



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD**

**IDEACIÓN SUICIDA EN JÓVENES MEXICANOS DE EDUCACIÓN MEDIA
SUPERIOR: PROPUESTA DE UN MODELO DESCRIPTIVO MULTIVARIADO EN
HOMBRES Y MUJERES**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

DOCTOR EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

JOSÉ CARLOS ROSALES PÉREZ

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

Directora: Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo

Comité: Dra. Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel

Dra. Catalina Francisca González-Forteza

Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Dra. Rosalía Vázquez Arévalo



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Señor:

¡Que eres bueno, has sido bueno y para siempre es y será tu misericordia!

Este trabajo es para honra y gloria tuya

Martha:

¡Que eres el amor y la alegría de mi vida!

Este trabajo es un logro de ambos y la confirmación de que juntos podemos hacer grandes cosas

Adrián:

¡Que eres mi amado hijo mayor!

Este trabajo refleja tu presencia en mi vida, porque es un logro de la esperanza cumplida

Aldebarán:

¡Que eres mi amado hijo menor!

Este trabajo te refleja a ti; lo que logras en la vida con decisión, es grandioso

Anita y Paco:

¡Que son la familia que me guio en la primera etapa de mi vida!

Este trabajo es resultado de la influencia positiva de su ejemplo en mi vida

Don Pancho:

¡Que fuiste un padre amado!

Este trabajo, es producto de la confianza y el amor con el que me distinguiste

AGRADECIMIENTOS

A los jóvenes quienes participaron en esta investigación, por su confianza y compromiso para dar a conocer sus sentimientos y sus pensamientos. En especial a los jóvenes que en ese momento sentían y pensaban que su vida no tenía más sentido. Ya que su participación fue trascendental para que este trabajo contribuya a entender y ayudar a otros jóvenes que sienten y piensan lo mismo.

A los tesisistas que sin su ayuda en la aplicación del instrumento, no habría sido posible llevar a cabo este trabajo ¡Gracias!

Alfonso Méndez Apodaca

Ana Michele Lujan Martínez

María Teresa Salvador García

Marisol Sandoval González

Martha Leticia Solís Gil

Rocío Solís Lorán

A las Autoridades de las Escuelas que nos otorgaron su confianza dando su autorización para que los alumnos de los planteles a su cargo, participaran en el estudio. ¡Gracias! Autoridades de:

CECyTEM Tepoztlán Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de México

Colegio de Bachilleres, plantel No. 1 Turno Matutino y Turno vespertino

Escuela Preparatoria Oficial No. 103

Instituto Acatitlan

Instituto Cultural Copan, Plantel Fuentes

Instituto Leonardo Bravo A. C. Turno Matutino

Instituto San Mateo

Instituto Siglo XXI Turno Vespertino

Preparatoria Sor Juana Inés de la Cruz

A cada uno de mis asesores, quienes con su conocimiento y experiencia guiaron la realización y conclusión de este trabajo.

¡Gracias! Dra. Luz de Lourdes por tu acompañamiento y confianza

¡Gracias! Dra. Ana Luisa, por tu apoyo y motivación cuando más lo necesitaba

¡Gracias! Dra. Catalina, por su atención y dirección precisa

¡Gracias! Dra. Rosalía, por tu asesoría, consejos y apoyo

¡Gracias! Dr. Samuel, por su profesionalismo y valiosas recomendaciones

¡Gracias! Dr. Arturo, por tu disposición a ayudar y apoyo

Gracias a cada una de las autoridades y profesores del doctorado. De quienes tuve la oportunidad de aprender la importancia y la responsabilidad que implica ser formado como Doctor, en nuestra máxima casa de estudios

RESUMEN

Se presenta la investigación realizada en una muestra incidental de 4421 estudiantes de 10 escuelas preparatorias de la zona metropolitana de la Ciudad de México. Cuyos propósitos fueron. Primero: determinar, por género, los grados de pensamiento relacionados con ideación suicida que se registran con la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D, y el punto de corte adecuado. Segundo, obtener un modelo de explicación, por género, de la presencia de ideación suicida, con base en la teoría Cognitivo-Conductual y Racional Emotivo-Conductual del comportamiento suicida. El método se integró por cuatro actividades. 1. Revisión psicométrica del instrumento. 2. Identificación de los grados de pensamiento relacionados con ideación suicida. 3. Registro de las variables relacionadas con ideación suicida. 4. Obtención y validación del modelo de explicación de la presencia de ideación suicida. El análisis estadístico se realizó por medio de los programas: Lertap 5, SPSS 12 y AMOS 6. Los análisis empleados fueron: prueba Ji cuadrado para porcentajes, correlación, regresión múltiple, regresión logística binaria y modelamiento con ecuaciones estructurales. Los resultados mostraron tres grados de pensamiento que pueden reconocerse con la aplicación de la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D en jóvenes. Donde el último grado es el que refiere a la manifestación de ideación suicida. Y que el modelo de explicación de la ideación suicida se constituyó por una variable endógena referente a *creencias irracionales*, integrada por: *desesperanza*, *apoyo familiar percibido* y *exigencia de aceptación*. Además de tres variables exógenas: *estado emocional*, *antecedente de intento suicida* e *ideación suicida*. En una forma de relación acorde con la teoría Cognitivo-Conductual y Racional Emotivo-Conductual del comportamiento suicida. Se concluye que el punto de corte para señalar presencia de ideación suicida es de una puntuación ≥ 9 . Que la ideación suicida se identifica con una combinación de pensamientos vinculados con intencionalidad y planificación para llevar a cabo el acto suicida. Y que la ideación suicida se explica en un porcentaje significativo por las creencias irracionales y la perturbación emocional. En tanto que la intencionalidad suicida se explica por la ideación suicida. Sin registro de diferencias conforme al género. Se plantea la necesidad de estudios confirmatorios.

ABSTRACT

Research is presented in an incidental sample of 4421 students from 10 high schools in the metropolitan area of Mexico City. Whose purposes were. First, determine levels of thought related to suicidal ideation that is registered with the suicidal ideation scale of Roberts-CES-D, and the appropriate cutoff, by gender. Second, get a model of explanation presence of suicidal ideation, based on Cognitive Behavioral theory and Rational Emotive Behavioral suicidal behavior, for gender. The method was composed of four activities. 1. Revision psychometric instrument. 2. Identifying the degree of thought related to suicidal ideation. 3. Registration of variables related to suicidal ideation. 4. Collection and validation of the model to explain the presence of suicidal ideation. Statistical analysis was performed using the programs: Lertap 5, SPSS 12 and AMOS 6. The analyzes used were Chi-square test for percentages, correlation, multiple regression, binary logistic regression and structural equation modeling with. The results showed three levels of thought that can be recognized by applying the scale of suicidal ideation Roberts-CES-D in young people. Where is the last grade refers to the manifestation of suicidal ideation. And the explanatory model of suicidal ideation was established by an endogenous variable concerning irrational beliefs, comprising: hopelessness, perceived family support and acceptance requirement. In addition to three exogenous variables: emotional state, history of suicide attempts and suicidal ideation. In a relationship according to the cognitive behavioral theory and Rational Emotive Behavioral suicidal behavior. We conclude that the cutoff point to suggest the presence of suicidal ideation is a score ≥ 9 . That suicidal ideation is identified by a combination of thoughts related to intentionality and planning to carry out the suicidal act. And that suicidal ideation is explained by a significant percentage of irrational beliefs and emotional disturbance. While the suicidal intent explained by suicidal ideation. No record of differences according to gender. This raises the need for confirmatory studies.

ÍNDICE TEMÁTICO

	<i>Página</i>
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1.	
SITUACIÓN EN MÉXICO, DEFINICIÓN Y APROXIMACIONES DE ESTUDIO	
<i>El Suicidio en México.....</i>	7
<i>Definición del Comportamiento Suicida.....</i>	9
<i>Proceso Suicida.....</i>	10
<i>Suicidio; Riesgo y Prevención.....</i>	12
Comportamiento Suicida; Aproximaciones de Estudio.....	16
<i>Aproximación Psicológica</i>	
<i>Cognición.....</i>	17
<i>Emoción.....</i>	21
<i>Conducta.....</i>	24
<i>Aproximación Sociológica</i>	
<i>Género.....</i>	27
<i>Edad.....</i>	27
<i>Economía.....</i>	28
<i>Familia.....</i>	29
<i>Religión.....</i>	29
<i>Imitación.....</i>	30
<i>Aproximación Biológica.....</i>	31
CAPÍTULO 2.	
IDEACIÓN SUICIDA Y COMPORTAMIENTO SUICIDA	
<i>Definición de Ideación Suicida.....</i>	35
<i>Ideación Suicida y Comportamiento Suicida.....</i>	36

CAPÍTULO 3.
INVESTIGACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN MÉXICO: INSTRUMENTOS
Y POBLACIONES ESTUDIADAS

Instrumentos empleados para la medición de la ideación suicida en México.

<i>Escala de ideación suicida Roberts-CES-D.....</i>	39
<i>World Mental Health Computer Assisted version of the Composite</i>	
<i>International Diagnostic Interview: WMH-CIDI, WMH-CIDI-A, WHO-CIDI...</i>	41
<i>Escala de Expectativas de Vivir-Morir de Okasha.....</i>	42
<i>Escala de Ideación Suicida de Beck.....</i>	43
<i>Escalas de Depresión</i>	
<i>Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).....</i>	44
<i>Escala de Depresión para Niños (CDI).....</i>	45
<i>Cuestionario de Estado de Ánimo.....</i>	45
<i>Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.....</i>	46
<i>Suicidal Ideation Screening Questionnaire (SISQ).....</i>	47
<i>Social Behavior Assessment Schedule (SBAS).....</i>	47
<i>Symptom Check List (SCL-90).....</i>	48
<i>Inventario de Riesgo Suicida para adolescentes (IRIS).....</i>	48
<i>Preguntas.....</i>	49

Poblaciones de estudio en México; Instrumento y variables relacionadas con
ideación suicida

Estudiantes

Estudiantes de Primaria

<i>Investigación con escala CES-D.....</i>	51
<i>Investigación con escala de depresión para niños (CID).....</i>	51

Estudiantes de Secundaria

<i>Investigación con escala de Roberts-CES-D.....</i>	53
<i>Investigación con preguntas con formato de respuesta del CES-D.....</i>	55

Estudiantes de secundaria y preparatoria

<i>Investigación con escala de Roberts-CES-D.....</i>	56
<i>Investigación con Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS).....</i>	60

Estudiantes de Preparatoria

<i>Investigación con escala de Roberts-CES-D.....</i>	61
---	----

Estudiantes de Preparatoria y Universidad

<i>Investigación con escala de Roberts-CES-D.....</i>	61
---	----

Estudiantes de Universidad

<i>Investigación con escala de Roberts-CES-D.....</i>	64
<i>Investigación con escala de ideación suicida de Beck.....</i>	64
<i>Investigación con escala Sympton Check List (SCL-90).....</i>	65
<i>Investigación con escala de riesgo suicida de Plutchik.....</i>	65

Población Abierta

Adolescentes

<i>Investigación con escala de Roberts-CES-D.....</i>	66
<i>Investigación con instrumento del WMH-CIDI-A.....</i>	67

Población Abierta entre 12 y 65 años

<i>Investigación con instrumento del WMH-CIDI.....</i>	71
<i>Investigación con escala de expectativas de vivir-morir de Okasha.....</i>	73
<i>Investigación con escala de ideación suicida de Beck.....</i>	74
<i>Investigación con preguntas.....</i>	75

Usuarios de servicios de salud

<i>Investigación con escala de ideación suicida de Beck.....</i>	78
<i>Investigación con escala de expectativas de vivir-morir de Okasha.....</i>	79

	<i>Página</i>
<i>Investigación con Suicidal Ideation Screening Questionnaire (SISQ).....</i>	80
<i>Investigación con escala de depresión del CES-D.....</i>	81
<i>Investigación con escala de ideación suicida de Roberts-CES-D.....</i>	82
<i>Investigación con escala de Estado de Ánimo.....</i>	83
<i>Investigación con escala de Evaluación de la Conducta Social del Paciente (SBAS).....</i>	83
<i>Investigación con escala de riesgo suicida de Plutchik.....</i>	83
 <i>Síntesis de lo reportado acerca de la presencia y las variables relacionadas con ideación suicida en las distintas poblaciones de estudio en México</i>	
<i>Presencia de ideación suicida</i>	
<i>Estudiantes de primaria.....</i>	84
<i>Estudiantes de secundaria.....</i>	85
<i>Estudiantes de secundaria y preparatoria.....</i>	85
<i>Estudiantes de bachillerato.....</i>	85
<i>Estudiantes universitarios.....</i>	85
<i>Usuarios adultos de Centros de Salud.....</i>	85
<i>Población abierta de 15 a 65 años.....</i>	86
 <i>Variables relacionadas con la presencia de ideación suicida</i>	
<i>Consumo de sustancias.....</i>	86
<i>Intento Suicida.....</i>	87
<i>Problemas familiares.....</i>	87
<i>Problemas escolares.....</i>	87
<i>Malestar emocional.....</i>	88
<i>Desesperanza.....</i>	88
<i>Trastornos mentales o desórdenes psiquiátricos.....</i>	88
<i>Estrés, ansiedad.....</i>	88
<i>Impulsividad y agresión.....</i>	89
<i>Violencia y abuso sexual.....</i>	89
<i>Conductas alimentarias de riesgo.....</i>	89

	Página
<i>Historia de migración.....</i>	89
<i>Nivel socio-económico.....</i>	90
<i>Edad.....</i>	90
 CAPITULO 4. JÓVENES E IDEACIÓN SUICIDA	
<i>Presencia de Ideación Suicida en jóvenes.....</i>	91
<i>Ideación suicida y factores asociados en jóvenes</i>	
<i>Trastornos Psicológicos.....</i>	93
<i>Perturbaciones psicológicas.....</i>	93
<i>Condiciones personales negativas.....</i>	94
<i>Condiciones personales negativas.....</i>	94
<i>Comportamiento suicida.....</i>	95
<i>Otras condiciones.....</i>	95
<i>Diferencias de acuerdo con el género.....</i>	95
 CAPITULO 5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	
Justificación.....	99
Objetivos	
<i>Objetivo general.....</i>	102
<i>Objetivos específicos.....</i>	102
<i>Hipótesis.....</i>	103
 CAPITULO 6. MÉTODO Y RESULTADOS	
Fase 1. Integración , corrección y registro de las características psicométricas del instrumento	
<i>Objetivo</i>	105
<i>Objetivos particulares.....</i>	105

	Página
<i>Método</i>	
<i>Participantes</i>	106
<i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	
<i>Criterios de inclusión</i>	106
<i>Criterios de exclusión</i>	106
<i>Diseño de investigación</i>	106
<i>Análisis estadístico y programas de cómputo</i>	
<i>Análisis estadístico</i>	107
<i>Programas de cómputo</i>	107
<i>Instrumentos; escalas y reactivos independientes</i>	
<i>Escala de Ideación Suicida Roberts-CES-D</i>	107
<i>Escala de Actitudes disfuncionales (DAS-A) de Weissman y Beck, (1978), adaptada al español por Sanz y Vázquez (1993)</i>	108
<i>Escala de Desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974), reportada por Mondragón (1997)</i>	109
<i>Escala de Locus de Control, adaptada y validada para adolescentes mexicanos por González-Forteza (1992)</i>	109
<i>Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (Zimet, Dahlem y Farley, 1988; traducida por Sanz, 2001; Caballo 2006)</i>	109
<i>Escala de Auto-eficacia (Sherer et al., 1982; traducida por Caballo (1988), presentada en Caballo (2006)</i>	110
<i>Escala de Trastornos Emocionales de Berwick et al. (1991), probada en población mexicana por Lara, Navarro, Mondragón, Rubí y Lara (2002)</i>	111
<i>Reactivos de Espiritualidad</i>	111
<i>Reactivos de enfrentamiento al estrés</i>	112
<i>Reactivos de Problemas</i>	112
<i>Reactivos de pensamientos persistentes y de expresión de derechos</i>	112
<i>Reactivos de Economía</i>	113
<i>Reactivos de Agresividad</i>	113
<i>Reactivos de Impulsividad</i>	114

	Página
<i>Reactivos de antecedente de intentos suicidas.....</i>	114
<i>Reactivos de datos de identificación personal.....</i>	114
<i>Procedimiento Fase 1: Integración, corrección y registro de las características psicométricas del instrumento</i>	
<i>Homogeneización de la opción de respuesta de las escalas y reactivos integrados en el instrumento.....</i>	115
<i>Preparación del Instrumento de Registro.....</i>	115
<i>Selección de los participantes en el estudio.....</i>	116
<i>Aplicación del Instrumento.....</i>	117
<i>Evaluación de las propiedades psicométricas del instrumento.....</i>	117
<i>Resultados Fase 1: Integración, corrección y registro de las características psicométricas del instrumento.....</i>	119
 Fase 2. Delimitación del contenido de pensamiento registrado con la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D	
<i>Objetivo General.....</i>	122
<i>Objetivos Particulares.....</i>	122
<i>Hipótesis.....</i>	123
<i>Método</i>	
<i>Participantes.....</i>	124
<i>Análisis estadístico y programas de cómputo.....</i>	124
<i>Instrumento.....</i>	124
<i>Procedimiento</i>	
<i>Conversión de las puntuaciones brutas registradas con la escala de ideación suicida, en puntuaciones T.....</i>	124
<i>Estimación de los grados preliminares de ideación suicida.....</i>	125
<i>Diseño de los indicadores cuantitativos de respuesta para la identificación de los grados de pensamiento que se registran con la escala de Roberts- CES-D.....</i>	126

	Página
<i>Indicador de Reactivos Seleccionados.....</i>	126
<i>Indicador de Número de Reactivos Seleccionados.....</i>	127
<i>Indicador de duración.....</i>	128
<i>Identificación de los Grados de Ideación Suicida (GIDS).....</i>	129
 <i>Resultados Fase 2: Delimitación del contenido de pensamiento registrado con la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D</i>	
<i>Distribución de las puntuaciones de ideación suicida.....</i>	130
<i>Caracterización de los indicadores cuantitativos de respuesta</i>	
<i>Indicador de reactivos seleccionados.....</i>	132
<i>Indicador de número de reactivos seleccionados.....</i>	132
<i>Indicador de duración.....</i>	133
<i>Evaluación de la diferencia de respuesta en cada GPIDS.....</i>	133
<i>Ajuste y nueva comparación de los GPIDS.....</i>	134
<i>Reconocimiento de los grados de ideación suicida (GIDS) definitivos.....</i>	135
<i>Definición del contenido de pensamiento correspondiente a cada GIDS.....</i>	136
<i>Identificación de la relación de cada reactivo de la escala de Roberts-CES- D, con la definición teórica de ideación suicida.....</i>	137
<i>Definición del contenido de pensamiento registrado en cada GIDS.....</i>	137
 <i>Fase 3. Modelo multivariado de explicación de ideación suicida con la base en la teoría Cognitivo-Conductual y la teoría Racional Emotivo-Conductual</i>	
<i>Objetivo.....</i>	140
<i>Objetivos particulares.....</i>	139
<i>Hipótesis.....</i>	140
<i>Análisis Estadístico y Programas de Cómputo</i>	
<i>Análisis Estadístico.....</i>	142
<i>Programas de cómputo.....</i>	142
<i>Variables</i>	
<i>Variable Dependiente.....</i>	142

	Página
<i>Variables Independientes.....</i>	143
<i>Procedimiento</i>	
<i>Selección de muestras proporcionales por GIDS y comparación con respecto a la muestra total</i>	
<i>Selección de muestras.....</i>	146
<i>Comparación de muestras.....</i>	148
<i>Análisis de correlación, por género, de ideación suicida con variables de identificación personal y variables psicológicas</i>	
<i> Análisis de correlación con variables de identificación personal.....</i>	148
<i> Análisis de correlación con variables de identificación psicológicas.....</i>	148
<i>Análisis de asociación conjunta de ideación suicida con variables de identificación personal y variables psicológicas; modelo de regresión múltiple</i>	
<i> Análisis de asociación conjunta con variables de identificación personal....</i>	150
<i> Análisis de asociación conjunta con variables psicológicas.....</i>	151
<i>Identificación de variables de riesgo y protección en la manifestación de ideación suicida; modelo de regresión logística binaria, por género</i>	
<i> Análisis con variables de identificación personal.....</i>	152
<i> Análisis con variables psicológicas.....</i>	153
<i> Análisis con variables de identificación personal y variables psicológicas....</i>	153
<i>Modelo estructural de explicación de la presencia de ideación suicida en jóvenes</i>	
<i> Validación del Modelo de Medida.....</i>	154
<i> Ajuste del modelo estructural.....</i>	155
<i> Identificación del Modelo Estructural.....</i>	155
<i> Estimación del Modelo Estructural.....</i>	156
<i> Prueba del Modelo Estructural.....</i>	156
<i> Modificación del Modelo Estructural.....</i>	156

	Página
<i>Validación cruzada del Modelo Estructural.....</i>	157
Resultados Fase 3: Modelo multivariado de explicación de ideación suicida con la base en la teoría Cognitivo-Conductual y la teoría Racional Emotivo-Conductual	
<i>Muestras proporcionales por GIDS.....</i>	157
<i>Descripción y comparación de las variables de identificación personal y psicológicas en muestra total y muestra estratificada</i>	
<i>Variables de identificación personal</i>	
<i>Edad.....</i>	159
<i>Año escolar.....</i>	160
<i>Promedio de Calificación.....</i>	161
<i>Lugar familiar como hijo/a.....</i>	162
<i>Estado Civil.....</i>	163
<i>Actividad Laboral.....</i>	164
<i>Sostén económico familiar.....</i>	165
<i>Con quién se vivió la infancia y adolescencia.....</i>	166
<i>Padecimiento de enfermedad crónica.....</i>	167
<i>Consumo de alguna sustancia para sentirse bien.....</i>	168
<i>Experiencia de alguna circunstancia que alteró o trastornó su vida.....</i>	170
<i>Reporte de práctica religiosa.....</i>	172
<i>Preferencia Sexual.....</i>	174
<i>Tener novio/a o pareja.....</i>	175
<i>Actividad sexual.....</i>	176
<i>Antecedente de tratamiento psicológico o psiquiátrico.....</i>	177
<i>Motivo del tratamiento psicológico o psiquiátrico.....</i>	178
<i>Haber sido víctima de situaciones humillantes.....</i>	179
<i>Conocimiento de alguna persona que cometió suicidio o intento de suicidio</i>	180
<i>Principal problema.....</i>	181
<i>Reporte de Intento Suicida.....</i>	182

	Página
<i>Variables psicológicas.....</i>	185
<i>Actitud Disfuncional: Exigencia de Éxito y Exigencia de Aceptación.....</i>	186
<i>Locus de Control Interno y Externo.....</i>	190
<i>Apoyo Familiar y Apoyo Social.....</i>	194
<i>Estado Emocional.....</i>	198
<i>Desesperanza.....</i>	200
<i>Creencias.....</i>	202
<i>Ideación Suicida.....</i>	203
<i>Variables correlacionadas con ideación suicida</i>	
<i>Variables de identificación personal</i>	
<i>Con quién se vivió la infancia y la adolescencia.....</i>	207
<i>Enfermedad Crónica.....</i>	208
<i>Consumo de Sustancias.....</i>	208
<i>Vivencia de Situaciones Trastornantes.....</i>	209
<i>Religión.....</i>	209
<i>Preferencia Sexual.....</i>	211
<i>Relaciones Sexuales.....</i>	211
<i>Atención Psicológica.....</i>	211
<i>Situaciones Humillantes.....</i>	212
<i>Haber conocido alguna persona con intento o suicidio consumado.....</i>	212
<i>Intento Suicida.....</i>	213
<i>Variables psicológicas.....</i>	214
<i>Variables psicológicas y de identificación personal con asociación conjunta a ideación suicida, conforme al género; modelo de regresión múltiple</i>	
<i>Mujeres.....</i>	215
<i>Indicadores estadísticos de la pertinencia del modelo.....</i>	216
<i>Hombres.....</i>	218
<i>Indicadores estadísticos de la pertinencia del modelo.....</i>	218

Variables psicológicas y de identificación personal asociadas al riesgo o protección, en la manifestación de ideación suicida; modelo de regresión logística binaria, por género

Mujeres

Modelo 1..... 222

Modelo 2..... 222

Modelo 3..... 223

Hombres

Modelo 1..... 224

Modelo 2..... 225

Modelo 3..... 226

Modelo estructural de explicación de la Ideación Suicida en jóvenes

Validación del Modelo de Medida..... 228

Especificación del Modelo..... 229

Delimitación de las variables explicativas de la variable endógena

Creencias Irracionales (CREI)..... 231

Disposición de la variable Estado Emocional Negativo en el modelo..... 232

Planteamiento del esquema explicativo de la Ideación Suicida..... 231

Ubicación del antecedente de intento suicida en la explicación de la ideación suicida..... 233

Identificación del Modelo..... 234

Estimación del Modelo 235

Modificación del modelo..... 235

Prueba del Modelo..... 237

Validación del Modelo..... 238

Características de la muestra..... 239

Comprobación del Modelo Estructural..... 239

Ajuste del modelo..... 239

Comportamiento de los parámetros en el modelo..... 239

CAPITULO 7. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Discusión

<i>Detección de la ideación suicida.....</i>	243
<i>Explicación de la presencia de ideación suicida.....</i>	246

Conclusiones

<i>Detección.....</i>	253
<i>Explicación.....</i>	254

<i>Limitaciones de la investigación.....</i>	255
--	-----

<i>Próximos estudios.....</i>	256
-------------------------------	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	259
---------------------------------	-----

ANEXO

Sección 1. Preparación del instrumento

<i>Revisión del instrumento por jueces.....</i>	289
<i>Piloteo del instrumento sin los reactivos confusos o repetitivos.....</i>	289

Sección 2. Obtención de muestra de estudio

<i>Obtención de muestra.....</i>	290
----------------------------------	-----

Sección 3. Revisión psicométrica del instrumento

<i>Verificación de cuestionarios.....</i>	292
<i>Revisión de respuestas por escala y de los grupos de preguntas independientes</i>	
<i> Escala de Actitud Disfuncional.....</i>	293
<i> Escala de Locus de Control.....</i>	294
<i> Escala de Apoyo Social.....</i>	295
<i> Escala de Auto-Eficacia.....</i>	295
<i> Escala de Desesperanza.....</i>	296
<i> Reactivos de Enfrentamiento al Estrés.....</i>	297
<i> Reactivos de Economía.....</i>	298

	Página
<i>Reactivos de Espiritualidad.....</i>	298
<i>Reactivos de Agresividad.....</i>	298
<i>Reactivos de Impulsividad.....</i>	299
<i>Escala de Trastorno Emocional.....</i>	299
<i>Escala de Ideación Suicida.....</i>	300
<i>Discriminación de reactivos por escala</i>	
<i>Escala de Actitud Disfuncional.....</i>	301
<i>Escala de Locus de Control.....</i>	302
<i>Escala de Apoyo Social.....</i>	303
<i>Escala de Auto-Eficacia.....</i>	303
<i>Escala de Desesperanza.....</i>	304
<i>Reactivos de Enfrentamiento al Estrés.....</i>	305
<i>Reactivos de Economía.....</i>	305
<i>Reactivos de Espiritualidad.....</i>	305
<i>Reactivos de Agresión.....</i>	306
<i>Reactivos de Impulsividad.....</i>	306
<i>Escala de Trastorno emocional.....</i>	307
<i>Escala de Ideación Suicida.....</i>	307
<i>Validez factorial por escala e instrumento total</i>	
<i>Escala de Actitud Disfuncional.....</i>	308
<i>Escala de Locus de Control.....</i>	309
<i>Escala de Apoyo Social.....</i>	310
<i>Escala de Auto Eficacia.....</i>	311
<i>Escala de Desesperanza.....</i>	311
<i>Reactivos de Enfrentamiento al Estrés.....</i>	312
<i>Reactivos de Economía.....</i>	312
<i>Reactivos de Espiritualidad.....</i>	313
<i>Reactivos de Agresividad.....</i>	313
<i>Reactivos de Impulsividad.....</i>	314
<i>Escala de Trastorno Emocional.....</i>	314
<i>Escala de Ideación Suicida.....</i>	314

	Página
<i>Corrección de Escalas</i>	
<i>Escala de actitud disfuncional.....</i>	316
<i>Escala de Apoyo Social.....</i>	317
<i>Análisis Factorial del instrumento total con escalas corregidas</i>	
<i>Escala de Actitud Disfuncional.....</i>	319
<i>Escala de Locus de Control.....</i>	319
<i>Escala de Apoyo Social.....</i>	320
<i>Escala de Desesperanza.....</i>	321
<i>Escala de Trastorno Emocional.....</i>	321
<i>Escala de Ideación Suicida.....</i>	322
<i>Reactivos de Espiritualidad.....</i>	322
<i>Escala de Auto-eficacia.....</i>	322
<i>Sección 4. Fundamentos del análisis estadístico</i>	
<i>Correlación.....</i>	323
<i>Regresión Múltiple.....</i>	326
<i>Regresión Logística Binaria.....</i>	331
<i>Modelamiento con ecuaciones estructurales.....</i>	333
<i>Validación del modelo de medida.....</i>	335
<i>Ajuste del modelo estructural.....</i>	335
<i>Especificación del modelo estructural.....</i>	335
<i>Identificación del modelo estructural.....</i>	336
<i>Estimación del modelo estructural.....</i>	337
<i>Prueba del modelo estructural.....</i>	338
<i>Modificación del modelo estructural.....</i>	340
<i>Validación del modelo estructural.....</i>	341
<i>Sección 5: Instrumento</i>	
<i>Presentación.....</i>	342
<i>Sección 1. Datos Generales.....</i>	343
<i>Sección 2. Pensamientos, actitudes y emociones.....</i>	345
<i>Sección 3. Problemas.....</i>	350

Índice Temático

ÍNDICE DE TABLAS

Página

CAPÍTULO 3. INVESTIGACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN MÉXICO: INSTRUMENTOS Y POBLACIONES ESTUDIADAS

Poblaciones de estudio en México; Instrumento y variables relacionadas

Estudiantes

Estudiantes de primaria

Tabla 1. Investigación de ideación suicida en estudiantes de primaria; instrumento, confiabilidad (C), validez (V) y referencia bibliográfica	51
---	----

Estudiantes de secundaria

Tabla 2. Investigación de ideación suicida en estudiantes de secundaria; instrumento, confiabilidad (C), validez (V) y referencia bibliográfica	52
---	----

Estudiantes de secundaria y preparatoria

Tabla 3. Investigación de ideación suicida en estudiantes de secundaria y preparatoria; instrumento, confiabilidad (C), validez (V), y referencia bibliográfica.....	56
--	----

Estudiantes de secundaria y preparatoria

Tabla 4. Investigación de ideación suicida en estudiantes de preparatoria; instrumento, confiabilidad (C), validez (V), y referencia bibliográfica.....	61
---	----

Estudiantes de preparatoria y universidad

Tabla 5. Investigación de ideación suicida en estudiantes de preparatoria y universidad; instrumento, confiabilidad (C), validez (V), y referencia bibliográfica.....	62
---	----

Estudiantes de Universidad

Tabla 6. Investigación de ideación suicida en estudiantes universitarios; instrumento, confiabilidad (C), validez (V,) y referencia bibliográfica.....	63
--	----

Población Abierta

Adolescentes

Tabla 7. Investigación de ideación suicida en adolescentes; instrumento, confiabilidad (C), validez (V), y referencia bibliográfica.....	66
--	----

Población abierta entre 12 y 65 años

Tabla 8. Investigación de ideación suicida en población mexicana con edad entre 12 y 65 años; instrumento, confiabilidad (C), validez (V), y referencia bibliográfica.....	70
--	----

Usuarios de servicios de salud

Tabla 9. Investigación de ideación en usuarios de servicios de salud en México; instrumento, confiabilidad (C), validez (V), y referencia bibliográfica.....	77
--	----

CAPITULO 6. MÉTODO Y RESULTADOS

Resultados Fase 1: Integración, corrección y registro de las características psicométricas del instrumento

Tabla 10. Organización final de las escalas del instrumento, por factores, número de reactivos (No. R), varianza explicada (VE) y confiabilidad (α).....	122
---	-----

Resultados Fase 2: Delimitación del contenido de pensamiento registrado con la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D

Tabla 11. Intervalos ajustados para los GPIDS.....	131
Tabla 12. Reactivos seleccionados conforme al porcentaje del indicador...	132
Tabla 13. Número de reactivos seleccionados conforme al porcentaje del indicador.....	133
Tabla 14. Duración del pensamiento conforme al porcentaje del indicador...	133
Tabla 15. Comparación estadística entre GPIDS por indicador.....	134

Tabla 16. Comparación estadística entre GPIDS ajustados (GPISA) por indicador.....	135
Tabla 17. Porcentajes correspondientes a cada indicador en los GIDS, por género y total.....	136
Tabla 18. Contenido identificado en cada GIDS.....	136
Fase 3. Modelo multivariado de explicación de ideación suicida con la base en la teoría Cognitivo-Conductual y la teoría Racional Emotivo-Conductual	
<i>Análisis de correlación con variables psicológicas.</i>	
Tabla 19. Categorías de asignación de valores en variables dummy; variables de identificación.....	149
<i>Resultados Fase 3: Modelo multivariado de explicación de ideación suicida con la base en la teoría Cognitivo-Conductual y la teoría Racional Emotivo-Conductual</i>	
Tabla 20. Tamaño de muestra en cada GIDS; frecuencia y porcentaje , por género.....	158
Tabla 21. Tamaño de muestra estratificada en cada GIDS; \bar{X} , D.E. y rango de edad, por género.....	158
Tabla 22. Sesgo y curtosis de la distribución de frecuencia de cada variable psicológica, por género; muestra total y muestra estratificada.....	185
Tabla 23. Correlación (<i>v de Cramer</i>) de ideación suicida con variables de identificación, por género; Hombres (H) y Mujeres (M). Muestra Estratificada Total.....	206
Tabla 24. Correlación entre variables psicológicas e ideación suicida; Muestra Estratificada Total.....	215
Tabla 25. Valores del registro de colinealidad; Mujeres.....	218
Tabla 26. Valores del registro de colinealidad; Hombres.....	220
Tabla 27. Variables incluidas en el modelo de regresión logística binaria; Modelo 1 —Mujeres.....	222

