su mayoría reportaron que la percepción de su desempeño académico era bueno (80.9%) un 4.3% dijo que éste era excelente y un 0.5 % dijo que era muy malo. Las mujeres reportaron en su

mayoría que la percepción de su desempeño era bueno (94%) y un 1.5% dijo que éste era excelente, a diferencia del grupo de hombres ninguna mujer reportó la categoría de “muy malo” (tabla 4.4).

Tabla 4.4. Percepción del desempeño académico de acuerdo al sexo

Sexo	Percepción del desempeño académico	Porcentaje
Hombre	Excelente	4,3%
	Bueno	80,9%
	Malo	14,4%
	Muy malo	0,5%
Mujer	Excelente	1,5%
	Bueno	94,0%
	Malo	4,5%

4.1.3. Datos económicos

Dentro de los datos económicos se describe lo siguiente: percepción de la condición económica familiar y dinero con el que se cuenta para solventar diversas necesidades, la descripción de dichos datos se presenta de acuerdo a la muestra total y por sexo.

4.1.3.1. Muestra total

La muestra total presentó los siguientes resultados, en percepción de la condición económica familiar la mayoría de la población reporta que su que ésta es buena (74.5%) y solo el 0.8% indica que la misma es muy mala (tabla. 4.5). Por otra parte al preguntar si el dinero con el cuentan les alcanzaba para solventar diversas necesidades, la mayoría de los jóvenes respondieron que éste solo les alcanzaba para pasajes y comida (70.1%) y el 10.6% dijo que su dinero no le alcanzaba (tabla

4.6). a su vez el 39.7% señaló que por lo regular el dinero con el cuenta le permite satisfacer todas sus necesidades (tabla 4.7).

Tabla 4.5. Percepción de la condición económica familiar de al muestra total

Percepción de la condición económica	Porcentaje
Muy buena	4.1%
Buena	74.5%
Mala	19.1%
Muy mala	0.8%

Tabla 4.6. “El dinero con el que cuentas te alcanza para...” respuestas de la muestra total

El dinero con el que cuentas te alcanza para...	Porcentaje
No me alcanza	10,6%
Solo pasajes y comida	70,1%
Pasajes, comida, extras y diversiones	18,0%

Tabla 4.7. “El dinero con el que cuento regularmente me alcanza para satisfacer todas mis necesidades” respuestas de la muestra total

El dinero con el que cuento regularmente me alcanza para satisfacer todas mis necesidades	Porcentaje
Totalmente en Desacuerdo	12,1%
En Desacuerdo	34,3%
De Acuerdo	39,7%
Totalmente de Acuerdo	13,4%

4.1.3.2. Muestra por sexos

Con respecto al primer termino, la percepción de la condición económica familiar, la mayoría de los hombres señalaron que ésta es buena (72.9%) y solo el 1.1% señaló que es muy mala. Por otra parte las mujeres indicaron en su mayoría que ésta es buena (76%) y solo el 0.5% dice que en muy mala (tabla 4.8).

Tabla. 4.8. Percepción de la condición económica familiar por sexo

Sexo	Percepción de condición económica	Porcentaje
Hombre	Muy Buena	5.3%
	Buena	72.9%
	Mala	19,7%
	Muy mala	1.1%
Mujer	Muy Buena	3.0%
	Buena	76.0%
	Mala	18.5%
	Muy mala	0.5%

Con referencia al segundo aspecto del presente apartado se obtuvo lo siguiente: el 67.6% reportó que el dinero con el que cuentan solo les alcanza para cubrir los gastos de pasajes y comida y 12.8% de ellos señalan que el dinero no les alcanza. Las mujeres por su parte señalaron que de igual forma solo les alcanza para pasajes y comida (72.5%) y en menor porcentaje que los hombres que el dinero no les alcanza (8.5%) (tabla 4.9).

Vinculado a lo anterior, reportaron estar de acuerdo en que el dinero con el que cuentan les alcanza para satisfacer regularmente todas sus necesidades 40% en la población de varones y el 37.5% en la población de mujeres, 36.7% y 32% reportaron estar en desacuerdo respectivamente (tabla 4.10).

Tabla 4.9. “El dinero con el que cuentas te alcanza para...” de acuerdo al sexo

Sexo	El dinero con el que cuentas te alcanza para...	Porcentaje
Hombre	No me alcanza	12,8%
	Solo pasajes y comida	67,6%
	Pasajes, comida, extras y diversiones	18,6%
Mujer	No me alcanza	8,5%
	Solo pasajes y comida	72,5%

	Pasajes, comida, extras y diversiones	17,5%
--	---------------------------------------	-------

Tabla 4.10. “El dinero con el que cuento me alcanza regularmente para satisfacer todas mis necesidades” por sexo

Sexo	El dinero con el que cuento me alcanza regularmente para satisfacer todas mis necesidades	Porcentaje
Hombre	Totalmente en Desacuerdo	10,1%
	En Desacuerdo	36,7%
	De Acuerdo	42,0%
	Totalmente de Acuerdo	10,6%
Mujer	Totalmente en Desacuerdo	14,0%
	En Desacuerdo	32,0%
	De Acuerdo	37,5%
	Totalmente de Acuerdo	16,0%

4.1.4. Experiencias negativas

El apartado de experiencias negativas describe datos como el haber vivido experiencia trastornantes, haber experimentado la muerte de alguna persona cercana en la infancia, el haber experimentado abuso sexual, el haber sido victima de situaciones humillantes y el experimentar ideas que no se pueden controlar, además incluir las categorías de los problemas que más le preocupan a la población, al igual que en los apartados anteriores la descripción se presenta con respecto a la muestra total y al sexo.

4.1.4.1. Muestra total

Por principio se describe el haber experimentado algún evento (s) trastornante (s) en los últimos meses donde el 53.1% del total de la muestra respondió afirmativamente y 45.9% lo hizo de forma negativa (fig.11). De igual forma señalaron que dichas experiencias se relacionaron en su mayoría con la familia (10.6%) y la pareja (8.2%) (tabla 4.11).

Fig. 11. Vivencia de experiencia (s) trastornante (s) muestra total

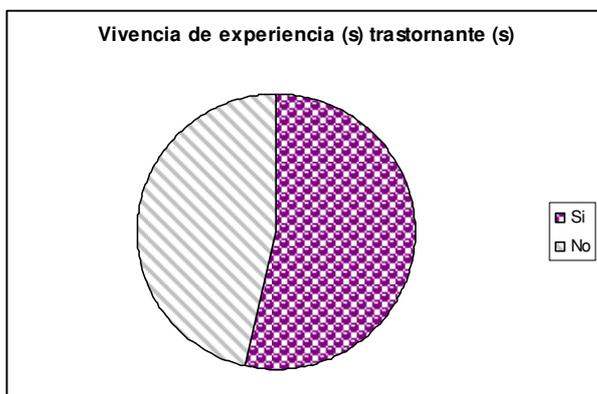


Tabla 4.11 Persona (s) con quien se relaciona lo que ha alterado su vida (muestra total)

Con quién o que se relaciona lo que ha alterado su vida ...	Porcentaje
La familia	10,6%
La pareja	8,2%
Amistades	3,6%
Escuela	4,4%
Trabajo	1,3%
Salud	1,3%
Otro	1,5%
Dos categorías	11,1%
Más de dos categorías	8%

El 47.7 % del total de la muestra reportó la muerte de alguna persona importante para ellos durante su infancia o adolescencia (fig. 12), 19.1% reportaron que dicha persona fue su abuelo (a) y 4.9% que quien falleció fue su papá (tabla 4.12).

Fig. 12. Muerte de alguna persona importante en la infancia o adolescencia



Tabla 4.12. Persona importante fallecida en la infancia o adolescencia (muestra total)

¿Quié?	Porcentaje
Papá	4,9
Mamá	2,6
Hermano (a)	3,6
Abuelo (a)	19,1
Tío (a)	4,9
Amigo(a)	2,3
Otro	1,8
Novio (a), pareja	,5
Dos personas	5,9
Padrastro, padrino, una persona que era como mi madre	0,3
Más de dos personas	0,8

Continuando con la descripción de experiencias negativas 9 % de la muestra total reportó haber sufrido algún tipo de abuso sexual (fig.13) y 35.8% dijo haber sido víctima situaciones humillantes (fig. 14).

Fig. 13. Porcentaje de los jóvenes de la muestra que reportaron algún tipo de abuso sexual

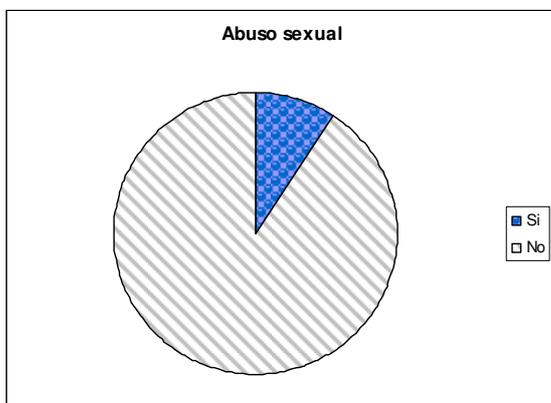


Fig.14. Porcentaje de los jóvenes de la muestra que reportaron ser víctimas de alguna situación humillante



En cuanto al problema que más les preocupa a los jóvenes de la muestra la categoría con mayor frecuencia fue la de problemas personales (40.5%) que incluyen preocupaciones de salud, emocionales, de apariencia física, etc. seguida de los que no tiene problemas (18.3%) (tabla 4.13).

Tabla 4.13. Categorías de problemas que más preocupan a los jóvenes de la muestra

Categoría de problemas que más les preocupa	Porcentaje
Problemas familiares	16,5

Problemas personales	40,5
Problemas escolares	14,9
Problemas de pareja	2,6
Dos o mas problemas o categorías	6,7
Problemas de trabajo	,5
No tiene problemas	18,3

Otra de las experiencias negativa de las cuales se indagó fue la presencia de ideas incómodas, de acuerdo a la percepción de cada participante, que no se pueden evitar, ellos respondieron en su mayoría que están en desacuerdo (34.5%) con esto, es decir que no presentan dichas ideas, sin embargo 32.5% dijo estar de acuerdo con tal afirmación (tabla 4.14).

Tabla 4.14. “Tengo con frecuencia ideas en la cabeza que no puedo evitar” respuestas de la muestra total

Tengo con frecuencia ideas en la cabeza que no puedo evitar	Porcentaje
Totalmente en Desacuerdo	18,0
En Desacuerdo	34,5
De Acuerdo	32,5
Totalmente de Acuerdo	14,9

4.1.4.2. Muestra por sexo

En cuanto a la muestra por sexos se obtuvo lo siguiente, dentro del primer aspecto, el haber experimentado algún evento (s) trastornante (s) en los últimos meses el 47.9 % de los varones respondió afirmativamente por su parte 57.5% de las mujeres lo hicieron de igual forma (fig. 15).

Dichas experiencia se relacionaron en su mayoría 26.7% con la pareja en la población de hombres y en las mujeres con dos categorías 25.2% de las que aparecen en la tabla 4.15

Fig. 15. vivencia de experiencia (s) trastornante (s) en los últimos meses por sexo

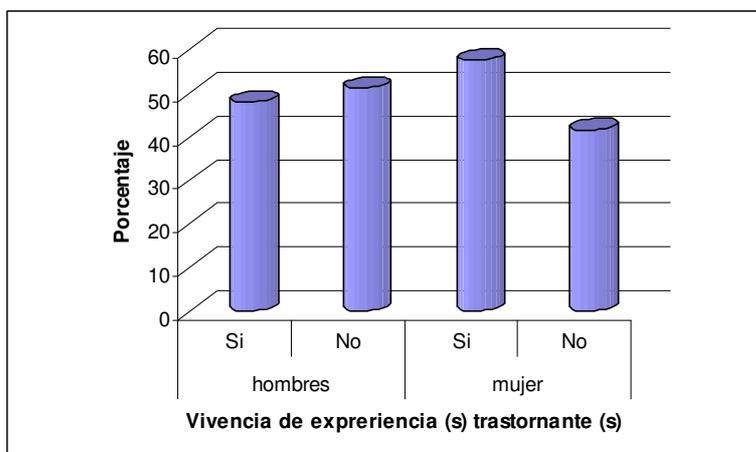


Tabla 4.15 Persona (s) con quien se relaciona lo que ha alterado su vida

Con quién o que se relaciona lo que ha alterado su vida ...	Sexo	
	Hombre	Mujer
La familia	14,4%	24,3%
La pareja	26,7%	7,0%
Amistades	8,9%	5,2%
Escuela	8,9%	7,8%
Trabajo	5,6%	,0%
Salud	3,3%	1,7%
Otro	4,4%	1,7%
Dos categorías	15,6%	25,2%
Más de dos categorías	6,7%	20,9%

El 45.2% de los hombres respondió afirmativamente a el haber experimentado durante la infancia o adolescencia la muerte alguna persona importante para ellos, por su parte respondió de igual forma el 50% de las mujeres (fig. 16). En ambos casos hombres y mujeres la persona fallecida corresponde al abuelo (a) con 40% en cada caso, le secunda la muerte de un tío (a) con 10.6% y 10% respectivamente y en tercer lugar la muerte del padre con 8.2% en hombres y 12% mujeres (tabla 4.16)

Fig. 16. Muerte de alguna persona importante en la infancia o adolescencia

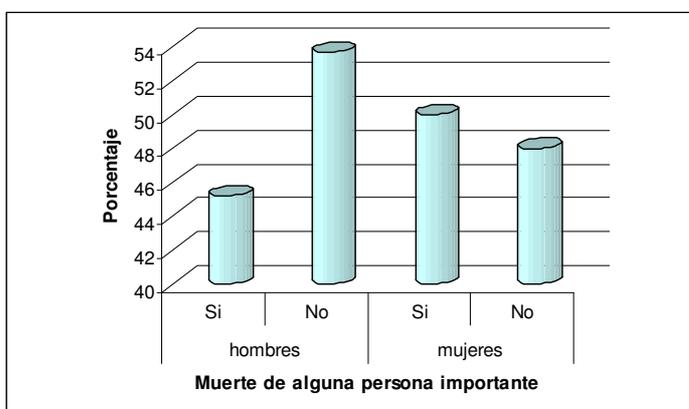


Tabla 4.16 Persona importante fallecida en la infancia o adolescencia

¿Quién?	Sexo	
	Masculino	Femenino
No responde	4,7%	1,0%
Papá	8,2%	12,0%
Mamá	3,5%	6,0%
Hermano(a)	10,6%	5,0%
Abuelo(a)	40,0%	40,0%
Tío (a)	10,6%	10,0%
Amigo(a)	4,7%	5,0%
Otro	,0%	7,0%
Novio(a), pareja	1,2%	1,0%
Dos personas	14,1%	11,0%
Padrastro, padrino, una persona que era como mi madre	,0%	1,0%
Más de dos personas	2,4%	1,0%

Dentro de las experiencias negativas experimentadas 5.3% de los hombres reportó haber sido víctima de abuso sexual y 12.5% de las mujeres (fig. 17). Relacionado con esto 31.5% de los hombres reportó haber sido víctima de situaciones humillantes y el 36.5% de mujeres (fig. 18).

Fig.17. Porcentaje de jóvenes que reportaron abuso sexual de acuerdo al sexo

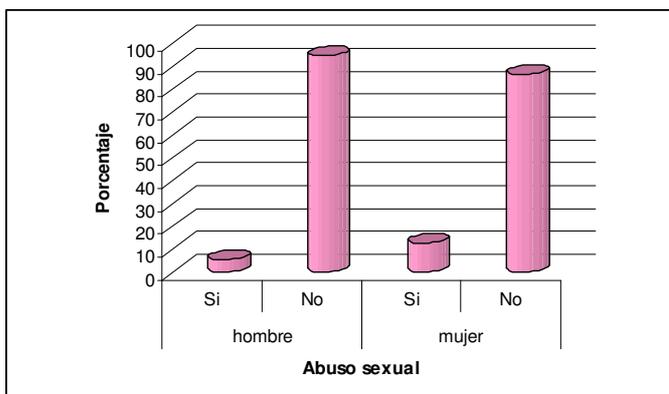
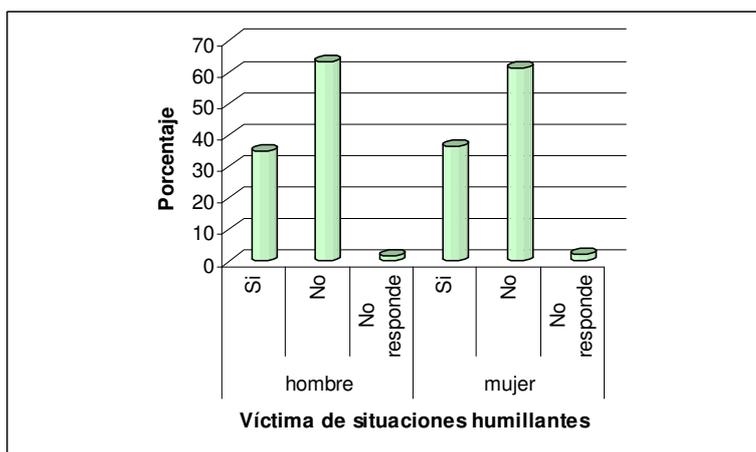


Fig. 18. Porcentaje de personas victimas de situaciones humillantes de acuerdo al sexo



A su vez 41% de la muestra de varones reportaron que son los problemas personales los que más les preocupan y 20.7% dijo no tener problemas. 40% de al muestra de mujeres reportó que de igual forma son los problemas personales los que les causan más preocupación seguido de los problemas familiares (22%) y solo el 16% dijo no tener problemas (tabla 4.17).

Tabla 4.17. Categorías de problemas que más les preocupan a los jóvenes de la muestra de acuerdo al sexo.

Sexo	Problema que más les preocupa	Porcentaje
Hombre	Problemas familiares	10,6%
	Problemas personales	41%
	Problemas escolares	16%
	Problemas de pareja	4,3%
	Dos o mas problemas	6,9%
	Problemas de trabajo	0,5%
	No tiene problemas	20,7%
Mujer	Problemas familiares	22%
	Problemas personales	40%
	Problemas escolares	14%
	Problemas de pareja	1%
	Dos o mas problemas o categorías	6,5%
	Problemas de trabajo	0,5%
	No tiene problemas	16%

El último aspecto de las experiencias negativa hace referencia a la presencia de ideas que no se pueden evitar; con respecto a esto los hombres respondieron en su mayoría que están en desacuerdo con la presencia de las mismas (35.1%) con esto, es decir que no presentan dichas ideas; aunque 34.6% dijo estar de acuerdo con tal afirmación. Por su parte las mujeres no mostraron mucha variante en sus respuestas, pues 34% dijo estar en desacuerdo y 30.5% de acuerdo con la afirmación (tabla 4.18)

Tabla 4.18. “Tengo con frecuencia ideas en la cabeza que no puedo evitar” muestra por sexos

Sexo	Tengo con frecuencia ideas en la cabeza que no puedo evitar	Porcentaje
Hombre	Totalmente en Desacuerdo	14,4%
	En Desacuerdo	35,1%
	De Acuerdo	34,6%
	Totalmente de Acuerdo	16%

Mujer	Totalmente en Desacuerdo	21,5%
	En Desacuerdo	34%
	De Acuerdo	30,5%
	Totalmente de Acuerdo	14%

4.1.5. Atención psicológica

Dentro de este apartado se presenta los porcentajes de personas que han recibido atención psicológica así como la causa de la misma y si se continúa con dicha atención.