	Página
Tabla 28. Porcentaje pronosticado; Modelo 1 —Hombres.....	222
Tabla 29. Variables incluidas en el modelo de regresión logística binaria; Modelo 2 —Mujeres.....	223
Tabla 30. Porcentaje pronosticado; Modelo 2 —Mujeres.....	223
Tabla 31. Variables incluidas en el modelo de regresión logística binaria; Modelo 3 —Mujeres.....	2234
Tabla 32. Porcentaje pronosticado; Modelo 3 —Mujeres.....	224
Tabla 33. Variables incluidas en el modelo de regresión logística binaria; Modelo 2 —Hombres.....	225
Tabla 34. Porcentaje pronosticado; Modelo 2 —Hombres.....	225
Tabla 35. Variables incluidas en el modelo de regresión logística binaria; Modelo 2 —Hombres.....	226
Tabla 36. Porcentaje pronosticado; Modelo 2 —Hombres.....	226
Tabla 37. Variables incluidas en el modelo de regresión logística binaria; Modelo 3 —Hombres.....	226
Tabla 38. Porcentaje pronosticado; Modelo 3 —Hombres.....	227
Tabla 39. Modelo de Medida CREI; Cargas estandarizadas de Regresión (C. Reg.), Cargas Factoriales (C. Fact.), Error y significancia — Mujeres.....	230
Tabla 40. Modelo de Medida CREI; Cargas estandarizadas de Regresión (C. Reg.), Cargas Factoriales (C. Fact.), Error y significancia — Hombres.....	231
Tabla 41. Modelo Modificado; Valores estandarizados Factorial (Efectos directos e Indirectos) y Regresión (pesos) —Hombres.....	238
Tabla 42. Modelo Modificado; Valores estandarizados Factorial (Efectos directos e Indirectos) y Regresión (pesos) —Mujeres.....	238
Tabla 43. Modelo de Validación; Valores estandarizados Factorial (Efectos directos e Indirectos) y Regresión (pesos) —Hombres.....	240
Tabla 44. Modelo de Validación; Valores estandarizados Factorial (Efectos directos e Indirectos) y Regresión (pesos) —Mujeres.....	240

ANEXO

Sección 1. Preparación del instrumento

Tabla 1 Anexo. Número de reactivos señalados como repetitivos o confusos por escala.....	289
Tabla 2 Anexo. Número de reactivos iniciales (I), número de reactivos finales (F) y confiabilidad en cada una de las escalas del instrumento.....	290

Sección 2. Obtención de muestra de estudio

Tabla 3 Anexo. Distribución de la muestra por colegio y género.....	291
---	-----

Sección 3. Revisión psicométrica del instrumento

Tabla 4 Anexo. Escala de <i>actitud disfuncional</i> ; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), promedio \bar{X} , sesgo (s) y curtosis (c) de la distribución.....	293
Tabla 5 Anexo. Escala de <i>locus de control</i> ; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), promedio \bar{X} , sesgo (s), y curtosis (c) de la distribución.....	294
Tabla 6 Anexo. Escala de <i>apoyo social</i> ; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), \bar{X} , sesgo (s) y curtosis (c) de la distribución.....	295
Tabla 7 Anexo. Escala de <i>auto-eficacia</i> ; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), promedio \bar{X} , sesgo (s), y curtosis (c) de la distribución.....	296
Tabla 8 Anexo. Escala de <i>desesperanza</i> ; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), promedio \bar{X} , sesgo (s) y curtosis (c) de la distribución.....	297
Tabla 9. Anexo. Reactivos de <i>enfrentamiento al estrés</i> ; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), \bar{X} , sesgo (s) y curtosis (c) de la distribución.....	297
Tabla 10. Anexo. Reactivos de <i>economía</i> ; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), promedio \bar{X} , sesgo (s) y curtosis (c) de la distribución.....	298

Tabla 11. Anexo. Reactivos de <i>espiritualidad</i> ; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), promedio \bar{X} , sesgo (s) y curtosis (c) de la distribución.....	298
Tabla 12 Anexo. Reactivos de <i>agresión</i> ; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), promedio \bar{X} , sesgo (s) y curtosis (c) de la distribución.....	299
Tabla 13 Anexo. Reactivos de <i>impulsividad</i> ; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), promedio \bar{X} , sesgo (s) y curtosis (c) de la distribución.....	299
Tabla 14 Anexo. Escala de <i>trastorno emocional</i> ; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), promedio \bar{X} , sesgo (s) y curtosis (c) de la distribución.....	300
Tabla 15 Anexo. Escala de <i>ideación suicida</i> ; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), \bar{X} , sesgo (s) y curtosis (c) de la distribución.....	300
Tabla 16 Anexo. Escala de Actitud Disfuncional; Índice de discriminación (rbp) y resultado de la prueba t de Student en cada reactivo	301
Tabla 17 Anexo. Escala de Locus de Control; Índice de discriminación (rbp) y resultado de la prueba t de Student en cada reactivo.....	302
Tabla 18 Anexo. Escala de Apoyo Social; Índice de discriminación (rbp) y resultado de la prueba t de Student en cada reactivo.....	303
Tabla 19 Anexo. Escala de Auto-eficacia; Índice de discriminación (rbp) y resultado de la prueba t de Student en cada reactivo.....	303
Tabla 20 Anexo. Escala de Desesperanza; Índice de discriminación (rbp) y resultado con la prueba t de Student en cada reactivo.....	304
Tabla 21 Anexo. Reactivos de Enfrentamiento al Estrés; Índice de discriminación (rbp) y resultado con prueba t de Student en cada reactivo.....	305
Tabla 22 Anexo. Reactivos de Economía; Índice de discriminación (rbp) y resultado con prueba t de Student en cada reactivo.....	305

	Página
Tabla 23 Anexo. Reactivos de Espiritualidad; Índice de discriminación (rbp) y resultado con prueba t de Student en cada reactivo.....	306
Tabla 24 Anexo. Reactivos de Agresión; Índice de discriminación (rbp) y resultado con prueba t de Student de cada reactivo.....	306
Tabla 25 Anexo. Reactivos de Impulsividad. Índice de discriminación (rbp) y resultado con prueba t de Student en cada reactivo.....	306
Tabla 26 Anexo. Escala de Trastorno emocional; Índice de discriminación (rbp) y resultado con prueba t de Student en cada reactivo...	307
Tabla 27 Anexo. Escala de Ideación Suicida; Índice de discriminación (rbp) y resultado con la prueba t de Student en cada reactivo.....	307
Tabla 28 Anexo. Escalas con valor adecuado en rbp y t de Student.....	308
Tabla 29 Anexo. Escala de Actitud Disfuncional; Factores identificados y carga Factorial de cada reactivo.....	309
Tabla 30 Anexo. Escala de Locus de Control; Factores identificados y carga Factorial de cada reactivo.....	310
Tabla 31 Anexo. Escala de Percepción de Apoyo Social; Factores registrados y carga Factorial de cada reactivo.....	310
Tabla 32 Anexo. Escala de Auto-Eficacia; Factores registrados y carga Factorial de cada reactivo.....	311
Tabla 33 Anexo. Escala de Desesperanza; Factores registrados y carga Factorial de cada reactivo.....	312
Tabla 34 Anexo. Reactivos de enfrentamiento al estrés; Factores registrados y carga Factorial de cada reactivo.....	312
Tabla 35 Anexo. Reactivos de Economía; Factores registrados y carga Factorial de cada reactivo.....	313
Tabla 36 Anexo. Reactivos de Espiritualidad; Factores registrados y carga Factorial de cada reactivo.....	313
Tabla 37 Anexo. Reactivos de Agresividad; Factores registrados y carga Factorial de cada reactivo.....	313
Tabla 38 Anexo. Reactivos de Impulsividad; Factores registrados y carga Factorial de cada reactivo.....	314

	Página
Tabla 39 Anexo. Escala de Trastorno Emocional; Factores registrados y carga Factorial de cada reactivo.....	314
Tabla 40 Anexo. Escala de Ideación Suicida; Factores registrados y carga Factorial de cada reactivo.....	315
Tabla 41 Anexo. Descripción del análisis factorial total por escala.....	315
Tabla 42 Anexo. Reactivos y carga factorial con retirada de reactivos: Escala de Actitud Disfuncional.....	317
Tabla 43 Anexo. Reactivos y carga factorial con retirada de Reactivos: Escala de Apoyo Social.....	318
Tabla 44 Anexo. Reactivos de la Escala de Actitud Disfuncional: Factor (F) y Carga Factorial (CF) en el instrumento total.....	319
Tabla 45 Anexo. Reactivos de la Escala de Locus de Control: Factor (F) y Carga Factorial (CF) en el instrumento total.....	320
Tabla 46 Anexo. Reactivos de la Escala de Apoyo Social: Factor (F) y Carga Factorial (CF) en el instrumento total.....	320
Tabla 47 Anexo. Reactivos de la Escala de Desesperanza: Factor (F) y Carga Factorial (CF) en el instrumento total.....	321
Tabla 48 Anexo. Reactivos de la Escala de Trastorno Emocional: Factor (F) y Carga Factorial (CF) en el instrumento total.....	321
Tabla 49 Anexo. Reactivos de la Escala de Ideación Suicida: Factor (F) y Carga factorial (CF) en el instrumento total.....	322
Tabla 50 Anexo. Reactivos de Espiritualidad: Factor (F) y Carga Factorial (CF) en el instrumento total.....	322

INDICE DE FIGURAS

	<i>Página</i>
CAPÍTULO 1. SUICIDIO: DEFINICIÓN Y APROXIMACIONES DE ESTUDIO	
Figura 1. Proceso Suicida (Retterstol, 1993).....	11
Figura 2. Pirámide del suicidio.....	12
Figura 3. Esquema del funcionamiento funcional y disfuncional conforme al Modelo Cognitivo.....	19
CAPÍTULO 6. MÉTODO Y RESULTADOS	
<i>Resultados Fase 2: Delimitación del contenido de pensamiento registrado con la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D</i>	
Figura 4. Histograma de puntuaciones T de la escala de Ideación Suicida: muestra total.....	130
Figura 5. Porcentaje de ideación suicida —por género— en cada GPIDS...	132
Figura 6. Relación entre GIDS y contenido de pensamiento identificado en los reactivos de la escala de Roberts-CESD con respecto al comportamiento suicida	139
<i>Resultados Fase 3: Modelo multivariado de explicación de ideación suicida con la base en la teoría Cognitivo-Conductual y la teoría Racional Emotivo-Conductual</i>	
Figura 7. Edad, porcentaje por género: Muestra Total.....	160
Figura 8. Edad, porcentaje por género: Muestra Estratificada.....	160
Figura 9. Año escolar, porcentaje por género: Muestra Total.....	161
Figura 10. Año escolar, porcentaje por género: Muestra Estratificada.....	161
Figura 11. Promedio de calificación, porcentaje por género: Muestra Total.	162
Figura 12. Promedio de calificación, porcentaje por género Muestra Estratificada.....	162
Figura 13. Lugar que se ocupa como hijo(a) en la familia, porcentaje por género: Muestra Total.....	163

	Página
Figura 14. Lugar que se ocupa como hijo(a) en la familia, porcentaje por género: Muestra Estratificada.....	163
Figura 15. Estado civil, porcentaje por género: Muestra Total.....	164
Figura 16. Estado civil, porcentaje por género: Muestra Estratificada.....	164
Figura 17. Actividad laboral, porcentaje por género; Muestra Total.....	165
Figura 18. Actividad laboral, porcentaje por género; Muestra Estratificada..	165
Figura 19. Sostén económico de la familia, porcentaje por género: Muestra Total.....	166
Figura 20. Sostén económico de la familia, porcentaje por género: Muestra Estratificada.....	166
Figura 21. Con quién se vivió la infancia, porcentaje por género: Muestra Total.....	167
Figura 22. Con quién se vivió la infancia, porcentaje por género; Muestra Estratificada.....	167
Figura 23. Padecimiento de enfermedad crónica, porcentaje por género: Muestra Total.....	168
Figura 24. Padecimiento de enfermedad crónica, porcentaje por género: Muestra Estratificada.....	168
Figura 25. Consumo de sustancias para sentirse bien, porcentaje por género; Muestra Total.....	169
Figura 26. Consumo de sustancias para sentirse bien, porcentaje por género; Muestra Estratificada.....	169
Figura 27. Sustancias que se consumen para sentirse bien, porcentaje por género: Muestra Total.....	170
Figura 28. Sustancias que se consumen para sentirse bien, porcentaje por género: Muestra Estratificada.....	170
Figura 29. Vivencia de situación que alteró su vida, porcentaje por género: Muestra Total.....	171
Figura 30. Vivencia de situación que alteró su vida, porcentaje por género: Muestra Estratificada.....	171

Figura 31. Área donde se reporta haber vivido la situación que alteró su vida, porcentaje por género: Muestra Total.....	172
Figura 32. Área donde se reporta haber vivido la situación que alteró su vida, porcentaje por género: Muestra Estratificada.....	172
Figura 33. Religión, porcentaje por género: Muestra Total.....	173
Figura 34. Religión, porcentaje por género: Muestra Estratificada.....	173
Figura 35. Grado de práctica religiosa, porcentaje por género: Muestra Total.....	174
Figura 36. Grado de práctica religiosa, porcentaje por género: Muestra Estratificada.....	174
Figura 37. Preferencia sexual, porcentaje por género: Muestra Total.....	175
Figura 38. Preferencia sexual, porcentaje por género: Muestra Estratificada.....	175
Figura 39. Si se tiene novia(o) o pareja, por género: Muestra Total.....	176
Figura 40. Si se tiene novia(o) o pareja, por género: Muestra Estratificada.....	176
Figura 41. Si se tienen relaciones sexuales regularmente, porcentaje por género: Muestra Total.....	177
Figura 42. Si se tienen relaciones sexuales regularmente, porcentaje por género: Muestra Estratificada.....	177
Figura 43. Si se ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico, porcentaje por género: Muestra Total.....	178
Figura 44. Si se ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico, porcentaje por género: Muestra Estratificada.....	178
Figura 45. Causa de atención psicológica o psiquiátrica, porcentaje por género: Muestra Total.....	179
Figura 46. Causa de atención psicológica o psiquiátrica, porcentaje por género: Muestra Estratificada.....	179
Figura 47. Si se considera víctima de situaciones humillantes, porcentaje por género: Muestra Total.....	180

	<i>Página</i>
Figura 48. Si se considera víctima de situaciones humillantes, porcentaje por género: Muestra Estratificada.....	180
Figura 49. Si se conoció alguna persona con suicidio o intento de suicidio, porcentaje por género: Muestra Total.....	181
Figura 50. Si se conoció alguna persona con suicidio o intento de suicidio, porcentaje por género; Muestra Estratificada.....	181
Figura 51. Principal problema reportado, porcentaje por género: Muestra Total.....	182
Figura 52. Principal problema reportado, porcentaje por género: Muestra Estratificada.....	182
Figura 53. Intento previo de suicidio, porcentaje por género: Muestra Total.....	183
Figura 54. Intento previo de suicidio, porcentaje por género: Muestra Estratificada.....	183
Figura 55. Distribución de Frecuencia del Factor de Exigencia de Éxito: Muestra Total —Mujeres.....	186
Figura 56. Distribución de Frecuencia del Factor de Exigencia de Éxito: Muestra Estratificada —Mujeres.....	186
Figura 57. Distribución de Frecuencia del Factor de Exigencia de Éxito: Muestra Total —Hombres.....	187
Figura 58. Distribución de Frecuencia del Factor de Exigencia de Éxito: Muestra Estratificada —Hombres.....	187
Figura 59. Distribución de Frecuencia del Factor de Exigencia de Aceptación: Muestra Total —Mujeres.....	188
Figura 60. Distribución de Frecuencia del Factor de Exigencia de Aceptación: Muestra Estratificada —Mujeres.....	188
Figura 61. Distribución de Frecuencia del Factor de Exigencia de Aceptación: Muestra Total —Hombres.....	189
Figura 62. Distribución de Frecuencia del Factor de Exigencia de Aceptación: Muestra Estratificada —Hombres.....	189
Figura 63. Distribución de Frecuencia del Factor de Locus de Control Interno: Muestra Total —Mujeres.....	190

Figura 64. Distribución de Frecuencia del Factor de Locus de Control: Muestra Estratificada —Mujeres.....	190
Figura 65. Distribución de Frecuencia del Factor de Locus de Control Interno: Muestra Total —Hombres.....	191
Figura 66. Distribución de Frecuencia del Factor de Locus de Control Interno: Muestra Estratificada —Hombres.....	191
Figura 67. Distribución de Frecuencia del Factor de Locus de Control Externo Muestra Total: —Mujeres.....	192
Figura 68. Distribución de Frecuencia del Factor de Locus de Control Externo Muestra Estratificada: —Mujeres.....	192
Figura 69. Distribución de Frecuencia del Factor de Locus de Control Externo: Muestra Total —Hombres.....	193
Figura 70. Distribución de Frecuencia del Factor de Locus de Control Externo: Muestra Estratificada —Hombres.....	193
Figura 71. Distribución de Frecuencia del Factor de Apoyo Familiar: Muestra Total —Mujeres.....	194
Figura 72. Distribución de Frecuencia del Factor de Apoyo Familiar: Muestra Estratificada —Mujeres.....	194
Figura 73. Distribución de Frecuencia del Factor de Apoyo Familiar: Muestra Total —Hombres.....	195
Figura 74. Distribución de Frecuencia del Factor de Apoyo Familiar: Muestra Estratificada —Hombres.....	195
Figura 75. Distribución de Frecuencia del Factor de Apoyo de Amigos: Muestra Total —Mujeres.....	196
Figura 76. Distribución de Frecuencia del Factor de Apoyo de Amigos: Muestra Estratificada —Mujeres.....	196
Figura 77. Distribución de Frecuencia del Factor de Apoyo de Amigos: Muestra Total —Hombres.....	197
Figura 78. Distribución de Frecuencia del Factor de Apoyo de Amigos: Muestra Estratificada —Hombres.....	197
Figura 79. Distribución de Frecuencia del Factor de Estado Emocional: Muestra Total —Mujeres.....	198

Figura 80. Distribución de Frecuencia del Factor de Estado Emocional: Muestra Estratificada —Mujeres.....	198
Figura 81. Distribución de Frecuencia del Factor de Estado Emocional: Muestra Total —Hombres.....	199
Figura 82. Distribución de Frecuencia del Factor de Estado Emocional: Muestra Estratificada —Hombres.....	199
Figura 83. Distribución de Frecuencia del Factor de Desesperanza: Muestra Total —Mujeres.....	200
Figura 84. Distribución de Frecuencia del Factor de Desesperanza: Muestra Estratificada —Mujeres.....	200
Figura 85. Distribución de Frecuencia del Factor de Desesperanza: Muestra Total —Hombres.....	201
Figura 86. Distribución de Frecuencia del Factor de Desesperanza: Muestra Estratificada —Hombres.....	201
Figura 87. Distribución de Frecuencia del Factor de Creencias: Muestra Total —Mujeres.....	202
Figura 88. Distribución de Frecuencia del Factor de Creencias: Muestra Estratificada —Mujeres.....	202
Figura 89. Distribución de Frecuencia del Factor de Creencias: Muestra Total —Hombres.....	203
Figura 90. Distribución de Frecuencia del Factor de Creencias: Muestra Estratificada —Hombres.....	203
Figura 91. Distribución de Frecuencia del Factor de Ideación Suicida: Muestra Total —Mujeres.....	204
Figura 92. Distribución de Frecuencia del Factor de Ideación Suicida: Muestra Estratificada —Mujeres.....	204
Figura 93. Distribución de Frecuencia del Factor de Ideación Suicida: Muestra Total —Hombres.....	205
Figura 94. Distribución de Frecuencia del Factor de Ideación Suicida: Muestra Estratificada —Hombres.....	205
Figura 95. Con quién se vivió la infancia: porcentaje por GIDS —Hombres.	208

	Página
Figura 96. Reporte de enfermedad crónica: porcentaje por GIDS	
—Mujeres.....	208
Figura 97. Consumo de Sustancias: porcentaje por GIDS — ambos	209
géneros.....	
Figura 98. Vivencia de SituacionesTrastornantes: porcentaje por GIDS	
—ambos géneros.....	209
Figura 99. Práctica de alguna religión: porcentaje por GIDS —ambos	
géneros	210
Figura 100. Preferencia Sexual: porcentaje por GIDS — ambos géneros....	210
Figura 101. Relaciones Sexuales: porcentaje por GIDS — ambos géneros.	211
Figura 102. Antecedente de atención psicológica: porcentaje por GIDS	
—ambos géneros.....	211
Figura 103. Vivencia de Situaciones: porcentaje por GIDS —ambos	
géneros.....	212
Figura 104. Conocimiento de alguna persona con Intento o Suicidio	
Consumado: porcentaje por GIDS —ambos géneros.....	213
Figura 105. Intento Suicida: porcentaje por GIDS —ambos géneros.....	213
Figura 106. Diagrama de dispersión entre Z residuos y Z pronósticos	
—Mujeres.....	216
Figura 107. Histograma de Residuos: Mujeres.....	217
Figura 108. Ojiva Residuos: Mujeres.....	217
Figura 109. Diagrama de dispersión entre Z residuos y Z pronósticos:	
Hombres.....	219
Figura 110. Histograma de Residuos: Hombres.....	219
Figura 111. Ojiva Residuos: Hombres.....	219
Figura 112. Modelo de explicación de la presencia de ideación suicida;	
regresión múltiple: ambos géneros.....	221
Figura 113. Modelo de explicación de la presencia de ideación suicida;	
regresión logística: ambos géneros.....	228
Figura 114. Modelo de medida: variable endógena <i>Creencias</i>	229

	Página
Figura 115. Modificación del modelo: variable endógena <i>Creencias</i>	230
Figura 116. Ubicación de la variable <i>Estado Emocional Negativo</i> (EEMN) en el modelo.....	232
Figura 117. Modelo Explicativo de la presencia de <i>Ideación Suicida</i>	233
Figura 118. Variable <i>Intento Suicida</i> (INTS) en el modelo explicativo de la presencia de <i>ideación suicida</i>	234
Figura 119. Modelo Modificado: muestra de jóvenes del género masculino.	236
Figura 120. Modelo Modificado: muestra de jóvenes del género femenino..	237
Figura 121. Modelo explicativo de presencia de ideación suicida: Hombres	241
Figura 122. Modelo explicativo de presencia de ideación suicida: Mujeres..	241

CAPITULO 7. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Figura 123. Modelo A-B-C de la manifestación de ideación suicida, conforme al modelo identificado con el modelamiento con ecuaciones estructurales.....	251
---	-----

INTRODUCCIÓN

*El que acepta sufrir, sufrirá la
mitad de su vida; el que no
acepta sufrir, sufrirá toda su
vida”*

Confucio

Sin duda, entre las noticias que más impactan nuestra vida están las relacionadas con la muerte, máxime si se nos informa de la muerte de un ser querido. Pero si la muerte es producto de un suicidio, al sufrimiento producto de la pérdida se suma la incertidumbre, la culpa; y se pregunta: ¿por qué?; ¿qué le llevó a atentar contra su propia vida?; ¿algo que hice o dejé de hacer contribuyó a su decisión?; ¿acaso pude darme cuenta antes?; ¿podría alguien haberle ayudado?; ¿podría yo haberle ayudado?; ¿se pudo haber evitado?

El comienzo de la investigación científica del fenómeno del suicidio se remonta a los estudios realizados por Durkheim (1858-1917) a finales del siglo XIX. Durkheim demostró la importancia de los factores sociales para la comprensión del suicidio, al revelar la vinculación del suicidio con la integración, la aceptación y la alienación social (Durkheim, 2003). Siendo una de las aportaciones más importantes del trabajo de Durkheim, la categoría de grupos de riesgo, grupos que por sus condiciones sociales, presentan una propensión mayor al suicidio que otros grupos. En la actualidad, se comprende que el suicidio es un fenómeno multi-causal (Arria et al. 2009). Y que el factor social es solo una de las condiciones a considerar en el entendimiento del acto suicida. Se sabe que el comportamiento suicida se caracteriza por un alto grado de variabilidad, tanto individual como grupal. También, que es un comportamiento que se presenta en un bajo porcentaje de personas. Y que, por tanto, el desarrollo de modelos explicativos que permitan el pronóstico de un acto suicida, es una meta aun por alcanzar, como ha sido señalado por Pokorny (1983) y Goldney (2000), entre otros.

El suicidio se define como un acto de auto-lesión, cuyo propósito es terminar con la propia vida —conducta auto-lítica— y que da lugar a la muerte de la persona que lleva cabo tal acto. Motivo por el cual, la investigación del suicidio identifica que este refiere a un proceso que es activado en personas vulnerables, como consecuencia de eventos estresantes —internos y/o externos— (Reinecke & Franklin-Scott, 2005). Proceso que teóricamente se integra por una secuencia de comportamientos, que comienza con la ideación suicida, continua con el gesto suicida, el intento suicida y el suicidio consumado. Y en donde se identifican dos componentes; un componente conductual, que refiere a la activación de los sistemas motivacionales y fisiológicos que orientan la emisión de las conductas que intervienen en el intento o suicidio consumado. Y un componente cognitivo, que se identifica con el pensamiento que dirige y justifica el acto suicida. A través de pensamientos persistentes y de intensidad variable, referentes al deseo de morir, la convicción de morir por medio de un acto de auto-lesión fatal y la planeación del acto de auto-lesión. Desde su configuración inespecífica, hasta la determinación del lugar, la hora y la forma de llevar a cabo el acto suicida. En lo que se conoce como ideación suicida. Y que en suma, la interacción de ambos componentes se identifica con el concepto de suicidalidad (Rudd, 2000).

Se estima que aproximadamente una de cada 15 personas que cometa intento suicida, llegará al suicidio consumado (Goldney, 2000). En tanto que alrededor de uno de cada 200 jóvenes que presenten ideación suicida, llegará a realizar algún intento suicida (Gmitrowicz, Szymczak, Kotlicka-Antczak & Rabe-Jablonska, 2003). Motivo por el cual el componente conductual, por ser el factor de mayor riesgo, es el que ha recibido mayor atención para su estudio y prevención.

La investigación del componente cognitivo, sin embargo, es necesaria al menos por tres razones. Primero, porque su estudio ofrece la posibilidad de comprender lo que conduce a la activación del comportamiento suicida. Segundo, porque su investigación apuntará a reconocer las condiciones que conducen a algunas personas con ideación suicida a llegar a un acto suicida, y

porque otras con el mismo pensamiento, no. Tercero, porque su estudio contribuirá al desarrollo de métodos para la detección, atención y prevención del suicidio, antes de que ocurra un intento suicida o suicidio consumado.

La investigación que se presenta en este trabajo, se enfocó al estudio de la ideación suicida en jóvenes de Educación Media Superior. En jóvenes, porque en México se ha registrado incremento del porcentaje del comportamiento suicida en el rango de edad de 15 a 25 años —al igual que en la mayoría de los países del mundo que cuentan con información al respecto (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática -INEGI- 2008). En jóvenes de Educación Media Superior, porque en México existe poca información del comportamiento suicida en esta población.

La investigación de la ideación suicida en este trabajo, se orientó por dos propósitos. Primero, contribuir al mejoramiento de los procedimientos para el registro de la ideación suicida en estudios de tamizaje. Ya que este es uno de los problemas que actualmente enfrenta el estudio del comportamiento suicida (Gutiérrez-García, Contreras & Orozco-Rodríguez, 2006). Segundo, aportar evidencia para la explicación de la presencia de la ideación suicida en jóvenes. Con base en un modelo estructural fundado en la aproximación cognitivo-conductual del comportamiento suicida. Con lo que se propone contribuir a la comprensión del comportamiento suicida a través de modelos que permitan mayor representatividad de la complejidad del comportamiento suicida. Condición que ha sido señalada como prioritaria en la investigación del comportamiento suicida (Losada & López-Feal, 2003).

El trabajo se divide en siete capítulos. En el primero se exponen las características que identifican la definición del suicidio y las principales aproximaciones que se han seguido para su estudio. En el segundo, se presenta la definición de la ideación suicida y su relación con el comportamiento suicida. En el tercero, se indica la situación de la investigación de la ideación suicida en México. En el cuarto, se analiza el estado de la investigación de la ideación suicida en jóvenes —tanto mexicanos como de otras partes del mundo— con respecto a los factores relacionados. En el

quinto, se expone la justificación, los objetivos e hipótesis de la investigación. En el sexto, se describe el método y los resultados encontrados. En el séptimo, se presenta la discusión, las conclusiones, las recomendaciones, las limitaciones del estudio y los comentarios finales. Finalmente, en donde se describen los análisis estadísticos pormenorizados que, por su extensión, se consideró pertinente asentar en el anexo. Además del instrumento empleado en la presente investigación.

CAPITULO 1

SUICIDIO: SITUACIÓN EN MÉXICO, DEFINICIÓN Y APROXIMACIONES DE ESTUDIO

En este capítulo se abordan aspectos básicos que caracterizan el estudio del suicidio dividido en cinco secciones. En la primera, se presentan las características generales que delimitan la presencia del suicidio en México. En la segunda parte, la definición de la conducta suicida. En la tercera, las condiciones de riesgo para la conducta suicida. En la cuarta sección, la problemática asociada a la predicción de la conducta suicida. Y en la quinta y última, algunas de las principales aproximaciones teóricas para el estudio de la conducta suicida.

El Suicidio en México

Se estima que en todo el mundo, cada año, fallecen alrededor de un millón de personas por causas relacionadas al suicidio. Y que por cada persona que se suicida ocurren entre 10 y 20 intentos (Baca-García, Díaz-Sastre, Severino & Saiz, 2000).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con base en las estadísticas de suicidio, el mundo se divide en cuatro zonas. La primera zona referida a tasas de suicidio mayor a 13, en la cual se ubican China, Rusia, Australia y Cuba, entre otros países. La segunda zona identificada con una tasa mayor a 6.5 y menor a 13, en donde se encuentran Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, India, Guyana y Surinam, entre otros. La tercera zona correspondiente a una tasa menor a 6.5, en la cual se sitúan Irán, Siria, Egipto, Portugal, Brasil, Argentina y México, entre otros países. La cuarta zona concierne a los países que no cuentan con información estadística del suicidio, integrada por casi todo el continente Africano y el sudeste asiático (OPS, 2005).

México se localiza en la zona de países con baja tasa de suicidio, sin embargo, las investigaciones señalan una tendencia de incremento de este fenómeno durante las últimas décadas. En la década de los años 70 se registró una

tasa de 2 (Saltijeral & Terroba, 1987). En la primera mitad de los noventa una tasa de 2.55 (Borges, Rosovsky, Gómez & Gutiérrez, 1996). En el año 2001, una tasa de 3. En el año de 2004, una tasa de 3.3. En el año de 2005, una tasa de 3.4. En el año de 2008, una tasa de 4.4. Y en el año de 2009, una tasa de 4.8 (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2002; INEGI, 2005, INEGI, 2008; INEGI, 2009; Consejo Nacional de la Población (CONAPO, 2009).

En México arriba del 50 % del porcentaje de muertes violentas se identifica con suicidios de jóvenes y adolescentes con edades de 15 a 34 años –en el año 2001, 54.6 %; en el año del 2004, 54 %; en el año 2005, 55 %; 52.5 % en el año 2008; 51 % y en el año 2009. Con superioridad de suicidios en el sexo masculino –82 % en 2001, 82.8 % en el 2004; 84 % en el 2005; 81.5 % en el 2008; 81 % en el 2009. Estadísticas que se repiten en el intento de suicidio con respecto al rango de edad de 15 a 34 años –64.7 % en el año 2001, 65.5 % en el año 2004; 65.6 % en el año 2005 (INEGI, 2002; INEGI, 2005; INEGI, 2008; INEGI, 2009).

Datos que señalan un pronóstico de una tasa de suicidios 4.9 para el año 2011. Que implica 4950 suicidios, aproximadamente, de los cuales 3960 serán de hombres y 990 serán de mujeres. Con un aproximado de 2470 suicidios en jóvenes con edades de 15 a 25 años. Cifra que podría ser mayor si se toma en cuenta que los accidentes son la primera causa de muerte en jóvenes. Y que dados los problemas en el sub-registro, una proporción importante de casos de suicidio se ubique como accidente.

En México el suicidio es la tercera causa de muerte en jóvenes. No obstante, la tendencia de incremento coloca a México cerca de otros países como España, donde el suicidio ocupa el segundo lugar como causa de muerte en jóvenes de 15 a 24 años de edad (Baca-García et al., 2000).

Información que sitúa al suicidio como un importante problema de salud, especialmente en jóvenes. Por lo que la investigación de este fenómeno es prioritaria para incidir en la prevención, la detección y la asistencia oportuna.

Definición del Comportamiento Suicida

La palabra suicidio etimológicamente deriva de los vocablos latinos “*sui*” y “*cedere*”: donde *cedere* significa “*darse muerte*”, y *sui*, “*sí mismo*”, es decir, *darse muerte a sí mismo* (Heker, 2003). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al suicidio como:

“Actos auto-líticos que incluyen todas las muertes en las cuales se ha realizado un acto intencionado, auto-infringido y que amenaza contra la vida y con resultado de muerte. Donde la persona sabría o esperaría un resultado fatal,... y perseguiría lograr cambios deseados aunque la intención puede ser vaga o ambigua” (p.74, OMS, 2002).

Pérez (1999) menciona que el suicidio corresponde a un tipo de comportamiento denominado *conducta suicida*. Que inicia con la ideación de autodestrucción, le sigue la amenaza, el gesto o ademán suicida, hasta llegar al intento o el suicidio consumado.

González-Forteza, Villatoro et al. (2002), plantean que el suicidio se integra por varias etapas, no necesariamente secuenciales ni indispensables: la ideación suicida pasiva, la contemplación activa del propio suicidio, la planeación, la preparación y la ejecución del intento suicida o el suicidio consumado. Por lo que las *“... etapas se configuran como factores de riesgo en la medida en que es su interacción lo que aumenta el riesgo suicida, y no cada una de ellas por separado”* (p.3).

El suicidio, por consiguiente, no se define por un solo comportamiento. Se identifica con una serie de etapas vinculadas con pensamientos y comportamientos específicos que pueden ocurrir en forma secuencial o no. Y que se clasifican en dos categorías: una cognitiva –ideación y estructuración cognitiva de la planeación y preparación del acto. Y otra conductual –comportamientos implicados en el intento y el suicidio consumado (Van Heeringen, 2001).

Proceso Suicida

El riesgo de que ocurran las principales etapas implicadas en un suicidio se conoce como suicidalidad (Rudd, 2000). En cuyo caso la secuencia de las etapas se identifica con el concepto de proceso suicida.

El proceso suicida ocurre en individuos con vulnerabilidad biológica y psicológica –afectados por eventos estresantes que se perciben incapaces de enfrentar y superar (Van Heeringen, 2001).

La duración del proceso suicida es altamente variable, con un promedio que se ha estimado en 3 años para los hombres y de un poco más de cuatro años para las mujeres (Runeson, Beskow & Waern, 1996). Acorde al modelo de diátesis-estrés-desesperanza (Shotte & Clum, 1982), la duración depende del grado de vulnerabilidad –a mayor vulnerabilidad mayor rapidez del proceso.

Se ha estimado que la vulnerabilidad suicida es producto de algún tipo de desorden psiquiátrico (Mann, Wateraux, Haas & Malone, 1999). Pero también se ha establecido que la vulnerabilidad puede ser un fenómeno que ocurre independientemente de desórdenes psiquiátricos específicos (Ahrens & Linden, 1996). Por lo que es necesaria investigación que distinga entre vulnerabilidad consecuencia de un desorden psiquiátrico pre-existente y vulnerabilidad en ausencia de una historia de problemas psiquiátricos.

Rettersol (1993) modeló el proceso suicida por medio de una gráfica (ver Figura 1), en la cual representó dos zonas: la zona de los componentes no observables –*elementos cognitivos y emocionales del proceso*– y la zona de los componentes observables –*comportamientos implicados en el intento o suicidio consumado*. Diferenciadas por una línea que representa el umbral de manifestación de la suicidalidad.

El modelo del proceso suicida plantea varias ventajas para la explicación del comportamiento suicida.

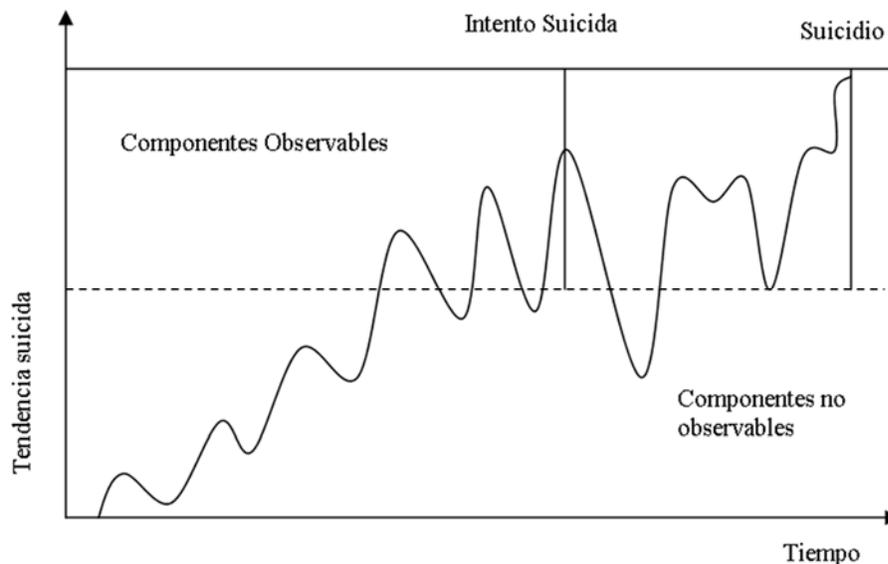


Figura 1. Proceso Suicida (Retterstol, 1993)

Primero, la distinción de un período de tiempo en el que se desarrolla el proceso sin ser advertido. Aun cuando generalmente se acompaña de otros comportamientos relacionados que pueden ser indicadores de riesgo, tal como retraimiento social, limitación de la acción, agresión, fantasía, cambios en períodos y cantidad de alimentación, cambios en las horas de sueño, entre otros (Pérez & Mosquera, 2006). Lo que subraya la importancia de la detección del riesgo suicida en este espacio no observable. Detección que puede lograrse a través de la identificación de la ideación suicida.

Segundo, la existencia de un umbral de manifestación de la suicidalidad. Concepto que permite explicar suicidios que no mostraron evidencia de riesgo (aspectos observables) hasta la ocurrencia del acto fatal. Dada la existencia de un umbral alto de manifestación de la suicidalidad que acorta el espacio de manifestación de los componentes observables. Y un alto grado de impulsividad que, en conjunción con la manifestación del proceso, incide en la ejecución súbita del acto suicida.

Tercero, la indicación de un tiempo para el desarrollo del proceso suicida. Lo que permite entender la diferencia proporcional señalada por Van Heeringen (2001) en lo que denominó pirámide del suicidio (véase Figura 2). En donde se señala una

baja proporción de suicidios con respecto a aquellos con manifestación de ideación suicida. Que se explica por la probabilidad de que durante el desarrollo del proceso suicida, ocurran cambios en el medio que incidan en la detención o aplazamiento del proceso.



Figura 2. Pirámide del suicidio

Suicidio; riesgo y prevención

El concepto de proceso suicida describe los componentes y el desarrollo del comportamiento suicida. El concepto de riesgo refiere a la detección de los grupos o individuos con mayor peligro de cometer un acto suicida en determinadas poblaciones.

El riesgo suicida corresponde a la letalidad del método elegido para llevar a cabo el acto suicida (Van Heeringen, 2001). En tanto que el grado de intencionalidad suicida, se define por el conocimiento del método, la habilidad o familiaridad con el método elegido de auto-destrucción, y por la disponibilidad del método (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1976).

El riesgo suicida, a nivel grupal, se identifica con la posibilidad de ocurrencia de un acto suicida en una población particular. Que en epidemiología se vincula con los conceptos de prevalencia e incidencia.

Incidencia, referida al índice de manifestación del evento en un tiempo determinado – sea en forma acumulada o por tasa. Y prevalencia, vinculada a la proporción de casos registrados en la población en un tiempo específico –generalmente un año. Ambos sobre la base de 100,000 habitantes (Kleinbaum, Kupper & Morgenstern, 1982).

Uno de los aspectos esenciales en la estimación del riesgo suicida, consiste en la posibilidad del pronóstico del acto suicida. En esta perspectiva, a nivel grupal, la investigación se ha orientado a la identificación de los factores de riesgo asociados a las poblaciones con alta incidencia o prevalencia del acto suicida. En tanto que en el ámbito individual, la investigación se ha encaminado a la determinación de las condiciones de riesgo que delimiten la ocurrencia de un acto suicida en una persona en particular.

En la actualidad, la estimación del riesgo suicida en el ámbito individual es una actividad con un nivel bajo de eficiencia. Ya que aún en poblaciones psiquiátricas el error predictivo es cercano al 80 % (Cohen, 1986).

Dos problemas sustanciales son los que enfrenta la tarea del desarrollo de procedimientos eficientes para el pronóstico del suicidio en poblaciones.

El primero, referente al reducido número de unidades de estudio con las que generalmente se cuenta. Condición que limita el uso de los métodos estadísticos multivariados necesarios (Pokorny, 1983). En el mismo sentido, Gunnell y Frankel (1994) demostraron lo siguiente. Que si se intentase demostrar una reducción del 15% del número de suicidios en una población donde se estimase una tasa de 10, el año siguiente a la evaluación. Se requeriría una muestra de aproximadamente 150,000 personas para probarlo. Y para demostrar una reducción del 15 % del suicidio en aquellos que lo han intentado, con una probabilidad del .3 de cometerlo en los siguientes 8 años, se necesitaría una muestra de 45,000 personas que participasen en un estudio longitudinal, para probarlo.

El segundo, correspondiente a la alta variabilidad del comportamiento suicida de persona a persona. Lo que incide en la limitación para identificar predictores confiables para la población en general (Pokorny, 1983).

Una de las líneas de la estimación del riesgo ha sido la propuesta de modelos de riesgo. El modelo con mayor desarrollo corresponde al de diátesis-estrés (Van Heeringen, 2001).

El modelo de diátesis-estrés establece que la conducta suicida es resultado de la interacción entre vulnerabilidad al suicidio y la experiencia de un alto grado de estrés. Vulnerabilidad derivada de la interacción entre historia personal negativa, condición biológica predisponente y deficiente desarrollo psicológico. Estrés identificado con un alto grado de angustia, ansiedad o miedo. Producto de factores objetivos tal como pérdida del empleo, muerte de un familiar, divorcio o separación de la pareja. O de factores subjetivos (supuestos por la persona), tal como un posible despedido, accidente o enfermedad.

Modelo que es descrito por medio de la siguiente ecuación:

$$L_{\text{Suicidio}}(t) = L_{\text{estrés}} * P_{\text{vulnerabilidad}}$$

En donde se limita que la función de la intensidad del riesgo suicida ($L(t)$) es igual al grado del estrés producido por una situación dada (L), en interacción con la condición de vulnerabilidad al momento de la ocurrencia del evento (P).

Así, el modelo de diátesis-estrés indica que la condición determinante para el riesgo suicida corresponde a la interacción entre estrés y vulnerabilidad (diátesis). En donde la vulnerabilidad es el factor con mayor. Y de ahí la importancia de su detección.

Una de las derivaciones relevantes del modelo de diátesis-estrés, es el señalamiento de los cambios súbitos de comportamiento como señal de riesgo. En razón de que la interacción entre vulnerabilidad y estrés se refleja en cambios

significativos en las variables de rasgo y las variables de estado (Amsel & Mann, 2001).

El cambio en las variables de rasgo, identificado con alteración del comportamiento habitual de la persona –hábitos alimenticios, de sueño, de trabajo, etc. Y el cambio en las variables de estado, referido a comportamientos perturbadores con respecto al grupo de referencia –evitación o conflicto con la familia, los amigos, etc.

El modelo de diátesis-estrés es un modelo descriptivo del riesgo suicida en el ámbito individual. En términos poblacionales, el principal modelo de riesgo deriva de los estudios de Durkheim realizados a finales del siglo XIX. En cuyo caso, el riesgo se identifica por la pertenencia a un grupo que comparte características asociadas a una tasa de suicidio mayor que en otros grupos.

En esta perspectiva se ha reconocido como grupos de riesgo; los solteros o divorciados, las familias con antecedentes suicidas (Runeson & Asberg, 2003), los presos (Shawn, 1999), las personas mayores de 60 años, los jóvenes con edades entre 14 y 25 años, las personas con perturbaciones del comportamiento –esquizofrenia, psicosis, depresión mayor, trastorno límite de la personalidad, adicciones al alcohol o las drogas, las personas con enfermedades que limitan la actividad física normal o enfermedades terminales –esclerosis múltiple, cáncer, etc. (Pérez, 1999).

El suicidio es un comportamiento con un grado de complejidad aún no descifrado en su totalidad (Goldney, 2000). Por lo que en el presente solo es posible una estimación probabilística de riesgo suicida, con un alto grado de error (Freeman & Reinecke, 1995).

El limitado avance en el pronóstico del suicidio se refleja en el lento progreso de la prevención de este acto. Por ejemplo, en Estados Unidos de Norteamérica, en la década de los 90, se realizó un estudio para evaluar el efecto de los programas de prevención y tratamiento de la ideación e intento suicida. Lo que se encontró fue nulo impacto en el decremento de los pensamientos, planes, gestos, e intentos suicidas

(Kessler, Berglund, Borges, Nock & Wang, 2005). No se cuenta con información de estudios realizados en otros países acerca del impacto de programas de prevención y atención del suicidio, sin embargo, se esperarían resultados similares. Ya que el mismo hallazgo se ha encontrado en hospitales psiquiátricos (Goldstein, Black, Nasrallah & Winokur, 1991)

Problemática que se mantiene cuando se intenta pronosticar el intento suicida, aun cuando la frecuencia es significativamente mayor que la del suicidio consumado –10 a 30 veces mayor (Goldney, 2000).

En el contexto clínico, se han desarrollado diversas escalas para la evaluación del riesgo suicida en un tiempo inmediato. Entre ellas se encuentra la escala de Riesgo de Repetición de Edimburgo (Goldney, 2000), la escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Plutchik, Van Praag, Conte & Picard, 1989), y el inventario de Razones para vivir (Linehan, Goldstein, Nielsen & Chiles, 1983). Por otra parte, se ha registrado información acerca de la conveniencia de las entrevistas computarizadas sobre las entrevistas clínicas para detectar el riesgo suicida (Goldney, 2000).

El pronóstico y la prevención del comportamiento suicida, son tareas necesarias, pero aun inciertas. Lo que señala la importancia de persistir en la investigación de procedimientos y tecnologías para la detección y el pronóstico del suicidio. Y con ello incidir en estrategias eficientes de prevención y atención.

Comportamiento Suicida; Aproximaciones de Estudio

El comportamiento suicida es un fenómeno con un alto grado de complejidad – multideterminado, multidimensional, altamente variable e inestable. Motivo por el cual diversas disciplinas y aproximaciones del conocimiento –epidemiología, filosofía, sociología, psiquiatría, biología, psicología– intervienen para su comprensión y explicación.

En el siguiente apartado se describe la aportación en el estudio del suicidio, de tres disciplinas; Psicología, Sociología y Biología.

Aproximación Psicológica

La psicología, como la mayoría de las ciencias, engloba múltiples perspectivas acerca del fenómeno psicológico. En este trabajo se aborda la perspectiva que describe el comportamiento sobre la base de los pensamientos y las emociones. Que ha demostrado su relevancia para la explicación y atención del suicidio (Rudd, 2000). La presentación se organiza en tres apartados; cognición, emoción y conducta.

Cognición

El suicidio generalmente responde a una decisión. Que deriva del convencimiento de que la muerte es la salida a la situación que se enfrenta. Convencimiento que responde a una forma particular de pensar, de interpretar la realidad. La aproximación psicológica que estudia el pensamiento como el aspecto central del fenómeno psicológico es la psicología cognitiva. La vertiente con mayor investigación para el estudio del suicidio es la teoría cognitivo-conductual.

La teoría cognitivo-conductual establece que el comportamiento es mediado por significados elaborados con respecto a la realidad. Significados construidos desde edades muy tempranas a través de estructuras cognitivas denominadas proto-esquemas –formados mediante interacciones repetidas entre el ambiente y las estructuras preexistentes innatas (Beck, 1976). Y fijados, posteriormente, en los esquemas –estructuras cognitivas estables y duraderas que filtran las experiencias a través de los significados construidos (véase Figura 3). La función principal de los esquemas radica en coordinar y dirigir el funcionamiento de los diferentes sistemas –conductual, motivacional, emocional, atención-discriminación, memoria y fisiológico– requeridos para el funcionamiento del individuo. A través de los significados construidos, que en general corresponden a dos tipos: funcionales, si orientan el comportamiento al logro de metas para alcanzar mejores condiciones de vida y de desarrollo. Y disfuncionales si guían el comportamiento a acciones que restringen o interrumpen el logro de metas y de mejores condiciones de vida (Beck, Steer & Brown, 1993). Significados disfuncionales que, de acuerdo con su magnitud

y generalización, se identifican con trastornos ubicados en el Eje II o síndromes con localización en el Eje I (Solé, 2002).

El comportamiento suicida, de acuerdo con la teoría cognitivo-conductual, procede de significados disfuncionales –creencias suicidas. Que se identifican con la tríada cognitiva del comportamiento suicida, que refiere a significados disfuncionales del desempeño personal, del apoyo del medio y de lo que se espera del futuro.

Creencias construidas sobre la base de proto-esquemas afectados por fuertes vivencias traumáticas ocurridas en la infancia, características biológicas predisponentes y condiciones sociales deficientes. Que dan lugar a esquemas depresogénicos –con vulnerabilidad suicida– que permanecen latentes hasta ser activados por experiencias traumáticas similares a las vividas en la infancia (Beck, 1996).

En las creencias suicidas, los significados disfuncionales se definen por los errores sistemáticos en el procesamiento de la información. Que se agrupan en las siguientes categorías (Rudd, 1989).

- ✘ Inferencia arbitraria: Hacer conclusiones ante la ausencia de evidencia o cuando la evidencia es contraria a la conclusión
- ✘ Abstracción selectiva: Enfocar detalles negativos de una situación y conceptualizar la experiencia sobre la base de ese fragmento negativo
- ✘ Sobregeneralización: Inferir reglas o sacar conclusiones generales a partir de un incidente aislado. Generalizar indiscriminadamente el uso del concepto o conclusión
- ✘ Magnificación y minimización: Sobre-estimar la magnitud de eventos indeseables y subestimar la importancia de eventos deseables
- ✘ Personalización: Relacionar eventos negativos externos consigo mismo, en ausencia de evidencia
- ✘ Pensamiento de todo o nada (visión de túnel): Inflexibilidad en la forma de pensar –interpretaciones en blanco y negro, todo o nada

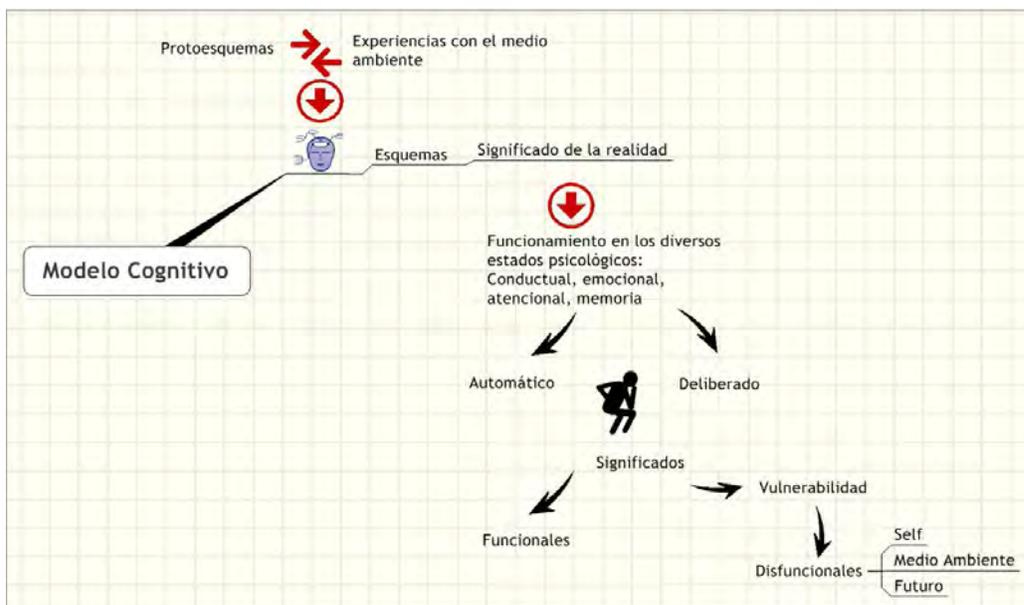


Figura 3. Esquema del funcionamiento funcional y disfuncional conforme al Modelo cognitivo

En las creencias suicidas, los errores sistemáticos del procesamiento de la información se refieren a dos aspectos. La ponderación negativa de los aspectos primarios –supervivencia, reproducción, dominancia y sociabilidad– y la percepción deficiente de los aspectos secundarios constructivos y racionales –solución de problemas y recursos vitales (Clark & Beck, 1994).

Condición que encauza la convicción de que no se logrará alcanzar lo que se desea y de que no cambiarán las circunstancias negativas en un futuro. Desesperanza que es característica de las creencias suicidas. Y que coincide con el intenso dolor psicológico –característico del comportamiento suicida– que acompaña la frustración de no cubrir las necesidades vitales (Shneidman, 1993).

En suma, los cinco principios que definen el comportamiento suicida, de acuerdo con la perspectiva cognitivo-conductual (Alford & Beck, 1997), son:

1. La vía central para la suicidalidad es la cognición –significados privados asignados por el individuo. Lo que determina a la suicidalidad como secundaria al significado disfuncional construido y asignado con respecto al sí mismo, al contexto medioambiental, y el futuro.

2. La relación entre el sistema de creencias suicidas y los demás sistemas psicológicos (conductual, emocional, de atención, de memoria, etc.) y biológicos/fisiológicos es interactiva e interdependiente
3. El sistema de creencias suicidas variará de individuo a individuo, dependiendo del contenido y el contexto de los sistemas psicológicos. Con presencia de uniformidad en las categorías identificadas (por ej., desesperanza, pobre tolerancia al estrés)
4. La predisposición a la suicidalidad es función de vulnerabilidades cognitivas –construcciones cognitivas defectuosas– que covarian con síndromes específicos. De acuerdo con lo cual diferentes vulnerabilidades cognitivas serán consistentes con diferentes síndromes y modelos de comorbilidad, tanto del Eje I como del Eje II.
5. La suicidalidad y el sistema de creencias suicidas reside en tres niveles de conciencia: el preconscious o automático, el consciente, y el metacognitivo (inconsciente). Lo que define que el contenido estructural del sistema de creencias suicidas se encuentre en los tres niveles de conciencia. Donde el consciente es el más propicio para el cambio terapéutico.

Los planteamientos derivados de la teoría cognitivo-conductual, por tanto, establecen que el comportamiento suicida es dirigido por un sistema de significados disfuncionales específicos –creencias suicidas. Que se desarrollan en personas con vulnerabilidad suicida –esquemas depresogénicos. Los cuales podrán ser activados por situaciones estresantes significativas para la persona, dada su historia particular. Y que dependiendo del grado de vulnerabilidad, de los recursos de apoyo, de la disponibilidad y conocimiento del método suicida, entre otros factores, podrá darse lugar solo a la intención del suicidio (ideación), al intento, o al suicidio consumado.

Emoción

El término de emoción se intercambia frecuentemente por los vocablos sentimiento, afecto, estado de ánimo. El sentimiento es un estado específico de conciencia. El afecto, es un sentimiento referido a las vivencias y el comportamiento. El estado de ánimo, es un estado afectivo duradero. Y la emoción implica la totalidad de las reacciones que se manifiestan en la vivencia de un sentimiento (Debus, 1982).

El estado de conciencia que identifica a la emoción refiere al proceso de valoración de los estímulos internos o externos. Valoración que da lugar a tres procesos de activación. Verbal –aumento o disminución de la excitación. Fisiológica –estimulación e inhibición de sistemas y subsistemas específicos de respuesta. Y, motora –rapidez e intensidad de las reacciones (Zavalloni, 1975).

Lo que define tres alternativas de detección de la emoción.

En el nivel verbal, por medio de clasificaciones estandarizadas (escalas) y de la interpretación de enunciados indirectos que las personas refieren acerca de sus emociones (figuras, manchas, etc.).

En el plano fisiológico, a través del registro de las respuestas del sistema nervioso central –electroencefalograma, potencial evocado. Del sistema nervioso autónomo –presión sanguínea, conductividad de la piel, frecuencia de pulsaciones. Del sistema endocrino –concentración de adrenalina, de noradrenalina o de corticosteroides. Y del sistema nervioso motor –potencial de la acción muscular, temblor.

En el nivel motor, por medio de la descripción de las respuestas a situaciones que generan emociones características –huida, ataque, evitación, etc. En cuyo caso se registran los movimientos de los músculos faciales (mímica), de las extremidades (gestos), y de todo el cuerpo (pantomímica). Además de respuestas en la piel –enrojecimiento o palidez en la cara. Alteración de la pupila, e intensidad y ritmo de la voz.

Las emociones son esenciales en el funcionamiento del ser humano. Participan en el equilibrio biológico y psicológico (homeostasis) y en el fortalecimiento o debilitamiento de pautas de comportamiento. La faceta problemática de las emociones radica en la predominancia y duración de las emociones negativas – depresión, ira, angustia, entre otras. Que suelen ser precursoras de distintos problemas, entre ellos el comportamiento suicida.

La relación del comportamiento suicida con las emociones, corresponde a los siguientes aspectos.

En primer lugar, por su vinculación con la depresión. La depresión puede aludir solo a una emoción –profundo estado de tristeza. También puede identificar un síndrome –conjunto de síntomas. Y un trastorno –alteración del estado del ánimo con síntomas y duración determinados.

El antecedente del proceso suicida, de acuerdo con la teoría cognitivo-conductual, se identifica con un esquema depresogénico –tendencia a estados profundos de tristeza consecuencia de la interpretación disfuncional del sí mismo, del medio y del futuro (Alford & Beck, 1997). Predisposición a estados de ánimo negativos. Que posteriormente puede derivar en un síndrome o un trastorno del estado de ánimo.

La tendencia a estados de ánimo negativos, consecuencia de las interpretaciones disfuncionales, en el esquema depresogénico se vincula tanto con el estilo atribucional planteado por Seligman, Abramson, Semmel y Von Baeyer, (1979), como con el concepto de auto-eficacia de Bandura (1977).

Con respecto al estilo atribucional con referencia a la auto-eficacia, por una historia de aprendizaje caracterizada por resultados negativos en la eficacia de las respuestas. Bajo el supuesto de que fortalece la creencia de incapacidad para enfrentar la vida. Y de que la percepción de bajo valor personal, ausencia de ayuda, y que en el futuro nada cambiará y aún podrá ser peor. Se supondrá que ello se relacionará con la manifestación de diversas emociones negativas. Que en

conjunción con situaciones altamente estresantes, y con el aumento en la intensidad de las creencias negativas, dará lugar al inicio del comportamiento suicida.

En segundo lugar, por la vinculación del comportamiento suicida con la disforia emocional –tristeza, angustia, ira, culpa, humillación y vergüenza (Rudd, 2000). Ya que el esquema depresogénico refiere a la tendencia a estados emocionales negativos, cuyo principal síntoma es la depresión. Pero una vez iniciado el comportamiento suicida, el estado emocional característico es el de disforia. Que es la expresión emocional de la interpretación de que la persona no tiene los recursos para enfrentar lo que vive –culpa, humillación, ira vergüenza. De que la situación no cambiará en el futuro –angustia. Y de que no hay quien le pueda ayudar –tristeza. Que refiere a la vivencia de un sufrimiento intenso.

En tercer lugar, por el lugar de la emoción como parte del modelo A-B-C de la teoría racional emotivo-conductual, para la descripción del comportamiento suicida.

La teoría racional emotivo-conductual establece que las emociones (C) –si no se padece un trastorno biológico– son consecuencia de las interpretaciones (B) de eventos relevantes a la persona (A).

La interpretación con valoración positiva del evento, se asociará a emociones positivas. La interpretación con valoración negativa del evento, se relacionará con emociones negativas.

Las interpretaciones derivan de las creencias, las cuales pueden ser racionales o irracionales. Las creencias son racionales si son lógicas y se sostienen en fundamento empírico. E irracionales si son ilógicas y sin fundamento empírico. Las creencias racionales dirigen el comportamiento hacia el logro de metas y desarrollo de la persona. Las creencias irracionales encauzan el comportamiento hacia el impedimento del logro de metas, limitando el desarrollo funcional. En particular, las emociones negativas –asociadas a creencias irracionales– se identifican con emociones sostenidas, que son producto de la orientación filosófica o

valorativa de la persona. Y que tienden a ubicarse como perturbación emocional, más que como emoción circunstancial (Lega, Caballo & Ellis, 2002).

La emoción que identifica la teoría racional emotivo-conductual es producto de la convicción generada por la experiencia del individuo. Y cristalizada en el sistema de valores.

La teoría racional emotivo-conductual proporciona elementos para una mejor ubicación de la emoción en la explicación del comportamiento suicida. Se interpreta, por tanto, que el comportamiento suicida es dirigido por creencias irracionales – construidas en el sistema de valores– asociadas a emociones negativas sostenidas. En cuyo caso es el sistema de creencias irracionales lo que debe ser cambiado. Para incidir en el cambio de las emociones y de la forma de actuar.

Conducta

Como se ha indicado hasta este punto el comportamiento suicida comprende cognición y emoción. En este punto se aborda el tercer elemento, el conductual.

Las conductas que comprende el comportamiento suicida refieren principalmente a la preparación del acto suicida –conseguir o preparar el medio para llevar a cabo el suicidio– practicar el acto suicida y llevar a cabo el intento o suicidio consumado.

De acuerdo con la teoría cognitivo-conductual y a la teoría racional emotivo-conductual, la conducta es dirigida por las interpretaciones o creencias. En el comportamiento suicida, por tanto, el intento o suicidio consumado es consecuencia de las interpretaciones disfuncionales o creencias irracionales acerca del sí mismo, del medio y del futuro, en interacción con algún evento causante de altos niveles de estrés

En cuyo caso la diferencia entre intento y suicidio consumado radica en el grado de intencionalidad (Freeman & Reinecke, 1995). Y en la posibilidad de que en el intento

suicida se presente mayor ambivalencia entre el deseo de morir y el deseo de vivir, que en el caso del suicidio consumado. Aspecto que seguramente influye en la disminución de letalidad del intento suicida.

Un aspecto más que caracteriza al intento y al suicidio consumado, refiere a las diferencias que se han reportado entre hombres y mujeres; mayor cantidad de intentos en mujeres con respecto a los hombres y mayor proporción de suicidios en hombres que en mujeres. Lo que se ha relacionado con los métodos preferidos por género. En hombres: ahorcamiento, armas de fuego. En mujeres: intoxicación con fármacos (Van Heringen, 2001).

Diferencias que probablemente sean explicadas por cuestiones de género, tal como el mayor grado de comunicación en mujeres, mayor oportunidad de expresión de los sentimientos, mayores redes sociales, etc. Lo que influya en la reducción del deseo de morir, y por tanto en la disminución de la letalidad del intento suicida. Conjeturas que, sin embargo, deberán probarse con la investigación.

Por el momento, la importancia de la conducta en el comportamiento suicida radica en que se define como en el último eslabón de la cadena de comportamiento suicida, y por ende, el componente con mayor riesgo. Lo que subraya la importancia de generar estrategias para la identificación de las condiciones de riesgo asociadas a este aspecto del comportamiento, y con ello incidir en la prevención de un intento o suicidio consumado.

En esta línea de razonamiento, una de las áreas de mayor desarrollo en la investigación del comportamiento suicida ha correspondido al estudio de las conductas relacionadas con el comportamiento suicida, que puedan funcionar como indicadores de riesgo suicida.

Así, se ha identificado, especialmente en adolescentes, que conductas específicas —uso de alcohol o drogas, cambio en hábitos alimenticios (falta de apetito o apetito exagerado), rebeldía sin causa aparente, llanto sin motivo aparente, aislamiento social, cambio en los hábitos de sueño (especialmente exceso de sueño), conductas

de riesgo como conducir a alta velocidad o exponerse a riesgos innecesarios y en general cambios súbitos de pautas de comportamiento— pueden reconocerse como señales de riesgo suicida (Pérez & Mosquera, 2006).

Aproximación sociológica

La aproximación sociológica, al igual que la psicológica, se caracteriza por múltiples aproximaciones y perspectivas. Las cuales se sitúan en dos grandes aproximaciones: una cuantitativa, basada en la comprobación empírica. Y otra cualitativa, sustentada en el estudio de la subjetividad. En razón de la orientación del presente trabajo, en este apartado se muestra solo una parte de la aproximación cuantitativa al estudio del comportamiento suicida.

En el siglo XIX –con base en el análisis estadístico de variables asociadas a la manifestación del suicidio en distintas poblaciones– Émile Durkheim (1855-1917) concluyó que el suicidio es consecuencia de la miseria moral de la sociedad (Durkheim, 2003). Conforme a lo cual definió tres tipos de suicidio. El suicidio anómico, que ocurre en situaciones de cambio forzado, que fracturan el equilibrio entre la sociedad y el individuo –por ejemplo, inmigrantes forzados por conflictos bélicos, económicos o naturales. El suicidio egoísta, que se presenta en condiciones de carencia extrema de vínculos sociales –por ejemplo niños de la calle, presos. Y el suicidio altruista, que acontece en circunstancias de extrema presión e integración social orientada hacia el sacrificio personal –por ejemplo terroristas suicidas mártires.

Posterior a los estudios de Durkheim, la epidemiología ha tomado un lugar preponderante en el estudio del suicidio. Desde esta perspectiva se han identificado y descrito, diversas condiciones que caracterizan a las poblaciones de riesgo bajo el modelo de salud pública.

Entre las principales condiciones sociales de riesgo para el suicidio, que se han identificado en los estudios epidemiológicos, se encuentran las siguientes.

Género

El género es una de las condiciones sociales con mayor peso en el pronóstico del suicidio, los registros mundiales indican que ocurren alrededor de cinco suicidios en hombres, por uno en mujeres (Lester, 2001). En México, la relación registrada aún es mayor, en el año 2006 se observó una tasa de 8.0 en hombres contra 1.5 en mujeres (INEGI, 2009). Y que el intento de suicidio es mayor en mujeres que en hombres (Sverrisson, Palsson, Sigvadason & Kárasón, 2010). Datos adicionales indican que las mujeres muestran mayor actitud negativa hacia el suicidio que los hombres. Y que las mujeres son más proclives a buscar ayuda profesional cuando consideran que pueden ser suicidas potenciales (Canetto, 1992). Lo que coloca a las mujeres en mejor condición de prevención ante el suicidio. Debido, probablemente, al mayor repertorio de las mujeres para tratar sus problemas emocionales y utilizar sus redes de apoyo. Aspectos que tendrán que ser probados con investigaciones posteriores.

Edad

Una condición general que se ha registrado desde los estudios de Durkheim (2003), es la relación del suicidio con la edad. En cuyo caso la edad con mayor porcentaje de suicidios se ubicaba arriba de los 75 años (Crepet et al. 1991). Sin embargo, en las últimas décadas se ha observado incremento del suicidio en el rango de 15 a 25 años. En España, por ejemplo, el suicidio ocupa el segundo lugar como causa de muerte en jóvenes de 15 a 24 años de edad (Baca-García et al. 2000). En México, el porcentaje de muertes por suicidio con respecto a las muertes violentas incrementó de un promedio del 4.4 % durante el quinquenio de 1990 a 1994 a un promedio del 11 %, durante el quinquenio de 2002 al 2006. Con el mayor incremento –19 %– en las edades entre los 15 y los 19 años (INEGI, 2008). Lo que define dos grupos de edad con riesgo alto de suicidio: jóvenes de 15 a 24 años y adultos mayores de 75 años.