4.1.5.1. Muestra total

Al respecto del porcentaje de jóvenes que han recibido atención psicológica o psiquiátrica se obtuvo lo siguiente 16.2% dijo haber recibido atención de este tipo (fig. 19) y la causa más frecuente fue trastornos emocionales (depresión, ansiedad, etc.) con un 3.4% seguido de problemas familiares (divorcio de los padres) con un 2.8% (tabla 4.19).

Fig. 19. Porcentaje de jóvenes de la muestra que han recibido atención psicológica o psiquiátrica



Tabla 4.19 Causa por la cual se recibió atención psicológica o psiquiátrica

Causa por la cual se recibió atención psicológica o psiquiátrica	Porcentaje
Trastornos emocionales (depresión, ansiedad, etc.)	3,4%
Drogadicción y/o Alcoholismo	0,3%
Traumatas (muerte, abuso sexual, secuestro)	0,3%
Problemas familiares (divorcio de los padres, etc.)	2,8%
Problemas con la Pareja	0,5%
Solo solicitó ayuda	0,8%
Otra	2,6%
Dos categorías	0,8%
Mas de dos categorías	0,3%
Problemas académicos (rendimiento, aprendizaje)	1%
Problemas de conducta (hiperactividad, rebeldía, indisciplina,	0,8%
Problemas con la alimentación (anorexia, bulimia)	0,5%

Con respecto a último aspecto del presente apartado, el continuar con dicho tipo de atención funcionó como criterio de exclusión, y el total de la muestra respondió de forma negativa, es decir ningún participante continuaba en tratamiento psicológico o psiquiátrico al momento de llevara cabo la presente investigación.

4.1.5.2. Muestra por sexos

Al dividir a la muestra de acuerdo al sexo se obtuvo lo siguiente 13.5% de los hombres reportó que habían recibido atención psicología o psiquiátrica (fig. 20), el motivo más frecuente fue por problemas familiares con 18.5%, seguido por la categoría "otro" no especificado (18.5%) y en tercer lugar problemas académicos (rendimiento/aprendizaje) con 11.1% (tabla 4.20).

En las mujeres, las que dijeron haber recibido atención psicología o psiquiátrica el porcentaje correspondió a 17.5 (fig. 20), siendo el motivo o causa más frecuente de dicha atención los trastornos emocionales (depresión, ansiedad, etc.) con 30.6% y en segundo lugar problemas familiares (divorcio de los padres) con el 16.7% (tabla 4.20)

Fig. 20. Porcentaje de jóvenes que recibieron atención psicología o psiquiátrica de acuerdo al sexo

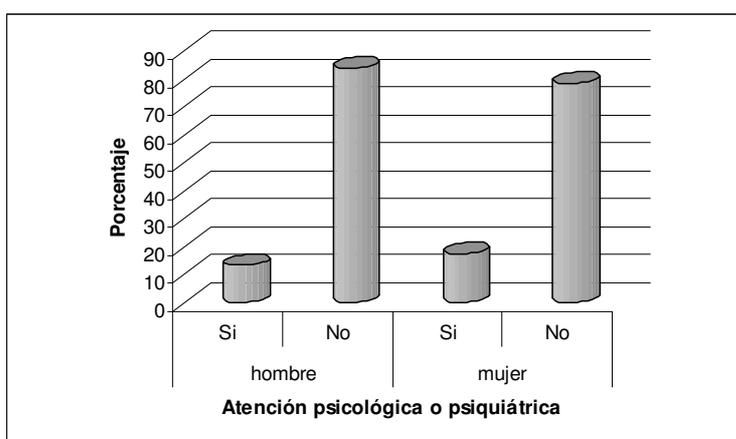


Tabla 4.20. Causa por la que se recibido atención psicológica o psiquiátrica por sexo

Causa por la que se recibido atención psicológica o psiquiátrica	Sexo	
	Masculino	Femenino
Trastornos emocionales (depresión, ansiedad, etc.)	7,4%	30,6%
Drogadicción y/o Alcoholismo	,0%	2,8%
Traumáticas (muerte, abuso sexual, secuestro)	3,7%	,0%
Problemas familiares (divorcio de los padres, etc.)	18,5%	16,7%
Problemas con la Pareja	,0%	5,6%
Solo solicitó ayuda	7,4%	2,8%
Otra	18,5%	13,9%
Dos categorías	3,7%	5,6%
Mas de dos categorías	3,7%	,0%
Problemas académicos (rendimiento, aprendizaje)	11,1%	2,8%
Problemas de conducta (hiperactividad,	7,4%	2,8%

rebeldía, indisciplina		
Problemas con la alimentación (anorexia, bulimia)	,0%	5,6%

4.1.6. Datos de apoyo

Dentro de los datos de apoyo se incluyen la práctica religiosa, el consumo de sustancias para sentirse bien y la disciplina ejercida durante la infancia y adolescencia.

4.1.6.1. Muestra total

La muestra total reportó en cuanto a la práctica religiosa que 72.9 % de los jóvenes practican alguna religión (fig. 21), de los cuales 39.4% mostraron que dicha práctica religiosa, o más bien que su actividad religiosa es suficiente y 23.2% que es escasa (tabla 4.21)

Fig. 21. Porcentaje de jóvenes que practican alguna religión

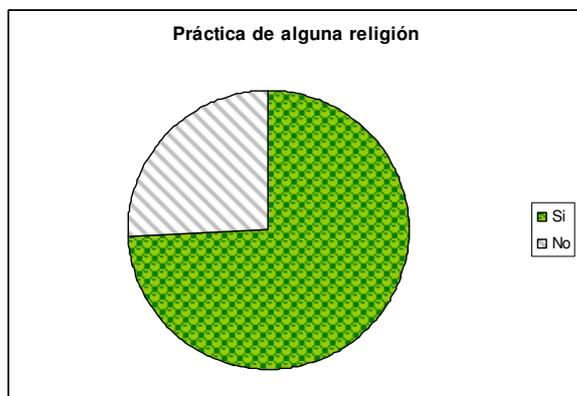


Tabla 4.21 Porcentajes de actividad religiosa de los jóvenes de la muestra

Actividad religiosa	Porcentaje
No responde	27,6%
Mucha	4,1%
Suficiente	39,4%
Escasa	23,2%
Casi nula	5,7%

Con respecto al consumo de alguna sustancia en dentro de la muestra total se encontró que 32.5 % de los jóvenes dijeron que si consumen algo que les haga sentir bien (fig.22), los productos que la mayoría consumen son cigarros con 8.2 % del total de la muestra y café con 6.7%(tabla 4.22).

Fig. 22. Porcentaje de jóvenes que consumen algo para sentirse bien muestra total



Tabla 4.22. Porcentajes de productos que los jóvenes de muestra consumen para sentirse bien

“Lo que consumes para sentirte bien es...”	Porcentaje
Cigarros	8,2%
Café	6,7%
Alcohol	2,6%
Algún tipo de droga	0,3%
Medicamentos	1,5%
Otro	1,8%
Marca dos	6,7%
Marca más de dos	3,4%
Chocolate, refrescos, dulces, comida chatarra	0,3%

El último dato de apoyo indaga a cerca de la disciplina ejercida sobre la persona durante su infancia y adolescencia, se encontró que 74.5% de los participantes señalaron que ésta fue de manera que no se les aplicaron ni muchas reglas ni muchos castigos y en menor porcentaje señalaron que fue con muchas reglas y muchos castigos (17.3%) (tabla 4.23).

Tabla 4.23. Disciplina ejercida durante al infancia y adolescencia sobre los jóvenes de la muestra total.

Tipo de disciplina	Porcentaje
No responde	1,5%
Sin reglas ni castigos	6,7%
Ni muchas reglas ni muchos castigos	74,5%
Muchas reglas y muchos castigos	17,3%

4.1.6.2. Muestra por sexo

Con respecto al primer dato, religión, 69.7% (fig.23) de los hombres reportaron practicar alguna religión de los cuales 51.1% señalaron que su actividad religiosa es suficiente y 8.4% casi nula (tabla 4.24).

El 76% de las mujeres reportaron (fig. 23), de igual forma practicar alguna religión de las cuales 56.6% dijo que su práctica religiosa era suficiente y 7.2% casi nula (tabla 4.24).

Fig. 23. Porcentajes de práctica religiosa de los jóvenes de la muestra por sexo

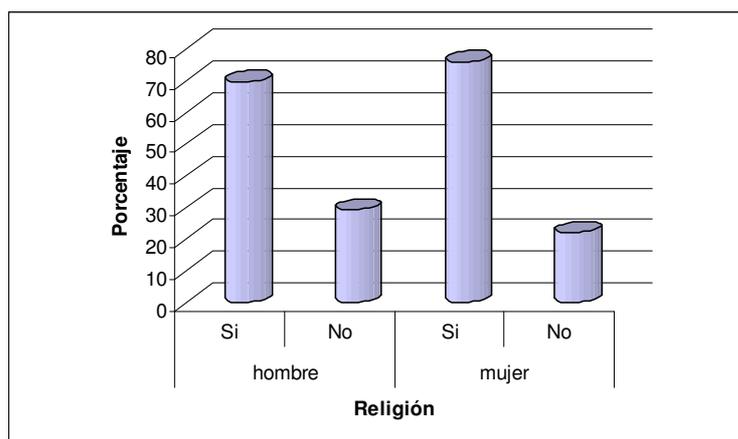


Tabla 4.24. Porcentajes de actividad religiosa de acuerdo al sexo

Actividad Religiosa	Sexo	
	Hombre	Mujer
Mucha	6,9%	4,6%
Suficiente	51,1%	56,6%
Escasa	32,8%	30,9%
Casi nula	8,4%	7,2%

El consumo de alguna sustancia para sentirse bien se conformo de la siguiente forma 39.9% de los hombres dijo consumir algo, los cuales dijeron que la sustancia más consumida eran los cigarros con un 26.7% y en un menor porcentaje el café con 16% (Fig. 25 y tabla 4.25 respectivamente).

El porcentaje de las mujeres que reportaron el consumo de alguna sustancia quedó constituido por el 25.5% (fig. 24) la sustancia de mayor consumo en este grupo fe el café con un 27.5% y en segundo lugar los cigarros con un 23.5% (tabla 4.25).

Fig. 24. consumo de algo para sentirse bien

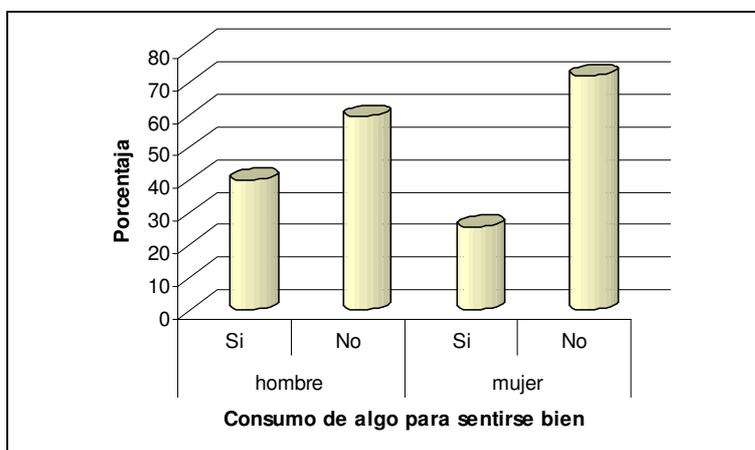


Tabla 4.25 Lo que consume para sentirse bien de acuerdo al sexo

Lo que consume para sentirse bien	Sexo	
	Masculino	Femenino
Cigarros	26,7%	23,5%
Café	16,0%	27,5%
Alcohol	9,3%	5,9%
Algún tipo de droga	1,3%	,0%
Medicamentos	2,7%	7,8%
Otro	2,7%	9,8%
Marca dos	28,0%	9,8%
Marca más de dos	10,7%	9,8%
Chocolate, refrescos, dulces, comida chatarra	,0%	2,0%

En cuento a la disciplina ejercida durante la infancia y adolescencia se obtuvo lo siguiente 72.3% de los hombres reportaron que fue sin muchas reglas ni muchos castigos y 8.5% dijo que al disciplina ejercida sobre su persona fue sin reglas ni castigos (tabla 4.26).

Por su parte las mujeres reportaron al similar con variaciones en los porcentaje, es decir, 76.5% dijo que al disciplina fue sin muchas reglas ni castigos y 5% dijo que ésta fue sin reglas ni castigos (tabla 4.26)

Tabla 4.26. Tipo de disciplina ejercida durante la infancia y adolescencia de acuerdo al sexo

Sexo	Tipo de disciplina	Porcentaje
Hombre	Sin reglas ni castigos	8,5%
	Ni muchas reglas ni muchos castigos	72,3%
	Muchas reglas y muchos castigos	17,0%
Mujer	Sin reglas ni castigos	5,0%
	Ni muchas reglas ni muchos castigos	76,5%
	Muchas reglas y muchos castigos	17,5%

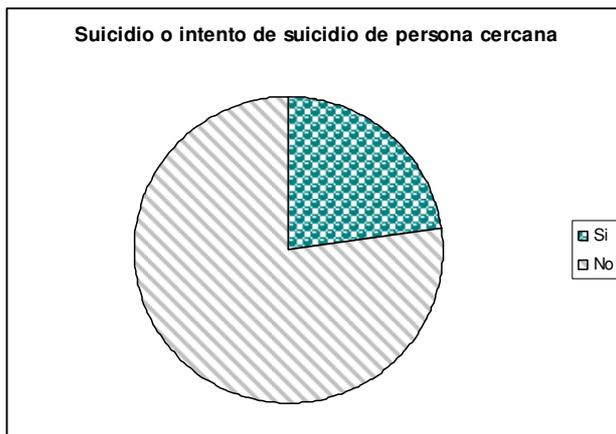
4.1.7. Antecedente suicida

En el antecedente suicida se indagó sobre el suicidio o intento de suicidio de alguna persona cercana, el intento de suicidio propio y el número de intentos suicidio. La descripción igual que en los apartados anteriores se desarrolla por muestra total y por sexo.

4.1.7.1. Muestra total

El total de la muestra reportó, que 22.4% de los jóvenes dijo que alguna persona cercan a ellos se había intentado suicidar o había cometido suicidio (fig.25).

Fig. 25. Porcentaje de jóvenes que alguna persona cercana ha intentado o cometido suicidio muestra total



Por otra parte 8% de los jóvenes de la muestra señalaron que habían intentado suicidarse (fig. 26); 4.1% dijo al meno lo había intentado una vez y 0.8% señaló que lo había intentado más de tres veces (tabla 4.27).

Fig. 26. Porcentaje de jóvenes que han intentado suicidarse

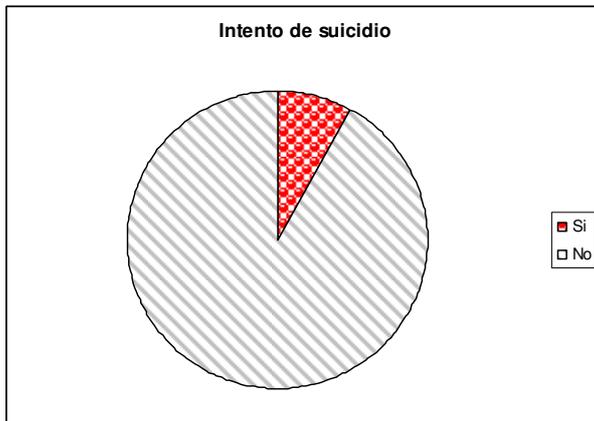


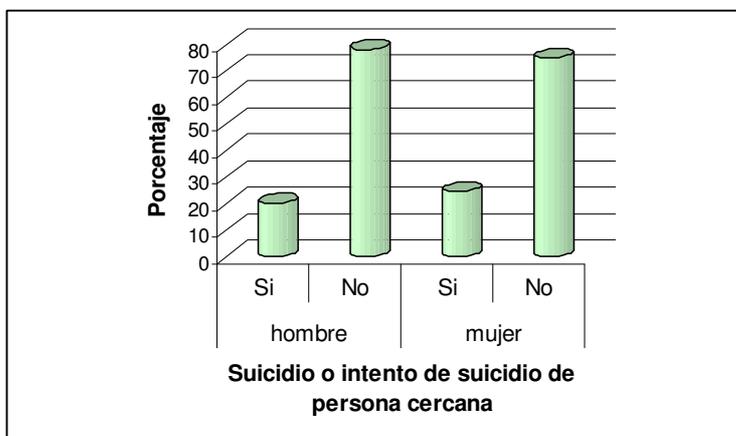
Tabla 4.27. Porcentaje de numero de veces que se intentado suicidarse muestra total

Número de intentos de suicidio	Porcentaje
1	4,1%
2	1,3%
3	0,8%
Más de tres	0,8%

4.1.7.2. Muestra por sexo

Al respecto de el termino se encontró que 20.2% de los hombres tienen alguna persona cercana que ha intentado suicidarse o ha cometido suicidio y 24.5% de la mujeres respondieron de igual forma (fig. 27).

Fig. 27. Porcentaje de jóvenes que alguna persona cercana ha intentado o cometido suicidio muestra por sexo



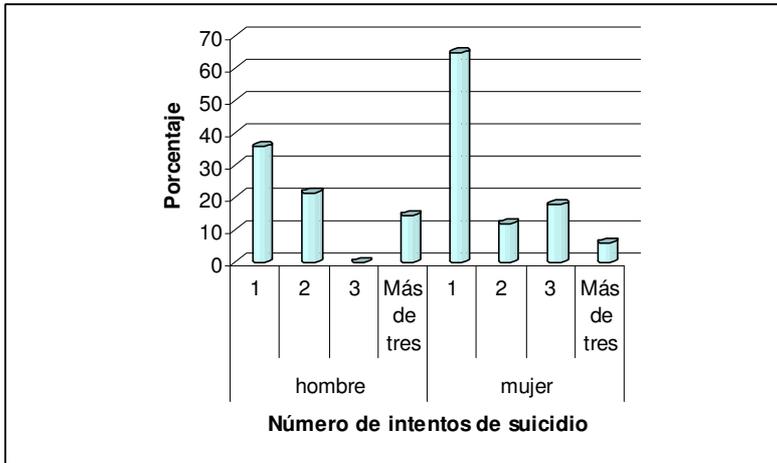
El intento suicida reportado por los jóvenes de muestra quedó conformado de la siguiente forma 7.4% (fig.28) de los hombres dijo haber intentado suicidarse, de estos, 37.5% señalan un solo intento y 14.3% más de tres (fig.29).