Economía

Durkheim (2003) planteó que la pobreza fortalecía a las personas. Motivo por el cual supuso que la gente con menores recursos registraría menor cantidad de suicidios, que la gente de condición económica holgada. Sin embargo, la investigación señala que las personas con bajo nivel económico registran mayor proporción de suicidios que las personas con alto nivel económico (Stack, 2001). Además, que en personas con desempleo se registra mayor número de suicidios que en personas con empleo (Corcoran & Arensman, 2010; Inouke et al., 2010). Y que la ideación y el intento suicidio se relacionan negativamente con el ingreso económico (Kalist, Molinari & Siahaan, 2007).

En la consideración del efecto de la economía en el suicidio en jóvenes, Cutler, Glaeser y Norberg (2001) propusieron un modelo compuesto por dos condiciones: variabilidad emocional y recursos económicos. Variabilidad emocional, vinculada a la consecuencia de la transición física, personal y social que enfrentan los jóvenes. Que, en algunos jóvenes, incrementa por situaciones tal como la ausencia de alguno de los padres, la separación de los padres, el cambio de residencia, el cambio de escuela, el cambio del grupo de amigos, etc. Y recursos económicos, asociados a la condición de dependencia económica hacia los padres y la ausencia de una actividad remunerativa.

En esta perspectiva se conjetura que, en jóvenes con vulnerabilidad, la presencia de estas condiciones aumenta el estrés, hasta el punto de llegar al convencimiento de que la utilidad de vivir es menor que la utilidad de morir y que, por tanto, la opción para enfrentar el estrés, es el suicidio.

En este enfoque, considerando la situación México, se añade para los jóvenes, la falta de oportunidades para insertarse en la economía, el que la dependencia económica hacia los padres incluso no sea una opción. Y que con frecuencia el o la joven se sienta con obligación de asumir el papel del proveedor o proveedora del hogar.

Si bien en la sociedad mexicana se da lugar a otras formas de afrontamiento a esta situación que enfrentan los jóvenes, tal como la migración y la delincuencia. La restricción cada vez mayor, para emigrar a Norteamérica o a Canadá, por las políticas impuestas en dichos países. Aunado al corto período de vida asociado a los jóvenes que son reclutados para el narcotráfico. Delimita la importancia del modelo económico del suicidio, en la sociedad mexicana. Por lo que es importante ahondar en la investigación de la vinculación del estrés producido por la economía, en la condición particular de vida que enfrenta el joven, y el suicidio.

Familia

Una de las condiciones sociales más importantes es la familia. Al respecto, Durkheim (2003) registró que el matrimonio protegía del suicidio. La investigación ha ratificado que en el grupo de personas divorciadas se registra mayor cantidad de suicidios que en el grupo de personas casadas o unidas para formar una familia (Stack, 2001; Petrovic, Kocic, Nikic, Nikolic & Bogdanovic, 2009; Massoco et al., 2010).

Con respecto a los jóvenes, se ha identificado que aquellos que sufren agresiones físicas de sus padres o con deficiente relación con sus padres, tienen mayor frecuencia de intentos suicidas (Ursoniu, Putnoky, Vlaicu & Vladescu, 2009). Y que los adolescentes adoptados presentan mayor frecuencia de intentos suicidas que los adolescentes no adoptados (Slap, Goodman & Huang, 2001).

La familia –funcional– se define como un factor de protección para el suicidio. Diversos aspectos relacionados, sin embargo, quedan aún por investigar. Tal como la presencia de suicidio dependiendo del tipo de familia –nuclear, extendida, etc. O el suicidio en familias que decidieron no tener hijos o en familias que no pudieron tener hijos.

Religión

La religión refiere tanto a las creencias, a las prácticas, así como a las relaciones sociales en el grupo religioso. En sus estudios, Durkheim (2003) concluyó que existía

una relación significativa entre catolicismo y baja tasa de suicidios. Lo que se ha encontrado es que pertenecer a un grupo religioso proporciona redes de apoyo que suministran protección contra las crisis de la vida, además de un conjunto mínimo de creencias y prácticas que protegen del suicidio –creencia de vida eterna, práctica de la oración, reuniones semanales (Pescosolido, 1990). Por lo que se ha definido a la religiosidad como uno de los factores de protección contra el intento de suicidio (Sisask et al., 2010).

En general, se ha encontrado que la religión es una condición de protección contra el comportamiento suicida. No obstante, también se ha registrado evidencia de que las creencias religiosas –en algunos casos– pueden constituirse en un factor de riesgo suicida (Colucci & Martin, 2008).

Queda por investigar el papel de las creencias religiosas en la prevención y atención del comportamiento suicida. Y la relación entre las creencias religiosas y las prácticas de vida que se vinculan con la protección al comportamiento suicida, entre otros aspectos.

Imitación

Durkheim (2003) señaló que las historias publicadas acerca de suicidios no tienen impacto apreciable sobre la tasa de suicidios. Sin embargo, se sabe que cuando se suicida una persona existen en promedio 6 sobrevivientes del suicidio que son afectados por tal hecho, entre ellos amigos, pareja, padres o hijos. Quienes presentan un alto riesgo de desarrollar el proceso suicida (Pérez & Mosquera, 2006). Por otra parte, la posibilidad de imitación de un acto suicida se relaciona directamente con la forma en que se cuenta la historia del suicidio y de su vinculación con la audiencia (Stack, 2001). Por ejemplo, en el estado de Nueva York, el suicidio por asfixia se incrementó en un 313% en el año de la publicación del libro *Final Exit* –guía para que los enfermos terminales acaben con su vida por medio de la asfixia. Y durante el mes en que se reportó el suicidio de la actriz Marilyn Monroe –

agosto de 1962— también se observó incremento de suicidios por intoxicación con barbitúricos (Pérez & Moskera, 2006).

Por otra parte, se ha registrado que en familias donde han ocurrido suicidios, es más probable que ocurran intentos o suicidios en familiares cercanos (McGirr et al., 2009). Los resultados de la investigación indican que la imitación del suicidio se presenta generalmente cuando existe ascendencia moral o afectiva sobre los supervivientes.

Desde la perspectiva social, el suicidio se vincula con aspectos sustantivos de la relación del individuo con su entorno social. Especialmente en lo relativo a las redes de apoyo como factor de protección –familia, pareja, grupo religioso– y en su carencia como factor de riesgo. En lo concerniente a la condición económica para cubrir las necesidades básicas –empleo– como factor de protección. Y en condiciones intrínsecas a la persona que se ven afectadas como factor de riesgo, con base en la estructura social actual –sexo y edad. Además del peso de la imitación en el desarrollo del proceso suicida.

Aproximación Biológica

En la investigación biológica del comportamiento suicida, se han seguido dos grandes líneas de estudio: la investigación neurobiológica, y los estudios genéticos del grupo de los que intentan suicidio y del grupo de los suicidas (Kamali, Oquendo & Mann, 2001).

En la investigación neurobiológica, la dirección se ha dirigido hacia el estudio de los neurotransmisores, en especial la serotonina. Los principales hallazgos en este rubro han sido los siguientes.

- ✓ Baja concentración del ácido 5 hidroxilo-indol-acético (5-HIAA). Que es un metabolito de la serotonina, que incide en la neurotransmisión serotoninérgica y la activación de las funciones endocrinas, particularmente la secreción de cortisol y tirofina. Lo que se asocia al

incremento en la respuesta ante el estrés, a la afectación del humor, impulso de agresión, así como incremento de cuadros depresivos (Åsberg & Nordström, 1998)

- ✓ Bajas concentraciones de colesterol, que se asocia al funcionamiento de la serotonina —específicamente en los cambios en el humor
- ✓ Incremento en la excreción de cortisol y decremento en testosterona. Y que refiere a la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides, con respecto a una posible anormalidad del sistema serotoninérgico. Lo que se ha vinculado con cuadros depresivos y agresión (Träskman-Bedz & Mann, 2000)

Con referencia a los estudios genéticos, los resultados han indicado lo siguiente.

- ✓ Mayor proporción de concordancia suicida en los gemelos monocigóticos que en los gemelos dicigóticos (Özalp, 2009)
- ✓ Mayor frecuencia de suicidios en miembros de familias con historia de intentos o suicidios completados, que en miembros de familias sin historia suicida. Con independencia de la historia de psicopatología (Özalp, 2009)
- ✓ En los estudios del genoma humano, genes relacionados al funcionamiento de la serotonina: transportadores de serotonina (SERTs) —triptófano-hidroxilasa (TPH). Y receptores de serotonina —(5HT1A, 5HT1B, 5HT2A) a catecol o-metil transferasa (COMT), amino oxidasa A (MAO A) y tirosina hidroxilasa (TH)
- ✓ Polimorfismo en los genes TPH1 y TPH2, localizados en los cromosomas 11p 15.3-p14 y 12q 15, respectivamente. Que corresponde a una enzima involucrada en la biosíntesis de la serotonina (Kamali, Oquendo & Mann, 2001)

La aproximación biológica al estudio del comportamiento suicida, por tanto, señala diferentes condiciones que expresan deficiente funcionamiento del sistema serotoninérgico. En especial lo relativo a baja actividad de la serotonina, que se

asocia a la impulsividad y la agresividad. Por otra parte, los estudios genéticos muestran evidencia de disposiciones biológicas proclives al comportamiento suicida. Nuevamente con relación a condiciones que propician la baja actividad de la serotonina. Los estudios genéticos indican, asimismo, que la tendencia heredada hacia el suicidio es independiente de los diagnósticos psiquiátricos.

La trascendencia del papel del sistema serotoninérgico en el comportamiento suicida, plantea la posibilidad de tratamiento farmacológico. Sin embargo, aún falta llegar a la especificidad de la acción y cambio del sistema serotoninérgico en el comportamiento suicida.

En este apartado se plantearon las tres perspectivas de aproximación básicas al estudio del comportamiento suicida. Las cuales señalan la existencia de condiciones de vulnerabilidad que propician dicho comportamiento. Condiciones que no expresan necesariamente una enfermedad. Ya que el suicidio, con las condiciones que lo acompañan, también puede conceptualizarse como una respuesta funcional al dilema existencial (Baldessarini & Toldo, 2003).

Las condiciones de vulnerabilidad, por tanto, refieren a condiciones biológicas, sociales y psicológicas que confluyen en determinadas personas para dar lugar al comportamiento suicida. Queda aún por explicar como se da la interacción entre tales condiciones en el comportamiento suicida. Y como es que en otras personas se presentan condiciones similares, sin que se dé lugar al comportamiento suicida.

El estudio, la atención y la prevención del comportamiento suicida, es una tarea con muchos problemas por resolver, dada la alta complejidad del tema. Especialmente, la gran cantidad de información que se ha generado desde diferentes disciplinas a su estudio, señala que una actividad prioritaria es la integración del cúmulo de datos en una perspectiva que dirija el estudio del comportamiento suicida. Es por ello que resulta trascendental la emergencia de la suicidiología (Rudd, 2000). Ya que en ella se sitúa la posibilidad de estructurar propuestas como la planteada

por Rogers (2001), quien propone desarrollar explicaciones teóricas derivadas de la evidencia empírica. La delineada por Lester (2001), quien plantea la generación de macro-teorías que sinteticen el cúmulo de información obtenida. O la referente a orientar la explicación teórica con base en conceptos tales como el de inestabilidad, discontinuidad y no-linealidad, derivados de las teorías del caos y la complejidad. Con lo que se daría lugar a la explicación de situaciones que hasta el momento no ha sido posible dar respuesta, dada su baja frecuencia o intensidad, pero que es probable que sean determinantes en el proceso suicida.

La investigación del suicidio, por tanto, demanda la participación de las diferentes disciplinas que tienen que ver con el estudio del ser humano. Desde una perspectiva abierta a la incorporación de aproximaciones tradicionales con aproximaciones emergentes, con el fin de responder a la complejidad del fenómeno suicida. El reto es que en un futuro cercano se logre explicar y comprender el comportamiento suicida en un grado tal que sea una realidad prevenir y atender oportunamente los casos de riesgo suicida. De manera que en nuestra sociedad, el suicidio ya no sea más un hecho incomprensible y vergonzoso. Sino una condición extraordinaria a la que se llegó, pero con conocimiento del por qué no se pudo intervenir o prevenir a tiempo.

CAPITULO 2

IDEACIÓN SUICIDA Y COMPORTAMIENTO SUICIDA

En este capítulo se aborda la definición de la ideación suicida y su relación con el comportamiento y el proceso suicida. Para con ello señalar la importancia de la ideación suicida como problema de estudio.

Definición de Ideación Suicida

Beck delimitó la existencia de un pensamiento antecedente al intento o suicidio consumado, que podría ser indicador de la activación del comportamiento suicida y que denominó ideación suicida (Beck, Kovacs & Weissman, 1979). Pensamiento que refirió integrado por dos elementos: el deseo o intención de quitarse la vida y el plan para llevar a cabo el acto suicida. A partir de lo cual se delimitó que en los suicidas era posible integrar un grupo más al de los consumidores del suicidio y al grupo de los que intentan suicidio; el grupo de los que piensan en suicidarse o ideadores suicidas. Identificados como aquellos que desean y planean cometer suicidio, pero que no han realizado un intento suicida reciente (Beck et al., 1979). Posteriormente, Beck (1993) delimitó dos componentes del deseo de quitarse la vida: la fantasía acerca de la propia muerte y la auto-motivación para quitarse la vida. Con lo que la ideación suicida se identificó con tres pensamientos básicos; fantasía de muerte, auto-motivación y planeación para quitarse la vida. Pensamientos que, desde la perspectiva cognitivo-conductual, integran el modo cognitivo denominado modo suicida (Alford & Beck, 1997).

La identificación de la ideación suicida, por tanto, se orienta al reconocimiento de la presencia del deseo y la planificación del acto de quitarse la vida. En cuyo caso es posible reconocer grados de pensamiento relacionados, tal como lo plantea Pérez (1999). Desde el solo pensamiento de muerte, fantasías pasivas de muerte, pensamiento de quitarse la vida con métodos indeterminados, pensamiento de quitarse la vida con un método determinado sin planeación clara, hasta el pensamiento de quitarse la vida con un método específico y planeación específica. Y

en donde el grado de determinación y planeación para llevar a cabo el acto suicida, sería el indicador para reconocer el riesgo de que se lleve a cabo un acto suicida.

Ideación Suicida y Comportamiento Suicida

Con el añadido de la ideación suicida, como componente inicial del comportamiento suicida, se delimitó la importancia de la intencionalidad (deseo) y de la preparación (plan) del acto suicida, para la identificación del riesgo suicida. Por otra parte, se contribuyó a establecer criterios que permitiesen diferenciar el suicidio, de casos de auto-lesión cuyo propósito fue llamar la atención, influir, castigar a otros o cambiar el medio, pero sin quitarse la vida. O de diferenciarlo de los casos de auto-lesión simulada, en donde el acto fue infringido por otro. Ya que en el primer caso, el deceso sería consecuencia de la planeación incorrecta. En tanto que en el segundo, resultado de un homicidio. De ahí la importancia de la autopsia psicológica, para ayudar a dilucidar si un fallecimiento derivado de un acto probable acto de auto-lesión, es consecuencia de un suicidio, de un acto de auto-lesión incorrectamente planeado o de un homicidio (Guevara & Botega, 2003).

Así, la ideación suicida se ubicó como el primer componente del comportamiento suicida (Freeman & Reinecke, 1995). Al le seguiría, el intento suicida y el suicidio consumado (Pokorny, 1974). Componente que se constituyó como definitorio del comportamiento suicida, al referir la intencionalidad de terminar con la propia vida por medio de un acto de auto-lesión. Lo que situó al suicidio como un acto derivado de un deseo intenso de morir y de una planeación específica para lograr tal cometido. En cuyo caso la perentoriedad y la letalidad del método elegido, se constituyeron en condiciones clave para la detección del riesgo suicida.

Por lo que la investigación, atención y prevención del suicidio se identificó con el interés en tres grupos. El grupo de los que desean y planean suicidarse (ideadores). El grupo de quienes han efectuado al menos un intento suicida, pero que no han logrado su cometido (intentadores suicidas). Y el grupo de los que ya

efectuaron un acto de auto-lesión con el propósito de acabar con su vida y lograron su cometido (consumadores suicidas) (Reinecke & Franklin-Scott, 2005).

Grupos que se diferencian por el punto en el cual se encuentran durante el desarrollo del comportamiento suicida. Así como por el grado de intencionalidad y vulnerabilidad (Beck et al., 1976). Lo que determina diferencias sustantivas en cuanto al riesgo que acompaña a cada grupo; el grupo de mayor riesgo, el de los consumidores del suicidio, siguiéndole el grupo de los que intentaron suicidio y, por último, el grupo de los que piensan suicidarse (Rey, Narring, Ferron & Michaud, 1998). Condición que, en la práctica y en la investigación, sitúa tres grupos que deben ser estudiados conforme a las características que los identifican y diferencian. Y así evitar que se llegue a conclusiones precipitadas, como el que la ideación suicida es un pensamiento normal en jóvenes (Gmitrowicz, Szymczak, Kotlicka-Antczak & Rabe-Jablonska, 2003).

El estudio del comportamiento suicida señala que la mayoría de los que cometieron suicidio, presentaron antes ideación suicida (Orbach et al., 2007). Y que un alto porcentaje de los que presentaron ideación suicida en la niñez (Sourander, Helstelä, Haavisto & Bergrot, 2001) y en la adolescencia (Steinhausen & Metzke, 2004), en la adultez manifestaron funcionamiento psicopatológico asociado al comportamiento suicida.

El problema con la identificación de la ideación suicida, es que si no se clarifica adecuadamente su registro, se puede confundir con pensamientos normales de desánimo o desesperanza. O, por otro lado, se puede descartar su presencia, por no haberla identificado correctamente. Y llegar a la conclusión de que se dio el intento suicida o el suicidio consumado, sin la manifestación de este pensamiento.

Por lo que uno de los principales aspectos a avanzar en la investigación de este pensamiento, corresponde al estudio de los métodos de registro. Para con ello avanzar en la dilucidación de los pensamientos de desánimo o desesperanza

situacionales, de los pensamientos asociados al desencadenamiento del comportamiento suicida.

Por ese motivo, en esta investigación se planteó investigar el procedimiento de registro de la ideación suicida, para coadyuvar en la diferenciación de los pensamientos solo de desánimo y desesperanza, de los correspondientes a la ideación suicida. Así como aportar evidencia acerca de los factores psicológicos y personales asociados a la manifestación de este pensamiento. Para con ello aportar al mejoramiento de la detección temprana del comportamiento suicida en jóvenes. Y para orientar estrategias de atención dirigidas a los jóvenes que lleguen a presentar este pensamiento.

CAPÍTULO 3

INVESTIGACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN MÉXICO: INSTRUMENTOS Y POBLACIONES ESTUDIADAS

En este capítulo se presenta la revisión de las investigaciones realizadas en poblaciones mexicanas y reportadas de 1990 a 2010. Dichas investigaciones se localizaron por medio de búsqueda electrónica en los siguientes sitios: Centro de Documentación e Información en Psiquiatría y Salud Mental, Dirección General de Bibliotecas de la Universidad Nacional Autónoma de México, Red de Revistas Científicas de América Latina y del Caribe, España y Portugal (REDALYC), Revista Mexicana de Psicología; Revista Panamericana de Salud Pública, Revista Salud Pública de México; y National Center for Biotechnology Information U.S.A. Los criterios para la incorporación de cada investigación fueron; que en sus objetivos se indicase el estudio —directo o indirecto— de la ideación suicida en población mexicana. Y que dicho estudio se hubiese realizado entre los años de 1990 a 2010.

El capítulo se organiza en dos secciones. En la primera se describen los instrumentos que se han reportado para el estudio de la ideación suicida en México. En la segunda se muestran los resultados más relevantes de acuerdo con la población de estudio y el instrumento empleado.

Instrumentos empleados para la Medición de la Ideación Suicida en México

En los 60 artículos que cubrieron los criterios para ser incluidos en esta revisión, se identificaron 13 instrumentos usados para el registro de la ideación suicida. A continuación se describe cada uno de estos instrumentos, siguiendo un orden conforme a la frecuencia en que se reportó el uso de cada uno de ellos en la revisión realizada.

Escala de Ideación Suicida Roberts-CES-D

La escala de ideación suicida de Roberts-CES-D, es un instrumento compuesto por un reactivo de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos

–CES-D– (Radloff, 1977) y tres reactivos pertenecientes a la escala de ideación suicida de Roberts (Roberts & Chen, 1995). El reactivo número 1 se refiere al reactivo número 20 de la escala del CES-D; “No podía seguir adelante”. Los tres reactivos restantes —reactivos 2, 3 y 4; “Tenía pensamientos sobre la muerte”, “Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviese muerto(a)”, “Pensé en matarme”, corresponden a los reactivos 1, 2 y 3 de la escala de ideación suicida de Roberts. El formato de respuesta, es el mismo del CES-D. Con cuatro opciones que registran el número de días en que el(a) entrevistado(a) señala como se sintió la semana anterior a la aplicación –0 días, 1-2 días, 3-4 días, 5-7 días.

Se identificaron 24 estudios que reportaron esta escala —40 % del total. De los cuales el 90 % (21 estudios) correspondió a jóvenes. Siendo la mayoría estudiantes —secundaria a universidad (19 estudios; 79 %). Con mayor proporción de adolescentes (18 estudios; 75%). Y la mayoría identificados como estudiantes de secundaria y preparatoria (16 estudios; 67 %). Solo se reportó una investigación en estudiantes universitarios (González-Forteza et al., 1998), y dos en estudiantes de preparatoria y universidad —aun cuando estos últimos fueron solo en mujeres (Unikel-Santoncini & Gómez-Peresmitré, 2004; Unikel-Santoncini et al. 2006). Con informe de tres estudios en pacientes de servicios de salud; uno comparando con estudiantes de preparatoria y universidad (Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela et al., 2004), otro con adultos mayores (Rivera-Ledesma et al., 2007), y uno más con adultos de ambos sexos (Ramos-Lira et al. 2001). Seis estudios (25 %) reportaron índice de confiabilidad —alpha de Cronbach— con valores entre .71 y .85. Y seis estudios (25 %) reportaron índices de validez factorial, con señalamiento de agrupación de los reactivos en un solo factor con varianza explicada total entre .56 y .70.

Relativo al punto de corte, en algunos casos no sé específico (González-Forteza et al. 1997, González-Forteza, Berenzon et al., 1998; Ramos-Lira et al., 2001; Medina-Mora et al., 2003; Serrano & Flores 2003; Unikel-Santoncini et al., 2004; Aguilera-Guzmán et al., 2004; Serrano & Flores 2005). En otros, se determinó la respuesta al menos a un reactivo (González-Forteza, García et al., 1998; Medina-Mora et al., 1994; López et al., 1995; Chávez et al., 2004). En otros

la puntuación igual o mayor a una desviación estándar arriba de la media de la puntuación total de la escala (Ramos-Lira et al., 2001; González-Forteza, Mariño et al., 1998; González-Forteza et al., 2001; González-Forteza et al., 2003; Jiménez et al., 2007). Y en otros la puntuación igual o mayor a dos desviaciones estándar arriba de la media (Rivera-Ledesma et al., 2007).

Respecto al informe de la duración de los pensamientos, en dos investigaciones se reportó duración de un año anterior a la aplicación (Medina-Mora et al., 1994; López et al., 1995). Y en otros estudios no se reportó la duración del pensamiento (Villatoro et al., 1998; González-Forteza et al., 1995; Medina-Mora et al., 2003; Aguilera-Guzmán et al., 2004).

World Mental Health Computer Assisted version of the Composite International Diagnostic Interview: WMH-CIDI, WMH-CIDI-A, WHO-CIDI

Es un instrumento diseñado por la Organización Mundial de la Salud, con orientación hacia estudios epidemiológicos que requiere entrenamiento para su uso (Lachner et al., 1988).

Consiste en una entrevista estructurada asistida por computadora, con demanda de juicio mínimo del entrevistador, lo que asegura altos niveles de estandarización y comparación de resultados. Consta de 15 secciones —en formato modular— que pueden ser ajustadas de acuerdo con las necesidades de la investigación. Se cuenta con dos adaptaciones; una para adultos WHO-CIDI, y otra para adolescentes WMH-CIDI-A.

Las preguntas que refieren al comportamiento suicida son: *¿Alguna vez se ha sentido usted tan decaído que pensó en suicidarse?; ¿Ha intentado suicidarse alguna vez? Y para la versión de adolescentes: ¿Ha pensado seriamente en cometer suicidio?; ¿Ha hecho algún plan para cometer suicidio?*

El formato de respuesta es de afirmación o negación de lo que plantea cada reactivo. Con registro de temporalidad en dos condiciones; alguna vez en la vida, y en los últimos 12 meses.

Se registraron 11 estudios (18.5 %) que reportaron el uso de esta escala en poblaciones mexicanas, 10% (6 estudios) realizados en personas entre 15 y 65 años, 7 % (4 estudios) en adolescentes entre 12 y 17 años, y 1.5 % (1 estudio) en adolescentes y jóvenes entre 12 y 29 años. Ningún estudio reporta confiabilidad, ni validez del registro de ideación suicida —aun cuando usualmente se reporta confiabilidad del instrumento total.

Escala de expectativas de vivir-morir de Okasha

Es una escala diseñada para identificar la presencia de ideación suicida en los últimos doce meses antes de la aplicación (Okasha, Lotaif & Sadek, 1981), en un formato de respuesta de Sí o No. Consta a 4 reactivos, los cuales 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 quitarse la vida?” Con opción de respuesta de 0 a 4.

El punto de corte que se ha referido es la respuesta afirmativa a cualquiera de los cuatro reactivos de la escala. Sin indicación, algunas veces, de la duración del pensamiento (Medina-Mora et al., 1992; Romero et al., 2001; Mondragón, et al., 2003). O con señalamiento de la temporalidad del pensamiento (Terroba et al., 1988).

Las poblaciones estudiadas con esta escala fueron 8 (13.5 %); tres estudios en usuarios de Centros de Salud; dos en hombres y uno en mujeres (Terroba et al., 1998; Mondragón et al., 2003), y uno solo en mujeres entre 18 y 65 años, con estudio indirecto de niños (Romero et al., 2001). Tres en población abierta con edades entre 18 y 65 años, incluyendo estudio indirecto de niños (Caraveo et al., 1994, 1995, 1995). Un estudio en población abierta con edades entre 18 y 65 años (Mondragón et al., 1992). Y un estudio en adolescentes con edades entre 12 y 17 años (Borges et al., 2009). Con respecto a la confiabilidad y validez, solo un estudio reportó confiabilidad de .78, con registro de agrupación de los reactivos en un solo factor y varianza explicada total de .70 (Romero et al.,

2001). En tanto que otro estudio solo reportó confiabilidad de .93, sin informe de validez (Median-Mora et al., 1992).

Escala de Ideación Suicida de Beck

Es una escala hetero-aplicada con traducción y adaptación al español diseñada por Beck et al. (1979) para cuantificar la intensidad de la consciencia suicida a través del escalamiento de varias dimensiones de pensamientos auto-destructivos. Se divide en cuatro secciones; actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, y realización del intento proyectado. Consta de 19 ítems graduados en una intensidad de 0 a 2, con un puntaje entre 0 y 38, más dos ítems en los que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio, que no se cuantifican en la puntuación de la escala. Y aunque fue diseñada para adultos también se ha empleado en jóvenes. Diseñada especialmente como apoyo en el área clínica, por lo que es conveniente que sea administrada y evaluada con el apoyo de clínicos entrenados (Range & Knott, 1997).

Existen dos formas de aplicar la escala; una con referencia al momento presente, y otra con relación al peor momento de la vida o de mayor crisis, que puede coincidir con el momento actual o corresponder a una condición pasada. Se cuenta también con una escala modificada (SSI-M), elaborada por Miller, Norman, Bishop y Down (1986), orientada hacia la aplicación por para-profesionales. La cual se integra por tres áreas; deseo suicida (9 ítems), preparación del intento (6 ítems), y percepción de la capacidad de efectuar el intento (3 ítems). Donde 13 de los reactivos son de la escala original. Con formato de respuesta entre 0 y 3, lo que genera una puntuación entre 0 y 54.

Otra versión de la escala de ideación suicida de Beck, es la escala orientada hacia la auto-aplicación (SSI-SR). Esta escala consta de 19 ítems – similares al SSI. La diferencia con respecto al SSI, es que puede completarse en computadora o con lápiz y papel, con el mismo punto de corte que para la SSI (Beck, Steer & Ranieri, 1988).

El punto de corte de corte generalmente corresponde a una puntuación de 1 o mayor, con informe de duración del pensamiento de acuerdo con lo que señala el reactivo 6 de la escala (Mondragón et al., 1998; González et al., 2000; García, 2003; Córdova et al., 2007). Se ha señalado que la escala aplicada en estudiantes universitarios mexicanos, registra consistencia en la mayoría de los reactivos, solo con excepción del reactivo 11 (González et al., 2000).

Las poblaciones mexicanas identificadas que fueron estudiadas con uso de esta escala fueron 4 (7 %); 2 correspondientes a adultos usuarios de centros de salud (Mondragón et al., 1998; Jaime et al., 2006), y 2 referentes a estudiantes universitarios (González et al., 2000; Córdova et al., 2007). Tres de los cuatro estudios reportaron confiabilidad del instrumento con valores entre .84 y .93 con el alpha de Cronbach. Solo un estudio reportó indicadores de validez de la escala.

Escalas de Depresión

Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).

El CES-D es un instrumento diseñado para registrar síntomas de depresión. La escala original consta de 20 reactivos, en los que se le pide al participante informar sobre el número de días la semana anterior a la aplicación, en que se sintió como lo indica cada uno de los reactivos. Donde el reactivo 20 es el que se ha asociado a ideación suicida; “*no podía seguir adelante*”.

La escala revisada del CES-D (CES-D-R) incorpora 15 nuevos reactivos que tienen el propósito de ajustar los síntomas de depresión con los criterios del Manual de Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira & Wagner, 2008). En razón de que la escala original se diseñó años antes de que se contara con los criterios diagnósticos y clínicos incorporados en la décima Clasificación de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud y del DSM-IV.

En la versión del CES-D-R se cuenta con dos reactivos relacionados a ideación suicida: “*No podía seguir adelante*” y “*Sentía deseos de estar muerto(a)*”. Que se registran con el mismo formato de respuesta de la primera versión.

Se ha reportado una versión del CES-D con número de reactivos no definidos, y sin indicación de confiabilidad y validez (Lara et al., 2006). Que integra reactivos para registrar ideación suicida y antecedentes de intento suicida. Los reactivos indicados para ideación suicida son: “¿Ha pensado mucho sobre la muerte, ya sea en la suya, en la de alguien más o en la muerte en general?”; “¿Ha deseado morirse?”.

En México, se identifican tres estudios que han utilizado esta escala, dos orientados al estudio de mujeres usuarias de centros de salud (Lara et al., 2004, 2006) y uno dirigido a niños de 5º y 6º de primaria (Aguilera et al., 2004). Sin indicación de registro de confiabilidad y validez.

Escala de Depresión para Niños (CDI).

El CDI fue elaborado por María Kovacs (1992) sobre la base del inventario de depresión de Beck. Se orienta a la identificación de síntomas de depresión y sus consecuencias en el funcionamiento escolar y social de niños en edad escolar, y en adolescentes. Consta de 27 reactivos que cuantifican humor depresivo, capacidad hedónica, auto-evaluación de funciones vegetativas y conductas interpersonales. El formato de respuesta es; 0 para la ausencia de síntomas; 1 para síntomas suaves y 3 para síntomas definidos.

El reactivo en el cual se basa el registro de la ideación suicida es el número 9, en las opciones A, B y C: “No piensas en matarte”, “Piensas en matarte pero no crees que lo harías”, “Algunas veces has pensado seriamente en matarte”.

En población mexicana, se reconoce un estudio que ha empleado esta escala para detectar la ideación suicida en de 5º y 6º de primaria (Miranda de la Torre et al., 2009), sin indicación de confiabilidad y validez.

Cuestionario de Estado de Ánimo

Es un cuestionario diseñado por Muñoz (1998), con base en los reactivos de la Cédula de Entrevista Diagnóstica y de los criterios del Manual de Diagnóstico y

Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, 3.^a ed. Rev. (DSM-III-R). Cuenta con un formato adaptada al español para mujeres embarazadas hispanas.

Consta de 11 reactivos; los reactivos 1, 2, 6, 7, 10 y 11 identificados con una sola pregunta, y los reactivos 3, 4, 5, 8 y 9 con más de una pregunta.

Para el registro de la ideación suicida se emplean las preguntas *a* y *b* del reactivo 9: *¿Ha pensado mucho en la muerte, ya sea en la suya, en la de alguien más o en la muerte en general?; ¿Ha deseado morir?*

En población mexicana, se ha reportado un estudio que empleo este instrumento para la identificación de ideación suicida en mujeres embarazadas (Lara & Letechipia, 2009), sin referencia a indicadores de confiabilidad y validez.

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

Es una escala de diseñada por Plutchik, van Praag, Conte y Picard, (1989), con el propósito contar con un instrumento que posibilite discriminar pacientes con tendencias suicidas, de aquellos sin tendencia suicida.

Consiste en un cuestionario auto-aplicado de 26 reactivos en su versión completa y de 15 reactivos en la versión corta. Presenta un formato de respuesta: sí-no, donde cada respuesta afirmativa suma un punto. Por lo que la puntuación de la escala corresponde a la suma de las respuestas afirmativas. El punto de corte para la escala de 26 reactivos es de 9, y de 6 para la de 15 reactivos. Proporciona información de síntomas de depresión, antecedentes de intentos de suicidio familiares, un reactivo acerca de intento previo de suicidio y dos reactivos relacionados con ideación suicida. En la versión corta, son los reactivos 13 y 14; *“¿ha pensado alguna vez en suicidarse?”*, *“¿ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?”* El registro de la presencia de ideación suicida se obtiene por la respuesta afirmativa al reactivo 13.