En la mujeres el intento de suicidio y el número de ellos fue el siguiente 8.5% dijo haber intentado suicidarse, habiéndolo intentado en una ocasión el 64,7% y en más de tres ocasiones el 5.9% (fig. 28 y 29).

Fig. 28. Intento de suicidio de acuerdo al sexo



Fig. 29. Numero de intentos de suicidio de acuerdo al sexo



4.1.8. Resumen de los resultados: Variables de Identificación Personal

Los datos anteriormente descritos señalan que la población mostró las siguientes características:

- En datos generales se observó una media de edad de 19.8 años, en la muestra de varones de 20 años y en la muestra de mujeres de 19.5 años, siendo en este grupo donde se encontraron las edades extremas de la población (34 años). En la muestra total el estado civil predominante es el soltero 97.4 % de total. Los hombre solteros representan el 99.5% y las mujeres el 95.5%, siendo en esta muestra donde se encuentra el mayor porcentaje de personas casadas 4.5%.
- Los datos académicos mostraron a la mayoría de los jóvenes, de la muestra total, en el primer año de estudio de su carrera 76.8 %; la carera con mayor porcentaje de alumnos fue Tecnologías de la información con 33.2%, sin embargo en le grupo de hombres fue la de Electrónica y Automotriz (41.3%) y en el grupo de mujeres las carreras con mayor número de alumnas fueron Administración de Empresas y Tecnología Ambiental (33.5% cada una). La puntuación media respecto a calificaciones, reportada para muestra general fue de 8.2 en muestra de hombres fue de 8 y en la de mujeres fue de 8.3; en

general el desempeño académico percibido por los alumnos fue bueno (87.6%).

- Datos económicos, estos mostraron a los jóvenes que integran al muestra total con percepción de su condición económica familiar señalada como buena (74.5%), de igual forma dijeron que el dinero con el cuentan solo les alcanzaba para gastos de pasajes y comida (70.1%) aunado a ello dijeron que regularmente su dinero les alcanza para satisfacer todas sus necesidades (39.7%).
- Experiencias negativas, en este apartado se obtuvo lo siguiente 51.3% del total de la muestra dijo haber vivido alguna o algunas experiencia (s) trastornante(s) en los últimos meses, dicho acontecimiento se relaciono en su mayoría con la familia (10.6%) y la pareja (8.2%). 47.7 % de los participantes señalaron la muerte de alguna persona importante durante su infancia o adolescencia, siendo esta persona en la mayoría de los casos el/la abuelo(a) (19.1%) o el padre (4.9%). 9% dijo haber sido víctima de abuso sexual, hombres en un 5.3% y mujeres en 12.5%; el 35.8% reportó haber sido víctima se situaciones humillantes. En cuanto al problema más preocupante este se refirió a problemas personales en un 40.5%; y 34.5% dijo estar en desacuerdo con la presencia de ideas en su cabeza que no pudiera evitar.
- Los datos de atención psicológica o psiquiátrica revelaron que un 16.2% de la muestra total había recibido este tipo de servicio, 13.5% de los hombres y 17.5% de las mujeres, siendo las causa más frecuentes los problemas emocionales y familiares 3.4% y 2.8% respectivamente.
- Los datos de apoyo mostraron que un 72.9% de la muestra total presentó práctica de alguna religión, la actividad religiosa manifestada fue suficiente en un 39.4% del total de la muestra. 32.5% de los jóvenes de la muestra señalaron consumo de algo para sentirse bien, los productos más consumitos fueron los cigarros y el café 8.2% y 6.7% respectivamente. La disciplina ejercida durante su infancia y adolescencia, de acuerdo a la mayoría de los jóvenes fue con ni muchas reglas ni muchos castigos (74.5%).

- Los datos de antecedente suicida señalaron que al menos 22.4% de la muestra total tenía a alguna persona cercana que intentó suicidarse o cometió suicidio. 8% del total de la muestra reportó haber intentado suicidarse; el porcentaje en la muestra de hombres correspondió a 7.4% y en mujeres 8.5%; el número de intentos suicidas reportado por el total de los jóvenes de la muestra fue de 4.1% una vez y 0.85 más de tres veces.

4.2. Variables Psicológicas

Las variables psicológicas que se presentan son las escalas de Actitudes y Creencias, Locus de Control, Apoyo Social, Desesperanza, dos reactivos de Espiritualidad, Agresión, Estado Emocional e Ideación Suicida, todas ellas incluidas en el instrumento de “Detección de Ideación Suicida en Jóvenes”

4.2.1. Ajuste psicométrico de escalas y reactivos; confiabilidad y validez

En el presente apartado se describen los resultados del ajuste psicométrico realizado a las escalas que integran las variables psicológicas, por muestra total y de acuerdo al sexo.

Dicho ajuste se llevó a cabo mediante la organización de los reactivos en factores de acuerdo a la escala, mediante análisis factorial, del cual se extrajeron los reactivos con carga en más de un factor o menor a 0.40.

4.2.1.1. Ajuste psicométrico

4.2.1.1.1. Muestra total

Como se señaló anteriormente en el ajuste psicométrico se extrajeron de las escalas los reactivos que presentaron carga factorial en más de dos factores o con carga menor a 0.40. Así mismo se eliminaron los reactivos que afectaban la confiabilidad de las mismas. En la tabla 4.28 se muestran el número de reactivos iniciales de cada

escala y el número de reactivos finales, así como la confiabilidad obtenida por escala y la varianza explicada en cada una de ellas.

Tabla 4.28. Ajuste psicométrico, confiabilidad y validez de las escalas por muestra total

Escala	Reactivos Iniciales	Reactivos Finales	Confiabilidad	Varianza Explicada
Escala de Actitudes y Creencias	23	21	0.71	53.72%
Escala de Locus de Control	7	3	0.67	60.2%
Escala de Apoyo Social	6	6	0.82	72.99%
Escala de Desesperanza	8	8	0.68	48.05%
Reactivos de Espiritualidad	2	2	0.69	76.52%
Escala de Estado Emocional	5	5	0.73	71.07%
Escala de Ideación Suicida	4	3	0.75	68.11%
Agresión	3	3	0.53*	52.17%

*Escalas con coeficiente de confiabilidad menor a 0.60 no se incluyen en el resto de los análisis

Como es posible observar de la escala de actitudes y creencias se eliminaron tres reactivos, de la escala de locus de control se eliminaron cuatro reactivos y de la escala de ideación suicida uno, en el resto de las escalas no fue necesario eliminar reactivos.

4.2.1.1.2. Muestra por sexos

El ajuste psicométrico de escalas y reactivos para la muestra de acuerdo al sexo quedo de la siguiente forma (tabla 4.29); de los 21 reactivos, de la escala de actitudes y creencias, que quedaron, para la muestra total solo 16 resultaron

funcionales para la muestra de varones y 17 para la muestra de mujeres; el resto de las escalas se conformaron de igual forma que en la muestra total.

Tabla 4.29. Ajuste psicométrico de las escalas por muestra de acuerdo al sexo

Escala	Reactivos Iniciales	Reactivos finales muestra total	Reactivos Finales Hombres	Reactivos Finales Mujeres
Escala de Actitudes y Creencias	23	21	16	17
Escala de Locus de Control	7	3	3	3
Escala de Apoyo Social	6	6	6	6
Escala de Desesperanza	8	8	8	8
Reactivos de Espiritualidad	2	2	2	2
Escala de Estado Emocional	5	5	5	5
Escala de Ideación Suicida	4	3	3	3

4.2.1.2. Confiabilidad

4.2.1.2.1. Muestra total

En el análisis de confiabilidad por escala se retiraron de las mismas los reactivos que afectaban dicha confiabilidad

La confiabilidad obtenida en cada una de las escalas fue mayor a 0.60, en la mayoría, solo la escala de agresión tuvo una confiabilidad inferior (0.53) motivo por el cual no se incluye en el resto de los análisis (tabla 4.30)

Tabla 4.30. Confiabilidad de escalas en la muestra total

Escala	Confiabilidad (coeficiente alfa)
Escala de Actitudes y Creencias	0.71
Escala de Locus de Control	0.67
Escala de Apoyo Social	0.82
Escala de Desesperanza	0.68
Reactivos de Espiritualidad	0.69
Escala de Estado Emocional	0.73
Escala de Ideación Suicida	0.75
Agresión	0.53

4.2.1.2.2. Muestra por sexos

El análisis de confiabilidad, mostró coeficientes iguales o mayores a 0.60 para cada una de las escalas, y se realizó siguiendo el mismo procedimiento que se utilizó en la muestra total (tabla 4.29). Dentro de dichos coeficientes se observó que la escala, en la muestra de hombres, que alcanzó mayor confiabilidad fue la de Apoyo Social (0.83) y la de menor confiabilidad fue la de Estado Emocional (0.69).

En la muestra de mujeres se observó que la escala que tuvo mayor coeficiente de confiabilidad fue la de Apoyo social (0.82) y la de coeficiente menor fue la escala de Locus de Control (0.63) (tabla 4.31).

Tabla 4. 31. Coeficientes de confiabilidad de las escala en las muestras de hombres y mujeres

ESCALA	HOMBRES	MUJERES
Actitudes y creencias	0.70	0.74
Locus de control (externo)	0.71	0.63
Apoyo social	0.83	0.82
Espiritualidad	0.76	0.64
Desesperanza	0.70	0.66
Estado emocional	0.69	0.73
Ideación suicida	0.72	0.78

4.2.1.3. Validez

4.2.1.3.1. Muestra total

Todas las escalas presentaron validez, ya que se observó la agrupación de los reactivos en distintos factores, una varianza explicada mayor o cercana al 50% y carga factorial igual o mayor a 0.40 (tabla 4.32)

Tabla 4.32. Varianza explicada de las escalas en la muestra total

Escala	Varianza Explicada
Escala de Actitudes y Creencias	53.72%
Escala de Locus de Control	60.2%
Escala de Apoyo Social	72.99%
Escala de Desesperanza	48.05%
Reactivos de Espiritualidad	76.52%
Escala de Estado Emocional	71.07%
Escala de Ideación Suicida	68.11%
Agresión	52.17%

De igual forma las escalas se dividieron en distintos factores. De los cuales igualmente se extrajo confiabilidad y validez. Como es posible observar la escala de Actitudes y Creencias se dividió en 6 factores tres de exigencia de aprobación, dos de exigencia de éxito y uno de exigencia de comodidad (los reactivos que integran dichos factores se muestran en la tabla 4.33).

Tabla 4.33. Factores de Escala de Actitudes y Creencias en la muestra total

Factor 1: Exigencia de aprobación	Confiabilidad: 0.71	Varianza Explicada: 11.09%
2.1. Si desagrado a los demás no puedo ser feliz		
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		
2.5. Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, pienso que soy una mala persona		

Factor 2: Exigencia de comodidad
2.17. Algunas veces es insoportable cuando estoy tenso
2.18. En ocasiones es frustrante cuando no hago las cosas bien
2.19. En ocasiones cuando estoy tenso, pienso que siempre estaré de esa manera
2.22. En ocasiones, cuando estoy tenso, me resulta difícil funcionar
Factor 3: Exigencia de éxito
2.13. Para ser una persona valiosa, debo destacar por lo menos en algo importante
2.9. Si no hago siempre bien las cosas la gente no me respetará
2.15. Las persona a quienes se les ocurren buenas ideas valen más que aquellas a las que no se les ocurren
2.7. Si fracaso en algo, eso lo considero tan malo como ser un completo fracaso
Factor 4: Exigencia de éxito
2.6. Es importante que haga bien algunas cosas
2.10. Quiero hacer bien algunas cosas
Factor 5: Exigencia de aprobación
2.23. Para agradar a otras personas, lo mejor es renunciar a los propios intereses
2.12. De vez en cuando necesito estar relajado(a)
2.21. Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás piensen de mí
Factor 6: Exigencia de aprobación
2.4. Solo porque no le agrade a algunas personas, no significa que sea una mala persona
2.8. Solo porque haga algunas cosas mal, no significa que sea un fracaso

Los reactivos de la escala de Locus de Control Externo se agruparon en un solo factor, con una confiabilidad de 0.67 y una varianza explicada de 60.2% (tabla 4.34).

Tabla 4.34. Factor y reactivos de la Escala de Locus de Control Externo en la muestra total

Factor 1: LCE	Confiabilidad: 0.67	Varianza Explicada: 60.2%
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		

La escala de Apoyo Social se dividió en dos factores apoyo de amigos y apoyo familiar; la confiabilidad de estos factores fue de 0.84 y 0.77 respectivamente y la varianza explicada de cada factor fue de 38.4% y 34.5 % (tabla 4.35).

Tabla 4.35. Factores y reactivos de la Escala de Apoyo Social en la muestra total

Factor 1: Apoyo de amigos	Confiabilidad: 0.84	Varianza Explicada: 38.46%
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		
Factor 2: Apoyo familiar	Confiabilidad: 0.77	Varianza Explicada: 34.52%
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		

Los reactivos de la Escala de Desesperanza se agruparon en dos factores futuro negativo y futuro positivo, con coeficientes de confiabilidad de 0.63 y 0.61 respectivamente y varianza explicada de 25 % y 22.9 % cada uno (tabla 4.36).

Tabla 4.36. Factores y reactivos de la Escala de Desesperanza en la muestra total

Factor 1: Futuro negativo	Confiabilidad: 0.63	Varianza Explicada: 25.06%
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		
Factor 2: Futuro positivo	Confiabilidad: 0.61	Varianza Explicada: 22.98%
2.40. Tengo gran fe en el futuro		
2.42. Preveo tiempos mejores que peores		
2.44. Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza		
2.46. En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa		

Los reactivos de Espiritualidad conformaron un solo factor con una confiabilidad de 0.69 y una varianza explicada de 76.5% (tabla 4.37).

Tabla 4.37. Factor y reactivos de Espiritualidad en la muestra total

Factor 1: Espiritualidad	Confiabilidad 0.69	Varianza Explicada 76.52%
2.37. Mis creencias personales me dan fuerza para enfrentar las dificultades		
2.39. Mis creencias personales me ayudan a entender las dificultades de la vida diaria		

En la escala de Estado Emocional se observaron dos factores estado emocional positivo y estado emocional negativo, cada uno con una confiabilidad de 0.75 y 0.69 y una varianza explicada de 39.8% y 31.2% (tabla 4.38).

Tabla 4.38. Factores y reactivos de la Escala de Estado Emocional en la muestra total

Factor 1: EEm negativo	Confiabilidad: 0.75	Varianza Explicada: 39.81%
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)		
Factor 2: EEm positivo	Confiabilidad: 0.69	Varianza Explicada: 31.26%
2.68. Me he sentido calmado(a) y en paz		
2.71. Me he sentido feliz		

Por su parte los reactivos de la Escala de Ideación Suicida se agruparon en un solo factor, con una confiabilidad de 0.75 y varianza explicada de 68.1% (tabla 4.39).

Tabla 4.39. Factor y reactivos de la Escala de Ideación Suicida en la muestra total

Factor 1: Ideación Suicida	Confiabilidad 0.75	Varianza Explicada 68.11%
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		

4.2.1.3.2. Muestra por sexos

El análisis de validez, se realizó de igual forma que en la muestra total, y mostró los siguientes resultados: en la muestra tanto de hombres como de mujeres se obtuvo una varianza explicada cercana o mayor al 50% siendo en ambas muestras la escala de Desesperanza la de porcentaje menor 50% y 46.4% respectivamente y los reactivos de Espiritualidad los de mayor porcentaje 79.3% y 73.6% en cada muestra. Al igual que en la muestra total se obtuvo confiabilidad y validez para cada uno de los factores en que se dividieron las escalas, dicha división en factores ocurrió de manera similar en la muestra de hombres y mujeres (tabla 4.40).

Tabla 4.40. Varianza explicada y confiabilidad por escala y factor de acuerdo al sexo

ESCALA/ Factores por Escala	HOMBRES		MUJERES	
	Confiabilidad	Varianza Explicada	Confiabilidad	Varianza Explicada
Actitudes y creencias	0.70	60.25%	0.74	60.53%
Factor 1		11.57		11.08
Factor 2		11.37		11.06
Factor 3		11.22		10.63
Factor 4		9.72		10.53
Factor 5		8.84		8.67
Factor 6		7.51		8.53
Locus de Control/ Factor 1 LC externo	0.71	63.74%	0.63	58.22%
Apoyo social	0.83	72.82%	0.82	73.53%
Factor 1 (Ap. amigos)	0.85	38.98	0.84	38.18
Factor 2 (Ap. familiar)	0.75	33.83	0.79	35.34
Espiritualidad/ Factor 1	0.76	79.32%	0.64	73.68%
Desesperanza	0.70	50.08%	0.66	46.49%
Factor 1	0.64	25.50	0.62	24.53
Factor 2	0.66	24.57	0.56	21.96
Estado Emocional	0.69	69.50%	0.73	70.13%
Factor 1	0.73	38.52	0.72	38.71
Factor 2	0.64	30.98	0.71	31.42
Ideación Suicida/ Factor 1	0.72	65.24%	0.78	70.91%

Sin embargo la organización de dichos factores fue distinta (tablas 4.41 a 4.47) a continuación se muestra la disposición de los reactivos en factores de la muestra de hombres en las diferentes escalas.

En la Escala de Actitudes y Creencias los reactivos se agruparon en seis factores tres de exigencia de aprobación, dos de exigencia de éxito, uno de comodidad y otro de éxito-comodidad (tabla 4.41).

Tabla 4.41. Factores y reactivos de la Escala de Actitudes y Creencias en hombres

Confiabilidad : 0.70	Varianza explicada: 60.25%
Factor 1: Exigencia de Comodidad	
2.17. Algunas veces es insoportable cuando estoy tenso	
2.18. En ocasiones es frustrante cuando no hago las cosas bien	
2.22. En ocasiones, cuando estoy tenso, me resulta difícil funcionar	
2.14. A veces es desagradable cuando no le agrado a la gente	
Factor 2: Exigencia de Aprobación	
2.1.Si desagrado a los demás no puedo ser feliz	
2.2.Quiero caerle bien a algunas personas	
2.3. La gente probablemente me considerará menos si cometo algún error	
Factor 3: Exigencia de Aprobación	
2.23. Para agradar a otras personas, lo mejor es renunciar a los propios intereses	
2.21. Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás piensen de mí	
2.5. Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, pienso que soy una mala persona	
Factor 4: Exigencia de Éxito	
2.6. Es importante que haga bien algunas cosas	
2.10. Quiero hacer bien algunas cosas	
Factor 5: Exigencia de Éxito-Comodidad	
2.13. Para ser una persona valiosa, debo destacar por lo menos en algo importante	
2.19. En ocasiones cuando estoy tenso, pienso que siempre estaré de esa manera	
Factor 6: Exigencia de Aprobación	
2.4. Solo porque no le agrada a algunas personas, no significa que sea una mala persona	
2.8. Solo porque haga algunas cosas mal, no significa que sea un fracaso	

Al igual que en la muestra total la escala de Locus de Control se agrupo en un solo factor, cuya confiabilidad fue de 0.71 y con varianza explicada de 63.74% (tabla 4.42).