En población mexicana, se identifican dos estudios que han empleado esta escala para el registro de ideación suicida; uno en universitarios (Lazarevitch et

al., 2009), y otro en pacientes de un hospital psiquiátrico (López et al., 2008). Sin mención de confiabilidad y validez de la escala, en ninguno de los estudios.

Suicidal Ideation Screening Questionnaire (SISQ)

Consiste en una combinación de preguntas que incluyen síntomas de depresión, labilidad emocional, culpabilidad y valor de la vida. Las preguntas son las siguientes:

1. *¿Ha experimentado usted un período de dos o más semanas en las que tenga problemas para conciliar el sueño o mantenerse dormido?*
2. *¿Ha tenido un período de dos o más semanas durante los cuales se siente triste, deprimido o ha perdido el interés y el placer por cosas por las que usted comúnmente tenía cuidado o las disfrutaba?*
3. *¿Ha vivido un período de dos o más semanas en las que se sienta culpable?*
4. *¿Ha tenido un período en el que sienta que la vida no tiene valor?*

El formato de respuesta es de afirmación o negación en cada reactivo. Para el registro de la presencia de ideación suicida se registra la respuesta afirmativa a cualquiera de los reactivos. El punto de corte usualmente usado es la respuesta a los cuatro reactivos de la escala, con información de temporalidad con base en los reactivos 1 y 3.

En población mexicana, se identifica solo un estudio que ha usado esta escala para la detección de ideación suicida en usuarios adultos de Centros de Salud (Luckie et al., 1998). Sin indicación de confiabilidad y validez.

Social Behavior Assessment Schedule (SBAS)

Es un instrumento para medir la conducta social de los pacientes psiquiátricos y su impacto sobre los otros significantes. Consiste en una entrevista semi-estructurada, estandarizada con los familiares más cercanos al paciente. Compuesta de tres secciones acerca de lo que los familiares perciben del

paciente, las secciones son: conducta perturbada del paciente, ejecución social del paciente y efectos adversos en la familia.

Con respecto al registro de la ideación suicida, se ha reportado la percepción de los familiares con respecto a la posibilidad de ideación suicida en el paciente. Lo que se identifica en el apartado de la percepción de la conducta perturbada del paciente. A través de la respuesta afirmativa de esta percepción, por parte del familiar que lo tiene a su cuidado.

En población mexicana, se registra un estudio que ha empleado esta escala para la identificación de la ideación suicida en pacientes esquizofrénicos (Rascón et al., 2004). Sin referencia a confiabilidad y validez.

Symptom Check List (SCL-90)

El Symptom Check List (SCL-90) –diseñado en la facultad de medicina de la universidad John Hopkins de Baltimore– es un instrumento auto-aplicado que explora nueve dimensiones o perfiles psicopatológicos; somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y reactivos adicionales orientados al registro de trastornos de alimentación, de sueño, además de culpa e ideación suicida.

La opción de respuesta es conforme a una escala tipo Likert con opciones desde; 0 = *no le ha molestado en absoluto*, hasta 4 = *le ha molestado de manera extrema*. Sin indicación de punto de corte, por lo que se registra solo la suma de las puntuaciones por dimensión, para identificar los síntomas.

En población mexicana, se ha reportado solo un estudio que empleo esta escala para el registro de la ideación suicida en jóvenes universitarios (Heinze et al., 2008). Sin indicación de confiabilidad y validez.

Inventario de Riesgo Suicida para adolescentes (IRIS)

El IRIS es un instrumento orientado hacia la detección de riesgo suicida en adolescentes. Se compone de dos secciones, con un total de 75 reactivos. La

sección A, integrada por 40 reactivos en escala tipo Likert, se integra por las áreas de: ideación suicida, satisfacción de la vida, dificultades interpersonales y dificultades en la escuela. La sección B, compuesta por 35 reactivos dicotómicos, se divide en las áreas de: Signos de alerta, planeación e intención suicida, malestar personal psicológico y desesperanza (Hernández-Cervantes & Lucio, 2006).

En población mexicana, se reporta un estudio que ha empleado esta escala para el registro de ideación suicida en estudiantes de secundaria (Hernández-Cervantes & Lucio, 2006). Con informe de validez factorial, pero sin mención de confiabilidad específica del factor correspondiente a ideación suicida.

Preguntas

Se identifican investigaciones que han reportado la elaboración de preguntas orientadas a la detección de la ideación suicida. Las cuales pueden pertenecer a instrumentos ya elaborados, pero que en el informe de la investigación no es posible reconocer tal procedencia, porque no se citan los reactivos, ni la posible escala.

Bajo esta condición se identifican tres estudios; dos que reportaron la elaboración de tres preguntas para la detección de la ideación suicida, con el mismo formato de respuesta tipo Likert del CES-D. Con informe de confiabilidad arriba de .70 y validez de constructo al asociarse los reactivos en un solo factor. No se reporta criterio de punto de corte, solo que a mayor puntuación mayor ideación suicida. (González-Forteza & Andrade, 1993, 1995). Y un estudio que indica que las preguntas sobre ideación, plan e intento suicida se incorporaron a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), 2008. Y que refiere como ideación suicida pensamientos de auto-destrucción, que son registrados por una pregunta no citada en el reporte (Ouéda et al., 2009).

Poblaciones de estudio en México; Instrumento y variables relacionadas

De las 60 investigaciones detectadas que realizaron investigación referente a la presencia de ideación suicida en población mexicana, del año de 1990 al año del 2010, se identifica lo siguiente. Que el 62 % (37 estudios) se orientó al estudio de jóvenes. Entre los cuales se destacan los estudiantes desde primaria hasta universidad —78 %, 29 estudios. Y en especial los jóvenes de Secundaria y Preparatoria —66 %, 19 estudios. El 38 % restante (23 estudios) se identificó con el estudio de dos poblaciones; usuarios-pacientes de centros de salud y de centros psiquiátricos (57 %, 13 estudios), y población abierta con edades entre 15 y 65 años (43 %, 10 estudios). En donde es importante señalar que el 88 % de las investigaciones —53 estudios— se dirigió a población de ambos géneros, mientras que el 12 % restante —7 estudios— se orientó al estudio de solo mujeres.

A continuación se presentan los resultados correspondientes a la manifestación de ideación suicida y las variables relacionadas, en las distintas poblaciones estudiadas. Para lo cual se sigue una secuencia de presentación con base en la población estudiada —estudiantes, población abierta y usuarios de servicios de salud— y el instrumento usado para el registro de la ideación suicida.

Estudiantes

Como se indicó, los estudiantes son la población mayormente estudiada en la investigación de la ideación suicida en México. A continuación se enuncian los principales resultados en cada categoría; estudiantes de primaria, estudiantes de secundaria, estudiantes de secundaria y preparatoria, y estudiantes universitarios.

Estudiantes de primaria

En estudiantes de primaria, se identifican dos estudios dirigidos a la investigación de la ideación suicida (véase Tabla 1). Cada estudio con reporte de un instrumento distinto; uno la escala del CES-D, otro la escala de depresión para niños (CID). Ambos instrumentos orientados al registro de síntomas de depresión. Motivo por el cual la ideación suicida se identifica con aquellos reactivos que

señalan pensamientos de suicidio. A continuación se describen los principales resultados encontrados en cada uno de los estudios.

Investigación con escala del CES-D.

Aguilera-Guzmán, Carreño y Juárez (2004), informaron de un estudio en 310 niños de 6º de primaria –51 % del sexo masculino y 49 % del sexo femenino. Cuyo propósito fue registrar las características psicométricas del CES-D. Se comunicó que la manifestación de ideación suicida se correlacionó con la presencia de sintomatología depresiva, sin especificación de lo que se reportó como ideación suicida. Aun cuando es posible que el registro de ideación suicida correspondiese a la respuesta al reactivo 20 de la escala; “*Sentía que no podía seguir adelante*”. En este estudio tampoco se informó del porcentaje de presencia de ideación suicida en niños.

Tabla 1.

Investigación de ideación suicida en estudiantes de primaria; instrumento, confiabilidad (C), validez (V) y referencia bibliográfica

No.	Población	Instrumento	C	V	Referencia
1	Estudiantes ambos géneros	Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	No	No	Aguilera-Guzmán, Carreño y Juárez (2004)
2	Ídem	Escala de Depresión para niños (CDI)	No	No	Miranda de la Torre, Cubillas, Román y Valdez (2009)

Nota: No, indica ausencia de reporte del índice correspondiente

Investigación con escala de depresión para niños (CID).

En otro estudio, Miranda de la Torre et al. (2009) reportaron una investigación en 631 niños de 5º y 6º de primaria, cuyo objetivo fue identificar los factores psicológicos asociados a la manifestación de ideación suicida. Se notificó que el 29.2 % de los niños respondieron afirmativamente al reactivo 9 de la escala —escala de depresión para niños CDI— que refiere a las siguientes preguntas; “*No piensas en matarte*”, “*Piensas en matarte pero no crees que lo harías*” y

“Algunas veces has pensado seriamente en matarte”. Se informó de que los niños con ideación suicida de ambos sexos, presentaron mayor porcentaje de depresión severa, auto-estima baja y ansiedad alta.

Estudiantes de secundaria

En estudiantes de secundaria, se identifican 7 estudios dirigidos al estudio de la ideación suicida. En los cuales se reconoce el uso de dos instrumentos de registro (véase Tabla 2); la Escala de Ideación Suicida de Roberts-CES-D, y la elaboración de preguntas con el formato de respuesta del CES-D. A continuación se describen los principales resultados de cada estudio.

Tabla 2.

Investigación de ideación suicida en estudiantes de secundaria; instrumento, confiabilidad (C), validez (V) y referencia bibliográfica

No.	Población	Instrumento	C	V	Referencia
1	Estudiantes ambos géneros	Escala de Ideación Suicida de Roberts-CES-D	.78 No	1 Factor VE= 70 %	González-Forteza, Jiménez y Gómez (1995)
2	<i>Ídem</i>	<i>Ídem</i>	No	No	González-Forteza, Andrade y Jiménez (1997)
3	<i>Ídem</i>	<i>Ídem</i>	No	No	González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez (2001)
4	<i>Ídem</i>	<i>Ídem</i>	No	No	González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner (2003)
5	<i>Ídem</i>	<i>Ídem</i>	No	No	González-Forteza, Jiménez, Garfías y García (2009)
6	<i>Ídem</i>	Preguntas	.78	1 Factor VE= 70 %	González-Forteza y Andrade (1993)
7	<i>Ídem</i>	<i>Ídem</i>	.78	1 Factor VE= 70 %	González-Forteza y Andrade (1995)

Nota: No, indica ausencia de reporte del índice correspondiente; VE, indica porcentaje de varianza total con los factores identificados

Investigación con escala de Roberts-CES-D.

González-Forteza et al. (1995), realizaron un estudio en 423 jóvenes estudiantes de secundaria —56 % del sexo masculino y 44 % del sexo femenino— con el propósito de identificar la relación de ideación suicida con estrés cotidiano, características de personalidad y ambiente social. En hombres, se encontró que la ideación suicida se relacionó con violencia y enfermedad de los papas. Y en mujeres, con desventaja con el grupo de pares, falta de apoyo, afectividad, autoestima y comunicación con la madre.

En otro estudio —con los datos de González-Forteza et al. (1995) — cuyo propósito fue evaluar la consistencia interna y validez de constructo de una escala de estrés cotidiano familiar e identificar la correlación entre estrés cotidiano familiar y sintomatología depresiva e ideación suicida. González-Forteza et al. (1997) reportaron que las variables asociadas a la presencia de ideación suicida fueron; en hombres, violencia de los padres, regaño de los papás, prohibiciones del padre y de la madre, y problemas con los hermanos. En mujeres, problemas con los hermanos, enfermedad de los padres, prohibiciones de la madre y violencia de los padres.

González-Forteza et al. (2001), en una investigación ulterior con 936 jóvenes de dos escuelas de Educación Media Básica 54 % del sexo masculino y 46 % del sexo femenino. Cuyo propósito fue registrar el porcentaje de adolescentes con reporte abuso sexual y su relación con intento suicida y malestar depresivo. Y comparar los porcentajes entre quienes reportaron abuso y los que no reportaron abuso sexual. Informaron de que el 7 % de los hombres y el 6.3 % de las mujeres manifestaron ideación suicida. Que el 3.5 % de los hombres y el 11.4 % de las mujeres realizaron un intento suicida. Que el 2.2 % de los hombres y el 6.8 % de las mujeres manifestaron haber experimentado abuso sexual. Que el 8.1 % de los hombres y el 11.9 % de las mujeres presentaron malestar depresivo e ideación suicida. Y que de los hombres que habían intentado suicidarse, 50 % presentó, en el momento del registro, malestar depresivo e ideación suicida. Y que el 67 % de las mujeres con reporte de ataque

sexual y que habían intentado suicidarse, presentó malestar depresivo e ideación suicida en el momento del registro.

González-Forteza et al. (2003) —con los datos de González-Forteza et al. (2001) —en un posterior reporte cuyo fin fue identificar la correlación entre depresión, intento e ideación suicida. Se informó de que el 11.9 % de los hombres y el 12.3 % de las mujeres manifestaron ideación suicida o depresión. Que las respuestas agresivas de afrontamiento y no resolutivas y la impulsividad, se asociaron a la manifestación de ideación suicida y la depresión, en ambos géneros. Que en hombres, la ideación suicida se asoció con la depresión, tener conflictos con el padre y la madre. Y que en ambos géneros, las variables de protección contra la ideación suicida y la depresión fueron, alta auto-estima y tener buena relación con el padre y la madre.

González-Forteza et al. (2009), en una investigación subsecuente realizada en una muestra de 1549 estudiantes de la Ciudad de México, y cuyo propósito fue evaluar la asociación entre la fragmentación de la familia con ideación suicida y lesiones auto-infringidas deliberadamente. Encontraron que el 27 % de los estudiantes vivían en familias fragmentadas —63 % sin alguno de los padres y el 37 % sin los dos padres. Que el 13 % reportó haber tenido pensamientos sobre la muerte o haber pensado en matarse durante las dos semanas previas a la aplicación —mayor porcentaje en mujeres (19 %), que en hombres (8 %). Que los estudiantes que informaron vivir en familias fragmentadas registraron mayor porcentaje de presencia de ideación suicida (16 %) que los jóvenes que no provenían de familias fragmentadas (11.5 %). Por otra parte, que el 15 % reportó haber realizado lesiones auto-infringidas o intento de suicidio —con mayor porcentaje en mujeres (23 %) que en hombres (8.5 %). Y que los jóvenes del género femenino que reportaron vivir en una familia fragmentada, presentaron tres veces la probabilidad de tener ideación suicida.

Investigación con preguntas con formato de respuesta del CES-D.

En este rubro se agrupan los estudios que informan de la elaboración de preguntas para el registro de la ideación suicida con formato de respuesta del CES-D.

González-Forteza y Andrade (1993) comunicaron una investigación efectuada en 423 estudiantes de Educación Media Básica –56 % del sexo masculino y 44 % del sexo femenino. Cuyo fin fue registrar la correlación entre estresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida. Se reportó que la ideación suicida se relacionó con afecto negativo, somatización y problemas en las relaciones interpersonales, en ambos sexos. Y que solo en mujeres, además de las variables identificadas en los hombres, con informe de no acudir a apoyo y sentir que sus padres no se interesaban con quien salían ni adónde iban.

González-Forteza y Andrade (1995) —con la muestra de la investigación anterior— reportaron otro estudio cuyo propósito fue registrar la correlación entre sintomatología depresiva e ideación suicida, con afecto, comunicación, control del padre y la madre, los recursos de apoyo familiar y los recursos de apoyo de amigos. Se reportó que, en ambos géneros, la ideación suicida se relacionó con afecto negativo, somatización y problemas interpersonales. Pero que el malestar emocional (ideación suicida y sintomatología depresiva), en hombres, no se correlacionó con ninguna variable. En tanto que en mujeres, se correlacionó con la comunicación con el padre, comunicación con la madre y el apoyo familiar, en forma negativa. Y con ningún apoyo, en forma positiva.

Estudiantes de secundaria y preparatoria

En esta categoría se agrupan los estudios que integraron en su muestra de investigación a jóvenes de secundaria y preparatoria (véase Tabla 3). Bajo esta condición se identificaron 11 estudios, 10 con reporte de uso de la escala de Ideación Suicida de Roberts-CES-D y uno con indicación del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS) (véase Tabla 3). A continuación se describen los resultados relevantes de cada estudio.

Investigación con escala de Roberts-CES-D.

Medina-Mora et al. (1994) reportaron una investigación cuyo propósito fue identificar la prevalencia de ideación suicida y la comparación del consumo de sustancias entre estudiantes con manifestación de conducta violenta y estudiantes que no refirieron conducta violenta; 3459 estudiantes –51 % hombres y 49 % mujeres. Se reportó que el 10 % contestó afirmativamente a los cuatro reactivos, el 17 % presentó conducta antisocial violenta y el 11 % presentó ideación suicida y conducta antisocial violenta. Y que el reporte de consumo de drogas y alcohol se asoció con mayor puntuación de ideación suicida, en comparación con quienes reportaron no consumir alcohol o drogas y quienes reportaron consumir solo alcohol.

Tabla 3.

Investigación de ideación suicida en estudiantes de secundaria y preparatoria; instrumento, confiabilidad (C), validez (V), y referencia bibliográfica

No.	Población	Instrumento	C	V	Referencia
1	Estudiantes ambos géneros	Escala de Ideación Suicida de Roberts-CES-D	No	No	Medina-Mora et al. (1994)
2	Ídem	Ídem	No	No	Medina-Mora et al. (1995)
3	Ídem	Ídem	No	No	López et al. (1995)
4	Ídem	Ídem	No	No	González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina-Mora (1998)
5	Ídem	Ídem	No	No	Villatoro et al. (1998)
6	Ídem	Ídem	No	No	Villatoro et al. (2003)
7	Ídem	Ídem	.85	1 Factor VE=69 %	Serrano y Flores (2003)
8	Ídem	Ídem	.85	1 Factor VE= 69 %	Serrano y Flores (2005)
9	Ídem	Ídem	No	No	Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2007)
10	Estudiantes solo mujeres	Ídem	.83	1 Factor VE= 67 %	González-Forteza, Berenzon, Tello, Facio y Medina-Mora (1998)

No.	Población	Instrumento	C	V	Referencia
11	Estudiantes ambos géneros	Inventario de riesgo suicida para adolescentes (IRIS)	No	No	Hernández-Cervantes y Lucio (2006)

Nota: No, indica ausencia de reporte del índice correspondiente; VE, refiere al porcentaje de varianza total con los factores identificados

Con la muestra de la investigación reportada por Medina-Mora et al. (1994), López et al. (1995) realizaron otro estudio cuyo fin fue identificar la prevalencia de ideación suicida y su relación con grupos socios demográficos y su relación con el consumo de sustancias. Se reportó lo siguiente; 47 % de los estudiantes presentó al menos un síntoma de ideación suicida en el año anterior al estudio. 17 % reportó haber pensado en quitarse la vida. 10 % respondió afirmativamente a los cuatro reactivos de la escala. Los usuarios ocasionales de drogas presentaron más ideación suicida que los experimentadores. Las mujeres registraron 50 % más de riesgo de presentar ideación suicida que los hombres. Los estudiantes de medio tiempo o que no estudiaron el año anterior al estudio, presentaron 20 % más de riesgo de manifestación de ideación suicida, que los estudiantes regulares.

Medina-Mora et al. (1995), reportaron otro estudio en una muestra de 3,501 estudiantes –51 % del sexo masculino y 49 % del sexo femenino. Cuyo fin fue probar la influencia de factores relacionados con la exposición a sustancias, la influencia del factor legal en el consumo, la presencia de ideación suicida y la relación de la depresión y la ideación suicida con el consumo de sustancias. Se notificó que el 11.2 % reportó haber consumido alguna droga alguna vez en su vida, el 6 % lo había hecho el último año y el 3.4 %, el último mes anterior a la aplicación. Que las sustancias mayormente consumidas fueron las anfetaminas – ritalín, esbelcalps, entre otros– el thiner, los pegamentos, el espray, los alucinógenos y el LSD. Que los estudiantes que reportaron mayor consumo fueron principalmente hombres, de mayor edad, que cursaban preparatoria. Que el carácter ilegal de las drogas y la dificultad para obtenerlas, no influyó en el consumo. Que en los usuarios se observó mayor porcentaje con amigos que usaban sustancias, menor percepción de riesgo en el uso de sustancias, mayor

porcentaje de familiares con consumo de sustancias, mayor porcentaje con estado de ánimo displacentero. Y que con respecto a la ideación suicida – respuesta a los cuatro reactivos– el 10 % del total se identificó en esta condición. Donde se duplicó la frecuencia en los usuarios con respecto a los no usuarios. Además de que la ideación suicida se incrementó con el uso regular de sustancias.

González-Forteza, Berenzon et al. (1998) refirieron una investigación cuyo propósito fue registrar la prevalencia de ideación suicida, delimitar el perfil sintomático e identificar las características socio-demográficas que distinguían a quienes registraron mayor puntuación de ideación suicida. En una muestra clínica de 30 mujeres y en una muestra de 1712 estudiantes mujeres de Educación Media Básica y Superior del Distrito Federal. Se informó de que el 11.8 % de la muestra escolar y el 56.7 % de la muestra clínica, presentaron todos los síntomas de ideación suicida. Y que las jóvenes de la muestra escolar que presentaron ideación suicida alta, se caracterizaron por calificaciones bajas, percibir su desempeño escolar como regular o malo, y por haber interrumpido sus estudios por seis meses o más. En tanto que las jóvenes de la muestra clínica con ideación suicida alta, se caracterizaron por percibir su desempeño escolar regular o malo.

González-Forteza, Mariño et al. (1998), informaron de una investigación en 1848 estudiantes de secundaria y preparatoria de la ciudad de Pachuca Hidalgo – 46 % del sexo masculino y 54 % del sexo femenino. Cuyo propósito fue detectar la prevalencia de intento suicida y su relación con el malestar depresivo – sintomatología depresiva e ideación suicida– y con el consumo de sustancias, en jóvenes con intento y jóvenes sin intento suicida. Se reportó que el 10 % señaló haber intentado quitarse la vida por lo menos una vez en la vida. Además, que las mujeres registraron 2.3 veces más reporte de intento suicida que los hombres. Que 9.4 % de los hombres y el 11 % de las mujeres se identificaron con ideación suicida alta –puntuación igual o mayor a la media más una desviación estándar. Y que las condiciones de riesgo para el intento suicida fueron: ser mujer, sintomatología depresiva, ideación suicida, uso de tabaco, alcohol y drogas.

Villatoro et al. (1998), reportaron un estudio en 67,779 estudiantes de secundaria y preparatoria del Distrito Federal –52 % del sexo masculino y 48 % del sexo femenino. Cuyo objetivo fue describir los patrones y problemas relacionados con el uso de drogas en adolescentes. Se informó de que la primera droga usada por los estudiantes fueron los inhalantes, la segunda la marihuana, y la tercera, anfetaminas y estimulantes. Además, que los usuarios de drogas presentaron mayor frecuencia de trabajar aparte de estudiar, fueron mayores en edad y registraron grado educativo más alto del jefe de familia, que los no usuarios de drogas. Que 67 % de los usuarios de drogas presentó síntomas de depresión, contra el 36 % de los no usuarios. Y que el promedio de la puntuación de ideación suicida de los usuarios de drogas fue de 1.26, contra él .66 de los no usuarios.

Villatoro et al. (2003), informaron de otra investigación cuyo propósito fue analizar la relación del intento suicida con el consumo de drogas, la ideación suicida, la autoestima y el ambiente familiar en 10,578 estudiantes adolescentes –50 % del sexo masculino y 50 % del sexo femenino. En esta investigación no se especificó la escala de ideación suicida empleada, sin embargo, por los antecedentes y la forma del reporte se estima que es la escala de Roberts-CES-D. Se informa de que en la muestra de 10,578 estudiantes, el 9.5 % reportó intento suicida. Y que por sexo, el 15.9 % de las mujeres y el 3.9 % de los hombres manifestó haber realizado intento suicida. Que los jóvenes que manifestaron intento suicida, presentaron menor autoestima, mayor hostilidad y rechazo (especialmente en los hombres), menor comunicación con los padres (especialmente en las mujeres), menor apoyo de los padres. Con respecto a la ideación suicida, se indica la presencia del doble de síntomas en los que reportaron esta condición además de antecedente de intento suicida, en comparación con los que manifestaron ideación suicida sin intento suicida previo. Y que con respecto al consumo de drogas, que el porcentaje fue tres veces mayor en los que intentaron suicidio que en los no lo intentaron.

Serrano y Flores (2003), informaron de que una investigación cuyo objetivo fue identificar en 374 estudiantes de escuelas secundarias y preparatorias de la ciudad de Mérida Yucatán –48 % del sexo masculino y 52 % del sexo femenino– la correlación entre sintomatología depresiva, la relación con el padre e ideación

suicida. Se reportó que a mayor comunicación con el padre, se registró menor tristeza, menor somatización-desvalidez social, menor ánimo deprimido y menor ideación suicida.

Con los datos recabados en la investigación anterior, Serrano y Flores (2005) refirieron otro estudio cuyo propósito fue analizar la relación entre el estrés y el afrontamiento con respecto a la ideación suicida. Informaron que en hombres la ideación suicida se relacionó con estrés con la pareja y con estilo de afrontamiento de respuestas agresivas con la pareja. Y en mujeres, la ideación suicida se relacionó con estilo de afrontamiento de respuestas agresivas con la pareja, con los familiares y con los amigos; además de estrés con la pareja y estrés social.

Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2007), informaron de otro estudio cuyo propósito fue la comparación de los resultados de tres estudios realizados en 1992, 1996 y 1999, con respecto a la auto-estima, la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los jóvenes estudiantes de secundaria y preparatoria. Se informó de que las puntuaciones de auto-estima y de ideación suicida fueron similares en hombres y mujeres en los tres estudios. Con registro de mayor sintomatología depresiva en mujeres en el segundo estudio. Donde el 18.6 % de los hombres y el 21 % de las mujeres se identificaron con manifestación de ideación suicida alta; puntuación igual o mayor a la media de la puntuación más una desviación estándar.

Investigación con Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS).

Con uso del Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS), Hernández-Cervantes y Lucio (2006) notificaron de un estudio realizado en 341 estudiantes de secundarias y preparatorias del Distrito Federal y de Morelia, 48 % del sexo masculino y 52 % del sexo femenino. Cuyo propósito fue registrar la validez de constructo y confiabilidad del Instrumento y evaluar la relación entre sucesos estresantes de vida y riesgo suicida. Se reportó que los reactivos de las dos secciones del instrumento se agruparon en cuatro factores. La primera sección con los factores: ideación suicida, insatisfacción con la vida, reflejo de dificultades

interpersonales y dificultades en la escuela. Y la segunda sección con los factores: signos de alerta, planeación e ideación suicida, malestar personal y desesperanza. Se informó de confiabilidad aceptable en todos los factores. Observación de asociación entre el área personal negativa de sucesos de vida, las áreas de dificultades interpersonales, malestar emocional, ideación suicida, signos de alerta y área personal negativa.

Estudiantes de preparatoria

Investigación con escala de Roberts-CES-D.

Solo se identifica un estudio dirigido a estudiantes de preparatoria (véase Tabla 4). Dicho estudio fue realizado por Chávez et al. (2004), en una muestra de 2532 estudiantes de preparatoria de la ciudad de Guanajuato —46 % del sexo masculino y 54 % del sexo femenino. Cuyo objetivo fue identificar la prevalencia y los factores asociados a la ideación y al intento suicida realizaron una investigación. Se notificó que 1 de cada 3 jóvenes respondió al menos a uno de los reactivos de la escala y que el 8.7% manifestó intento de suicidio. De los cuales el 31 % señaló que buscaba morir con el intento. Y que las razones para el intento fueron interpersonales (62 %) y emocionales (24 %).

Tabla 4.

Investigación de ideación suicida en estudiantes de preparatoria; instrumento, confiabilidad (C), validez (V), y referencia bibliográfica

No.	Población	Instrumento	C	V	Referencia
1	Estudiantes de ambos géneros	Escala de Ideación Suicida de Roberts-CES-D	No	No	Chávez, Pérez, Macías y Páramo (2004)

Nota: No, indica ausencia de reporte del índice correspondiente

Estudiantes de preparatoria y universidad

Investigación con escala de Roberts-CES-D.

Se identifican dos estudios orientados a estudiantes de preparatoria y universidad, ambos dirigidos a estudiantes del género femenino y con empleo de

la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D (véase Tabla 5). En uno, Unikel-Santoncini y Gómez-Peresmitre (2004) informaron de una investigación en 332 estudiantes mujeres de Instituciones Educativas Públicas (60.4 %) e Instituciones Privadas (39.6 %) de la Ciudad de México, con edades entre 14 y 40 años. Cuyo propósito fue evaluar la validez de constructo de un instrumento para detectar factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres jóvenes mexicanas. Con señalamiento de que las escalas incluidas registraron consistencia interna y confiabilidad mayor de .70; escalas de depresión, ideación suicida, autoestima, características psicológicas; creencias y actitudes hacia la obesidad, miedo a madurar, insatisfacción con la figura corporal, relaciones con hombres, con hermanos, con papá y con mamá.

Tabla 5.

Investigación de ideación suicida en estudiantes de preparatoria y universidad; instrumento, confiabilidad (C), validez (V), y referencia bibliográfica

No.	Población	Instrumento	C	V	Referencia
1	Estudiantes mujeres	Escala de Ideación Suicida de Roberts-CES-D	No	1 Factor VE= 67 %	Unikel-Santoncini y Gómez-Peresmitré (2004)
2	Ídem	Ídem	No	No	Unikel-Santoncini, Gómez-Peresmitré y González-Forteza (2006)

Nota: No, indica ausencia de reporte del índice correspondiente; VE, refiere al porcentaje de varianza total con los factores identificados

En otra investigación, Unikel-Santoncini et al. (2006) reportaron un estudio realizado en 405 mujeres estudiantes de escuelas públicas y privadas de la Ciudad de México, con uso del instrumento evaluado en la investigación previa. Cuyo propósito fue caracterizar la conducta suicida e identificar la asociación entre conducta suicida, sintomatología depresiva, conductas de riesgo alimentario, ideación suicida, abuso sexual y relación con los padres. Y además identificar los factores de riesgo para las conductas suicidas en estudiantes mexicanas. Se informó de que el 10.6 % informó haber manifestado conducta suicida en alguna ocasión en sus vidas y que el 3.2 % reportó haber manifestado en más de una ocasión conducta suicida. Que los que manifestaron conducta

suicida, el 18.6 % si deseaba morir. Lo que señaló un porcentaje del 2 % de ideación suicida alguna vez en su vida. Y que los factores de riesgo para la conducta suicida fueron: maltrato emocional, ideación suicida, conductas de riesgo alimentario, y que el factor protector fue el afecto maternal.

Estudiantes de Universidad

Se reconocieron 5 investigaciones dirigidas a estudiantes universitarios (véase Tabla 6), de las cuales una refirió el uso de la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D, dos la escala de ideación suicida de Beck, una la escala de riesgo suicida de Plutchik y otra más a la escala del Symptom Check List (SCL-90). A continuación se presentan los resultados que identifican cada uno de los estudios.

Tabla 6.

Investigación de ideación suicida en estudiantes universitarios; instrumento, confiabilidad (C), validez (V,) y referencia bibliográfica

No.	Población	Instrumento	C	V	Referencia
1	Estudiantes ambos géneros	Escala de Ideación Suicida de Roberts-CES-D	.71	1 Factor VE= 56 %	González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez (1998)
2	<i>Ídem</i>	Escala de Ideación Suicida de Beck	.84	4 Factores VE= N.R	González, Díaz, Ortiz, González-Forteza y González (2000)
3	<i>Ídem</i>	<i>Ídem</i>	.92	<i>No</i>	Córdova, Rosales, Caballero y Rosales (2007)
4	<i>Ídem</i>	Escala de Riesgo Suicida de Plutchik	<i>No</i>	<i>No</i>	Lazarevich, Delgadillo, Rodríguez y Mora (2009)
5	<i>Ídem</i>	Symptom Check List (SCL-90)	<i>No</i>	<i>No</i>	Heinze, Vargas y Cortés (2008)

Nota: No, indica ausencia de reporte del índice correspondiente; VE, porcentaje de varianza total con los factores identificados, y N.R. varianza total no reportada

Investigación con escala de Roberts-CES-D.

González-Forteza et al. (1998) informaron de una investigación cuyo objetivo fue identificar la prevalencia de ideación suicida, las variables protectoras y de riesgo de la ideación suicida, así como las variables predictivas de la ideación suicida en estudiantes de dos generaciones de una universidad privada de la Ciudad de México –1021 de la generación 93 y 869 de la generación 95. Se reportó que el 20 % de los jóvenes respondió al menos a un reactivo. Que 1.7 % respondió a los cuatro reactivos de la escala. Y que las variables de pronóstico de la ideación suicida en varones fueron: baja auto-estima, respuestas agresivas de afrontamiento hacia la familia y estrés social. Y en las mujeres: baja autoestima, estrés social y deficiente relación con el padre.

Investigación con escala de ideación suicida de Beck.

González et al. (2000) dieron cuenta de un estudio cuyo objetivo fue evaluar la concordancia diagnóstica y la consistencia interna de la escala de ideación suicida de Beck, probada en 122 estudiantes universitarios. Se reportó que el 11 % de los varones y el 21 % de las mujeres fueron detectados con ideación suicida, de acuerdo con el diagnóstico clínico. De los cuales solo el caso de un varón no fue detectado con la escala de ideación suicida. Y que el alpha de Cronbach fue de .84, con agrupación de los reactivos en cuatro factores, en el análisis factorial.

Córdova et al. (2007) informaron de una investigación cuyo propósito fue identificar la presencia de ideación suicida en 521 estudiantes universitarios y su relación con factores socio-demográficos. Se reportó –con el criterio de punto de corte de puntuación de 1 –que el 59.9 % de los jóvenes manifestó algún síntoma de ideación suicida. Y que los aspectos asociados fueron haber vivido la infancia sin ambos padres, consumir café, alcohol, drogas o medicamentos no prescritos, considerar que su vida había sido trastornada últimamente, no contar con suficientes recursos económicos para cubrir sus necesidades personales, haber recibido atención psicológica y percibir un futuro incierto y difícil.

Investigación con escala Symptom Check List (SCL-90).

Con utilización del Symptom Check List (SCL-90) para detectar ideación suicida, Heinze et al. (2008) informaron de una investigación cuyo propósito fue conocer el estado mental de los alumnos de la Facultad de Medicina de la UNAM y su influencia en el desempeño académico. Para tal efecto se usó una muestra de 370 estudiantes. Se reportó que la comparación de los grupos de núcleo de calidad educativa (NUCE) con los alumnos repetidores de la carrera de medicina interna de la UNAM, con respecto a sintomatología psiquiátrica, fue que los grupos de repetidores registraron mayor sintomatología de obsesión-compulsión, depresión y ansiedad. Además de problemas de alimentación, problemas de relaciones interpersonales, enojo, somatización e ideación suicida, que los grupos de núcleo de calidad educativa.

Investigación con escala de riesgo suicida de Plutchik.

Lazarevich et al. (2009), con uso de la escala de riesgo suicida de Plutchik, reportaron una investigación cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia del riesgo suicida y las características psicosociales en una muestra 752 alumnos de la Universidad Autónoma Metropolitana plantel Xochimilco. Se informó de que el 3.7 % de los jóvenes respondió afirmativamente a la pregunta de *¿ha pensado alguna vez en suicidarse?* Y que el riesgo suicida se relacionó positivamente con depresión, ansiedad y desesperanza. Y que en mujeres, además se relacionó con problemas en la familia, con problemas de pareja, problemas económicos y consumo de alcohol. En tanto que en los hombres se relacionó con problemas en la familia, problemas con amigos, problemas económicos, problemas académicos y con el uso de sustancias.

Población Abierta

El siguiente segmento de población mexicana que ha sido investigado con respecto a la ideación suicida, se identifica con población abierta de 12 a 65 años. En esta categoría se agrupan los estudios en tres categorías; investigaciones realizadas en adolescentes —población entre 12 y 18 años, investigaciones efectuadas en población abierta general entre —12 y 65 años, y en población

usuaria de servicios de salud. A continuación se refieren los aspectos relevantes reportados en cada categoría.

Adolescentes

En esta categoría se identifican 6 estudios (véase Tabla 7). Dos estudios que utilizaron la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D, y cuatro estudios que reportaron el uso del WMH-CIDI-A. A continuación se describen los principales resultados de cada una de las investigaciones conforme al instrumento utilizado para el registro.

Tabla 7.

Investigación de ideación suicida en adolescentes; instrumento, confiabilidad (C), validez (V), y referencia bibliográfica

No.	Población	Instrumento	C	V	Referencia
1	Adolescentes; entre 13 y 18 años	Escala de Ideación Suicida de Roberts-CES-D	.80	No	González-Forteza, Villatoro, Pick y Collado (1998)
2	Adolescentes; entre 12 y 17 años	Ídem	No	No	Medina-Mora et al. (2003)
3	Adolescentes; entre 12 y 17 años	WMH-CIDI-A; adolescentes	No	No	Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco y Nock, (2008)
4	Ídem	Ídem	No	No	Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco, Molnar et al. (2008)
5	Ídem	Ídem	No	No	Orozco, Borges, Benjet y Medina-Mora (2009)
6	Ídem	Ídem	No	No	Borges et al. (2010)

Nota: No, indica ausencia de reporte del índice correspondiente; VE, refiere al porcentaje de varianza total con los factores identificados y N.R. varianza total no reportada

Investigación con escala de Roberts-CES-D.

Con reporte del uso de la escala de Roberts-CES-D para el registro de la ideación suicida en adolescentes de 13 a 17 años, se ha reportado lo siguiente.

González-Forteza et al. (1998), informaron de una investigación efectuada en 371 adolescentes de nivel socioeconómico medio y 320 estudiantes de nivel socioeconómico bajo, cuyo propósito fue identificar la relación entre estrés psicosocial cotidiano, respuestas de enfrentamiento y malestar emocional. Se reportó que la ideación suicida y la sintomatología depresiva, como componentes de la variable latente denominada malestar emocional, podía ser explicada por respuestas de afrontamiento inadecuadas (agresión encubierta, agresión manifiesta y evitación) y por estrés psicosocial (estrés familiar, estrés social y estrés en sexualidad).

Medina-Mora et al. (2003), reportaron un estudio en 3882 adolescentes cuyo objetivo fue identificar el consumo de drogas y los factores de riesgo asociados. Se informó de que los factores de riesgo identificados fueron: no estudiar, considerar fácil conseguir drogas, no ver mal el uso de drogas por parte de los amigos, que los amigos usaran drogas, que la familia usara drogas y estar deprimido. No se distinguió a la ideación suicida como factor de riesgo.

Investigación con instrumento del WMH-CIDI-A.

Con uso del instrumento del WMH-CIDI-A, se identifican los siguientes estudios.

Borges et al. (2008), reportaron una investigación en 3005 adolescentes mexicanos con edad de 12 a 17 años. Cuyo propósito fue identificar la prevalencia, edad de inicio y los factores de riesgo para la suicidalidad. Se reportó prevalencia de ideación suicida del 11.5 %, del plan suicida del 3.9 %, y del intento suicida del 3.1 %. Donde el 34.1 % de los que presentaron ideación suicida, reportaron plan, y el 27.2 % intento. Además, que la transición de ideación suicida hacia intento fue mayor entre aquellos con plan (53.3 %) que en aquellos sin plan (13.7 %). Con mayor prevalencia de ideación suicida a lo largo de la vida, en mujeres que en hombres. Con indicación de que los factores de riesgo socio-demográficos fueron; ser adolescente con menor edad, con menos años de estudio, dejar de estudiar o no asistir a la escuela. En tanto que en los psicológicos, fue presentar una historia de trastorno psiquiátrico.

Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco, Molnar et al. (2008), con la muestra del estudio previo (Borges et al., 2008), informaron de un estudio cuyo fin fue probar la relación entre eventos traumáticos, desórdenes psiquiátricos y suicidalidad. Se notificó que el 11.5 % reportó ideación suicida, el 3.9 % plan suicida, el 4.3 % intento. Además, que el 69 % reportó eventos traumáticos alguna vez en su vida. Donde el evento traumático más común fue la muerte súbita de alguien cercano. Y que en los que presentaron ideación suicida el evento traumático más frecuente fue la violación. En tanto que en quienes reportaron plan suicida e intento suicida, el evento traumático más frecuente fue la muerte o daño a alguien cercano. Con señalamiento de que el aumento en el reporte de eventos traumáticos se relacionó con mayor ideación, plan e intento suicida. Además de que la presencia de eventos traumáticos, en los que presentaron ideación suicida, incrementó la probabilidad de transición a plan e intento suicida. Por otra parte, que el trastorno principalmente asociado con ideación y con intento suicida, fue la distimia. En tanto que en el plan suicida fue el abuso y dependencia del alcohol. Indicación de que el riesgo de suicidalidad incrementó con los niveles de comorbilidad; antecedentes de 3 o más desórdenes psiquiátricos se asociaron con incremento de 7.2 en el ratio odd de ideación suicida, 5.2 en plan suicida y 5.7 en intento suicida.

Orozco et al. (2009), con los datos de las investigaciones previas (Borges et al., 2008; Borges Benjet, Medina-Mora, Orozco, Molnar et al., 2008) reportaron una investigación cuyo propósito fue identificar los trastornos psiquiátricos y otros eventos ocurridos durante la vida del adolescente, como factores de riesgo para la conducta suicida. Se notificó que 7.6 % de los hombres y 15.3 de las mujeres se identificaron con ideación suicida. Además, que 2.3 % de los hombres y 5.6 % de las mujeres se reconocieron con plan suicida. Y que 2 % de los hombres y 6 % de las mujeres mencionaron haber efectuado algún intento suicida. Donde los trastornos psiquiátricos más frecuentes, en jóvenes con ideación suicida, fueron; en hombres, trastornos de ansiedad (53 %) y trastornos de control de impulso (53 %). Y en mujeres, trastornos de ansiedad (63 %). En tanto que en jóvenes con plan suicida, los trastornos más frecuentes fueron; en hombres, trastornos de control de impulso (63 %) y trastornos de ansiedad (54 %). Y en mujeres,

trastornos de ansiedad (64 %) y control de impulso (54 %). En cuanto a jóvenes con intento suicida, los trastornos más frecuentes fueron; en varones, trastornos de control de impulso (57 %) y trastornos de ansiedad (55 %). Y en mujeres, trastornos de ansiedad 68 % y trastornos de control de impulsos (58 %). Por otra parte, se notificó que los eventos de vida más frecuentes reconocidos como factores de riesgo para la conducta suicida, fueron. En hombres con ideación suicida; ser apaleado, atracado o perseguido (60 %), exposición a tóxicos, accidente de tránsito, enfermedad grave (49 %) y apaleado por padres o violencia intrafamiliar (45 %). En mujeres con ideación suicida; apaleada por padres o violencia intrafamiliar (54 %) y muerte repentina de un familiar o evento traumático ocurrido a algún familiar (45 %). En varones con plan suicida; ser apaleado, atracado o perseguido (82 %), exposición a tóxicos, accidente de tránsito, enfermedad grave (71 %) y apaleado por padres o violencia intrafamiliar (54 %). En mujeres con plan suicida; apaleada por padres o violencia intrafamiliar (55 %), muerte repentina de un familiar o evento traumático ocurrido a algún familiar (53 %) y apaleada, atracada o perseguida (43 %). En varones con intento suicida; ser apaleado, atracado o perseguido (73 %), exposición a tóxicos, accidente de tránsito o enfermedad grave (69 %) y apaleada por padres o violencia intrafamiliar (56 %). En mujeres con intento suicida; apaleada por padres o violencia intrafamiliar (57 %), apaleada, atracada o perseguida (52 %) y muerte repentina de un familiar o evento traumático ocurrido a algún familiar (52 %).

Borges et al. (2010) informaron de otra investigación con la información obtenida en investigaciones previas (Borges et al., 2008; Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco, Molnar et al., 2008; Orozco et al., 2009), cuyo propósito fue identificar las tasas de uso de los servicios de Salud Mental, alguna vez en la vida y en los últimos doce meses, por parte de los adolescentes. Se informó de que el 7.2 % de la muestra indicó haber manifestado solo ideación suicida alguna vez en su vida. Que el 1.1 % manifestó gesto e ideación suicida alguna vez en su vida. Y que el 3.1 % manifestó intento suicida e ideación suicida alguna vez en su vida. Además, que la manifestación de ideación suicida, gesto e intento suicida, en los doce meses anteriores al registro, fue aproximadamente la mitad de lo reportado con respecto a alguna vez en la vida.

Población abierta entre 12 y 65 años

En esta clasificación se identifican 12 estudios (véase Tabla 8). Cinco estudios que utilizaron el instrumento del WMH-CIDI versión para adultos. Cinco estudios que emplearon la escala de expectativas de vivir-morir de Okasha. Un estudio que reportó el uso de la escala de ideación suicida de Beck. Y un estudio que informó del uso de preguntas anexas a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), 2008. A continuación se describen los principales resultados de cada una de las investigaciones conforme al instrumento utilizado para el registro.

Tabla 8.

Investigación de ideación suicida en población mexicana con edad entre 12 y 65 años; instrumento, confiabilidad (C), validez (V), y referencia bibliográfica

No.	Población	Instrumento	C	V	Referencia
1	Población Abierta; entre 15 y 65 años	World Mental Health Computer Assisted version of the Composite International Diagnostic Interview (WMH- CIDI adultos)	No	No	Berenzon, Medina-Mora, López y González (1998)
2	Población abierta, entre 18 y 65 años	Ídem	No	No	Berenzon, González-Forteza y Medina-Mora (2000)
3	Ídem	Ídem	No	No	Borges et al. (2005)
4	Ídem	Ídem	No	No	Borges et al. (2007)
5	Ídem	Ídem	No	No	Nock et al. (2008)
6	Ídem	Escala de expectativas de vivir-morir de Okasha	.93	No	Medina-Mora et al. (1992)
7	Ídem e indirectamente niños	Ídem	No	No	Caraveo, Medina-Mora, Villatoro y Rascón (1994)
8	Ídem	Ídem	No	No	Caraveo, Medina-Mora, Villatoro, Rascón y Vélez (1995)
9	Ídem	Ídem	No	No	Caraveo, Villatoro y Martínez (1995)

No.	Población	Instrumento	C	V	Referencia
10	Población abierta, entre 12 y 65 años	<i>Ídem</i>	No	No	Borges et al. (2009)
11	Población abierta, entre 15 y 64 años	Escala de Ideación suicida de Beck	No	No	García (2003)
12	Población abierta, entre 12 y 29 años	<i>Preguntas</i>	No	No	Ouéda et al. (2009)

Nota: No, indica ausencia de reporte del índice correspondiente

Investigación con instrumento del WMH-CIDI.

Con aplicación del WMH-CIDI, se identifican cinco estudios, que a continuación se describen.

Berenzon et al. (1998), reportaron una investigación cuyo propósito fue estudiar en 1156 personas mayores de 15 años –52 % del sexo masculino y 48 % del sexo femenino– la prevalencia de trastornos mentales, los subgrupos afectados y analizar los factores sociales, económicos y culturales relacionados con este tipo de padecimientos. Se reportó que el 10 % de la población señaló padecer trastornos fóbicos, el 5.7 % trastornos depresivos, el 3.7 % depresiones graves, y menos del 2 % trastornos de angustia o bipolares. Con respecto a ideación suicida; que el 17.6 % de los hombres y 18.2 % de las mujeres pensó en la muerte; 8.1 % de los hombres y 11 % de las mujeres se identificó con pensamiento de querer morir; 5.7 % de los hombres y 7.2 % de las mujeres pensó en suicidarse; y 2.1 % de las mujeres y 3.9 % de los hombres intentó suicidarse. Además, de que los trastornos bipolares fueron más frecuentes en el sexo masculino y los trastornos de angustia en el sexo femenino.

Berenzón et al. (2000) reportaron otra investigación realizada en 928 mujeres de comunidades pobres, con el propósito de identificar la relación entre ideación e intento suicida con trastornos depresivos y fóbicos. Se reportó que 7.2 % manifestó ideación suicida en algún momento de su vida y que el 3.6 % informó haber intentado suicidarse. Donde en las mujeres que pensaron suicidarse, 36.2 % presentó trastornos depresivos, 29.6 % distimia, y 17.6 %

trastornos disfóricos. Además, que las variables de riesgo, tanto para la ideación como para el intento suicida, fueron: mostrar trastornos depresivos y ser solteras.

Borges et al. (2005) informaron de una investigación más, efectuada en una muestra de 2362 adultos con edades de 18 a 65 años. Cuyo propósito fue obtener datos epidemiológicos descriptivos de la conducta suicida en México. Se reportó que 2.4 % y 3.9 % de los hombres, alguna vez en su vida planearon un posible suicidio. Además, que 1 % de los hombres y .9 % de las mujeres, lo planearon en los últimos 12 meses. Que 6.1 % de los hombres y 10.4 % de las mujeres pensaron alguna vez en cometer seriamente suicidio. Y que 1.9 % de los hombres y 2.7 % de las mujeres lo pensaron en los últimos 12 meses.

Borges et al. (2007), reportaron otro estudio en 5782 personas de 18 a 65 años, cuyo objetivo fue identificar la prevalencia alguna vez en la vida, de la ideación, de los planes y del intento suicida. Y correlación de estos aspectos con características socio- demográficas y reporte de padecimientos psiquiátricos pre- existentes. Se notificó prevalencia de ideación suicida de 8.1 %, de 3.2 % para los planes suicidas y de 2.7 % para el intento suicida. Donde los que presentaron ideación suicida, 39 % reportó algún plan suicida y 33.8 % intento suicida. Con informe de que la transición entre ideación e intento suicida fue mayor entre aquellos con un plan suicida (61.3 %), que entre aquellos que no informaron de un plan suicida (16.3 %). Notificación de que las mujeres observaron mayor porcentaje y prevalencia de intento sin plan suicida, que los hombres. Y que las características de riesgo para la ideación, el plan y el intento fueron: ser mujeres y tener entre 18 y 44 años. Y para la ideación y el plan suicida: edad entre 45 y 54 años y bajo nivel escolar.

Nock et al. (2008), informaron de una investigación realizada en una muestra de 84,450 adultos de entre 18 y 65 años, pertenecientes a 17 ciudades del mundo: Nigeria, Colombia, México, Japón, Nueva Zelanda, Beijing, Shanghai, Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda, España, Ucrania, Israel y Líbano. Cuyo propósito fue examinar la prevalencia, a través de las naciones, de las conductas suicidas y examinar los factores de riesgo. Se notificó que la prevalencia de ideación, plan e intento suicida, alguna vez en la vida a través de

las naciones estudiadas, fue de 9.2 %, 3.1 % y 2.7 % respectivamente. Que entre los ideadores suicidas, la probabilidad condicional de realizar un plan suicida, fue de 33.6 % y de realizar un intento suicida, del 29 %. Que la probabilidad de intento en los ideadores con plan fue de 56 %, contra 15.4 % en los ideadores sin plan suicida. Y que la conducta suicida se relaciona con ser mujer, ser joven, tener pocos años de educación formal y haber sido casado o casada. Además de que la presencia de trastornos mentales se relacionó con riesgo de conductas suicidas.

Investigación con escala de expectativas de vivir-morir de Okasha.

Medina-Mora et al. (1992), reportaron una investigación realizada en población urbana mayor de 18 años, con el propósito de registrar la presencia de trastornos emocionales en la nación. Se reportó que 34 % manifestó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al registro. Donde 11 % de los hombres y 14 % de las mujeres manifestaron que no valía la pena vivir; 9.9 % de los hombres y 18.2 % de las mujeres señalaron haber deseado dejar de existir; 6.3 % de los hombres y 13.6 % de las mujeres señalaron, que valía más morir que vivir. Y 1 % de los hombres y el 2 % de las mujeres, manifestaron haber estado a punto de quitarse la vida.

Caraveo et al. (1994), informaron de una investigación realizada en población abierta mayor de 18 años detectada por medio de la Encuesta Nacional de Adicciones y de la Encuesta Nacional de Salud Mental, con el propósito de analizar la relación entre sintomatología depresiva y desesperanza en el adulto, con respecto a sintomatología psiquiátrica en niños. Para lo cual se seleccionó una muestra de 2025 adultos, de los cuales se identificaron 1243 relacionados con niños. Se reportó que la sintomatología depresiva se relacionó positivamente con la sintomatología psíquica en niños. Y que tanto desesperanza como ideación suicida se relacionaron con la sintomatología psíquica en los niños, aun cuando fue mayor la relación con desesperanza.

Con los datos de la investigación previa (Caraveo et al., 1994), se reportaron dos estudios sobre la misma temática (Caraveo, Medina-Mora et al.,

1995; Caraveo, Villatoro et al., 1995). El primero con el fin de analizar la relación entre consumo de alcohol de los familiares con la sintomatología psiquiátrica en los niños. Y el segundo, con el propósito de identificar la contribución del consumo de alcohol, de la sintomatología depresiva, de la desesperanza y de las ideas suicidas en el adulto, en la sintomatología de los niños. Con respecto al primer estudio, se notificó que en el hogar donde hay un adulto con dependencia al alcohol, se observa un 10.3 % más de probabilidad de presentar algún síntoma en los niños que en el hogar donde no hay miembros dependientes al alcohol. Y que la presencia de desesperanza e ideación suicida en el adulto, contribuye casi con el doble de probabilidad, con respecto a la dependencia al alcohol por parte del adulto, en la probabilidad de presencia de síntomas psiquiátricos en los niños. Con relación al segundo estudio, se reportó que la desesperanza y la ideación suicida se relacionan solo con los reactivos correspondientes a miedoso, nervioso, y lento para aprender. Que el consumo de alcohol se asoció con fugarse del hogar y lentitud para aprender. Y que los niños de mayor edad registraron mayor número de síntomas que los niños de menor edad.

Borges et al. (2009), reportaron una investigación realizada en una muestra de 22,962 personas con edades entre 12 y 65 años. Cuyo propósito fue registrar la prevalencia y el perfil socio-demográfico de las conductas relacionadas con el suicidio en los últimos 12 meses. Se reportó que el 6 % manifestó haber experimentado la sensación de que no vale la pena vivir, el 6 % haber vivido situaciones en las que deseó dejar de existir, el 4 % haber pensado que vale más morir que vivir. Y que en total el 8.8 % manifestó algún síntoma de ideación suicida. Y que los aspectos socio-demográficos asociados al comportamiento suicida fueron; ser mujer, no estar casado o casada, o en unión libre, baja escolaridad, ser joven y desempleado.

Investigación con escala de ideación suicida de Beck.

García (2003) notificó de un estudio en 607 personas de entre 15 y 64 años 48 % hombres y 52 % mujeres, cuyo objetivo fue identificar la asociación de la ideación suicida con variables socio-demográficas, religiosas y psicológicas. Con uso de la escala de ideación suicida de Beck, se informó de correlación positiva entre

ideación suicida con el motivo para el suicidio, depresión, ansiedad de estado y de rasgo. Y correlación negativa con la edad.

Investigación con preguntas.

Ouéda et al. (2009), informaron de una investigación realizada a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del 2008, sobre la base de una muestra de 22,962 personas con edades de 12 a 65 años, de las cuales se seleccionó a las personas con edades de 12 a 29 años. Con el propósito de registrar los hallazgos básicos del comportamiento suicida en jóvenes, se indica que se registró la ideación suicida, el antecedente de intento suicida en general y el antecedente de intento suicida con reporte de atención médica, con preguntas anexas a la encuesta aplicada. Los principales resultados reportados fueron los siguientes. Con respecto a la ideación suicida, se indicó mayor presencia en mujeres. Que la edad predominante de los que presentaron ideación suicida fue de 15 a 24 años, en ambos sexos. Que la mayor presencia de ideación suicida se identificó en jóvenes de la zona metropolitana del país. Que eran jóvenes que generalmente no estaban estudiando. Predominantemente con ubicación de nivel socioeconómico bajo. Que el Estado con mayor presencia de ideación suicida fue el Estado de México. Con respecto a la manifestación de plan suicida, lo siguiente; doble porcentaje de mujeres con respecto a los hombres. Jóvenes generalmente solteros. Con indicación de religión católica. Jóvenes que se encontraban estudiando secundaria. Con nivel socio-económico bajo. Edades de 18 a 24 años. Y que estos jóvenes se ubicaban con mayor porcentaje en los estados de Veracruz y Puebla. Con relación al intento suicida; los jóvenes que reportaron intento suicida previo, eran en su mayoría solteros y sin trabajo. Con la observación de que el doble de mujeres reportó intento suicida, en comparación con lo indicado por los hombres. Con registro de que el método más frecuente para el intento fue el uso de arma blanca o de fuego en general. Pero que en los hombres sobresale el ahogamiento, la estrangulación, el salto al vacío y los accidentes de tránsito, como métodos de intento suicida. Además, de que fue mayor el porcentaje de jóvenes que reportó más de un intento, que un solo intento suicida. Y que el rango de edad de 18 a 24 años, registró el porcentaje mayor de intentos suicidas reportados. Con indicación de que el Estado de

México fue el que registró el mayor porcentaje de personas con reporte de intento suicida. Finalmente, con relación al intento de suicidio con atención médica se informó de que el mayor porcentaje ocurrió en mujeres. Que las edades predominantes correspondieron a un rango entre 18 y 24 años. Que se caracterizaban por no estar estudiando, no tener trabajo, contar con nivel de escolaridad de secundaria o primaria. Identificarse con un nivel socioeconómico medio. Y con señalamiento de que en el centro del país fue donde se presentó el mayor porcentaje de personas con reporte de intento suicida con atención médica.

Usuarios de servicios de salud

La última clasificación que se registró en esta investigación, refirió a los estudios orientados al registro de la ideación suicida en usuarios de servicios de salud. Bajo esta categoría se reconocieron 14 estudios (véase Tabla 9). Seis estudios orientados a usuarios adultos de ambos sexos. Un estudio dirigido a usuarios adultos mayores. Cinco estudios dirigidos a usuarias mujeres —con observación de un estudio donde se comparan las mujeres usuarias con estudiantes de preparatoria y universidad. Y dos estudios dirigidos a pacientes de hospitales psiquiátricos. Con reporte de siete escalas usadas en los diferentes estudios para el registro de la ideación suicida; 1. Escala de Ideación Suicida de Roberts-CES-D, 2. Escala de expectativas de vivir-morir de Okasha, 3. Escala de Ideación Suicida de Beck, 4. Cuestionario de Estado de Ánimo, 5. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, 6. Suicidal Ideation Screening Questionnaire (SISQ), 7. Social Behavior Assessment Schedule (SBAS). A continuación se describen los aspectos relevantes reportados en cada uno de los estudios, organizados conforme a la escala o instrumento empleado y la población estudiada.

Tabla 9.

Investigación de ideación suicida en usuarios de servicios de salud en México; instrumento, confiabilidad (C), validez (V) y referencia bibliográfica

No.	Población	Instrumento	C	V	Referencia
1	Usuarios adultos	Escala de Ideación Suicida de Roberts-CES-D	No	No	Ramos-Lira, Saltijeral-Méndez, Romero-Mendoza, Caballero-Gutiérrez y Martínez-Vélez (2001)
2	Ídem y Estudiantes Preparatoria y Universidad; mujeres	Ídem	No	No	Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela y Carreño-García (2004)
3	Usuarios adultos mayores	Ídem	No	No	Rivera-Ledesma, Montero-López, González-Celis, y Sánchez-Sosa (2007)
4	Usuarios adultos	Escala de expectativas de vivir-morir de Okasha	No	No	Terroba, Saltijeral y Gómez (1998)
5	Ídem	Ídem	No	No	Mondragón, Monroy, Medina-Mora y Borges (2003)
6	Usuaris mujeres	Ídem	.78	1 Factor VE=70%	Romero, Mondragón, Cherpitel, Medina-Mora y Borges (2001)
7	Usuarios adultos	Escala de Ideación Suicida de Beck	.93	No	Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges (1998)
8	Ídem	Ídem	No	No	Jaime, Blum y Romero (2009)
9	Usuaris mujeres	Ídem	No	No	Lara, Navarro y Navarrete (2004)
10	Usuaris mujeres embarazadas	Ídem	No	No	Lara et al. (2006)
11	Usuaris mujeres embarazadas	Cuestionario de Estado de Ánimo	No	No	Lara y Letechipia (2009)

No.	Población	Instrumento	C	V	Referencia
12	Pacientes Hospital Psiquiátrico; adultos	Escala de Riesgo Suicida de Plutchik	No	No	López, López y López (2008)
13	Pacientes Centros de Salud; adultos	Suicidal Ideation Screening Questionnaire (SISQ)	No	No	Luckie et al. (1998)
14	Familiares de pacientes con esquizofrenia; adultos	Social Behavior Assessment Schedule (SBAS)	No	No	Rascón et al. (2004)

Nota: No, indica ausencia de reporte del índice correspondiente; VE, refiere al porcentaje de varianza total con los factores identificados

Investigación con escala de ideación suicida de Beck.

Con aplicación de la escala de Ideación Suicida de Beck, se identifican dos estudios. En el primero, Mondragón et al. (1998) reportaron una investigación efectuada en 1094 pacientes de Servicios de Salud de segundo nivel con edades entre 18 y 65 años. Cuyo fin fue registrar la relación entre ideación suicida, desesperanza, abuso de drogas y de alcohol. Se reportó que el 11.3 % presentó ideación suicida. Y que el riesgo de presentar ideación suicida es dos veces mayor en mujeres que en hombres. Y que si las mujeres son separadas o divorciadas, o si presentaron un consumo de alcohol consuetudinario, el riesgo es tres veces mayor. Asimismo, que si las mujeres presentaban desesperanza alta entonces el riesgo era siete veces mayor.

En el segundo, Jaime et al. (2009), notificaron una investigación en 15 pacientes –con edades entre los 18 y 41 años– diagnosticados con trastorno límite de la personalidad, en un hospital de psiquiatría del Valle de México. Con el propósito de evaluar el riesgo de la letalidad suicida en este tipo de pacientes. Se informó de que el grupo de pacientes con edades entre 18 y 25 años, reportó mayor número de intento de suicidio que los pacientes de mayor edad (56 %). Que las causas del último intento realizado fueron principalmente, conflictos familiares y causas amorosas. Con respecto a la ideación suicida, se reportó que el 93.3 % registró una puntuación > 10, lo que refirió mayor riesgo de intentar

conducta suicida en el futuro. En cuanto a los factores de riesgo, se indicó que estos fueron: abuso sexual (87 %), separación de la pareja (47 %) y divorcio de los padres (40 %).

Investigación con escala de expectativas de vivir-morir de Okasha.

Con el uso de esta escala en usuarios de servicios de salud, se identifican tres estudios. En el primer estudio, Terroba et al. (1988) reportaron una investigación realizada con el propósito de reconocer las características de los suicidas identificados por el Servicio Médico Forense, en especial la relación entre suicidio y consumo de alcohol. Además de las características de los internados por intento de suicidio. E identificar la presencia de ideación suicida e intento suicida en 1094 pacientes de consulta externa en los servicios de salud. Se reportó lo siguiente. Edad predominante para los suicidios, entre 18 y 49 años. En adolescentes, se registró mayor suicidio en mujeres que en hombres. En mujeres, las principales causas del suicidio fueron problemas con la pareja. En hombres, enfermedad grave y consumo de alcohol. En hombres, empleo de métodos más violentos, como dispararse o ahorcarse. En mujeres, métodos menos violentos, como envenenamiento o sobredosis de drogas. Mayor número de intentos suicida en mujeres que en hombres. Y que la razón expuesta para el suicidio generalmente fue problemas familiares y afectivos. Con relación a la ideación suicida, se señaló que durante los 6 meses anteriores a la aplicación, 8 % de la muestra experimentó que no valía la pena vivir, 7 % vivió situaciones ante las que deseo dejar de vivir, 6 % pensó que valía más morir que vivir, 3 % estuvo a punto de intentar suicidarse.

En el segundo estudio, Romero et al. (2001) reportaron una investigación en 1511 pacientes de tres servicios de urgencias en la ciudad de Pachuca, Hidalgo. Con el propósito de identificar las características demográficas y psicológicas de mujeres con consumo alto y no alto de alcohol. Se notificó que la única variable que mostró diferencia significativa entre grupos, fue la depresión – mayor en mujeres con consumo alto de alcohol. Y que aun cuando el porcentaje de consumo de drogas, abuso sexual e ideación suicida fue mayor en mujeres con consumo alto, la diferencia no fue significativa. Además, que el porcentaje de

mujeres con ideación suicida en el grupo de consumo alto de alcohol, fue de 25.7 %, en comparación con 18.5 % de las mujeres sin consumo alto.

En el tercer estudio, con la muestra de la investigación previa (Romero et al., 2001), Mondragón et al. (2003) refirieron un estudio en los asistentes a los servicios de urgencia, con edad entre 18 y 65 años. Cuyo propósito fue identificar la relación entre ideación suicida con depresión, consumo de alcohol y eventos de vida. Se reportó mayor presencia de ideación suicida en mujeres (5.7 %) que en hombres (3.7 %). Y que las personas con ideación suicida se identificaron por estar separados o divorciados, y por manifestar menor escolaridad. Por otra parte, se reportó que las mujeres con ideación suicida registraron porcentajes más altos de pérdidas, divorcio o separación, muerte del cónyuge y abandono del hijo de la casa, que los hombres con ideación suicida. Y que los varones con ideación suicida registraron mayor porcentaje de cambio de trabajo, problemas laborales, desempleo, peleas, nuevo matrimonio y reunirse con personas que tomaban mucho, que las mujeres con ideación suicida. Finalmente, que las variables relacionadas con la manifestación de ideación suicida, en ambos géneros, fueron; consumo de alcohol, experiencia de eventos sociales negativos (separación), y depresión.

Investigación con Suicidal Ideation Screening Questionnaire (SISQ).

Luckie et al. (1998), reportaron una investigación en 1000 pacientes de consulta externa del Hospital regional 1º de octubre –68 % hombres y 32 % mujeres. Cuyo propósito fue detectar la frecuencia de personas con manifestación de ideación suicida. Se notificó que el 12.2 % de la muestra respondió afirmativamente a los cuatro reactivos del cuestionario. De los cuales el 34 % fueron hombres y el 66 % mujeres. Con distribución de acuerdo con la edad. En hombres, en primer lugar, de 35 a 54 años –42 %. En segundo lugar, de 55 a mayor de 65 años –35 %. Y en tercer lugar, de 15 a 34 años –23 %, En mujeres, en primer lugar, de 35 a 54 años –48 %. En segundo lugar, de 15 a 34 años –40 % Y en tercer lugar, 55 años a mayor de 65 –29 %.

Investigación con escala de depresión del CES-D.

Lara et al. (2004), reportaron una investigación en 254 mujeres pacientes con intervención psico-educativa sobre depresión, de tres Centros Comunitarios de Salud Mental y de un Centro de Salud. Cuyo propósito fue identificar la influencia de los sucesos vitales y el apoyo social sobre la depresión. En esta investigación se reportó a la manifestación de ideación suicida como criterio de exclusión. Se reportó que los sucesos vitales que se relacionaron con depresión fueron: dificultades para educar a los hijos, cambio en la frecuencia con la que se veía a un familiar, enfermedad de un familiar y enfermedad personal. Y que con respecto al apoyo social, el menos frecuente, en mujeres con depresión, fue la cercanía de la pareja y no contar con apoyo social.