Tabla 4.42. Factor y reactivos de la Escala de Locus de Control en hombres

Factor 1 LCE	Confiabilidad : 0.71	Validez:63.74%
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		

La Escala de Apoyo Social se dividió en dos factores apoyo de amigos y apoyo familiar con un coeficiente de confiabilidad de 0.85 y 0.75 en cada factor respectivamente y varianza explicada 38.9% y 33.8% respectivamente (tabla 4.43).

Tabla 4.43. Factores y reactivos de la Escala de Apoyo Social en hombres

Confiabilidad : 0.83	Validez:72.82%
Factor 1: Apoyo de amigos	
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	
Factor 2 : Apoyo familiar	
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	

Por su parte la Escala de Desesperanza se estructuró de igual forma en dos factores futuro negativo y futuro positivo con un coeficiente de confiabilidad en cada factor de 0.64 y 0.66 respectivamente; la varianza explicada en cada factor fue de 25.5% y 24.5% (tabla 4.44).

Tabla 4.44. Factores y reactivos de la Escala de Desesperanza en hombres

Confiabilidad : 0.70	Varianza explicada:50.08%
Factor 1: Futuro Negativo	
2.41. Mi futuro parece oscuro	

2.47. Es una estupidez desear algo, pues nunca consigo lo que quiero
2.45. Es muy poco probable que logre verdadera satisfacción en el futuro
2.43. No consigo oportunidades y no hay razón para creer que las tenga en el futuro
Factor 2: Futuro Positivo
2.44. Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza
2.40. Tengo gran fe en el futuro
2.42. Preveo tiempos mejores que peores
2.46. En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa

Los reactivos de espiritualidad se agruparon en un solo factor y la confiabilidad que alcanzo fue de 0.76 así mismo la varianza explicada fue de 79.3% (tabla 4.45).

Tabla 4.45. Factor y reactivos de Espiritualidad en hombres

Confiabilidad : 0.76	Varianza explicada:79.32%
Factor 1: Espiritualidad	
2.37. Mis creencias personales me dan fuerza para enfrentar las dificultades	
2.39. Mis creencias personales me ayudan a entender las dificultades de la vida diaria	

La escala de Estado Emocional se conformó de dos factores ánimo negativo y ánimo positivo cada uno con un coeficiente de confiabilidad de 0.73 y 0.64 respectivamente y una varianza explicada de 38.5 % y 30.9% (tabla 4.46).

Tabla 4.46. Factores y reactivos de la Escala de Estado Emocional en hombres

Confiabilidad : 0.69	Varianza explicada:69.5%
Factor 1: Animo 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)	
Factor 2: Animo Positivo	
2.68. Me he sentido calmado(a) y en paz	
2.71. Me he sentido feliz	

Los reactivos de la escala de Ideación Suicida conformaron un solo factor cuya confiabilidad fue de 0.72 y la varianza explicada fue de 65.2 % (tabla 4.47).

Tabla 4.47. Factor y reactivos de la Escala de Ideación Suicida en hombres

Confiabilidad : 0.72	Varianza explicada:65.2%
Factor 1: Ideación suicida	
3.6. Pensé en matarme	
3.5. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)	
3.4. Tenía pensamientos sobre la muerte	

Por otra parte en la muestra de mujeres la organización de los reactivos en factores se dio de la siguiente forma en las diferentes escalas (tablas 4.48 a 4.54).

Dentro de la Escala de actitudes y Creencias los reactivos se organizaron en seis factores cuatro de exigencia de aprobación, uno de exigencia de éxito y otro de exigencia de comodidad; dicha escala alcanzo un coeficiente de confiabilidad de 0.74 y una varianza explicada de 60.5% (tabla 4.48).

Tabla 4.48. Factores y reactivos de la Escala de actitudes y Creencias en mujeres

Confiabilidad : 0.74	Varianza explicada:60.53%
Factor 1: Exigencia de Comodidad	
2.17. Algunas veces es insoportable cuando estoy tenso	
2.22. En ocasiones, cuando estoy tenso, me resulta difícil funcionar	
2.19. En ocasiones cuando estoy tenso, pienso que siempre estaré de esa manera	
2.18. En ocasiones es frustrante cuando no hago las cosas bien	
Factor 2: Exigencia de Éxito	
2.10. Quiero hacer bien algunas cosas	
2.6. Es importante que haga bien algunas cosas	
2.12. De vez en cuando necesito estar relajado (a)	
Factor 3: Exigencia de Aprobación	
2.1.Si desagrado a los demás no puedo ser feliz	
2.14. A veces es desagradable cuando no le agrado a la gente	
2.5. Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, pienso que soy una mala persona	

Factor 4: Exigencia de Aprobación
2.15. Las personas a quienes se les ocurren buenas ideas valen más que aquellas las que no se les ocurren
2.9. sino hago bien las cosas la gente no me respetará
2.13. Para ser una persona valiosa, debo destacar por lo menos en algo importante
Factor 5: Exigencia de Aprobación
2.4. Solo porque no le agrada a algunas personas, no significa que sea una mala persona
2.8. Solo porque haga algunas cosas mal, no significa que sea un fracaso
Factor 6: Exigencia de Aprobación
2.2. Quiero caerle bien a algunas personas
2.3. La gente probablemente me considerará menos si cometo algún error
2.21. Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás piensen de mí

La escala de Locus de Control se agrupó en un solo factor: locus de control externo. Éste obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.63 y una varianza explicada de 58.2% (tabla 4.49).

Tabla 4.49. Factor y reactivos de la Escala de Locus de Control en mujeres

Factor 1 LCE	Confiabilidad : 0.63	Varianza explicada:58.22%
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		

Los reactivos de la escala de Apoyo Social se agruparon en dos factores apoyo de amigos y apoyo familiar cada uno con un coeficiente de confiabilidad de 0.84 y 0.79 respectivamente y una varianza explicada por factor de 38.1% y 35.3% (tabla 4.50).

Tabla 4.50. Factores y reactivos de la Escala de Apoyo Social en mujeres

Confiabilidad : 0.82	Varianza explicada:73.53 %
Factor 1 Apoyo de amigos	
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	

Factor 2 Apoyo familiar
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

La Escala de Desesperanza se dividió en dos factores futuro negativo y futuro positivo los cuales obtuvieron un coeficiente de confiabilidad de 0.62 y 0.56 cada uno la varianza explicada fue de 24.5% y 21.9% respectivamente (tabla 4.51).

Tabla 4.51. Factores y reactivos de la Escala de Desesperanza en mujeres

Confiabilidad : 0.66	Varianza explicada:46.49 %
Factor 1: 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	
Factor 2: Futuro Positivo	
2.42. Preveo tiempos mejores que peores	
2.40. Tengo gran fe en el futuro	
2.44. Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza	
2.46. En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa	

Los reactivos de Espiritualidad se agruparon en un solo factor con una confiabilidad de 0.64 y una varianza explicada de 73.6% (tabla 4.52).

Tabla 4.52. Factor y reactivos de Espiritualidad en mujeres

Factor 1: Espiritualidad	Confiabilidad : 0.64	Varianza explicada: 73.68 %
2.37. Mis creencias personales me dan fuerza para enfrentar las dificultades		
2.39. Mis creencias personales me ayudan a entender las dificultades de la vida diaria		

De la Escala de Estado Emocional surgieron dos factores ánimo negativo y ánimo positivo estos obtuvieron un coeficiente de confiabilidad de 0.72 y 0.71 respectivamente, la varianza explicada en cada factor fue de 38.7% y 31.4% (tabla 4.53).

Tabla 4.53. Factores y reactivos de la Escala de Estado Emocional en mujeres

Confiabilidad : 0.73	Varianza explicada: 70.13 %
Factor 1: Animo Negativo	
2.70. Me he sentido abatido(a), que nada me puede animar	
2.69. Me he sentido triste y melancólico(a)	
2. 67. He estado muy nervioso(a)	
Factor 2: Animo Positivo	
2.68. Me he sentido calmado(a) y en paz	
2.71. Me he sentido feliz	

Por último los reactivos de la Escala de Ideación Suicida se agruparon en un solo factor, con una confiabilidad de 0.78 y una varianza explicada de 70.9% (tabla 4.54).

Tabla 4.54. Factores y reactivos de la Escala de Ideación Suicida en mujeres

Factor 1: Ideación Suicida	Confiabilidad : 0.78	Varianza explicada: 70.91%
3.5. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)		
3.4. Tenía pensamientos sobre la muerte		
3.6. Pensé en matarme		

4.2.2. Descripción de las escalas y reactivos

Dentro del presente apartado se describe la manera en que se calculó el punto de corte para cada una de las escalas y factores de las mismas, de igual forma se presentan los sitios en que se ubico la muestra de estudiantes de la UTEQ, de acuerdo a estos.

Para obtener los puntos de corte, de cada escala y factores de las mismas, fue necesario considerar la puntuación total obtenida de los participantes en cada escala y por factor, la puntuación media de las mismas y la desviación estándar de la siguiente manera:

- Puntuación menor a la media menos dos desviaciones estándar
- Puntuación media menos dos desviaciones estándar
- Puntuación media menos una desviación estándar
- Puntuación media más una desviación estándar

- Puntuación media más dos desviaciones estándar
- Puntuación mayor a la suma de la media más dos desviaciones estándar

Lo que a su vez indicó el nivel de intensidad manifestada por escala, en los jóvenes de la muestra, determinado a partir del puntaje obtenido en cada escala (tabla 4.55). Siendo los niveles 5 y 6 los de interés en la presente investigación, pues ellos denotan la presencia o manifestación de las variables psicológicas, medidas en los jóvenes de la UTEQ, en un nivel alto o con manifestación alta

Tabla 4.55. Nivel o categoría y definición del nivel (puntos de corte)

Punto de corte estadístico	Nivel o Categoría	Definición del nivel
< -2 Desviaciones Estándar (DE)	1	Sin manifestación de problema
-2 DE a -1 DE	2	Muy Bajo
-1 DE a Puntaje Medio	3	Medio
Puntaje Medio a 1 DE	4	Medio Alto (limite)
1 DE a 2 DE	5	Con Manifestación
>2 DE	6	Con Manifestación Alta

4.2.
2.1.
Mue
stra
total

Los

Los puntos de corte obtenidos para la muestra total fueron los siguientes: en la escala de Actitudes y Creencias (tabla 4.56) los jóvenes cuyos puntajes totales se ubicaron cerca de 48.2 y 55 se asignaron a los niveles o categorías 5 y 6 respectivamente; dando como resultado que 13.4 % de la muestra total presentó actitudes y creencias disfuncionales, en nivel 5 y 1.8% de la muestra total reportó manifestación alta (tabla 4.66).

Tabla 4.56. Puntos de corte de escala de Actitudes y Creencias en la muestra total

	DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Escala total	6,81	27,8	34,61	41,42	48,23	55,04

En la escala de Apoyo Social y sus respectivos factores, los puntos de corte se muestran en la tabla 4.57, cabe aclarar que la naturaleza de la escala permite conocer si la persona que la responde cuenta con apoyo social por lo que para los

finde de la presente investigación los puntos de corte que se tomaron en cuenta fueron -1de y -2de. Con dicha escala se observo que 4.4 % y 14.7%, de la muestra total, perciben que no cuenta con el apoyo social necesario en nivel 6 y 5 respectivamente (tabla 4.66). 5.4% se refiere a falta de apoyo de los amigos (nivel 6) y 10.3% (nivel 5). 6.2 % y 10.8% se refieren a la falta de apoyo familiar colocados en los niveles 6 y 5 respectivamente (tabla 4.58).

Tabla 4.57. Puntos de corte de escala de Apoyo Social y factores en la muestra total

	DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Escala total	3,4	12,61	16,01	19,41	22,81	26,21
F1: Apoyo amigos	2,1	5,13	7,23	9,33	11,43	13,53
F2: Apoyo familiar	1,87	6,33	8,2	10,07	11,94	13,81

Tabla 4.58. Nivel o categoría en que se sitúan los jóvenes de la muestra total, escala de Apoyo Social

Nivel	Escala de Apoyo Social	
	Factor 1: Apoyo de amigos	Factor 2: Apoyo familiar
	Porcentajes (%)	
6	5,4	6,2
5	10,3	10,8
4	40,2	34,0
3	23,5	49,0
2	20,6	-----

Los puntos de corte calculados para la escala de locus de control externo (tabla 4.59), correspondientes a +1de y +2de, lo que determinó que 6.4% de los jóvenes de la muestra total, que atribuyen a elementos externos a ellos, el origen de terminados eventos o comportamiento, se encuentran en el nivel o categoría 5 y 4.1% en el 6, manifestación alta (tabla 4.66).

Tabla 4.59. Puntos de corte de escala de Locus de Control Externo en la muestra total

	DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Escala total	1,69	1,27	2,96	4,65	6,34	8,03

Al igual que en la escala de apoyo social, los reactivos de espiritualidad indican la presencia de ésta en la persona que responde, por lo que los puntos de corte calculados para los reactivos de espiritualidad (tabla 4.60) se tomaron de -1de y -2de, lo que indicó que 25.5% de los jóvenes de la muestra total se encontraron ubicados en la categoría o nivel 5 y los casos con manifestación alta, es decir falta de espiritualidad que coloca a los participantes en nivel 6, correspondió al 5.2% de la muestra total (tabla 4.66).

Tabla 4.60. Puntos de corte de Espiritualidad en la muestra total

	DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Escala total	1,46	3,1	4,56	6,02	7,48	8,94

Los puntos de corte calculados para la escala de Desesperanza (tabla 4.61), mostraron en la escala total, que 16.2% de los estudiantes de la muestra total presentan desesperanza en nivel o categoría 5 y 2.6% en nivel 6 o de manifestación alta de desesperanza (tabla 4.66); a su vez 6.2% se encuentran en nivel 5 en el factor de futuro negativo y 1.5% en el nivel 6, del mismo factor; por su parte en el factor 2, futuro positivo, en los niveles 5 y 6 se encuentran 7.2% y 2.3 % de los jóvenes de la muestra total respectivamente, esto se refiere a la falta de futuro positivo en los jóvenes de la muestra (tabla 4.62).

Tabla 4.61. Puntos de corte de escala de Desesperanza y factores en la muestra total

	DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Escala total	3,48	6,34	9,82	13,3	16,78	20,26
F1:	2,16	2,17	4,33	6,49	8,65	10,81

Futuro negativo						
F2: Futuro positivo	2,12	2,57	4,69	6,81	8,93	11,05

Tabla 4.62. Nivel o categoría en que se sitúan los jóvenes de la muestra total, escala de Desesperanza

Nivel	Escala de Desesperanza	
	Factor 1: Futuro Negativo	Factor 2: Futuro Positivo
	Porcentajes	
1	0,3	1.3
2	25,3	30.2
3	25,5	30.9
4	41,2	28.1
5	6,2	7.2
6	1,5	2.3

Los puntos de corte obtenidos para la escala de estado emocional (tabla 4.63), correspondientes a +1de y +2de en escala total y estado emocional negativo (EEN) y -2de y -1de para estado emocional positivo (EEP); mostraron que un 10.8% de los jóvenes de la muestra total se ubicaron en el nivel 5 y 1.3% en nivel 6 o de riesgo (tabla 4.66). En los factores de dicha escala se observó que en el factor de estado emocional negativo 10.3% y 3.6% se ubicaron los niveles o categorías 5 y 6 respectivamente y en el factor de estado emocional positivo los resultados mostraron que 13.5% de los jóvenes de la muestra total se ubicó en el nivel o categoría 5 y 1.3% en el nivel 6 (tabla 4.64).

Tabla 4.63. Puntos de corte de escala y factores de Estado Emocional en muestra total

	DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Escala total	4,75	4,68	9,43	14,18	18,93	23,68
F1: EEN	3,43	1,46	4,89	8,32	11,75	15,18
F2: EEP	2,27	1,32	3,59	5,86	8,13	10,4

Tabla 4.64. Nivel o categoría en que se sitúan los jóvenes de la muestra total, escala de Estado Emocional

Nivel	Escala de Estado Emocional	
	Factor 1: Animo Negativo	Factor 2: Animo Positivo
	Porcentajes	
2	22,4	33.5
3	36,3	28.1
4	27,1	23.5
5	10,6	13.5
6	3,6	1.3

Los puntos de corte de la escala de IS (+1de y +2de) (tabla 4.65) señalaron a 3.6% de los jóvenes de la muestra total en el nivel 5 y 4.9% en el nivel 6 o de manifestación alta de IS (tabla 4.66).

Tabla 4.65. Puntos de corte de la escala de Ideación Suicida en la muestra total

	DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Escala total	2,19	-----	0	0,79	2,98	5,17

Tabla. 4.66. Nivel o categoría en que se sitúan los jóvenes de la muestra total, en las diferentes escalas

Nivel	Escalas						
	Actitudes y Creencias	LCE	Apoyo Social	Espiritualidad	Desesperanza	Estado Emocional	IS
	Porcentajes (%)						
1	3,4	-----	-----	-----	0,3	2,1	-----
2	13,4	35,6	13.9	19.6	23,7	32,0	-----
3	35,8	32,2	36.6	15.5	27,6	35,3	77,8
4	32,2	21,6	30.4	34.3	29,6	18,6	13,7
5	13,4	6,4	14.7	25.5	16,2	10,8	3,6
6	1,8	4,1	4.4	5.2	2,6	1,3	4,9

4.2.2.2. Muestra por sexos

De igual forma que para la muestra total, se calcularon los puntos de corte para la muestra de varones y mujeres, en las diferentes escalas y factores

Los puntos de corte calculados para la escala de Actitudes y Creencias (+1de y +2de) (tabla 4.67) indicaron que 13.3% de la muestra de hombres presentó actitudes y creencias disfuncionales en nivel o categoría 5 y 0.5% se ubico en el nivel o categoría de manifestación alta de actitudes y creencias difuncionales (6) (tabla 4.77).

Tabla 4.67. Puntos de corte de escala de Actitudes y Creencias en la muestra de hombres

	DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Escala total	6,6	28,14	34,74	41,34	47,94	54,54

De igual forma que en la muestra total, los puntos de corte que se tomaron en cuenta para la escala de apoyo social y sus factores van de -1de a -2de (tabla 4.68) se encontró que en la escala total 14.4 % de los muestra de hombres se ubico en el nivel o categoría 5 y 3.7% en nivel 6 (manifestación alta de falta de apoyo social) (tabla 4.77). Por otra parte 8.5% de los participantes varones se ubico en el nivel 5 respecto a la falta de apoyo de apoyo de amigos y 5.9% se ubico en el nivel 6, del mismo factor. Con respecto al factor de apoyo familiar (en lo que a la falta de apoyo familiar se refiere) 7.4 % se ubico en el nivel 5 y 8% en el nivel o categoría 6 (tabla 4.69).

Tabla 4.68. Puntos de corte de escala y factores de Apoyo Social en muestra de hombres

	DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Escala total	3,33	12,66	15,99	19,32	22,65	25,98
F1:Ap.amigos	2,08	5,06	7,14	9,22	11,3	13,38
F2:Ap.familiar	1,75	6,61	8,36	10,11	11,86	13,61

Tabla 4.69. Nivel o categoría en que se sitúan los jóvenes de la muestra de hombres, escala de Apoyo Social

Nivel	Escala de Apoyo Social	
	Factor 1: Apoyo de amigos	Factor 2: Apoyo familiar
	Porcentajes	
6	5,9	8,0
5	8,5	7,4
4	43,1	36,7
3	23,9	47,9
2	18,6	-----

Para la escala de LCE los puntos de corte calculados, +1de y +2de, (tabla 4.70) indican que 5.9% de la muestra de hombres se ubico en nivel o categoría 5 y 3.2% en nivel 6, manifestación alta de LCE (tabla 4.77)

Tabla 4.70. Puntos de corte de escala LCE en muestra de hombres

	DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Escala total	1,65	1,46	3,11	4,76	6,41	8,06

El punto de corte que se calculó para los reactivos de espiritualidad -1de y -2de (tabla 4.71) señaló que 11.2% de los participantes varones se ubicaron en el nivel 5, en cuanto a falta de espiritualidad se refiere y 6.4% se colocó en nivel o categoría 6, manifestación alta de falta espiritualidad (tabla 4.77).

Tabla 4.71. Puntos de corte reactivos de Espiritualidad en muestra de hombres

	DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Escala total	1,49	2,9	4,39	5,88	7,37	8,86

Para la escala de Desesperanza, los puntos de corte se tomaron a partir de +1de y +2de (tabla 4.72) y se obtuvieron los siguientes resultados en la escala total 11.2% de la muestra de hombres se ubicó en el nivel o categoría 5 y 1.1% en la 6 (manifestación de desesperanza alta) (tabla 4.77). En lo que a los factores de la escala se refiere 6.6% se encontró el nivel o categoría 5 y 1.6% en el 6 (factor 1

futuro negativo) y 6.4% en el nivel 5 y 3.1% 6 del factor 2 futuro positivo (ausencia de futuro positivo)

Tabla 4.72. Puntos de corte escala de Desesperanza y factores en muestra de hombres

	DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Escala total	3,5	6,66	10,16	13,66	17,16	20,66
F1: Futuro Negativo	2,08	2,56	4,64	6,72	8,8	10,88
F2: Futuro Positivo	2,21	2,53	4,74	6,95	9,16	11,37

Tabla 4.73. Nivel o categoría en que se sitúan los jóvenes de la muestra de hombres, escala de Desesperanza

Nivel	Escala de Desesperanza	
	Factor 1: Futuro Negativo	Factor 2: Futuro Positivo
	Porcentajes	
1	1,6	0,5
2	29,8	29,3
3	31,4	28,2
4	28,7	31,9
5	6,9	6,4
6	1,6	3,7

De igual forma para la escala de Estado Emocional los puntos de corte que se utilizaron correspondieron a +1de y +2de (tabla 4.74), con base en esto los porcentajes que se obtuvieron, para la escala total, en los niveles o categorías 5 y 6 correspondieron a 13.8% y 6.4% respectivamente (tabla 4.77). Los porcentajes calculados en cada factor correspondieron a 10.6%, en el nivel 5 y 3.6% en el nivel 6, esto referente a la presencia de animo negativo (factor 1), en el factor 2 (animo positivo) se encontró que 13.7% de los jóvenes de la muestra de varones se ubico en el nivel 5 y 1.3% en el 6, cabe señalar que dichos porcentajes hacen referencia a la falta de animo positivo en el participante (tabla 4.75).

Tabla 4.74. Puntos de corte escala de Estado Emocional y factores en muestra de hombres

	DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Escala total	3,5	5,69	9,19	12,69	16,19	19,69
F1: EEN	3,12	0,95	4,07	7,19	10,31	13,43
F2: EEP	2,15	1,21	3,36	5,51	7,66	9,81

Tabla 4.75. Nivel o categoría en que se sitúan los jóvenes de la muestra de hombres, escala de Estado Emocional

Nivel	Escala de Estado Emocional	
	Factor 1: Animo Negativo	Factor 2: Animo Positivo
	Porcentajes	
2	22,4	33,5
3	36,3	28,1
4	27,1	23,5
5	10,6	13,7
6	3,6	1,3

Los puntos de corte para la escala de IS estuvieron dados por +1de y +2de (tabla 4.76) para ubicar a la muestra dentro de los niveles o categorías 5 y 6, como en las escalas anteriores, siendo así, se encontró que 3.2% de los jóvenes de la muestra se ubico en nivel 5, y 5.3% dentro del nivel 6 (manifestación alta de IS) (tabla 4.77).

Tabla 4.76. Puntos de corte escala de Ideación Suicida muestra de hombres

	DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Escala total	2,19	-----	0	0,79	2,98	5,17

Tabla 4.77. Porcentajes de nivel o categoría en que se sitúan los jóvenes de la muestra de **hombres**, en las diferentes escalas.

Nivel	Escalas						
	Actitudes y Creencias	LCE	Apoyo Social	Espiritualidad	Desesperanza	Estado Emocional	IS
	Porcentajes (%)						
1	3,7	-----	-----	-----	1,1	3,2	-----
2	18,8	32,4	13,3	17,0	20,2	23,9	-----
3	33,5	30,3	44,1	15,4	34,6	35,1	76,1
4	35,1	28,2	24,5	50,0	31,9	17,6	15,4
5	13,3	5,9	14,4	11,2	11,2	13,8	3,2
6	0,5	3,2	3,7	6,4	1,1	6,4	5,3

Por su parte en la muestra de mujeres los puntos de corte se calcularon de la misma manera que en la muestra total y la de varones; dando como resultado los siguientes porcentajes en las diferentes escalas y factores de las mismas.

En la escala de Actitudes y Creencias los puntos de corte se tomaron de +1de a +2de (tabla 4.78), para ubicar a la muestra de mujeres en los niveles o categorías 5 o 6 siendo así se encontró que 10.5% de la muestra de mujeres se ubico en el nivel 5 y 3% en el 6, es decir, manifestación alta de actitudes y creencias disfuncionales, esto en lo que corresponde a la escala total (tabla 4.88).

Tabla 4.78. Puntos de corte escala de Actitudes y Creencias en la muestra de mujeres

	DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Escala Total	7,02	27,46	34,48	41,5	48,52	55,54

Al igual que en la muestra total y de hombres los puntos de corte calculados para la escala de apoyo social se tomaron desde -1de a -2de (tabla 4.79) en la escala tota y en ambos factores, con esto ello se obtuvieron los siguientes porcentajes en al muestra de mujeres, 15% de la muestra se ubicó en el nivel o categoría 5, es decir, manifestación de falta de apoyo social y 5% se ubicó en el nivel 6 (manifestación alta

de falta de apoyo social) (tabla 4.88); en la factor 1 (apoyo de amigos) 12% señaló no contar con el apoyo de sus amigos (nivel 5) y 5% se ubico en el nivel 6 del mismo factor. En el factor 2 (apoyo familiar) % de la muestra de mujeres en el nivel 5 y % en el 6, es decir, manifestación alta de falta de apoyo familiar (tabla 4.80).

Tabla 4.79. Puntos de corte escala de Apoyo Social en la muestra de mujeres

	DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Escala Total	3,48	12,53	16,01	19,49	22,97	26,45
F1: Apoyo de amigos	2,11	5,22	7,33	9,44	11,55	13,66
F2: Apoyo familiar	1,98	6,09	8,07	10,05	12,03	14,01

Tabla 4.80. Nivel o categoría en que se sitúan los jóvenes de la muestra de mujeres, escala de Apoyo Social

Nivel	Escala de Apoyo Social	
	Factor 1: Apoyo de amigos	Factor 2: Apoyo familiar
	Porcentajes	
3	45.5	50.0
4	37.5	31.5
5	12.0	10.5
6	5.0	8.0

En la escala de locus de control externo (LCE) los puntos de corte utilizados estuvieron dados por las puntuaciones de +1de a +2de (tabla 4.81) con los cuales se obtuvieron los siguientes porcentajes 7% de la muestra de mujeres se ubico en nivel o categoría 5 y 5% en el 6 (manifestación alta de LCE) (tabla 4.88).

Tabla 4.81. Puntos de corte escala de LCE muestra de mujeres

	DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Escala Total	1,72	1,1	2,82	4,54	6,26	7,98

Los puntos de corte de los reactivos de espiritualidad se tomaron de -2de a -1de (tabla 4.82) con los cuales se obtuvieron los siguientes porcentajes 23.5% de muestra de mujeres se ubicó en el nivel 5 (manifestación de falta de espiritualidad) y 4% en el nivel 6 (manifestación alta de falta de espiritualidad) (tabla 4.88).

Tabla 4.82. Puntos de corte reactivos de Espiritualidad muestra de mujeres

	DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Escala Total	1,42	3,3	4,72	6,14	7,56	8,98

Los puntos de corte para la escala de desesperanza se tomaron a partir de +1de y +2de para la escala total y las dos factores en que se divide (tabla 4.83); con estos puntos de corte se obtuvieron los siguientes porcentajes para la escala total 14.5% de la muestra de mujeres se ubicó en el nivel 5 y 3% en el 6 (manifestación alta de desesperanza) (tabla 4.88), para el factor 1 (futuro negativo) 13% se ubico en el nivel o categoría 5 (manifestación de futuro negativo) y 1.5% se colocó en nivel 6 (manifestación alta de futuro negativo), para el factor 2 (futuro positivo) 14.5% de la muestra de mujeres reportó falta de futuro positivo y 4.5% se ubicó en la categoría 6 (manifestación alta de falta de futuro positivo) (tabla 4.84).

Tabla 4.83. Puntos de corte escala de Desesperanza muestra de mujeres

	DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Escala Total	3,44	6,07	9,51	12,95	16,39	19,83
F1: Futuro Negativo	2,21	1,85	4,06	6,27	8,48	10,69
F2: Futuro Positivo	2,04	2,2	4,24	6,28	8,32	10,36

Tabla 4.84. Nivel o categoría en que se sitúan los jóvenes de la muestra de mujeres, escala de Desesperanza

Escala de Desesperanza		
Nivel	Factor 1: Futuro Negativo	Factor 2: Futuro Positivo
Porcentajes		
1	0,5	1,0

2	31,0	15,0
3	23,5	31,0
4	30,5	34,0
5	13,0	14,5
6	1,5	4,5

En la escala de estado emocional los puntos de corte se tomaron a partir de +1de y +2de, tanto para la escala total como para los dos factores en los que se divide (tabla 4.85) los porcentajes que se obtuvieron fueron los siguientes, para la escala total 15.5% de la muestra de mujeres se ubico en el nivel o categoría 5 y 2% en el 6 (tabla 4.88) en el factor 1 (estado emocional negativo) 8.5% de la muestra se colocó en nivel 5 y 4% en el 6 (manifestación alta de estado emocional negativo), en el factor 2 (futuro positivo) 9% se ubico en la categoría 5 (manifestación de falta de futuro positivo) y 1.5% en la categoría 6 (manifestación alta de falta de futuro positivo) (tabla 4.86)

Tabla 4.85. Puntos de corte escala de Estado Emocional muestra de mujeres

	De	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Escala Total	4,77	6,03	10,8	15,57	20,34	25,11
F1: EEN	3,37	2,64	6,01	9,38	12,75	16,12
F2: EEP	2,34	1,51	3,85	6,19	8,53	10,87

Tabla 4.86. Nivel o categoría en que se sitúan los jóvenes de la muestra de mujeres, escala de Estado Emocional

Nivel	Escala de Estado Emocional	
	Factor 1: Animo Negativo	Factor 2: Animo Positivo
	Porcentajes	
1	0,5	3,5
2	22,5	25,5
3	33,0	25,5
4	31,5	35,0
5	8,5	9,0
6	4,0	1,5

Finalmente los puntos de corte para la escala de Ideación Suicida se tomaron a partir de +1de y +2de (tabla 4.87) esto colocó a 4% de las mujeres de la muestra en el nivel o categoría 5 (manifestación de IS) y a 4.5% en la categoría 6 (manifestación alta de IS) (tabla 4.88).

Tabla 4.87. Puntos de corte escala de IS muestra de mujeres

	DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Escala Total	2,27	-----	0	0,79	3,06	5,33

Tabla 4.88. Porcentajes de nivel o categoría en que se sitúan las jóvenes de la muestra de **mujeres**, en las diferentes escalas.

Nivel	Escalas						
	Actitudes y Creencias	LCE	Apoyo Social	Espiritualidad	Desesperanza	Estado Emocional	IS
	Porcentajes (%)						
1	2,5	-----	-----	-----	,5	1,0	-----
2	10,0	38,5	14,5	-----	26,0	21,0	-----
3	44,5	34,0	38,0	37,5	31,0	37,5	79,5
4	29,5	15,5	27,5	35,0	25,0	23,0	12,0
5	10,5	7,0	15,0	23,5	14,5	15,5	4,0
6	3,0	5,0	5,0	4,0	3,0	2,0	4,5

4.2.3 Resumen de los resultados: Variables Psicológicas

En resumen, los datos anteriormente descritos, señalan que en la muestra total, de hombres y de mujeres, se presentaron las siguientes características en cuanto a las variables psicológicas:

- Como primer aspecto se tiene que los instrumentos empleados presentan confiabilidad y validez, es decir, las escalas utilizadas en el estudio presentan un coeficiente alfa mayor a 0.60 y una varianza explicada cercana o mayor al 50% y carga factorial igual o mayor a 0.40 en cada reactivo que integra a cada escala.

- Se establecieron puntos de corte para indicar niveles o categorías en los que se situaba la población, de acuerdo a la escala estos se tomaron a partir de +1de y +2de o bien -2de y -1de, esto permitió ubicar a los jóvenes de la muestra en 2 niveles o categorías (de interés para el presente estudio) 5 o manifestación de la variable y 6 manifestación alta de la variable
- La descripción de los puntos de corte en las diferentes se hace por muestra total y por sexo (hombres y mujeres)
- Siendo así, se observó en la muestra total que en la escala de actitudes y creencias 13.4% se ubico en la categoría 5 y 1.8% en la 6 (manifestación alta de actitudes y creencias disfuncionales) en la escala de apoyo social se encontró que 14.7% se ubicó en la categoría 5 y 4.4% en la 6, es decir, manifestación alta de falta de apoyo social, en la escala de locus de control externo se encontró a 6.4% de la muestra total en la categoría 5 y 4.1% en la 6 o manifestación alta de LCE; en cuanto a los reactivos de espiritualidad 25.5% de la muestra total se reportó con falta de espiritualidad y 5.2% reportó una alta falta de la misma (o nivel 6) con la escala de desesperanza se encontró que 16.2% de la muestra total presentó desesperanza (nivel 5) y 2.6% la presento en un nivel alto (6) la escala de estado emocional permitió conocer que 10.8% de la muestra total presentó estado emocional negativo y 1.3% lo presentó en un nivel alto (6) y final mente la escala de IS mostró que 3.6% de la muestra total se ubicó en la categoría 5 y 4.9 en la 6, o más bien, ideación suicida alta.
- En la muestra de hombres se encontró que en la escala de actitudes y creencias 13.3% se ubicó en la categoría 5, manifestación de actitudes y creencias disfuncionales, y 0.5% en la 6 , o bien, manifestación alta de actitudes y creencias disfuncionales; la escala de apoyo social permitió conocer la percepción de apoyo social de los participantes señalando que 14.4% indicó falta de apoyo social (nivel 5) y 3.7% señaló una alta falta de la misma (nivel 6); con la escala de LCE se encontró que 5.9% de los varones de al muestra se ubicó en la categoría 5 y 3.2% en la 6, es decir, manifestación alta de LCE; con los reactivos de espiritualidad se pudo conocer que 11.2% de

hombres de la muestra presentaron falta de espiritualidad (nivel 5) y 6.4% se colocó en el nivel o categoría 6 (manifestación alta de falta de espiritualidad), la escala de desesperanza permitió conocer que 11.2% de los jóvenes de la muestra presentaba desesperanza y 1.1% la presentaba en un nivel alto; con la escala de estado emocional se observó que 13.8% de los hombres de la muestra presentaba estado emocional negativo y 6.4% lo manifestaba en un nivel alto; finalmente con la escala de IS se encontró que 3.2% de la muestra de varones se ubicó en la categoría 5 y 5.3% de los participantes en la categoría 6 (o IS alta).

- En la muestra de mujeres los hallazgos obtenidos mostraron que en la escala de actitudes y creencias 10.5% de la muestra se ubicó en la categoría 5 y 3% en la 6 o manifestación alta de actitudes y creencias disfuncionales, la escala de apoyo social permitió conocer la percepción que las participantes presentaban al respecto, se encontró que 15% se ubicó en la categoría 5 y 5% en la 6, lo que indicó que las participantes ubicadas en dicho nivel manifestaron una alta falta de apoyo social; de igual manera se encontró que 7% las jóvenes presentaron LCE (nivel 5) y 5% se ubicó en la categoría 6 (manifestación alta de LCE); los reactivos de espiritualidad mostraron a 23.5% de la muestra de mujeres en nivel 5, es decir manifestación de falta de espiritualidad y a 4% en la categoría 6 (manifestación alta de falta de espiritualidad); con la escala de desesperanza se pudo conocer que 14.5% de las jóvenes de la muestra manifestaron desesperanza y 3% la presentaron en un nivel alto; con la escala de estado emocional se obtuvo que 15.5% de las mujeres se ubicó en la categoría 5 y 2% en la 6 (manifestación alta de estado emocional negativo) y finalmente la escala de IS mostró a 4% de las jóvenes de muestra en la categoría 5 y a 4.5% en la 6 (manifestación alta de IS).

4.3. Comprobación de las Hipótesis de Investigación

Dentro del presente apartado se presenta la comprobación estadística de las diferentes hipótesis planteadas en la investigación y se especifica si éstas se aceptan o se rechazan. Dentro de la comprobación de las diferentes hipótesis el nivel de significancia que se consideró fue $p < .05$

Hipótesis 1:

La tendencia de ideación suicida alta en los estudiantes de la UTEQ será menor del 10%.

Mediante un análisis de frecuencias, se obtuvo el porcentaje de ideación suicida alta en los jóvenes de la muestra, este correspondió al nivel 6 en que se ha estado trabajando, dicho nivel se obtuvo a partir de sumar a la puntuación media, dos veces el valor de la desviación estándar (que equivale a 5.17) lo que permitió ubicar a la muestra en el nivel o categoría antes señalado, el cual indica la presencia de IS en un nivel alto (IS alta). En dicho análisis el porcentaje que se obtuvo en los jóvenes de la muestra, respecto a la IS alta fue de 4.9%, por lo que en la muestra empleada se acepta la hipótesis de investigación

Hipótesis 2:

La incidencia de ideación suicida alta entre hombres y mujeres será diferente en los estudiantes de la UTEQ.