Lara et al. (2006), reportaron un estudio en 300 mujeres embarazadas que asistían a atención prenatal en tres centros salud de la Ciudad de México. Con el propósito de estudiar la prevalencia de depresión en mujeres embarazadas, así como los factores de riesgo asociados. Con mención de que los reactivos considerados para registro de la ideación suicida fueron: *¿Alguna vez ha estado a punto de quitarse la vida?; ¿Alguna vez a propósito, se ha herido, cortado, intoxicado o hecho daño, con el propósito de quitarse la vida?; ¿Ha pensado mucho sobre la muerte, ya sea en la suya, en la de alguien más o en la muerte en general?; y ¿Ha deseado morir? Reactivos que, sin embargo, no corresponden a la escala del CES-D. Se informó de que el 31 % presentó síntomas de depresión y que el 59 % mencionó haberla padecido con anterioridad. Y que con respecto a la ideación suicida, la mitad dijo haber pensado mucho en la muerte, la cuarta parte haber deseado morir, cerca de una quinta parte la intención de haber querido quitarse la vida y 7.7 % haberse herido con el propósito de quitarse la vida. Además de que las variables relacionadas con depresión fueron: menor escolaridad, ser solteras o divorciadas, estar en el primer mes trimestre de gestación y tener un embarazo no deseado.*

Investigación con escala de ideación suicida de Roberts-CES-D.

Ramos-Lira et al. (2001) reportaron una investigación realizada en 345 mujeres con pareja, pacientes de un Centro de Salud de la Ciudad de México. Cuyo propósito fue estimar la frecuencia de diferentes tipos de violencia sexual e identificar la relación de la violencia sexual con sintomatología depresiva, ideación, intento suicida y consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas. Se informó de que el 35 % de las mujeres reportaron haber sufrido algún tipo de violencia sexual en su vida: tocamientos sexuales (19 %), violación (11 %), tocamiento de órganos sexuales de otras personas (5 %). Y que las mujeres con reporte de violencia sexual, manifestaron mayor porcentaje de depresión, ideación e intento suicida que las otras mujeres.

Rivera-Ledesma et al. (2007) informaron de una investigación realizada en dos muestras de adultos mayores pacientes externos de una Clínica de Salud de la Ciudad de México –234 de la primera muestra y 151 de la segunda muestra. Cuyo fin fue evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad ante el Envejecimiento y explorar la relación entre vejez percibida, ideación suicida y ansiedad ante el envejecimiento. Se reportó que la estructura factorial del instrumento señaló cuatro factores con una varianza explicada total del 60.8 %, y registro de consistencia interna con el alpha de Cronbach de .76. Con criterio de puntuación igual o mayor a dos desviaciones estándar arriba de la media, 1.9 % con presencia de ideación suicida. Relación negativa de ideación suicida con niveles de ansiedad ante el envejecimiento. Y que el grupo de personas sin pareja presentó mayor porcentaje de ideación suicida y de ansiedad ante el envejecimiento, que las personas con pareja.

Finalmente, Unikel-Santoncini et al. (2004), reportaron una investigación realizada en 78 mujeres con diagnóstico de trastorno en conducta alimentaria que acudieron por primera vez a la Clínica de Trastornos de Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz de la Ciudad de México; y en 468 mujeres estudiantes de preparatoria y universidad. Cuyo propósito fue probar la confiabilidad y validez de un instrumento breve (11 preguntas) para la detección de conductas alimentarias de riesgo. Se reportó que

el instrumento registró confiabilidad de .83 y agrupación de los reactivos en tres factores, con varianza explicada total de 64.7 %. Además de correlación entre la puntuación total del cuestionario de conductas alimentarias de riesgo con el CES-D y con la escala de ideación suicida.

Investigación con escala de Estado de Ánimo.

Lara y Letechipia (2009), refirieron una investigación en 117 mujeres embarazadas que acudían a consulta de cuidado prenatal en un Centro de Salud de la ciudad de México, con el propósito de determinar el comportamiento suicida y los motivos mencionados. Se reportó que 24.8 % de la muestra manifestó pensar mucho en la muerte, y 38 % lo pensó alguna vez en la vida. Donde los principales motivos para pensar mucho en la muerte, fueron; muerte o enfermedad de una persona cercana, miedo al parto y temor a un accidente o enfermedad. Con respecto al deseo de morir alguna vez en la vida, se indicó que el 24.8 % lo manifestó. Y que durante el embarazo lo deseó el 7.7 %. En cuyo caso los motivos para el deseo de morir fueron, sentirse sola, problemas con la pareja y con los padres y muerte o enfermedad de alguna persona cercana. Con referencia al informe de haber estado a punto de quitarse la vida, se observó que el 11.1 % lo indicó. Y que durante el embarazo, lo señaló el 2.6 %. Con indicación de que los principales motivos fueron; problemas con la pareja y con los padres y no importarle a nadie.

Investigación con escala de Evaluación de la Conducta Social del Paciente (SBAS).

Rascón et al. (2004), reportaron una investigación en pacientes esquizofrénicos, cuyo propósito fue describir la percepción del familiar responsable respecto al intento y la ideación suicida de su pariente con esquizofrenia. Con una muestra de 163 familiares; 80 % hombres y 20 % mujeres. Se reportó que en el 33.7 % de los casos se percibió intento suicida. Y el 13.5 % de los percibió ideación suicida del pariente, alguna vez en la vida. Además, que tanto la ideación suicida –13.8 % de los hombres y 12.5 % de las mujeres– como el intento suicida –42.5 % de las mujeres y 30.9 % de los hombres– se observó principalmente en pacientes

solteros, con educación media y sin ocupación. Aun cuando los mismos porcentajes de factores relacionados se mantuvieron en los pacientes sin intento y sin ideación suicida percibida.

Investigación con escala de riesgo suicida de Plutchik.

López, López y López (2008), informaron de un estudio realizado en 240 pacientes internados en un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México, por distintos trastornos, entre otros -esquizofrenia, trastornos orgánicos y de personalidad, abuso de sustancias y episodios y trastornos depresivos, abuso de sustancias, trastorno del puerperio, entre otros. Con el propósito de describir la frecuencia de ideación suicida y comparar los niveles de desesperanza en las distintas entidades psiquiátricas. Se reportó que el promedio de ideación suicida fue de 7.4. Y que quienes presentaron mayor ideación suicida fueron los internados por trastorno del puerperio, trastorno de personalidad y trastorno depresivo. Además, que el promedio de desesperanza fue de 7. Y que quienes fueron internados por trastorno de esquizofrenia, mostraron desesperanza alta. Por otra parte, se notificó que la puntuación de la escala de riesgo suicida se relacionó con trastorno de personalidad, episodios y trastornos depresivos y trastorno psicótico agudo. Donde la menor correlación se presentó en los grupos de retraso mental, con trastorno de ansiedad y con trastorno por abuso de sustancias.

Síntesis de lo reportado acerca de la presencia y las variables relacionadas con ideación suicida en las distintas poblaciones de estudio en México

Presencia de ideación suicida

Estudiantes de primaria.

En los estudios registrados con el estudio de esta población, no se reporta cual es el porcentaje de presencia de ideación suicida.

Estudiantes de secundaria.

Por género, se identificó en hombres un porcentaje que se encuentre entre 7 % (González-Forteza et al., 2001) y 11.9 % (González-Forteza et al., 2001). Y en mujeres, porcentaje entre 6.3 % (González-Forteza et al., 2001) y 12.3 % (González-Forteza et al., 2001).

Estudiantes de secundaria y preparatoria.

Por género, se reportó en hombres un porcentaje que se encuentra entre 18.6 % (Jiménez et al., 2007) y 52.8 % (González-Forteza, Mariño et al., 1998). Y en mujeres, un porcentaje entre 21 % (Jiménez et al., 2007) y 40.6 % (González-Forteza, Mariño et al., 1998).

Estudiantes de bachillerato.

En ambos géneros, registro de al menos un síntoma con porcentajes entre 25 % (Chávez et al., 2004) y 47 % (Medina-Mora et al., 1994). Con todos los síntomas registrados con la escala de Roberts-CES-D, un porcentaje del 10 % (Medina-Mora et al., 1994).

Estudiantes universitarios.

En ambos géneros, se reportó —con al menos un síntoma de ideación suicida— un porcentaje que va del 23.2 % (González-Forteza, García et al., 1998), al 59 % (Córdova et al., 2007). Y en el registro por género, porcentaje del 21 % en mujeres y del 7.4 % en hombres (González et al., 2000).

Usuarios adultos de Centros de Salud.

En esta población el porcentaje más bajo se registra en mujeres hospitalizadas por consumo alto de alcohol, 1.6 % (Romero et al., 2001). Seguido de usuarios adultos de ambos sexos, con porcentajes que van desde el 3 % (Terroba et al., 1988) al 12.2 % (Luckie et al., 1998) Después, mujeres durante el embarazo con 7.7 % (Lara & Letechipia, 2009). Finalmente, el porcentaje más alto se obtuvo en

pacientes esquizofrénicos, con un 13.8 % en hombres y un 12.5 % en mujeres (Rascón et al., 2004)

Población abierta de 15 a 65 años.

El registro en ambos géneros, indica un porcentaje que se encuentre entre 8 % (Borges et al., 2009) y 11.5 % (Borges et al., 2008). Por género en hombres, un porcentaje que va del 5.7 % (Berenzón et al., 1998) al 10 % (Medina-Mora et al., 1992). Y en mujeres, un porcentaje que se encuentra entre 7.2 % (Berenzón et al., 1998) y 18 % (Medina-Mora et al., 1992).

Resultados que señalan la poca información que se cuenta con respecto a niños de primaria y estudiantes universitarios. La diversidad de instrumentos y criterios para el registro de la presencia de ideación suicida. La indicación de que las poblaciones con mayor presencia de ideación suicida son los jóvenes y los pacientes psiquiátricos. Y que en mujeres tiende a presentarse mayor variabilidad y presencia de ideación suicida que en hombres.

Variables relacionadas con la presencia de ideación suicida

Consumo de sustancias.

En adolescentes, se ha señalado que el consumo de drogas desde la primaria hasta la preparatoria, se relaciona con mayor presencia de ideación suicida (Medina-Mora et al., 2003). En estudiantes de secundaria (Medina-Mora et al., 1994, Medina-Mora et al., 1995), y en estudiantes de secundaria y preparatoria (López et al., 1995; Villatoro et al., 1998), se ha referido que la ideación suicida se relaciona con el consumo de drogas. En estudiantes de preparatoria se ha señalado que la ideación suicida se relaciona con consumo de cigarrillos, alcohol o medicamentos no prescritos (Córdova et al., 2007). En adultos, que la ideación suicida es uno de los factores que identifican a los que abusan de drogas (Villatoro et al., 1998), y dependencia al alcohol (Caraveo et al., 1995; 1996). En usuarios de servicios de centros de salud (Mondragón et al., 1998) y en usuarios adultos de los servicios de urgencias (Mondragón et al., 2003), que una de las

principales variables para el pronóstico de ideación suicida fue el consumo consuetudinario de alcohol

Intento Suicida.

En estudiantes de nivel medio y medio superior, se ha notificado que la presencia de ideación suicida se asocia con antecedentes de intento suicida (González-Forteza, Mariño et al., 1998).

Problemas familiares.

En estudiantes de secundaria de ambos géneros, se ha informado relación de la ideación suicida con las siguientes variables. Violencia y enfermedad en los padres (González-Forteza et al., 1995). Problemas con los hermanos (González-Forteza et al., 1997). Conflictos con el padre y/o la madre (González-Forteza et al., 2003). Vivir en familias fragmentadas (González-Forteza et al., 200).

En tanto que en estudiantes de secundaria y preparatoria. Con menor comunicación y apoyo de los padres, hostilidad de los padres (Villatoro et al., 2003) En estudiantes de Educación Media Superior, vivir solo o sola con el padre o la madre, o sin ambos padres, (Córdova et al., 2007). De acuerdo con el género, en estudiantes de secundaria hombres, con violencia de los padres en el caso de los hombres, y en mujeres con no percibir interés del padre por sus relaciones sociales (González-Forteza et al., 1995). En estudiantes universitarios mujeres, agresión familiar (González-Forteza, García et al., 1998). En usuarios de servicios de centros de salud de ambos géneros, con divorcio o separación de la pareja (Mondragón et al., 1998), muerte del cónyuge, abandono de algún hijo, nuevo matrimonio (Romero et al., 2001). En mujeres embarazadas, con problemas de la pareja o con los padres (Lara & Letechipia, 2009).

Problemas escolares.

En mujeres estudiantes de secundaria y bachillerato, interrumpir los estudios por más de 6 meses y considerar que su desempeño escolar es malo (González-

Forteza, Berenzon et al., 1998). En usuarios de centros de salud, tener solo educación primaria (Mondragón et al., 1998)

Malestar emocional.

En niños de primaria (Aguilera-Guzmán, 2004), de secundaria (Jiménez et al., 2007; González-Forteza et al., 2001), de secundaria y preparatoria (Serrano & Flores, 2003), en población abierta (García, 2003) y en mujeres de población abierta (Berenzon et al., 1998), en pacientes adultos de los servicios de urgencias (Mondragón et al., 2003), y en pacientes mujeres de servicios de salud (Ramos-Lira et al., 2003), lo relacionado con tristeza, sintomatología depresiva, malestar depresivo, ánimo deprimido, depresión.

Desesperanza.

En mujeres usuarias de servicios de salud (Mondragón et al., 1998), y en adultos de población abierta (Caraveo et al., 1994), se ha registrado la relación de ideación suicida con desesperanza.

Trastornos mentales o desórdenes psiquiátricos.

En adolescentes de población abierta (López et al., 2008; Orozco, et al., 2009) y en población abierta (Caraveo et al., 1994; Nock et al., 2008), trastornos psiquiátricos en general. En niños de primaria (Miranda de la Torre et al., 2009), trastorno depresivo. En adolescentes de población abierta, historia de trastornos psiquiátricos (Borges et al., 2008).

Estrés, ansiedad.

En niños de primaria, se ha informado de que la ideación suicida se relacionó con ansiedad (Miranda de la Torre et al., 2009). En estudiantes universitarios, hombres, se refiere que una de las principales variables para el pronóstico de la ideación suicida es el estrés social (González-Forteza, García et al., 1998). En población abierta de ambos géneros, que una de las principales variables para el pronóstico de la ideación suicida es la ansiedad -rasgo y estado- (García, 2003) y que la ideación suicida integrada con la sintomatología depresiva —malestar

emocional— es pronosticada por el estrés psicosocial y las respuestas de enfrentamiento (González-Forteza, Villatoro et al., 1998). Por género, que la ideación suicida se presenta con mayor frecuencia en hombres con estrés por la pareja, en tanto que en mujeres, la ideación suicida se presenta más cuando se presenta estrés social y estrés por la pareja (Serrano & Flores, 2003; 2005).

Impulsividad y agresión.

En estudiantes de secundaria de ambos sexos (González-Forteza et al., 2003), y solo en mujeres (González-Forteza et al., 1995), se ha informado que la ideación suicida se relacionó con impulsividad. Y que en estudiantes de secundaria de ambos sexos, la ideación suicida se relacionó con respuestas de enfrentamiento agresivas (González-Forteza et al., 2003)

Violencia y abuso sexual.

En adolescentes de población abierta, se notificó correlación entre antecedentes de violación y manifestación de ideación suicida (Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco, Molnar et al., 2008). En estudiantes de secundaria, asociación entre abuso sexual, ideación suicida y malestar depresivo (González-Forteza et al., 2001). En usuarias de centros de salud, correlación entre violencia sexual e ideación suicida (Ramos-Lira et al., 2001). Y que en pacientes adultos de centros de salud, asociación entre antecedentes de abuso sexual e ideación suicida (Jaime et al., 2009).

Conductas alimentarias de riesgo.

En estudiantes de nivel medio y superior con problemas de conducta alimentaria y en pacientes con trastornos de conducta alimentaria, se notificó a la ideación suicida como uno de los factores asociados (Unikel-Santoncini et al., 2004).

Historia de migración.

En personas de condición rural con historia de emigración y sintomatología depresiva, se ha informado de vinculación con la presencia de ideación suicida (Aguilera-Guzmán et al., 2004).

Nivel socio-económico.

Se ha informado de que el nivel socio-económico bajo se relaciona con la presencia de ideación suicida (Ouéda et al., 2009).

Edad.

En adultos mayores con ansiedad ante el envejecimiento, se ha informado de mayor ideación suicida que en ancianos sin ansiedad ante el envejecimiento (Rivera-Ledesma et al., 2007). Y en general, se ha identificado mayor presencia de ideación suicida en adolescentes y jóvenes, como lo muestra la revisión de estudios presentada en este capítulo.

La ideación suicida, por tanto, es un pensamiento que se manifiesta en la mayoría de las poblaciones. Pero que tiende a aparecer con mayor frecuencia en adolescentes. Es un pensamiento, que si bien puede manifestarse sin asociación con otros factores de riesgo, en lo que se ha denominado ideación suicida silenciosa (Peter, Sneed & Marsh, 2003). Generalmente tiende a aparecer asociado con otras condiciones, aun cuando no sean de riesgo. Lo que abre la posibilidad de identificar cuadros distintivos de la forma en que se manifiesta la ideación suicida en distintas poblaciones. Aspecto que, sin embargo, tendrá que ser probado con la investigación. El presente trabajo plantea, como uno de sus propósitos, la identificación de las características que podrían diferenciar a los jóvenes con ideación suicida, de los jóvenes sin ideación suicida. Y con ello avanzar en el reconocimiento de los jóvenes con riesgo de comportamiento suicida.

CAPITULO 4

JÓVENES E IDEACIÓN SUICIDA

Con el propósito de contextualizar lo reportado en jóvenes mexicanos con respecto a la ideación suicida, en este capítulo se presenta una semblanza de la manifestación de ideación suicida y los factores relacionados que se han reportado en jóvenes de Educación Media Superior y de los primeros años universitarios, de otras partes del mundo.

Presencia de ideación suicida en jóvenes

En América del Sur, se ha reportado que la manifestación de ideación suicida en jóvenes, se encuentra desde un porcentaje cercano al 4 % en Colombia —3.6 %, Calvo, Sánchez & Tejeda, 2003; 4.4 %, Sánchez, Gómez & Cáceres, 2005, hasta un 30 % en jóvenes peruanos (Muñoz, Pinto, Callata, Napa & Perales, 2005).

En Estados Unidos de Norteamérica, similarmente se han notificado porcentajes de presencia de ideación suicida en jóvenes, que van desde un 6 %, hasta un 30 % —6 % (Arria et al., 2009); 11.1 % (McAuliffe, Corcoran, Keeley & Perry, 2003); 15 % (Rudd, 2000); y 30 % (Garlow et al., 2008).

En Europa, porcentajes que se encuentran entre 10 % y 38 % —Eslovenia, 10.3 % (Groleger, Tomori & Kocmur, 2003); Rumanía, 15.4 %, (Ursoniu, Putnoky, Vlaicu & Vladescu, 2009); Suiza, 28 % (Budeeberg, Buddeberg-Fisher, Gnam, Schmid & Christen, 1996); Polonia, 31 % (Gmitrowicz, Szymczak, Kotlicka-Antczak & Rabe-Jablonska, 2003); Viena, 37.9 % (Dervic et al., 2007).

En Oceanía (Australia), se informó de que la presencia de ideación suicida en jóvenes se registró en un porcentaje del 62 % (Schweitzer, Klayich & McLean, 1995). En Asia, se notificó de porcentajes que van desde el 8.1 % en China (Cheng et al., 2009); 9.8 % en Corea (Lee, Kim, Choi & Lee, 2008). Hasta un porcentaje del 11.7 % en India (Sidartha & Jena, 2006). En tanto que en el Oriente Medio, con base en un estudio en Turquía, se notifica la presencia de ideación suicida en jóvenes en un porcentaje del 8.1 % (Engin, Gurkan, Dulgerler & Arabici, 2009).

Datos que señalan porcentajes de entre un 10 % y un 30 % de presencia de ideación suicida, en jóvenes de Educación Media Superior y de los primeros años universitarios en la mayor parte del mundo. Con excepción de Asia, en donde se identifican porcentajes menores —entre 8 % y 12 %. Y de Australia, con información del porcentaje más alto, 62 %.

En estudiantes mexicanos de Educación Media Superior, como se mostró en el capítulo previo, se ha informado de diversos porcentajes. Con al menos un síntoma de ideación suicida: 20 % (González-Forteza, García et al., 1998); 30 % (Chávez et al., 2004); 59 % (Córdova et al., 2007). Con todos los síntomas conforme a la escala empleada, 1.7 % (González-Forteza, García et al., 1998). Registro de ideación suicida conforme al criterio de puntuación mayor a una desviación estándar sobre la media del puntaje total registrado con la escala, 11 % de los hombres y 21 % de las mujeres (González et al., 2000). Ideación suicida alguna vez en la vida, 3.7 % (Lazarevich et al., 2009). Intención de morir en el reporte de un intento de suicidio previo, 2 % de jóvenes del género femenino (Unikel-Santoncini et al., 2006).

Datos que indican —en algunas de las muestras reportadas— menor porcentaje de ideación suicida en jóvenes mexicanos que en jóvenes de otros países. Pero en general, una tendencia similar que expreso porcentaje mayor al 10 % de presencia de ideación suicida en jóvenes. Con valores extremos en ambos casos, desde menores al 5 % hasta cercanos al 60 %. Y correspondencia en la alta variabilidad de los porcentajes reportados, que refleja la diversidad de instrumentos y criterios empleados para el registro de este pensamiento.

Ideación suicida y factores asociados en jóvenes

Como se señaló en el capítulo previo, la ideación suicida tiende a presentarse asociada con otras condiciones. ¿Cuáles son las principales condiciones reportadas en jóvenes de otros países? ¿Cuál es la coincidencia con lo encontrado en jóvenes mexicanos? A continuación se responden estas preguntas.

Trastornos psicológicos.

El trastorno psicológico que mayormente se ha reportado en asociación con ideación suicida es la depresión y los trastornos de humor (Goldberg, 1981; Kelly, Lynch, Donovan & Clark 2001; Esposito & Clum, 2002; Haavisto et al., 2003; Fergusson, Beautrais & Horwood, 2003; Konick & Gutiérrez, 2005; Benazzi, 2005; Esposito & Clum, 2002; Sareen et al., 2005). Le sigue: manía disfórica (Goldberg et al., 1999); desórdenes de pánico (Cox, Dierenfeld, Swinson & Norton, 1999; Goodwin & Roy-Byrnm, 2006); desórdenes de estrés postraumático (TARRIER & Gregg, 2004); esquizofrenia (TARRIER, Barrowclough, Andrews & Gregg, 2004); y consumo de sustancias —principalmente alcohol (Kelly et al., 2001; Groleger, Tomori & Kocmur, 2003) y drogas (Wilcox & Anthony, 2004).

En México han sido pocos los estudios dirigidos al registro de trastornos psicológicos en población estudiantil. Entre los estudios con esta tendencia, se ha reportado asociación de ideación suicida con: Uso de sustancias —drogas y/o alcohol (López et al., 1995; Medina-Mora et al., 1994; Medina-Mora et al., 1995; Villatoro et al., 1995), distimia (Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco, Molnar et al., 2008), y trastornos de ansiedad (Orozco et al., 2009).

Perturbaciones psicológicas

Respecto al reporte de perturbaciones psicológicas, se ha informado de que en jóvenes estudiantes de otros países con ideación suicida se ha presentado asociación con: Conducta antisocial en la niñez (Sourander, Helstela, Haavisto & Bergroth, 2001); violencia (Haavisto et al., 2003); déficit en solución de problemas interpersonales (Dixon, Heppner & Anderson, 1991; McAuliffe et al., 2003; Williams, Barnhofer, Crane & Beck, 2005); sentimientos de inferioridad (Goodwin & Marusic, 2003); auto-concepto negativo (Rutter & Behrendt, 2004); desesperanza (Dixon et al., 1991; Stran & Orlofsky, 1990; Mendonca & Holden, 1996; Fernández, Saiz, González, González & Bobes, 2000); estrés (Dixon et al., 1991; Dixon, Rumford, Heppner & Lips, 1992); afecto negativo (González-Forteza & Andrade, 1995); tristeza y ánimo deprimido (Serrano & Flores, 2003).

En jóvenes mexicanos, asociación con: malestar depresivo (González-Forteza et al., 2001); somatización (González-Forteza & Andrade, 1995); respuestas de afrontamiento agresivas y no resolutivas (González-Forteza, Villatoro et al., 1998; González-Forteza et al., 2003; Serrano & Flores, 2005); impulsividad (González-Forteza et al., 2003); estrés con la pareja (Serrano & Flores, 2005); estrés social (González-Forteza, García et al., 1998; González-Forteza, Villatoro et al., 1998; Serrano & Flores, 2005); baja autoestima (Villatoro et al., 2003; González-Forteza et al., 1995; González-Forteza, García et al., 1998); y problemas con las relaciones interpersonales (González-Forteza & Andrade, 1995).

Condiciones personales negativas.

Referente a aspectos personales negativos asociados a la presencia de ideación suicida en jóvenes estudiantes de otros países, se informó asociación con: asma y cáncer (Druss & Pincus, 2000); y victimización o bullying (Brunsteing, Marroco, Kleinman, Shonfeld & Gould, 2007).

En jóvenes mexicanos con ideación suicida, relación con: no trabajar (Córdova et al., 2007); percepción de que el dinero con el que cuenta no es suficiente para cubrir sus necesidades (Córdova et al., 2007); antecedente de violación sexual (Borges et al., 2008).

Condiciones familiares negativas:

En lo concerniente a condiciones familiares negativas asociadas a la presencia de ideación suicida en jóvenes estudiantes de otros países se ha notificado asociación con: muerte de un familiar cercano (Konick & Gutiérrez, 2005); y antecedente de ideación suicida en los padres (Goodwin, Beautrais & Fergunsson, 2004).

En jóvenes mexicanos con ideación suicida, asociación con: problemas con los hermanos (González-Forteza et al., 1997); enfermedad de los padres (González-Forteza et al., 1995; 1997); prohibiciones de los padres (González-Forteza et al., 1997); hostilidad a la familia (Villatoro et al., 2003); vivir en familias fragmentadas (Córdova et al., 2007; González-Forteza et al., 2009); deficiente

comunicación con los padres, con el padre (Villatoro et al., 2003; Serrano & Flores, 2003); percepción de deficiente apoyo de los padres, de la familia (Villatoro et al., 2003; Córdova et al., 2007).

Comportamiento suicida.

En jóvenes estudiantes de otros países con ideación suicida se ha informado que la principal condición referente al comportamiento suicida que se presenta es el antecedente de intento suicida (Negron, Piacentini, Graaes, Davies & Shaffer, 1997; Roberts, Roberts & Chen, 1998; Kuo, Gallo & Tien, 2001; Goodwin et al., 2004; Fergusson, Horwood, Ridder & Beautrais, 2005; Witte, Fitzpatrick, Joiner & Schmidt, 2005).

En jóvenes estudiantes mexicanos con ideación suicida, también se ha encontrado que la principal variable vinculada al comportamiento suicida es el antecedente de intento suicida (González-Forteza, Mariño et al., 1998; González-Forteza et al., 2001; Villatoro et al., 2003).

Otras condiciones.

En jóvenes estudiantes de otras nacionalidades con ideación suicida, se ha reportado asociación con: actividad sexual (Afifi, Cox & Katz, 2007); y uso de servicios de salud mental (Pirkis, Burges, Meadows & Dunt, 2001) —con señalamiento de que los jóvenes con ideación suicida que asisten a atención, generalmente no reportan su intención suicida (Kuo et al., 2001).

En jóvenes estudiantes mexicanos con ideación suicida, asociación con: no estudiar el año anterior al registro o estudiar medio tiempo (López et al., 1995); conductas alimentarias de riesgo (Unikel-Santoncini & Gómez-Peresmitré, 2004); y bajo desempeño académico (Heinze et al., 2008).

Diferencias de acuerdo con el género.

En mujeres estudiantes con ideación suicida de otros países, se ha señalado mayor asociación con: disfunción familiar (Kelly et al., 2001); divorcio o separación de los padres (Wagner, Silverman & Martin, 2003; Parks, Shepp, Jang

& Koo, 2006): consumo excesivo de alcohol por parte de los padres (Parks et al., 2006); orientación no heterosexual (Kidds & Carroll, 2006; Parks et al., 2006); bulimia (Ruuska, Kaltiala-Heino, Rantanen & Koivisto, 2005); evitación de afrontamiento de problemas (Kidds & Carroll, 2006). Y mayor presencia de ideación suicida en mujeres que en hombres (Allison, Roeger, Martin & Keeves, 2001; Groleger et al., 2003),.

En mujeres estudiantes mexicanas con ideación suicida se ha informado asociación con: antecedente de ataque sexual, violencia sexual (González-Forteza et al., 2001; Ramos-Lira et al., 2001); percibir desempeño escolar malo (González-Forteza, Berenzon et al., 1998); interrupción de estudios (González-Forteza, Berenzon et al., 1998); percepción de que sus padres no se interesaban con quiénes salían ni a donde iban (González-Forteza & Andrade, 1993); mala comunicación con la madre (González-Forteza et al., 1995); incorrecta relación con el padre (González-Forteza, García et al., 1998); tendencia a no buscar apoyo, percibirse con falta de apoyo (González-Forteza & Andrade, 1993; González-Forteza et al., 1995); desventaja con grupo de pares (González-Forteza et al., 1995). Y como en las jóvenes de otras nacionalidades, mayor presencia de ideación suicida que en hombres (López et al., 1995; Borges et al., 2008; González-Forteza et al., 2009).

En hombres estudiantes con ideación suicida de otras nacionalidades, se ha reportado mayor asociación con: desesperanza (McGee, Williams & Nandraja, 2001); sintomatología depresiva (Parks et al., 2006); baja auto-estima (Parks et al., 2006); antecedente de intento suicida (Parks et al., 2006); uso de drogas y alcohol como estrategia de afrontamiento a problemas interpersonales (Kidds & Carroll, 2006)

Y en hombres estudiantes mexicanos con ideación suicida se ha identificado mayor asociación con: violencia de los padres (González-Forteza et al., 1995); respuestas agresivas de afrontamiento hacia la familia (González-Forteza, García et al., 1998); y bajo control de impulso (Orozco et al., 2009).

Los factores asociados con ideación suicida, por tanto, corresponden esencialmente a condiciones negativas personales (trastornos, perturbaciones psicológicas, enfermedades, bajo desempeño académico, estrés, baja autoestima, conductas alimentarias de riesgo, no estudiar, antecedentes de ataque sexual, etc.). Condiciones sociales (problemas familiares, bullying, problemas económicos, etc.). Y antecedente de comportamiento suicida. Con señalamiento de otras condiciones, tal como la preferencia no heterosexual, la actividad sexual, uso de servicios de salud y género. E indicación de algunas diferencias entre jóvenes mexicanos y de otros países, que se ubican principalmente por los propósitos que subyacen a los diferentes estudios.

Información que apunta a confirmar la condición variable y multideterminada del comportamiento suicida. Las diferencias que pueden darse entre hombres y mujeres. Y delimitar el hecho de que el pensamiento suicida se asocia generalmente a condiciones de vida negativas que pueden variar dependiendo de la población que se trate. Lo que subraya la importancia de continuar con los estudios que identifican las condiciones asociadas a la presentación del pensamiento suicida, para avanzar en la identificación de las características que aumentan la probabilidad de presencia de este pensamiento, conforme al género y la población de referencia. Como en este caso, referente a los jóvenes de Educación Media Superior. En donde se identifica que la ideación suicida se presenta asociada principalmente a condiciones familiares negativas, perturbaciones o trastornos del comportamiento, problemas escolares, padecer enfermedad física, antecedentes de ataque sexual y antecedente de comportamiento suicida.

Lo que por otra parte, agrupa información sustantiva para pronosticar la presencia de ideación suicida, aunque el joven no lo manifieste cuando se le pregunte en un instrumento de detección. Ya que los jóvenes que presentan ideación suicida en el nivel de planeación definida, es probable que no lo comuniquen (Negron et al., 1997). Motivo por el que las características asociadas a la presencia de ideación suicida, pueden ser indicadores de la presencia de comportamiento suicida en jóvenes, aun cuando no se registre reporte de ideación suicida. Máxime cuando se sabe que la mayoría de los factores

asociados al suicidio consumado, lo son también para la ideación suicida (Gunnell, Harbord, Singleton; Jenkins & Lewis, 2005).

En suma, lo revisado en este capítulo señala que la ideación suicida es un pensamiento que se presenta en jóvenes de Educación Media Superior de la mayor parte del mundo, en un intervalo de porcentaje del 10 % al 30 %. Y que la presencia de este pensamiento se asocia principalmente a condiciones de vida negativas. Lo que ubica a la ideación suicida como una condición que enfrenta un porcentaje significativo de jóvenes en todo el mundo. Y que de persistir, se constituirá en un factor de riesgo para el funcionamiento psicopatológico y psicosocial anormal del joven, en la edad adulta (Steinhausen & Metzke, 2004; Reinherz, Tanner, Berger, Beardslee & Fitzmaurice, 2006). O en la base del comportamiento suicida que podrá culminar en un intento o suicidio consumado (Reinecke, M. & Franklin-Scott, L. (2005). Ya que si bien no es común que la ideación suicida en la adolescencia se mantenga en etapas posteriores de la vida (Dhossche et al., 2002). Si esta se presenta en el nivel de planeación, es mayor la probabilidad de que se mantenga (Pearce & Martín, 1994; Fergusson, Horwood, Ridder & Beautrais, 2005; Kuo et al., 2001). Y aumenta aún más la posibilidad de que se mantenga en etapas posteriores, cuando se asocia con otros factores negativos (Kuo et al., 2001).

Los jóvenes de Educación Media Superior con ideación suicida, se caracterizan por la percepción de una condición de vida negativa. Percepción que necesariamente influirá en la capacidad para enfrentar eficientemente los retos propios de su edad. Tal como la elección de los estudios profesionales o el trabajo, la elección de pareja sentimental, la separación del núcleo familiar y el inicio de una vida independiente (Rubín & McNeil, 1983). Por lo que el estudio de la ideación suicida en jóvenes, es relevante. Primero, para la comprensión y explicación del comportamiento suicida. Segundo, para el discernimiento del papel de este pensamiento, en el funcionamiento psicopatológico en general. Tercero, para el desarrollo de estrategias de detección y atención psicológica de jóvenes con riesgo de comportamiento suicida o de funcionamiento psicopatológico en la adultez.

CAPITULO 5

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

En este capítulo se describe la justificación, los objetivos e hipótesis de la investigación.