La comprobación estadística de esta hipótesis se llevó a cabo mediante la realización de una prueba t para muestras independientes, considerando IS alta con el nivel 6 arriba especificado.

El cálculo arrojó el siguiente modelo: $t = -0.933$, $gl (17)$, $p > .05$

Lo que significa que en esta muestra con una confiabilidad del 95% se puede afirmar que no hay diferencia significativa entre hombres y mujeres respecto a la

manifestación de IS alta, por lo cual esta hipótesis de investigación probabilísticamente no se sostiene.

Hipótesis 3:

Las variables de identificación personal tendrán una relación jerárquica con la IS en la muestra total

Para comprobar esta hipótesis se llevó a cabo una regresión múltiple, mediante el programa SPSS en su versión 11.5, con el total de la muestra. En el caso de esta investigación, en el modelo de regresión múltiple se consideró a la IS como variable de criterio o dependiente y como variables predictivas o independientes las variables de identificación personal, dicho modelo, resultó significativo [$F= 9.39$, $R^2 = 0.04$, $gl(2)$, $p < .05$] y la ecuación resultante fue:

$$IS = 1.16 + 0.14 (\text{¿en los últimos meses has vivido situaciones que han trastornado tu vida?}) + 0.132 (\text{¿Acostumbras o necesitas tomar algo para sentirte bien?}) + E$$

En donde se observa que las variables de identificación personal que influyen en la IS fueron dos en el siguiente orden:

1. El haber experimentado o vivido situaciones trastornante en los últimos meses
2. El consumo de algo para sentirse bien

Dichas variables explican el 4% (coeficiente de determinación R^2) de la IS. La influencia, de estas variables, se da en una relación positiva, es decir, en el sentido de que a medida que aumenta la presencia de las variables (de identificación personal), la IS tiende a aumentar. Y la jerarquía de éstas esta representada por el orden de aparición en la ecuación del modelo; aceptándose en la muestra empleada la hipótesis de investigación.

Hipótesis 4:

La jerarquía de asociación de las variables de identificación personal con la IS será diferente entre hombres y mujeres.

Nuevamente la comprobación de esta hipótesis se llevó a cabo mediante un análisis de regresión múltiple, donde como variable criterio se utilizó a la IS y como predictivas a las variables de identificación personal, para esto se separó la base de datos total en hombres y mujeres; de dicho análisis se obtuvieron las siguientes variables significativas, en la siguiente jerarquía:

- En la muestra de hombres el modelo de regresión significativo [F= 7.23, $R^2 = 0.106$, gl (3) $p < .05$] quedó constituido por las variables:
 1. Estado civil (casado),
 2. El consumo de algo para sentirse bien
 3. Promedio de calificaciones (promedio bajo)

De tal manera que la ecuación resultante quedó de la siguiente forma:

IS= -0.64+ 0.256 (Estado civil)+ 0.157 (¿Acostumbras o necesitas tomar algo para sentirte bien?)+ 0.155 (Promedio de calificaciones)+ E

Es posible observar que las variables que se presentan en la ecuación del modelo tienen una relación positiva con la IS, es decir, la presencia de dichas variables, en los jóvenes de la muestra (varones), incrementan la IS en los mismos; y la presencia de dichas variables explican el 10% de la IS en los hombres de la muestra

- En la muestra de mujeres, el modelo de regresión que resultó significativo [F= 5.92, $R^2 = 0.057$, gl (2) $p < .05$] engloba las variables de:
 1. El consumo de algo para sentirse bien
 2. El suicidio o intento de suicidio de alguna persona cercana

La ecuación resultante del modelo de regresión se expresó de la siguiente manera:

IS=1.28+ 0.175 (¿Acostumbras o necesitas tomar algo para sentirte bien?)+ 0.146 (¿alguna persona cercana a ti se ha suicidado o intentado suicidarse?)+ E

En la ecuación del modelo se representan las variables que resultaron significativas al relacionarse con la IS, éstas explican el 5.7% de la misma en una relación positiva,

es decir, en la muestra de mujeres el hecho de tomar algo para sentirse bien y el hecho de que alguna persona cercana al participante halla cometido suicidio o lo haya intentado, incrementa la presencia de la IS en un nivel de riesgo.

De esta manera en la muestra empleada se acepta la hipótesis de investigación.

Hipótesis 5:

Las variables psicológicas tendrán una relación jerárquica con la IS en los jóvenes de la muestra total.

La comprobación de esta hipótesis se llevó a cabo de la misma manera que las anteriores, por medio de una regresión múltiple en la que se utilizaron las diferentes escalas incluidas en el instrumento de "Detección de Ideación Suicida en Jóvenes", de igual forma, en el modelo de regresión múltiple como variable criterio o dependiente funcionó la IS y como variables independientes o predictivas el resto de las escalas incluidas en el instrumento antes señalado.

Las variables que mostraron una asociación significativa en la muestra total fueron las siguientes:

1. Estado emocional
2. Apoyo social

El modelo significativo de regresión [$F= 30.78$, $R^2 = 0.138$, $gl (2)$, $p=.05$] que se obtuvo fue el siguiente (las variables aparecen en un orden jerárquico):

$IS= 1.299+ 0.259 (\text{estado emocional})+ (-0.206) (\text{apoyo social})+ E$

Dentro de la ecuación del modelo de regresión es posible observar que la variable psicológica estado emocional guarda, con la IS una relación positiva, es decir, a medida que aumenta la presencia de un estado emocional negativo la IS de igual manera incrementa, sin embargo la variable de apoyo social guarda una relación negativa respecto a la IS ya que a medida que el apoyo social incrementa la IS disminuye; en conjunto la interacción de dichas variables explican el 13% de la

presencia de IS en los jóvenes de la muestra total. Siendo así es posible aceptar en la muestra empleada la hipótesis de investigación

Hipótesis 6:

La jerarquía de asociación de las variables psicológicas con la IS será diferente entre hombres y mujeres.

La comprobación de esta hipótesis se llevó a cabo de la misma forma que la anterior, es decir, mediante una regresión múltiple, en la cual la IS funcionó como variable criterio y el resto de las escalas como variables predictivas o independientes, la regresión múltiple se realizó tanto para la muestra de hombres como para la de mujeres

- En la muestra de hombres el modelo de regresión significativo [$F=16.942$, $R^2 = 0.15$, gl (4), $p<0.5$] esta dado por las variables:
 1. Estado Emocional
 2. Apoyo Social

Representadas en el siguiente modelo:

$$IS = 1.43 + 0.276 (\text{estado emocional}) + (-0.234) (\text{apoyo social}) + E$$

En la ecuación del modelo es posible observar que la variable psicológica que presenta una asociación jerárquica más fuerte con la IS es la de estado emocional en una relación positiva, ya que a medida que dicha variable aumenta la IS tiende a incrementar; por otra parte la escala de apoyo social guarda una relación negativa con respecto a la IS ya que a medida que esta aumenta la IS decrementa. En su conjunto estas variables psicológicas explican el 15% de la presencia de IS en la muestra de varones.

- En la muestra de mujeres el modelo significativo de regresión [$F=19.23$, $R^2 = 0.163$, gl (2), $p<.05$] mostró las siguientes variables:
 1. Estado Emocional

2. Apoyo Social

Representadas en el siguiente modelo:

$$IS = 1.05 + 0.305 (\text{estado emocional}) + (-0.182) (\text{apoyo social}) + E$$

En el modelo es posible observar que las variables psicológicas que resultaron significativas fueron estado emocional y apoyo social; en donde la primera guarda con respecto a la IS una relación positiva, ya que si la alteración en el estado emocional aumenta la IS tiende a incrementar de igual forma, la segunda, conserva una relación negativa pues al incrementar el apoyo social percibido la IS tiende a disminuir. En conjunto estas variables explican el 16% de la presencia de IS en la muestra de mujeres.

Por consiguiente en la muestra empleada las variables psicológicas asociadas jerárquicamente con la IS son las mismas entre hombres y mujeres, es decir, probabilísticamente no se satisface la hipótesis de investigación en la muestra empleada.

Hipótesis 7:

Para explicar la IS las variables psicológicas tendrán una asociación jerárquica más fuerte que las variables de identificación personal en la muestra total.

La comprobación estadística de esta hipótesis se llevó a cabo mediante un análisis de regresión múltiple, al igual que en las hipótesis anteriores, donde la IS fue la variable criterio o dependiente y las variables independientes o predictivas fueron todas las variables que resultaron significativas en los análisis anteriores, de la muestra total, tanto de identificación personal como psicológicas, de dicho análisis se obtuvieron las siguientes variables representadas en el modelo significativo [F= 16.88, R²=0.15, gl (4), p<.05]:

1. Estado Emocional
2. Apoyo Social

La ecuación resultante del modelo fue:

$$IS = 1.371 + 0.175 (\text{estado emocional}) + (-0.147) (\text{apoyo social}) + E$$

En la ecuación del modelo es posible apreciar las variables de estado emocional y apoyo social en las mismas direcciones que en el modelo anterior, positiva y negativa respectivamente, las cuales explican en un 15% la presencia de IS en los jóvenes de la muestra total; dichas variables presentaron una asociación jerárquica más fuerte con la IS que las variables de identificación personal ya que estas por sí solas explican solo el 4% de la presencia de IS en los participantes de la muestra total, aceptándose la hipótesis de investigación en la muestra empleada.

Hipótesis 8:

Para explicar la IS las variables psicológicas tendrán una asociación jerárquica más fuerte con la IS que las variables de identificación personal en la muestra de hombres y mujeres.

Para la comprobación de la hipótesis 8 se llevó a cabo el mismo procedimiento que en la hipótesis anterior, solo que como variables predictivas o independientes se utilizaron las variables que resultaron significativas en los análisis de muestra de acuerdo al sexo, la variable criterio fue la IS; con este análisis se obtuvieron distintos modelos de regresión para las muestras de hombres y mujeres

- En la muestra de hombres se obtuvo el siguiente modelo significativo [F= 11.327, R²= 0.237, gl (5) p<.05] donde las variables significativas fueron:
 1. Apoyo Social
 2. Estado Emocional
 3. Estado civil
 4. Promedio de calificaciones (bajo)
 5. ¿Acostumbras o necesitas tomar algo para sentirte bien?

Representadas por la ecuación:

$$IS = -0.375 + (-0.247) (\text{apoyo social}) + 0.227 (\text{estado emocional}) + 0.224 (\text{estado civil}) + 0.150 (\text{promedio}) + 0.139 (\text{¿Acostumbras o necesitas tomar algo para sentirte bien?}) + E$$

En dicha ecuación del modelo es posible observar que la relación jerárquica más fuerte la tienen las variables psicológicas (apoyo social y estado emocional) las cuales presentan a su vez una relación negativa y positiva respectivamente, por su parte las variables de identificación personal guardan una relación positiva, a excepción del promedio de calificaciones, ya que a medida que aumentan la IS también. En su conjunto estas variables explican el 23% de la presencia de IS en la muestra de hombres.

- En la muestra de mujeres el modelo de regresión significativo [F= 19.239, R²=0.163, gl (2), p<.05] que se obtuvo fue el siguiente con la variables:
 1. Estado Emocional
 2. Apoyo Social

Representadas en dentro de la siguiente ecuación:

$$IS = 1.053 + 0.305 (\text{estado emocional}) + (-0.182) (\text{apoyo social}) + E$$

Nuevamente el modelo muestra que las variables que tienen una asociación jerárquica más fuerte son las de estado emocional y apoyo familiar. Las cuales explican en un 16% la presencia de IS en la muestra de mujeres, en este modelo no presentaron asociación significativa las variables de identificación personal Sin embargo éstas por si solas explican en un 5% la IS en la muestra de mujeres y el 10% en la muestra de hombres, dado lo anterior se acepta la hipótesis de investigación en la muestra empleada.

4.3.1. Resumen de los principales hallazgos

Los hallazgos obtenidos en la presente investigación señalaron lo siguiente:

- La tendencia de IS alta en los jóvenes de la UTEQ fue inferior al 10% (IS alta en 4.9% de los estudiantes de la muestra); a su vez la incidencia de ideación suicida no presentó diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres.
- Las variables de identificación personal que se asociaron a la IS en la muestra total fueron “el haber experimentado o vivido situaciones trastornante en los últimos meses” y “el consumo de algo para sentirse bien”, las cuales explicaron en un 4% la presencia de IS en los jóvenes de la muestra
- A su vez en la muestra de hombres y mujeres se observó que las variables de identificación personal que se relacionaron con la IS fueron: estado civil (casado), el consumo de algo para sentirse bien y promedio de calificaciones (promedio bajo), en la muestra de varones, y en la de mujeres el consumo de algo para sentirse bien y el suicidio o intento de suicidio de alguna persona cercana. Dichas variables explicaron la presencia de IS en un 10% y 5% respectivamente en las muestra de hombres y mujeres.
- De igual manera se pudo observar que las variables psicológicas que se relacionaron con la IS en la muestra total fueron: el estado emocional y el apoyo social, las cuales explicaron la presencia de IS en un 15% en los jóvenes de la muestra
- Por otra parte en la muestra de hombres se observó que las variables psicológicas que presentaron una asociación jerárquica más fuerte con la IS fueron: estado emocional y apoyo social, las cuales explicaron en un 15% la presencia de IS en los varones de la muestra. En la muestra de mujeres se observó, de igual forma, que las variables psicológicas que presentaron una asociación jerárquica más fuerte con la IS fueron:

estado emocional y apoyo social las cuales explicaron en un 16% la presencia de la misma en las jóvenes de la muestra.

- Finalmente pudo observarse que la asociación jerárquica se dio con mayor intensidad entre las variables psicológicas y la IS en los tres tipos de muestra, muestra total, de hombres y mujeres, explicando la presencia de la misma en 15%, 23% y 16% respectivamente.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Los hallazgos obtenidos en la presente investigación señalaron lo siguiente:

Por medio de un análisis de frecuencia y la aplicación de una prueba t se encontró que la tendencia de IS alta en los jóvenes de la UTEQ fue inferior al 10% (IS alta en 4.9% de los estudiantes de la muestra); a su vez la incidencia de ideación suicida no presentó diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres.

Dentro de la investigación pudo observarse, a través de diferentes análisis de regresión múltiple, que las variables de identificación personal que se asociaron a la IS en la muestra total fueron “el haber experimentado o vivido situaciones trastornante en los últimos meses” y “el consumo de algo para sentirse bien”, las cuales explicaron en un 4% la presencia de IS en los jóvenes de la muestra. A su vez en la muestra de hombres y mujeres se observó que las variables de identificación personal que se relacionaron con la IS fueron: estado civil (casado), el consumo de algo para sentirse bien y promedio de calificaciones (promedio bajo), en la muestra de varones, y en la de mujeres el consumo de algo para sentirse bien y el suicidio o intento de suicidio de alguna persona cercana. Dichas variables explicaron la presencia de IS en un 10% y 5% respectivamente en las muestra de hombres y mujeres.

De igual manera se encontró que las variables psicológicas que se relacionaron con la IS en la muestra total fueron: el estado emocional y el apoyo social, las cuales explicaron la presencia de IS en un 15% en los jóvenes de la muestra total, lo mismo se observó en la muestra de hombres y mujeres, es decir la presencia de la variables psicológicas estado emocional y apoyo social, que explicaron la presencia de IS en 15% y 16% respectivamente.

Finalmente, se pudo comprobar que la asociación jerárquica se dio con mayor intensidad entre las variables psicológicas y la IS en los tres tipos de muestra,

muestra total, de hombres y mujeres, explicando la presencia de la misma en 15%, 23% y 16% respectivamente.

Hallazgos obtenidos en otras poblaciones (adolescentes de educación secundaria y nivel medio superior) y realizados por diferentes investigadores, han señalado una asociación significativa entre la IS y distintas variables como: el intento suicida, (González-Fotrezza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina-Mora, 1998), el abuso sexual (González-Fotrezza, Ramos, Vignau y Ramírez, 2001), la impulsividad y respuestas de afrontamiento agresivas (González-Fotrezza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003) y la comunicación deficiente con el padre (Serrano y Flores, 2003),

Específicamente, en los hombres se ha reportado que algunas de las variables que se asocian significativamente a la IS son: la violencia que ejercen los padres (González-Fotrezza, Andrade y Jiménez, 1997), el estrés en la pareja, los estilos de afrontamiento con respuestas agresivas con la pareja, familiares y amigos, el estrés familiar y social (Serrano y Flores, 2003) y la autoestima baja (Jiménez, Mondragón y González-Fortezza, 2007).

Y por último se han reportado estudios que señalan, en las mujeres, asociaciones significativas con variables como el estrés en la pareja y social, el uso de respuestas agresivas y no agresivas ante estresores familiares y con el mejor amigo (a) el uso de respuestas agresivas y evasivas con la pareja (Serrano y Flores, 2003), la violencia sexual (Ramos-Lira, et al., 2000) y la sintomatología depresiva (Jiménez, Mondragón y González-Fortezza, 2007).

Concretamente en una población similar a la del presente estudio, jóvenes universitarios, se ha encontrado prevalencia de IS en el total de la muestra de 1.7% (considerando la presencia de los 4 síntomas de IS) en este mismo estudio se señaló que, en el total de la muestra, las variables asociadas a la IS fueron: el estrés en las relaciones familiares y de pares y respuestas de enfrentamiento inadecuadas y deficientes (González-Fortezza, García, Medina-Mora, y Sánchez, 1998).

Como es posible observar los resultados derivados del presente estudio, distan de los hallazgos obtenidos en otras poblaciones en las que se ha utilizado la misma escala para medir IS y de los resultados reportados en una población similar; es por ello que tratando de avanzar en lo que refiere a al estudio empírico del comportamiento suicida, la IS, se pretende proporcionar una explicación de los resultados obtenidos a la luz de dos teorías, la Cognitivo Conductual y la Teoría Racional Emotivo Conductual (TREC) que permitan una mejor comprensión de los mismos.

En primer término es necesario apuntar que el comportamiento está mediado por las cogniciones y a su vez las emociones y las conductas son producto de las creencias del individuo

Los resultados de la presente investigación mostraron que las variables psicológicas que se asociaron a la IS en las muestras de hombres y mujeres fueron el apoyo social y estado emocional. La variable de apoyo social se puede interpretar a partir del modelo de la triada cognitiva (propuesto por Beck en 1967, dentro de la teoría cognitivo conductual) específicamente desde el componente percepción negativa del medio; de esta forma, a medida que el individuo percibe que no cuenta con el suficiente apoyo social ya sea de familiares y amigos la IS tiende a incrementar, dicha percepción de falta de apoyo del medio (familiares y amigos) se debe a que el individuo adopta normalmente una perspectiva negativa de su mundo, mas bien de su medio, y sus relaciones con los otros, de este modo tiende a ver a las demás personas que le rodean como críticos, con actitud de rechazo o sin intención de ofrecer apoyo, siendo así la percepción que se tiene de medio influye en la manera de cómo se siente y comporta.

Cabe señalar que no fue posible detectar el resto de los componentes de la triada cognitiva en los participantes de la muestra de hombres y mujeres.

La variable de estado emocional puede explicarse a partir de la TREC, donde las alteraciones en el estado emocional se manifiestan como consecuencia de pensamientos o creencias irracionales, suscitadas por algún evento activante ó situación perturbadora con un alto nivel de estrés; sin embargo el instrumento utilizado no permitió detectar en los participantes las creencias irracionales, ni el evento activante en sí, por lo que solo fue posible observar que los trastornos emocionales acompañan a la IS.

Finalmente es posible apuntar que el objetivo planteado en la presente investigación se cumplió al Identificar de acuerdo al sexo la incidencia de ideación suicida y su asociación jerárquica con variables psicológicas y de identificación personal que integran el instrumento de “Detección de Ideación Suicida en Jóvenes” en estudiantes de la Universidad Tecnológica de Querétaro.

De igual forma se confirmó la multicausalidad de la conducta suicida, ya en esta investigación solo fue posible detectar las variables que se relacionan jerárquicamente con la IS y, en términos estadísticos, calcular en que medida dichas variables explican la presencia de IS en los jóvenes que integraron la muestra.

También es preciso reconocer las limitaciones encontradas en el presente estudio, pues no fue posible utilizar los diferentes factores de las escalas que integraron el instrumento, por que algunos de estos factores presentaron un coeficiente de confiabilidad menor de 0.60, razón por la que se optó utilizar en los diferentes análisis estadísticos las escalas en su totalidad. Esto sin embargo no quiere decir, que las escalas no fueron confiables, más bien que hubo algunos agentes que afectaron dicha confiabilidad, esto a su vez, redujo el número de variables con las que se trabajó.

Por lo que se sugiere que en próximos estudios sean considerados más ampliamente los factores que puedan afectar la confiabilidad de las escalas a utilizar, tales como la forma aplicación de las mismas y la disposición de los participantes.

BIBLIOGRAFÍA

- 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 scala. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 6, 861-865.
- 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.
- Berenzon, S., Medina-Mora, M., López, E. & González, J. (1998). Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de al ciudad de México. *Revista mexicana de psicología*, 15, 2, 117-185.
- Berenzon, S., González-Forteza, C. & Medina-Mora, M. (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.
- Borges, G., Wilcox, H., Medina-Mora, M., Zambrano, J., Blanco, J. & Walters, E. (2005). Suicidal behavior in tjhe mexican nacional comorbidity survey (M-NCS): lifetime and 12 month prevalece, psychiatric factors and service utilization. *Salud mental*, 28, 2, 40-47.
- Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C. & Gutiérrez, R. (1996). Epidemiología del suicidio en México. *Salud pública de México*. 38, 3, 197-206.

- Brown, G.K., Jeglinc, E., Henriques, G. & 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, L. & Páramo, D. (2004). Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio de la universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria*, 14, 3, 12-20.
- 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, E. (2003). El suicidio introducción. *El suicidio*. México: Ediciones Coyoacán.
- Ellis, A. & Ellis, T. E. (2008). El suicidio desde la perspectiva de la terapia del comportamiento emotivo racional. En Thomas E. Ellis (Dir.), *Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia* (pp. 73-88), México: Manual Moderno
- Freeman, A. & Reinecke, M. (1995). Introducción a la conducta suicida. *Terapia cognitivo aplicada a la conducta suicida*. España: Desclée de Brower. Pp.17-32

- Freeman, A. & Reinecke, M. (1995). Teoría investigación y práctica de la terapia cognitiva. *Terapia cognitivo aplicada a la conducta suicida*. España: Desclée de Brower. Pp. 33-53
- García, R. (2003). Ideación suicida: el papel de variables demográficas, religiosas y psicológicas. *Revista mexicana de psicología*, 20, 1, 75-82.
- Gabalde, I. (1997). (Comp.). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. *Manual de psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y proceso terapéuticos*. México: Paídos. Pp.119-129
- González, J. (1996). El problema moral del suicidio. *Ethos: destino del hombre*. México: FCE- UNAM. Pp. 99-109.
- González, S., Díaz, A., 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. (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: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud mental*, 18, 4, 41-48.

- González-Forteza, C., Jiménez, A. & Gómez, C. (1995). Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en adolescentes. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 135-139.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Pick, S. & Collado, M. (1996). 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.
- 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.
- González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M. & Sánchez, M. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 21, 3, 1-9.
- González-Forteza, C., Mariño, M., Rojas, E., Mondragón, L. & Medina-Mora, M. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la ciudad de Pachuca, Hgo. Y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias. *Revista mexicana de psicología*, 15, 2, 165-175.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L. & Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociado con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24, 6, 16-25.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, A. & Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15, 4, 524-532.

- Gutiérrez, A., Contreras, C. & Orozco, R. (2006). El suicidio conceptos actuales (Versión electrónica), *Salud mental*, 29, 005, 66-74
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2007). Estadísticas de mortalidad.
- Jiménez, A., Mondragón, L. & González-Forteza, C. (2007). Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: results of three studies. *Salud Mental*, 30, 5, 20-26.
- Lega, L. L. Caballo, V. E. & Ellis, A. (2002). Aspectos teóricos generales de la terapia racional emotivo-conductual. *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. (2a ed). Madrid: Siglo XXI de España Editores. Pp. 16-35
- 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 L., Medina-Mora, M., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S. & Rojas, E. (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en población estudiantil. *Salud mental*, 18, 4, 25-32.
- Luckie, L., 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.
- Medina-Mora, M., López, L., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S. & Rojas, E. (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en población estudiantil. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 7-14.

- Medina-Mora, M., Carvioto, P., Villatoro, G., Fleiz, C., Galván-Castillo, F. & Tapia-Conyer, R. (2002). Consumo drogas entre adolescentes resultados de una encuesta nacional de adicciones. *Salud Pública de México*, 45, 1, 16-25.
- Medina-Mora, M., Rascón, M., Tapia, R., Mariño, M., Juárez, F., Villatoro, 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.
- Mendoza-Núñez, V. (1998). Diseños de investigación. *Tópicos de Investigación y Posgrado*, 4, 219-222
- Mondragón, L., Borges, G., Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud mental*, 24, 6, 4-15.
- Mondragón, L., Monroy, Z., Medina-Mora, M. & Borges, G. (2003). Eventos de vida, depresión, consumo de alcohol e ideación suicida en una muestra de servicios de urgencias: un enfoque de género. *Revista Mexicana de Psicología*, 20, 2, 225-235.
- Mondragón, L., Saltijeral, M., 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, 20-26.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). Prevención del suicidio recurso para consejeros.
- Ramos-Lira, L., Saltijeral-Méndez, M., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutiérrez, M. & Martínez-Vélez, N. (2000). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 43, 3, 182-191.

- Rascón, M., Gutiérrez, M., Valencia, M., Díaz, R., Leños, C. & Rodríguez, S. (2004). Percepción de los familiares del intento e ideación suicidas de pacientes con esquizofrenia. *Salud mental*, 27, 5, 44-52.
- Romero, M., Mondragón, L., Cherpitel, C., Medina-Mora, M. & 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
- Serrano, M. & 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. & Flores, M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 15, 2, 221-230.
- Villardón, L. (1993). El suicidio aproximaciones teóricas. *El pensamiento suicida en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto pp. 29-48
- Zimet, G., Dahlem, S. & Farley, G. (1988). Multidimensional scale of perceived social support (MSPSS). *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

Añexo

Tabla 2.1. Definiciones sobre Ideación Suicida citadas en investigaciones mexicanas

Autores	Año	Definición	Autores originales de la definición
González-Forteza C., Tapia A. y Gómez C.	1995	“...el estado emocional se refiere primordialmente a la ideación suicida, la cual refleja un nivel de conflicto interno asociado con desesperanza y depresión“ pp. 135	Levy, J. y Deykin, E. (1989)
López, E., Medina-Mora, M., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S. y Rojas, E.	1995	“El bienestar psicológico se refiere al estado interno de los individuos, incluyendo síntomas tales como la depresión, el pensamiento extravagante y la autoestima pobre; en este artículo se infiere al estado mental por medio de la ideación suicida. Este último es un síntoma frecuente e inespecífico ¹ que refleja el grado de conflicto interno, se asocia con la desesperanza y la pobre autoestima ² con el intento de suicidio ³ , la depresión y el abuso de sustancias ¹ ” pp. 26	1. Levy, J. y Deykin, E. (1989) 2. Kienhorts, C., De Wilde, E., Van Den Bout, J., Diekstra, R. & Wolters, W. (1990) 3. Kosky, R., Silburn, S. & Zubrick, S. (1990)
Medina-Mora, M., López, E., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S. y Rojas, E.	1995	“...es un síntoma frecuente e inespecífico ¹ que refleja el grado de conflicto interno, se asocia con la desesperanza y la falta de autoestima ² con el intento de suicidio ³ , la depresión y el abuso de sustancias ¹ ” pp. 8	1. Levy, J. y Deykin, E. (1989) 2. Kienhorts, C., De Wilde, E., Van Den Bout, J., Diekstra, R. & Wolters, W. (1990) 3. Kosky, R., Silburn, S. & Zubrick, S. (1990)
Mondragón, L., Saltijera, T., Bimbela, A. y Borges, G.	1998	“La ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno relacionado con la desesperanza y la depresión, al igual que con el consumo de drogas y alcohol” pp.20	El artículo no lo menciona
González, S., Díaz, A., Ortiz, S.,	2000	“La ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y	Beck, A., Kovacs,

<p>González-Forteza, C. y González, J.</p>		<p>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 conducta, pero están interrelacionados” pp. 23</p>	<p>M. & Weissman, A. (1979)</p>
<p>Mondragón, L., Borges, G. y Gutiérrez, R.</p>	<p>2001</p>	<p>“La ideación suicida es un síntoma frecuente e inespecífico, que refleja el nivel del conflicto interno, que aumenta cuando una persona con poca capacidad de enfrentamiento tiende a experimentar situaciones estresantes¹. La ideación suicida incluye los deseos, planes, ideas o pensamientos del sujeto, relacionados con quitarse la vida, así como sus planes de llevarlo a cabo²” pp. 6</p>	<p>1. Beck, A., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979) 2. Clum, G., Pattiokas, A., Luscomb, R. (1979)</p>
<p>González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L. y Ramírez, C.</p>	<p>2001</p>	<p>“En estudio de este problema es importante distinguir dos grandes rubros: el suicidio consumando [...] y el parasuicidio que se refiere a conductas o pensamientos relacionados con la propia muerte, pero sin morir: como el intento suicida, la planeación suicida y la ideación suicida, etc.” pp17</p>	<p>Kosky, R., Silburn, S. & Zubrick, S. (1990)</p>
<p>González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, M. y Wagner, F.</p>	<p>2003</p>	<p>“...Los indicadores de malestar emocional evaluados son: la depresión y la ideación suicida” pp. 524</p>	<p>Birmaher, B., Ryan, N., Willianson, D., Brent, D., Kaufman, J., Dahl, R., Perel, J., & Nelson, B. (1996)</p>
<p>Mondragón, L., Monroy, Z., Medina-Mora, M. y Borges, G.</p>	<p>2003</p>	<p>“La ideación suicida es una construcción cognitiva manifestada en un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel de conflicto interno¹ que se incrementa cuando un apersona</p>	<p>1. Beck, A., Steer, R., Kovacs, M. & Garrison, B. (1985) 2. Gonzalez-</p>

		con baja capacidad de enfrentamiento vive situaciones estresantes ² pp. 225	Forteza, C., Borges, G., Gómez, C., y Jiménez, T. (1995)
Rascón M., Gutiérrez M., Valencia M., Díaz R., Leños C. y 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” pp.46	Borges, G. (1995)
Córdova, M., Rosales, M., Caballero, R. y Rosales, J.	2007	“... la ideación suicida son aquellas ideas que los individuos tienen y que frecuentemente presentan pensamiento reiterativo 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 ¹ [...] la ideación suicida comprende un campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación: <ul style="list-style-type: none"> • Deseo de morir • La representación suicida • La idea suicida sin un método determinado • La idea suicida con un plan o método indeterminado o inespecífico aún • La idea suicida con un método determinado sin planificación • La idea suicida planificada o plan suicida²” pp18 	1. Beck, A., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979) 2. Pérez, B. (1999)

Escala de Roberts-CES-D

Tabla 2.2. Características y resultados de los estudios donde se empleo escala de Roberts-CES-D (4 reactivos) para medir IS en adolescentes (de educación secundaria y preparatoria/bachillerato)

Autores	Año	Muestreo y Muestra	Zona Geográfica	Temporabilidad	Punto de Corte			Confiabilidad	Validez	Prevalencia			Asociación Significativa con otras Variable		
					Total	H	M			Total	H	M	Total	H	M
Medina-Mora M.; López L., Villatoro J., Juárez F., Carreño S., Berenzon, S. y Rojas, E.	1994	Estratificado, bietápico y por conglomerados Total: 3459 Hombres: 51% Mujeres: 49%	Distrito federal	—	Presentar al menos un síntoma	—	—	—	—	47%	47.9 %	52.1 %	—	—	—
López L., Medina-Mora M., Villatoro J., Juárez F., Carreño S., Berenzon, S. y Rojas, E.	1995	Estratificado, bietápico y por conglomerados Total: 3459 Hombres: 51% Mujeres: 49%	Distrito Federal	—	Presentar al menos un síntoma	—	—	—	—	47%	47.9 %	52.1 %	—	—	—

González-Forteza, C., Villatoro, J., Pick, S. y Collado, M.	1996	Estratificación por conglomerados en tres etapas NSE bajo:371 NSE medio: 320	Delegación de Coyoacán del Distrito Federal	1 semana (previa al estudio)	—	—	—	0.80	—	—	—	—	—	—	—
González-Forteza, C., Andrade, P. y Jiménez, A.	1997	No probabilística e intencional Total: 423 Hombres: 235 Mujeres: 188	Ciudad de México	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Violencia de papás	—
González-Forteza, C., Mariño, M., Rojas, E., Mondragón, L. y Medina-	1998	Estratificado, bietápico y por conglomerados Total: 1848 Hombres	Pachuc a Hgo.	1 semana anterior al estudio		Puntaje medio más una desviación Estándar	Puntaje medio más una desviación Estándar	—	—	—	—	—	Intento suicida	—	—

Mora, M.		45.9% Mujeres: 54.1%				5	6								
González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L. y Ramírez, C.	2001	— Total: 936 Hombres: 508 Mujeres: 428	Centro histórico Cd. De México	1 semana (previa al estudio)		Puntaje medio más una desviación estándar (1.7)	Puntaje medio más una desviación estándar (2.6)	—	—	—	7.0 %	6.30 %	Abuso sexual	—	—
González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, A. y Wagner, F.	2003	— Total: 936 Hombres: 508 Mujeres: 428	Centro histórico Cd. De México	En los últimos 7 días		Puntaje medio más una desviación estándar	Puntaje medio más una desviación estándar	—	—	—	12.3 %	11.92 %	Impulsividad Respuestas de afrontamiento agresivas	—	—
Serrano, M. y Flores, M.	2003	— Total: 374 Hombres: 48.4%	Ciudad de Mérida	1 semana anterior	Puntaje medio	—	—	—	69.30% Varianz	Los estudiantes	—	—	Comunicación	—	—

		Mujeres: 51.6%		estudio	1.31				a expl icad a	de la mue stra se sinti eron con IS de ning uno a 2 días			(defi cien te) con el padr e			
Chávez, A., Pérez, R., Macías, L. y Páramo, D.	2004	Aleatorio bietápico y por conglomer ados Total: 2532 Hombres: 45.6% Mujeres: 54.4%	Guanaju ato	1sema na anterior al estudio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Serrano, M. y Flores, M.	2005	Muestra aleatorio simple Total: 370	—	5-7 días de la seman	Pun taje med io	—	—	—	—	—	—	—	—	Estr és en la	Estr és en la	

															agresivas y evasivas °/pareja
Jiménez, A., Mondragón, L. y González-Forteza, C.	2007	<p>1^{er} estudio muestreo no probabilística total: 423 Hombres: 56% Mujeres: 44%</p> <p>2^o estudio muestreo no probabilística Total: 816 406 part. Secundaria H 49% y M 51% 410 part. Bachillerato H: 51% y M: 49%</p> <p>3^{er} estudio</p>	<p>Delegación Tlalpan</p> <p>Delegación coyoacán</p> <p>Centro Histórico o Cd. De México</p>	—	—	<p>Puntaje medio más una desviación Estándar 4, 5y4, 4*</p>	<p>Puntaje medio más una desviación Estándar 5, 6y4, 6*</p>	—	—		19.6 %	24.7 %	—	Aut oest ima baja	Sint oma tología depresiva
											20.4 %	19.2 %			
											20.5 %	19.1 %			

		s:44% Mujeres: 56%									
--	--	--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Presencia de uno o más síntomas de IS

**Presencia de los 4 síntomas de IS en la población total

Tabla 2.4. Características y resultados de los estudios donde se empleo escala de Roberts-CES-D (4 reactivos) para medir IS en usuarios de los servicios de salud

Autores	Año	Muestreo y Muestra	Zona Geográfica	Temporalidad	Punto de Corte	Prevalencia	Asociación Significativa con otras Variables
					Mujeres	Mujeres	Mujeres
Ramos-Lira, L., Saltijeral-Méndez, M., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutiérrez, M. y Martínez-Vélez, N.	2000	Probabilístico y propositivo Mujeres: 312	Cd. De México (centro de salud)	1 semana	Puntaje medio más una desviación estándar	7% cuando hay violencia sexual	Violencia sexual

Tabla 2.5. Características y resultados de los estudios donde se empleo escala de Roberts-CES-D (3 reactivos) para medir IS en adolescentes (de educación secundaria y preparatoria/bachillerato)

Autores	Año	Muestreo y Muestra	Zona Geográfica	Punto de Corte			Confiabilidad	Validez	Prevalencia			Asociación Significativa con otras Variables	
				Total	H	M			Total	H	M	Hombres	Mujeres
González-Forteza, C., Jiménez, A. y Gómez, C.	1995	No probabilístico o Total : 423 Hombres: 55.6% Mujeres: 44.4%	Ciudad de México	—————			0.78	70.1%	—————			Estrés familiar (violencia de papás y enfermedad de papás)	Estrés Social Características de personalidad Ambiente social

Tabla 2.6. Características y resultados de los estudios donde se empleo escala de Roberts-CES-D (3 reactivos) para medir IS en población abierta (entrevistas)

Autores	Año	Muestreo y Muestra	Zona Geográfica	Temporalidad	Punto de Corte			Prevalencia			Asociación Significativa con otras Variables
					Total	H	M	Total	H	M	
Medina-Mora, M., Carvioto, P., Villatoro, G., Fleiz, C., Galván-Castillo, F. y Tapia-Conyer, R.	2002	Probabilístico estratificado y por selección de conglomerados 3882 entrevistas	Zonas urbanas de la república mexicana	1 semana	—————			—————			No se reporta IS como factor de riesgo (regresión logística)

Preguntas/reactivos que miden IS

Tabla 2.7. Características y resultados de los estudios donde se utilizaron preguntas para medir IS en población adolescente (de educación secundaria) (en ambos estudios se realizaron 3 reactivos para medir IS con base en la bibliografía, no mencionados en ellos)

Autores	Año	Muestreo y Muestra	Zona Geográfica	Temporalidad	Confiabilidad	Validez	Asociación Significativa con otras Variables	
							H	M
González-Forteza, C y Andrade, P.	1993	No probabilístico intencional Total: 423 Hombres: 55.6% Mujeres: 44.4%	—	5 a 7 días	0.78	70.1%	Afecto negativo Síntomas somáticos Problemas interpersonales	Afecto negativo Síntomas somáticos Problemas interpersonales Traición del grupo de pares Desventaja %de pares Problemas escolares
González-Forteza, C y Andrade, P.	1995	No probabilístico intencional Total: 423	Ciudad de México	5 a 7 días	0.78	70.1%	—	Relación con el padre (Control del padre)

		Hombres: 55.6%						
		Mujeres: 44.4%						

Tabla 2.8. Características y resultados de los estudios donde se utilizaron preguntas para medir IS en población abierta (usuarios de servicios de salud/comunidades urbanas)

Autores	Año	Muestreo y Muestra	Zona Geográfica	Temporalidad	Punto de Corte (Reactivos)			Prevalencia			Asociación Significativa con otras Variables	
					Total	H	M	Total	H	M	Total	Mujeres
Berenzon, S., Medina-Mora, M., López, E. y González, J.	1998	Aleatorio Total:1156 Hombres: 48.1% Mujeres : 51.9%	Colonias de la delegación Tlalpan : San Pedro Mártir, Isidro Fabela y Topilejo	—	-“Pensó en la muerte”	—	—	—	17.6 %	18.2%	—	—
					-“Quería morir se”				8.1 %	11%		
					-“Pensó en suicidar se”				5.7 %	7.2%		
			Delegación Xochomilco Barrios de: San Marcos y San Juan					◆ % por reactivo	◆ % por reactivo			
Berenzon,	2000	—	Ciudad de		“¿algun							

S., González- Forteza, C. y Medina- Mora, M.		Total:14 82 Hombres: 48.1% Mujeres : 51.9%	México delegacio nes Tlalpan y Xochimilc o	—	a vez se ha sentido usted tan decaído que pensó en suicidar se?"	—	—	7.2 %	—	—		Trastornos depresivos Distimia Trastornos fóbicos Trastornos de angustia ♦ dichos trastornos se presentaro n a la par que la IS en la población femenina Edad Estado civil (solteras) Nivel socioeconó mico bajo
Borges, G., Wilcox, H., Medina-	2005	Probabil ístico estratific ado	Zonas urbanas (México)	l) Alguna vez	a) "¿Algun a vez ha pensó	—	—	Tie mpo l Rea	Tie mpo l Rea	Tiemp o l Reacti	Odds ratio (no report	—

<p>Mora, M., Zambrano, J., Blanco, J. y Walters, E.</p>		<p>multietápico Total:23 62 Hombres: 47.7% Mujeres: 52.3%</p>		<p>II) En los últimos 12 meses</p>	<p>seriamente en suicidarse?" b) "¿Alguna vez ha hecho un plan para cometer suicidio?" Nota: las preguntas corresponden a 2 tiempos "alguna vez" y "en los últimos 12 meses"</p>			<p>reactivo a) 8.3% Reactivo b) 3.2% Tiempo II Reactivo a) 2.3% Reactivo b) 1.0%</p>	<p>reactivo a) 6.1% Reactivo b) 2.4% Tiempo II Reactivo a) 1.9% Reactivo b) 1.0%</p>	<p>vo a) 10.4% Reactivo b) 3.9% Tiempo II Reactivo a) 2.7% Reactivo b) 0.9%</p>	<p>e de riesgo significativo) La IS no ocupa los primeros lugares</p>	
--	--	---	--	------------------------------------	---	--	--	---	---	--	---	--

Escala de Ideación Suicida de Beck

Tabla 2.9. Características y resultados de los estudios donde se empleo Escala de Ideación Suicida de Beck en usuarios de los servicios de salud/población abierta

Autores	Año	Muestreo y Muestra	Zona Geográfica	Punto de Corte			Confiabilidad	Prevalencia			Asociación Significativa con otras Variables		
				Total	H	M		Total			Total	Mujeres	
Mondragón, L., Saltijeral, M., Bimbela, A. y Borges, G.	1998	No probabilístico y por cuota Total: 1094 Hombre: 29% Mujeres: 70%	—	Puntaje mayor o igual a 1 (≥1)	—	—	—	110 (casos)			Desesperanza Estado civil (divorciado/separado) Consumo de alcohol consuetudinario Pacientes desempleados/jubilados	Sexo (femenino) riesgo dos veces mayor (OR = 1.9) que en los hombres	
García, R.	2003	Probabilístico Total: 603 Hombres: 291 Mujeres:	Zona urbana y rural Cd. De Tabasco	—	—	—	0.90	—	—	—	Motivos (desesperanza, estrés, cohesión social,	—	—

<p>M., Rosales, M., Caballero, R. y Rosales, J.</p>		<p>ico aleatorio estratifica do por conglomer ados Total: 521</p>	<p>México</p>	<p>igual o mayor a 1</p>	<p>— —</p>	<p>— —</p>	<p>0.92</p>	<p>312 (casos)</p>	<p>—</p>	<p>— —</p>	<p>socio demográficos: Los jóvenes no trabajan</p> <p>Vivieron su infancia o adolescencia con solo un padre</p> <p>Consumo de drogas lícitas o ilícitas</p> <p>El dinero no alcanza para cubrir todas sus necesidades</p> <p>El haber recibido atención psicológica</p> <p>Pensamientos negativos o ambivalentes sobre sí mismos</p> <p>desesperanza</p>
--	--	---	---------------	----------------------------------	----------------	----------------	-------------	------------------------	----------	----------------	--

Escala de Expectativas sobre Vivir-Morir de Okasha.

Tabla 2.11. Características y resultados de los estudios donde se empleo escala de Okasha para medir IS en usuarios de los servicios de salud

Autores	Año	Muestreo y Muestra	Zona Geográfica	Punto de Corte			Confiabilidad	Validez	Prevalencia			Asociación Significativa con otras Variables		
				Total	H	M			Total	H	M	Total	H	M
Medina-Mora, M., Rascón, M., Tapia, R., Mariño, M., Juárez, F., Villatoro, J. y Gómez, M.	1992	—	Zonas urbanas de la república mexicana	—			0.93	—	10-14%	11.7% Con al menos 1 síntoma	14.0% Con al menos 1 síntoma	—		
Romero, M., Mondragón, L., Cherpitel, C., Medina-Mora, M. y Borges, G.	2001	Probabilístico Mujeres : 1511	Cd. De Pachuca (servicio de urgencias)	En Mujeres: Respuesta afirmativa en alguno de los 4 reactivos			0.78	70.1%	—	—	—	En Mujeres: Bebedoras fuertes de alcohol odds ratio 1.57 de riesgo mayor comparadas con bebedoras débiles		
Mondragón, L., Monroy, Z., Medina-Mora, M. y	2003	— Total: 1511 Hombres:	Servicios de urgencias de las ciudades	En muestra total: Respuesta afirmativa en alguno de los 4 reactivos			—	—	5.7%	3.7%	7.9%	Total: Estado civil (divorciados)	Mujeres: Sexo (femenino)	

Borges, G.		52.5% Mujeres : 47.5%	de Pachuca, Hidalgo y México							Edad (18-29 años)	
										Depresión	
										Consumo de bebidas alcohólicas	
										Presencia de eventos de vida sociales (problemas económicos y situaciones violentas)	

Otros Instrumentos SIS-Q y SBAS

Tabla 2.12. Características y resultados de los estudios donde se utilizó el Instrumento SIS-Q para medir IS en población abierta (usuarios de servicios de salud)

Autores	Año	Muestreo y Muestra	Temporalidad	Punto de Corte (Reactivos)			Prevalencia			Asociación Significativa con otras Variables		
				Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
Luckie, L., Morán, P., Juárez, R., Vázquez,	1998	—	Dos o más semanas				64.4%	30.7%	69.2%			

<p>D., Curiel, O. y Ramiro, M.</p>		<p>Total: 1000 Hombres:32.5% Mujeres: 67.5%</p>		<p>las que tenga problemas para conciliar el sueño o mantenerse dormido?"</p> <p>-“¿Ha tenido un periodo de dos o más semanas durante las cuales se siente triste, deprimido o ha perdido el interés y el placer por las cosas que Ud. Comúnmente tenía cuidado o las disfrutaba?”</p> <p>-“¿Ha vivido un periodo de dos o más semanas en las que se sienta culpable?”</p> <p>-“¿Ha tenido un periodo en el que sienta que la vida no tiene valor?”</p> <p>◆ responder afirmativamente a por lo menos 1 reactivo</p>				
---	--	---	--	--	--	--	--	--

Tabla 2.13. Características y resultados de los estudios donde se utilizó la escala SBAS para medir IS en usuarios de servicios de salud (familiares de pacientes con esquizofrenia)

Autores	Año	Muestreo y Muestra	Punto de Corte			Confiabilidad	Prevalencia			Asociación Significativa con otras Variables
			Total	H	M		Total	H	M	
Rascón, M., Gutiérrez, M., Valencia, M., Díaz, R., Leños, C. y Rodríguez, S. (2004).	2004	<p>—</p> <p>Total: 163 familias Familiares de pacientes c/ esquizofrenia entrevistados</p> <p>Hombres: 20.2%</p> <p>Mujeres: 79.8%</p>	—	—	—	Entre entrevistadores 0.78	13.5 %	13.8 %	12.5 %	Trastornos afectivos Depresión

Tabla 3.1. Definición de variables psicológicas y de identificación personal

Nombre de la Variable	Definición Metodológica	Definición Teórica	Definición Operacional
<p>VARIABLES PSICOLÓGICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Ideación Suicida 	<p>Variable dependiente o de criterio</p>	<p>Aquellas ideas que los individuos tienen y que frecuentemente presentan pensamiento reiterativo 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 (Beck, Kovacs & Weissman, 1979)</p>	<p>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.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Estado Emocional 	<p>Variable independiente o predictiva</p>	<p>Se refiere a la condición proveniente de la evaluación de estímulos internos y externos que es acompañada de sensaciones físicas fuertes (Lega, Caballo & Ellis, 2002)</p>	<p>Puntuación correspondiente a la suma de las respuestas de 5 reactivos de la Escala de Trastornos Emocionales de Berwick, et al. (1991), incluida en el instrumento "Detección de Ideación Suicida en jóvenes" reactivos del 2.67 al 2.71.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Desesperanza 	<p>Variable independiente o predictiva</p>	<p>Se refiere al sistema de esquemas cognitivos que tienen como denominador común las expectativas negativas acerca del futuro (Beck, Davis, Frederick, Perlin, Pokorny, Schulman, Seiden & Wittlin, 1974).</p>	<p>Puntuación correspondiente a la suma de las respuestas de 8 reactivos de la Escala de desesperanza de Beck, et al. (1974), los cuales se evaluaron a través del instrumento "Detección de Ideación Suicida en jóvenes" con los reactivos del 2.40 al 2.47.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Locus de Control 	<p>Variable independiente o predictiva</p>	<p>Es la percepción de la atribución del origen de los eventos y el comportamiento personal, atribución que puede ser interno o externa (Rotter, 1975).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Locus de control Interno: Refiere a la percepción de que los eventos o comportamientos ocurren principalmente por efecto de las propias acciones • Locus de control Externo: Corresponde a la percepción de que los eventos o comportamientos ocurren esencialmente como consecuencia del azar, de la suerte, del poder, o de las decisiones de otros. 	<p>Puntuación correspondiente a la suma de las respuestas del 7 reactivos de la Escala de Locus de Control reportada por González-Forteza (1992). En el instrumento “Detección de Ideación Suicida en jóvenes” corresponde a los reactivos del 2.1 al 2.23 (4 externos y 3 internos)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo Social Percibido 	<p>Variable independiente o predictiva</p>	<p>Se entiende como la percepción de las provisiones instrumentales y/o expresivas (reales o imaginarias) proporcionadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos (Lin, Dean & Ensel, 1985).</p>	<p>Puntuación correspondiente a la suma de las respuestas de 6 reactivos de la Escala de Apoyo Social Percibido de Zimet, et al. (1988) los cuales se evaluaron a través del instrumento “Detección de Ideación Suicida en jóvenes” con 3 reactivos 2.31, 2.33 y 2.34. (familia) Y 3 reactivos 2.32, 2.35 y 2.36 (amigos).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Espiritualidad 	<p>Variable independiente o predictiva</p>	<p>Creencias acerca de la relación con un ser superior que ayudan a enfrentar los problemas de la vida diaria</p>	<p>Puntuación correspondiente a la suma de las respuestas de 2 reactivos tomados de la Escala de Calidad de Vida y</p>

			Salud de Sánchez-Sosa y González-Cellis, 2004 (Citado en Caballo, 2006) integrados en el instrumento "Detección de Ideación Suicida en jóvenes" reactivos 2.37 y 2.39.
<ul style="list-style-type: none"> Actitudes y Creencias Disfuncionales 	Variable independiente o predictiva	Evaluación de la realidad que se basa en creencias inconsistentes en su lógica, inconsistentes con la realidad empírica, absolutistas y dogmáticas que dificultan el logro de los objetivos personales y causan emociones perturbadoras (Lega, et al. 2002)	Puntuación correspondiente a la suma de las respuestas 21 reactivos de la Escala de Actitudes y Creencias de Burgess (1990), los cuales se evaluaron a través del instrumento "Detección de Ideación Suicida en jóvenes" con los reactivos del 2.1 al 2.23
<ul style="list-style-type: none"> Agresión 	Variable independiente o predictiva	Reconocimiento de la tendencia a actuar agresivamente	Puntuación correspondiente a la suma de las respuestas de 2 reactivos (2.48 y 2.50) tomados y adaptados de la escala de riesgo de violencia de Plutchick
VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL	Variables independientes o predictivas	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra	El (los) número(s) de reactivo(s) que le corresponde en el instrumento "Detección de Ideación Suicida en jóvenes"
<ul style="list-style-type: none"> Edad 			Reactivo 1.1
<ul style="list-style-type: none"> Sexo 			Reactivo 1.2
<ul style="list-style-type: none"> Estado Civil 			Reactivo 1.3

<ul style="list-style-type: none"> • Cuatrimestre que cursa. 			Reactivo 1.4
<ul style="list-style-type: none"> • Carrera que cursa 			Reactivo 1.5
<ul style="list-style-type: none"> • Promedio de Calificaciones 			Reactivo 1.6
<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de desempeño académico 			Reactivo 1.7
<ul style="list-style-type: none"> • Religión 			Reactivos 1.8 y 1.9
<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de condición económica 			Reactivo 1.10
<ul style="list-style-type: none"> • El dinero con el que cuenta 			Reactivos 1.11 y 2.38
<ul style="list-style-type: none"> • Consumir o tomar algo para sentirse bien 			Reactivos 1.12 y 1.13.
<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de experiencias que alteraron su vida 			Reactivos 1.14 y 1.15.
<ul style="list-style-type: none"> • Muerte de persona cercana en la infancia 			Reactivo 1.16
<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de disciplina ejercida en la infancia 			Reactivo 1.17
<ul style="list-style-type: none"> • Abuso sexual 			Reactivo 1.18
<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de haber sido víctima de situaciones humillantes 			Reactivo 1.19
<ul style="list-style-type: none"> • Atención psicológica o psiquiátrica 			Reactivos 1.20 y 1.21
<ul style="list-style-type: none"> • Actualmente en tratamiento psicológico o psiquiátrico 			Reactivo 1.22 (variable que sirvió como criterio de exclusión)
<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de problema personal más preocupante 			Reactivo 1.23
<ul style="list-style-type: none"> • Suicidio de persona cercana 			Reactivo 1.24.
<ul style="list-style-type: none"> • Intento de Suicidio. 			Reactivos 3.7 y 3.8.

<ul style="list-style-type: none">• Ideas en la cabeza que no puede evitar			Reactivo 2.49.
--	--	--	----------------



¡Hola!

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

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

De antemano te agradecemos tu colaboración.

A T E N T A M E N T E

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

2.16. <i>Es importante que haga bien algunas cosas</i>	1	2	3	4
2.17. <i>Algunas veces es insoportable cuando estoy tenso</i>	4	3	2	1
2.18. <i>En ocasiones es frustrante cuando no hago las cosas bien</i>	1	2	3	4
2.19. <i>En ocasiones cuando estoy tenso, pienso que siempre estaré de esa manera</i>	4	3	2	1
2.20. <i>De vez en cuando necesito estar relajado(a)</i>	1	2	3	4
2.21. <i>Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás piensen de mí</i>	4	3	2	1
2.22. <i>En ocasiones, cuando estoy tenso, me resulta difícil funcionar</i>	1	2	3	4
2.23. <i>Para agradar a otras personas, lo mejor es renunciar a los propios intereses</i>	4	3	2	1
2.24. <i>Los mejores alumnos son los que tienen suerte</i>	4	3	2	1
2.25. <i>Obtener lo que quiero depende de mí</i>	4	3	2	1
2.26. <i>Todo lo que hago me sale bien, gracias a la suerte</i>	4	3	2	1
2.27. <i>Mis calificaciones dependen de mí</i>	4	3	2	1
2.28. <i>Es mejor tener suerte que ser inteligente</i>	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 mí</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</i>	4	3	2	1

<i>dificultades de la vida diaria</i>				
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. <i>He estado muy nervioso(a)</i>	6	5	4	3	2	1
2.68. <i>Me he sentido calmado(a) y en paz</i>	1	2	3	4	5	6
2.69. <i>Me he sentido triste y melancólico(a)</i>	6	5	4	3	2	1
2.70. <i>Me he sentido abatido(a), que nada me puede animar</i>	6	5	4	3	2	1
2.71. <i>Me he sentido feliz</i>	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. <i>Que no podía seguir adelante</i>	0	1	3	5
3.4. <i>Tenía pensamientos sobre la muerte</i>	0	1	3	5
3.5. <i>Sentía que mi familia estaría mejor</i>	0	1	3	5

si yo estuviera muerto(a)				
3.6. Pensé en matarme	0	1	3	5

3.7. Finalmente, ¿has intentado suicidarte?:

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

3.8. ¿Cuántas veces has intentado suicidarte?:

1 () 2 () 3 () Más de 3 ()

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

Nombre: _____

Teléfono: _____ o correo electrónico: _____

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

Correo para recibir ayuda o comunicarte con nosotros

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

apoyo@campus.iztacala.unam.mx

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