Justificación

En México, de acuerdo con el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), el suicidio es la tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años de edad (IMJUVE, 2009). Motivo por el cual la investigación del suicidio se ha convertido en una tarea prioritaria en el campo de la salud. Este trabajo se dirigió al estudio de la ideación suicida en jóvenes con edades entre 14 y 25 años, con el propósito de aportar información que incida en el desarrollo de programas de detección y atención del comportamiento suicida antes de que dé lugar a un intento o suicidio consumado en jóvenes.

Actualmente se reconoce que el suicidio se identifica con un continuo que comienza con la ideación suicida, prosigue con el intento suicida, hasta llegar al suicidio consumado (Pokorny, 1974; Reinecke & Franklin-Scott, 2005). Acorde a lo cual se definen tres grupos vinculados con el comportamiento suicida. El grupo de los que presentan ideación suicida, correspondiente a aquellos que piensan continuamente en la muerte, en quitarse la vida y en la forma de hacerlo. El grupo de los que han intentado suicidarse, referente a aquellos que ya realizaron al menos un acto de auto-lesión con el propósito de acabar con su vida, pero no lo lograron. Y el grupo de los consumidores del suicidio, relacionado con aquellos que llevaron a cabo un acto de auto-lesión con el propósito de quitarse la vida y murieron como consecuencia de ese acto.

Si bien se reconoce que el grupo de menor riesgo suicida es el identificado con los que presentan ideación suicida (Goldney, 2000; Reinecke & Franklin-Scott, 2005), ya que la mayoría no llegarán a cometer un acto de autolesión. El desarrollo de procedimientos eficientes de identificación de quienes conforman este grupo, abre la posibilidad de prevenir futuros actos de auto-lesión o suicidios,

al reconocer las condiciones que inciden en el inicio del comportamiento suicida y en la continuidad entre ideación e intento o suicidio consumado. Además, el que sea el grupo integrado con mayor número de casos, plantea mejores posibilidades metodológicas para la elaboración y prueba de modelos de riesgo. Posibilidad que se limita en los que han realizado un acto de auto-lesión para quitarse la vida y en los que han consumado un acto suicida (Pokorny, 1983; Goldney, 2000).

Conforme a la revisión de estudios de ideación suicida realizados en México, se observó que el 51 % correspondió a niños o jóvenes. De los cuales, el 72 % se identificó con jóvenes en edades entre 12 y 25 años. En cuyo caso, el 50 % refirió a jóvenes de población abierta de 12 a 18 años; el 20 % a jóvenes estudiantes de secundaria y preparatoria (12 a 20 años); y el 2 % a jóvenes de preparatoria con edades 14 a 25 años. Lo que señaló poca información específica de los jóvenes de Educación Media Superior en México. Aun cuando este grupo se reconoce como uno de los de mayor riesgo suicida (INEGI, 2005; IMJUVE, 2009).

Por lo que en este trabajo se consideró relevante investigar la presencia de ideación suicida en jóvenes de Educación Media Superior, por dos motivos. Primero, para dar continuidad al estudio de la ideación suicida en jóvenes. Segundo, para contribuir en la explicación de este pensamiento en jóvenes mexicanos. Lo que podrá repercutir en la construcción de programas de atención dirigido a jóvenes con probable vulnerabilidad suicida. Para incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de aquellos jóvenes que —encontrándose en el umbral de su formación profesional o de inserción en el mercado laboral— consideran la posibilidad de quitarse la vida.

Las líneas de investigación que se siguieron en este trabajo, fueron dos. La concerniente a la detección y la relativa a la explicación. Cada una desarrollada de acuerdo con el género.

La detección, debido a la necesidad de avanzar en criterios estandarizados para el reporte de lo que se registra como ideación suicida en investigación. Ya que con la escala de Roberts-CES-D, por ejemplo, se puede reportar como

ideación suicida desde solo el registro de un pensamiento (pensamiento de muerte o pensamiento de desesperanza), hasta el registro de todos los pensamientos que integra la escala. Con inclusión de temporalidad, o sin mención de la temporalidad del pensamiento. Generalmente sin indicación del enfoque teórico que subyace al registro. Lo que da lugar a información difícil de comparar e integrar. Por lo que el estudio de la detección de la ideación suicida, en este trabajo, se orientó en lo siguiente. La consideración de la aproximación teórica que fundamenta el registro. Y el desarrollo de criterios estadísticos que permitiesen la integración de las características de pensamiento que se registran con la escala de Roberts-CES-D. Lo que definió dos metas de la investigación, con referencia al estudio de la detección de la ideación suicida. Primero, el análisis de los grados de pensamiento que es posible identificar cuando se usa la escala de Roberts-CES-D en jóvenes de Educación Media Superior. Segundo, la delimitación del punto de corte para estimar la presencia de ideación suicida, en estudios de tamizaje.

La explicación, dado que si bien se ha reconocido un cúmulo importante de variables asociadas a la manifestación de ideación suicida en jóvenes, como se mostró en capítulos previos. Es necesario avanzar en el desarrollo de modelos de explicación que permitan la integración de las variables asociadas, atendiendo a la complejidad de las relaciones y la aproximación teórica que se sustente en el estudio. En cuyo caso, el uso del modelamiento con ecuaciones estructurales se ubica como una alternativa pertinente (Jöreskog, 1973). Ya que aún con las dificultades que plantea, tal como el requerimiento de datos medidos en escala de intervalos y la exigencia de grupos grandes de estudio. La ventaja de esta técnica radica en que posibilita el modelamiento de relaciones complejas que integran, además de las covarianzas, la dirección de las asociaciones y la concentración de las variables, en conjuntos teóricos. Lo que sitúa la posibilidad de acceder a modelos de explicación con mayor relación a las características del comportamiento suicida.

Por ello, en el presente trabajo, se plantea la identificación de un modelo estructural de explicación de la ideación suicida, con base en la teoría cognitivo-

conductual y racional emotivo-conductual. En donde se deduce que un porcentaje significativo de la variabilidad de la ideación suicida puede ser explicada por su relación con las creencias irracionales (Rudd, 2000), el estado emocional negativo y el antecedente de intento suicida, con base en un modelo que represente la agrupación de las creencias irracionales vinculadas con las creencias suicidas. Y la relación de tales creencias con la presencia de ideación suicida, con efecto mediado del estado emocional negativo. Condiciones, que con otros procedimientos usualmente empleados, tal como la regresión múltiple o la regresión logística, no sería posible representar.

A continuación se describen los objetivos y las hipótesis que definieron las tareas de investigación para la detección y la explicación de la ideación suicida en jóvenes de Educación Media Superior, conforme a cada sexo.

Objetivos

Objetivo General

Identificar y explicar la presencia de ideación suicida en estudiantes de Educación Media Superior, por medio de un modelo estructural basado en la teoría cognitivo-conductual y racional emotivo-conductual del comportamiento suicida. Cuando se usa la escala de Roberts-CES-D como instrumento de registro

Objetivos Específicos.

1. Integrar un instrumento confiable y válido para el registro de ideación suicida y variables relacionadas de acuerdo con el modelo del comportamiento bajo la perspectiva Cognitivo-Conductual y Racional Emotivo-Conductual, en jóvenes de Educación Media Superior
2. Examinar el contenido de pensamiento que se registra con la escala de Ideación Suicida de Roberts aplicada a jóvenes de Educación Media Superior, para la delimitación del grado de pensamiento a partir del cual se reconoce la presencia de ideación suicida con base en la teoría Cognitivo-Conductual del comportamiento suicida
3. Delimitar el porcentaje de jóvenes con presencia de ideación suicida

4. Definir un modelo multivariado de Ideación Suicida en la muestra de jóvenes de Educación Media Superior, sobre la base de la teoría Cognitivo-Conductual y Racional Emotivo-Conductual
5. Identificar diferencias entre hombres y mujeres, en el registro y en el modelo de la ideación suicida

Hipótesis

En jóvenes de Educación Media Superior:

Hipótesis 1

Se presentarán distintos grados de manifestación de ideación suicida conforme a la teoría cognitivo-conductual del comportamiento suicida

Hipótesis 2

El grado más alto de manifestación de ideación suicida, corresponderá a la integración de los indicadores que identifican la totalidad de pensamientos que define la ideación suicida conforme a la teoría cognitivo-conductual del comportamiento suicida

Hipótesis 3

El grado más alto de manifestación de ideación suicida, se identificará con el menor porcentaje entre todos los grados de ideación suicida registrados

Hipótesis 4

El porcentaje de mujeres identificadas con el grado de ideación suicida mayor, será más alto que el porcentaje de hombres ubicados en el mismo grado

Hipótesis 5

Las variables de identificación personal indicadores de percepción negativa de las condiciones de vida se correlacionarán con la manifestación de ideación suicida

Hipótesis 6

Las variables psicológicas indicadoras de condiciones personales negativas se correlacionarán con la manifestación de ideación suicida

Hipótesis 7

Las variables psicológicas tendrán mayor peso, que las variables de identificación personal, en la explicación estadística de la presencia de la ideación suicida

Hipótesis 8

Se identificará —en el modelo multivariado de explicación— la ubicación de la tríada cognitiva del comportamiento suicida, por medio de una variable endógena compuesta por indicadores de la actitud acerca del sí mismo, del medio y del futuro

Hipótesis 9

Se reconocerá el efecto mediado del estado emocional negativo, en la explicación de la ideación suicida por medio del modelo multivariado

Hipótesis 10

Se ubicará como variable independiente, al reporte de antecedente de intento suicida, en el modelo multivariado de explicación de la presencia de ideación suicida

Hipótesis 11

Será distinta la forma en que se registre el modelo multivariado de explicación ideación suicida, entre hombres y mujeres

CAPÍTULO 6

MÉTODO Y RESULTADOS

En este capítulo se describe el método y los resultados obtenidos en cada una de las fases de la investigación que constituye el presente trabajo. Las fases que se presentan son: Fase 1: Corrección y registro de las características psicométricas del instrumento. Fase 2: Identificación, cuantitativa y cualitativamente, del contenido de pensamiento que se registra con la escala de Roberts-CES-D, en jóvenes de Educación Media Superior. Fase 3: Determinación del modelo multivariado de ideación suicida en jóvenes de Educación Media Superior, con base en la teoría cognitivo-conductual y la teoría racional emotivo-conductual del comportamiento suicida.

La forma de exposición del capítulo consiste en la presentación de los objetivos, las hipótesis, el método y los resultados por cada fase.

Fase 1. Integración, corrección y registro de las características psicométricas del instrumento

Objetivo:

Integrar un instrumento confiable y válido para el registro de ideación suicida y variables relacionadas de acuerdo con el modelo del comportamiento bajo la perspectiva Cognitivo-Conductual y Racional Emotivo-Conductual, en jóvenes de Educación Media Superior

Objetivos particulares:

1. Preparar el instrumento para el registro de ideación suicida y variables relacionadas
2. Corregir el instrumento por medio de la revisión de frecuencia de respuesta, promedio, *sesgo* y *curtosis* de cada reactivo por escala. Y del registro de discriminación de cada reactivo por medio de la prueba t de Student

3. Determinar la confiabilidad y validez factorial de cada escala y del instrumento total
4. Ajuste psicométrico de las escalas e instrumento total

Método

Participantes

4599 estudiantes del ciclo escolar 2006-2007, seleccionados en forma no aleatoria; 2078 hombres (45.2 %), y 2506 mujeres (54.8 %). Provenientes de 10 escuelas preparatorias ubicadas en el noroeste de la zona metropolitana de la Ciudad de México; seis escuelas particulares y cuatro escuelas públicas.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión.

- ☒ Aceptar participar en el estudio
- ☒ Contestar un mínimo del 80 % del instrumento
- ☒ Autorización de los padres y de las autoridades escolares, en caso de los menores de edad
- ☒ Edad menor o igual a 25 años

Criterios de exclusión.

- ☒ Negarse a responder el instrumento
- ☒ En los menores de edad, no haber recibido permiso de los padres para la investigación
- ☒ No contestar al menos el 80 % de todo el instrumento
- ☒ Edad mayor a 25 años

Diseño de Investigación

Observacional-Prolectivo-Transversal-Descriptivo (Mendoza-Nuñez, 1998)

Análisis Estadístico y Programas de Cómputo

Análisis estadístico.

- ✎ Registro de sensibilidad de respuesta de cada reactivo por escala, por medio de la revisión de la frecuencia de respuesta por opción, la *media*, el *sesgo* y la *curtosis*
- ✎ Identificación de la discriminación de cada reactivo por escala, por medio de la comparación entre la puntuación equivalente a Q_1 y la puntuación correspondiente a Q_2 con la *prueba t de Student*. Y la correlación de cada reactivo con la puntuación total de la escala, con base en la correlación biserial-puntual
- ✎ Obtención de la confiabilidad de cada escala y del instrumento total, por medio del *alpha de Cronbach*
- ✎ Determinación de la validez factorial por escala y del instrumento total, con base en el análisis factorial con componentes principales y rotación varimax

Programas de cómputo.

- ✎ Lertap versión 5; para registro de la sensibilidad —*media*, *sesgo* y *curtosis*. Y de la discriminación por medio del *coeficiente de correlación biserial-puntual*, en los reactivos de cada escala
- ✎ SPSS 12; para la identificación de la discriminación de los reactivos por medio de la *prueba t de Student*

Instrumentos; escalas y reactivos independientes

Escala de Ideación Suicida Roberts-CES-D.

Escala integrada por un reactivo de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (reactivo 20 del CES-D y reactivo 1 de esta escala) (Radloff, 1977) y tres reactivos de la escala de ideación suicida de Roberts (Roberts & Chen, 1995). Sin señalamiento de punto de corte. Los reactivos son:

1. No podía seguir adelante
2. Tenía pensamientos sobre la muerte
3. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)
4. Pensé en matarme

Con el siguiente formato de respuesta por reactivo:

Durante la semana pasada:		Número de Días		
¿Cuántos días te sentiste o pensaste así?	0	1-2	3-4	5-7

Escala probada en estudiantes mexicanos. Con registro de *alpha de Cronbach* de .83 a .85 en estudiantes de secundaria y preparatoria (González-Forteza, Berenzon, et al., 1998; Serrano & Flores, 2003; 2005), y de .71 en estudiantes universitarios (González-Forteza, García, et al., 1998).

Escala de Actitudes disfuncionales (DAS-A) de Weissman y Beck, (1978), adaptada al español por Sanz y Vázquez (1993).

Escala compuesta por 40 reactivos orientados al registro de actitudes disfuncionales en las áreas de: Tremendismo, Baja Tolerancia a la Frustración, Condenación, Exigencia de Éxito, Exigencia de Aprobación y Exigencia de Comodidad. Sin indicación de punto de corte. Escala de la que no se cuenta con antecedentes de uso en jóvenes mexicanos. Pero que se consideró pertinente para esta investigación, por las siguientes razones. Porque no contar con otra escala para registro de Actitud Disfuncional en jóvenes; y porque es una escala elaborada bajo los principios de la teoría Cognitivo-Conductual. La opción de respuesta se identifica con una escala tipo Likert con 7 alternativas. Conforme al siguiente formato de respuesta:

Para cada frase, señale su respuesta marcando un aspa (X) bajo la columna que mejor describa su modo de pensar. Dado que cada persona es distinta, no existen respuestas correctas ni erróneas.

Totalmente en Desacuerdo	Bastante en Desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Neutral	Ligeramente de Acuerdo	Bastante de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
--------------------------	------------------------	---------------------------	---------	------------------------	---------------------	-----------------------

Escala de Desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974), reportada por Mondragón (1997).

Escala constituida por 20 reactivos que registran la percepción de la ejecución personal futura, del logro de metas y del futuro en general. Con punto de corte propuesto en una puntuación bruta mayor o igual a 9. Y reporte de confiabilidad menor a .70 en población mexicana (Mondragón et al., 1998). En donde la opción de respuesta es de *falso-verdadero*, conforme al siguiente formato:

Durante las dos pasadas semanas (incluyendo hoy mismo), escriba una «V» (Verdadero) en la línea que precede el comienzo de la frase. Si la frase no refleja su opinión, escriba una «F» (Falso) en la citada línea.

_____ 1. *Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza*

Escala de Locus de Control, adaptada y validada para adolescentes mexicanos por González-Forteza (1992).

Escala conformada por 8 reactivos; cuatro reactivos para registro de Locus de Control Interno y cuatro reactivos para registro de Locus de Control Externo. Sin indicación de punto de corte. Con señalamiento de confiabilidad .74 en jóvenes mexicanos mediante el *alpha de Cronbach* (González-Forteza, Andrade & Jiménez, 1997 b). La opción de respuesta de la escala es una escala tipo Likert con cuatro opciones; 1 = *Totalmente de acuerdo*; 2 = *De acuerdo*; 3 = *En desacuerdo*, 4 = *Totalmente en desacuerdo*.

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (Zimet, Dahlem y Farley, 1988; traducida por Sanz, 2001; Caballo, 2006).

Escala formada por 12 reactivos; 4 orientados al registro de la percepción de apoyo familiar; 4 al registro de percepción de apoyo de los amigos; y 4 al registro de la percepción de apoyo de otras personas significativas. Sin señalamiento de punto de corte. Se carece de reportes de investigación de su aplicación en población mexicana. No obstante, se consideró su aplicación en la presente investigación, debido a su pertinencia para el registro de la percepción de apoyo

del medio. La opción de respuesta corresponde a una escala tipo Lickert con 7 alternativas, desde 1= *Totalmente en Desacuerdo* hasta 7 = *Totalmente de Acuerdo*, conforme al siguiente formato de respuesta:

Por favor, lea cuidadosamente cada una de las frases que aparecen a continuación y responda en qué medida se describen. Para contestar, utilice la siguiente escala:

- | | |
|------------------------------|---------------------------------------|
| 1. <i>Muy en desacuerdo</i> | 2. <i>Bastante en desacuerdo</i> |
| 3. <i>Algo en desacuerdo</i> | 4. <i>Ni en desacuerdo ni acuerdo</i> |
| 5. <i>Algo de acuerdo</i> | 6. <i>Bastante de acuerdo</i> |
| 7. <i>Muy de acuerdo</i> | |

Escala de Auto-eficacia (Sherer et al., 1982; traducida por Caballo (1988), presentada en Caballo (2006).

Escala construida por 23 reactivos; 15 reactivos para el registro de auto-eficacia en general; y 8 reactivos para el registro de auto-eficacia social. Sin indicación de punto de corte. No se cuenta con reportes de su uso en jóvenes mexicanos. Pero se consideró su incorporación en el instrumento, porque es una escala con orientación Cognitivo-Conductual para la obtención de información acerca de la percepción del sí mismo. La opción de respuesta se identifica con una escala tipo Likert con 14 opciones, donde 1 corresponde a "*Totalmente en Desacuerdo*" y 14 a "*Totalmente de Acuerdo*". De acuerdo con el siguiente formato:

Por favor, responde a cada ítem según el grado de acuerdo o desacuerdo con que refleja tu conducta.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<i>Totalmente en Desacuerdo</i>											<i>Totalmente de Acuerdo</i>		

Escala de Trastornos Emocionales de Berwick et al. (1991), probada en población mexicana por Lara, Navarro, Mondragón, Rubí y Lara (2002).

Escala compuesta por 5 reactivos que registran; nerviosismo, tristeza, melancolía, abatimiento y felicidad. El punto de corte indicado es una puntuación arriba de 17. Se ha probado en población adulta mexicana. Con registro de un *alpha de Cronbach* arriba de .75 (Lara et al., 2002). Conforme al siguiente formato de respuesta:

En el último mes, ¿qué tanto del tiempo se ha sentido de la siguiente manera?

	Todo el tiempo	La mayor parte	Una buena parte	Una parte del tiempo	Un poco del tiempo	Nada del tiempo
He estado muy nervioso(a)						

Reactivos de Espiritualidad.

Se integraron dos reactivos tomados de la escala de calidad de vida WHOQoL-100, adaptada por Sánchez-Sosa y González-Celis (2005). Reactivos cuya versión original corresponde al formato de preguntas, pero que se integraron en el instrumento como afirmaciones para homogeneizar la presentación con respecto a los demás reactivos. Los reactivos fueron:

- 1.- *Mis creencias personales me dan fuerza para enfrentar las dificultades*
- 2.- *Mis creencias personales me ayudan a entender las dificultades de la vida diaria*

La opción de respuesta se da en escala tipo Likert con cinco opciones:

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
------	---------	---------------	----------	---------------

Reactivos de enfrentamiento al estrés.

Se incorporaron tres reactivos de la escala de la escala de Auto-eficacia Específica de Enfrentamiento al Estrés (AEAE) de Godoy-Izquierdo et al. (2008), los cuales fueron:

- 1.- *Cuando tengo problemas, dudo de mi capacidad para enfrentarlos eficazmente*
- 2.- *Para resolver un problema pongo en marcha todos los recursos que recursos que están a mi alcance*
- 3.- *Cuando tengo problemas, no dejo de pensar en ellos y soy incapaz de prestar atención a otras cosas*

La opción de respuesta es una escala tipo Likert con cinco opciones, de acuerdo con el siguiente formato:

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones sobre cómo sueles responder ante los problemas o sobre cómo te afectan estos. Marca una cruz en la casilla correspondiente a tu grado de acuerdo con cada una de ellas

Completamente en desacuerdo	Bastante en Desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
-----------------------------	------------------------	--------------------------------	---------------------	--------------------------

Reactivos de Problemas.

Se añadieron dos preguntas tomadas del cuestionario de atribución de problemas para estudiantes elaborado por Bas (1987; presentada en Caballo, 2006), cuyo propósito fue identificar los principales problemas que percibían los jóvenes al momento de la aplicación. Conforme al siguiente formato:

Señala por favor, en orden de importancia, cuáles son los dos principales problemas que te afectan en la actualidad.

1. _____
2. _____

Reactivos de pensamientos persistentes y de expresión de derechos

Se añadieron dos reactivos, correspondientes a las opciones de problemas del cuestionario de atribución de problemas para estudiantes (Bas, 1987; presentado en Caballo, 2006), que en reportes previos los jóvenes señalaron con frecuencia alta. Los reactivos fueron:

Tengo con frecuencia ideas en la cabeza que no puedo evitar

Me cuesta trabajo expresar mis derechos (lo que pienso, siento, etc.)

de modo eficaz y socialmente aceptable

El formato de respuesta, se adaptó al instrumento total conforme a una escala tipo Likert con cinco opciones:

Totalmente en desacuerdo	Bastante en Desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Bastante de Acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	------------------------	-----------------------------	---------------------	-----------------------

Reactivos de Economía.

Se añadieron dos reactivos elaborados para esta investigación con relación a la economía, cuyo propósito fue identificar la percepción del joven acerca de sus recursos económicos y situación económica en general. Los reactivos fueron:

1.- El dinero con el que cuento regularmente, me alcanza para satisfacer todas mis necesidades

2.- Mi condición económica me causa intranquilidad

Con opción de respuesta en escala tipo Likert con cinco opciones:

Totalmente en desacuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	------------	--------------------------------	------------	-----------------------

Reactivos de Agresividad.

Se incluyeron dos reactivos elaborados para esta investigación, con el propósito de identificar la auto-percepción de agresión personal. Los reactivos fueron:

1.- Me enfurezco sin motivo; 2.- Soy demasiado agresivo(a)

Con opción de respuesta en una escala tipo Likert con cinco opciones:

Totalmente en desacuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	------------	--------------------------------	------------	-----------------------

Reactivos de Impulsividad.

Se sumaron dos reactivos preparados para esta investigación, cuyo propósito fue identificar la auto-percepción de los jóvenes con respecto a su impulsividad. Los reactivos fueron:

- 1.- *Actúo impulsivamente, sin pensarlo*
- 2.- *Soy atrevido(a), impetuoso(a), arrebatado(a)*

Con opción de respuesta en una escala tipo Likert con cinco opciones:

Totalmente en desacuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	------------	-----------------------------	------------	-----------------------

Reactivos de antecedente de intentos suicidas.

Se incluyeron dos reactivos contruidos para esta investigación con el fin de identificar si previamente se había intentado suicidio y el número de veces. Los reactivos fueron:

¿Has intentado suicidarte?

Si () (pasa a la pregunta 3.8) No () (entrega cuestionario al(a) aplicador(a))

Si has intentado suicidarte, ¿cuántas veces lo has hecho?

1 () 2 () 3 () Más de 3 ()

Reactivos de datos de identificación personal.

El instrumento constó con 23 preguntas elaboradas para la presente investigación, cuyo propósito fue obtener información de aspectos personales que podrían ayudar a diferenciar a los jóvenes con ideación, de sin ideación suicida. Con diferentes opciones de respuesta, dependiendo de la pregunta (véase anexo).

Procedimiento Fase 1: Integración, corrección y registro de las características psicométricas del instrumento

Homogeneización de la opción de respuesta de las escalas y reactivos integrados en el instrumento.

Debido a que en el instrumento se integraron las escalas de Actitud Disfuncional, Locus de Control, Auto-Eficacia, Apoyo Social, Desesperanza, y los reactivos de Enfrentamiento al estrés, Impulsividad, Agresividad, Espiritualidad, Economía, Pensamientos persistentes y Expresión de derechos, en un mismo apartado del instrumento (véase anexo). Se homogeneizó el formato de respuesta en una escala tipo Likert con cinco opciones:

Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

Con excepción de la escala de Trastorno Emocional, en donde el formato de respuesta se ajustó para su mejor registro, de la siguiente forma: 100 % del tiempo, 80 % del tiempo, 60 % del tiempo, 40 % del tiempo, 20 % del tiempo y 0 % del tiempo. La escala de Ideación Suicida y los reactivos referentes a “*Problemas*” se mantuvieron con el formato de respuesta de la escala original.

Preparación del Instrumento de Registro.

La preparación del instrumento consistió en las siguientes actividades.

- ✎ Selección de 20 jueces, estudiantes de primer semestre de la carrera de psicología, para que señalaran los reactivos confusos o repetidos en el instrumento
- ✎ Con el criterio de al menos un 50 % de jueces que indicaran confusión en algún reactivo o que estaba repetido su contenido, para proceder a la eliminación de dicho reactivo
- ✎ Ajuste del instrumento sin los reactivos confusos o repetidos. Y nueva presentación a los jueces para su revisión
- ✎ Ajuste y corrección del instrumento

- ✎ Aplicación del instrumento a una muestra de 100 alumnos del primer semestre de la carrera de psicología con edad promedio de 18 años, para registro de la confiabilidad del instrumento, en total y por escala

En la sección 1 del anexo se muestran los resultados obtenidos en la actividad de preparación del instrumento.

Selección de los participantes en el estudio.

Para la selección de los participantes en el estudio se efectuaron las siguientes actividades.

- ✎ Identificación de 12 colegios de Educación Media Superior localizados en el noroeste de la zona metropolitana del Distrito Federal. Con el propósito de que los colegios estuviesen cerca del centro de investigación y trabajo Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI). Para facilitar la posible canalización de jóvenes con necesidad de atención psicológica
- ✎ Contacto con los directivos de cada colegio para solicitar su cooperación verbalmente y por medio de un documento. Donde se explicaba el propósito de la investigación, la importancia de su participación y que, en caso de aceptar, se les entregaría un informe por escrito acerca de la situación de los alumnos del colegio con respecto a la presencia de ideación suicida en los jóvenes. Con las recomendaciones para aquellos alumnos detectados con riesgo. Y la petición de que se pudiese contar con lo siguiente antes de la aplicación.
 - ✓ Información y notificación de permiso de los padres de los alumnos menores para participar en el estudio
 - ✓ Listados con los nombres de los jóvenes que fuesen a participar, para detectar a los que presentasen ideación suicida
 - ✓ Posibilidad de gestionar una muestra aleatoria de los jóvenes de la Institución
 - ✓ Un horario y lugar para la aplicación, con indicación de que esta duraría entre 30 y 45 minutos
 - ✓ Un representante de las autoridades para presentar a los aplicadores

En la sección 2 del Anexo, se presentan los colegios cuyos directivos aceptaron participar y la distribución de la muestra por género y por colegio.

Aplicación del Instrumento.

Para la aplicación del instrumento se realizó lo siguiente.

- ✎ Presentación de los aplicadores —generalmente dos— por parte del representante asignado. Donde se informaba del permiso otorgado para la aplicación por las autoridades y, en su caso, por los padres
- ✎ Lectura a los alumnos del documento donde se les informaba del propósito de la actividad. En donde se señalaba que se pretendía identificar lo que sienten, viven y piensan jóvenes como ellos, para generar estrategias de ayuda para aquellos jóvenes que lo necesitasen. Con solicitud de su cooperación para contestar el instrumento y notificación de que podían negarse a colaborar, aun cuando ya hubiesen empezado a contestar el cuestionario, pero que su participación era de suma importancia. Y que cualquier duda sería resuelta por los aplicadores
- ✎ Entrega del instrumento, por número de folio conforme a la lista suministrada por las autoridades escolares
- ✎ Instrucción para que contestasen todos los reactivos del instrumento. Y que una vez contestado lo entregasen a alguno de los aplicadores
- ✎ El procedimiento se repitió tantas veces como fue necesario para cubrir la muestra por colegio

Evaluación de las propiedades psicométricas del instrumento.

La evaluación de las propiedades psicométricas del instrumento comprendió las siguientes actividades.

- ✎ Comprobación de la tabulación y vaciado de información de todos los cuestionarios, para corrección de errores de captura
- ✎ Revisión de la frecuencia, promedio y rango de respuesta en todos los reactivos del instrumento

- ✎ Elaboración de los códigos de respuesta para las preguntas abiertas, con base en una muestra de 200 cuestionarios
- ✎ Homogeneización de los valores de respuesta por reactivo, con el criterio de asignación del valor de respuesta más alto para la opción más negativa o menos positiva de cada reactivo. Con excepción de los reactivos de Locus de Control, en razón de que con esta escala solo se registra el tipo de Locus de Control predominante
- ✎ Revisión los indicadores estadísticos de respuesta por reactivo — promedio, *sesgo* y *curtosis*— para comprobar frecuencia de respuesta en todas las opciones de cada reactivo y las tendencias de la variabilidad y el promedio conforme a lo esperado en cada escala
- ✎ Análisis de la discriminación de los reactivos en cada escala, por medio de la *prueba t* de Student y el coeficiente de *correlación biserial-puntual* corregido. La *prueba t* de Student bajo el criterio de comparación entre las puntuaciones de los cuartiles Q_1 y Q_3 . Y el coeficiente de correlación biserial-puntual para registrar la correlación inter-reactivos —entre la puntuación más alta en cada reactivo y la puntuación total por escala. Con criterio de reconocimiento de discriminación cuando se registrase tanto diferencia significativa con la *prueba t* de Student — $p < .05$ — como observación de un valor mínimo de .30 en el coeficiente de *correlación biserial-puntual*
- ✎ Identificación de la validez factorial por escala, por medio del análisis factorial por componentes principales y con rotación varimax. Con requisitos para determinar la permanencia del reactivo correspondiente para el siguiente análisis, de un valor mínimo de carga factorial de .40, y ubicación en solo un factor
- ✎ Obtención de la confiabilidad, por medio del *alpha de Cronbach*, en cada uno de los factores identificados por escala y por escala
- ✎ Corrección de cada escala, con base en la no incorporación de los reactivos que mostraron valores no adecuados en el análisis psicométrico
- ✎ Registro de la confiabilidad y validez factorial del instrumento total

- ✎ Corrección del instrumento total, con la separación de los reactivos que registrasen carga factorial menor a .40, carga factorial en más de un factor o carga factorial en un factor no correspondiente a la escala de referencia

Resultados Fase 1: Integración, corrección y registro de las características psicométricas del instrumento

El instrumento revisado y corregido antes de la aplicación, registró un valor mayor a .70 en todas las escalas incluidas, con valor de confiabilidad de .82 con el *alpha de Cronbach* para el instrumento total —en el anexo, sección 1, se muestran los resultados específicos obtenidos en esta actividad.

La muestra obtenida se integró por 4599 estudiantes; 2078 hombres (45.2 %), y 2506 mujeres (54.8 %). Elegidos en forma no aleatoria de 10 colegios de Educación Media Superior. En razón de que, en general, se conformó por los estudiantes disponibles en el momento de la aplicación en cada colegio —las características de la muestra específica por colegio, se muestra en el anexo, sección 2. Cada aplicación se realizó con una duración de entre 30 y 45 minutos, la cual se repitió hasta lograr el número requerido de tamaño de muestra por colegio —un mínimo del 30 % de los alumnos.

Aplicados los criterios de exclusión se retiraron 184 cuestionarios por no presentar un mínimo del 80 % de reactivos respondidos, y 3 cuestionarios correspondientes a jóvenes mayores de 25 años. Por lo que la evaluación de las condiciones psicométricas del instrumento se realizó en 4412 cuestionarios; 1998 correspondientes a hombres (45.3 %) y 2414 a mujeres (54.7 %).

La revisión de respuesta de todas las escalas, indicó valores adecuados. La tendencia de respuesta en los reactivos de todas las escalas fue conforme a lo esperado en la muestra de jóvenes estudiantes. Reporte mínimo de; actitud disfuncional, baja auto-eficacia, desesperanza, ausencia de apoyo social, agresividad, déficit en las estrategias de enfrentamiento al estrés, no necesidad de espiritualidad, impulsividad, estado emocional negativo e ideación suicida. Los

resultados desglosados de la tendencia de respuesta en cada una de las escalas, se muestran en el anexo, sección 3.

La verificación de la discriminación de los reactivos por medio de la prueba t de Student y de la correlación biserial puntual (rbp), refirió cuatro escalas que presentaban reactivos con discriminación insuficiente —específicamente valor menor de .30 en rbp. Dichas escalas fueron; escala de actitud disfuncional, con 6 reactivos. Escala de auto-eficacia también con 6 reactivos. Escala de desesperanza con 1 reactivo. Y un reactivo de afrontamiento al estrés. Lo que llevó a la no consideración de dichos reactivos para el siguiente análisis. Las tablas con los valores de análisis específicos para cada escala, se muestran en la sección 3 del anexo.

El análisis factorial por escala señaló agrupación de los factores en contenidos acordes a lo que teóricamente mide cada escala. Con registro de varianza explicada entre el 44 % y el 75 %. Con identificación de dos reactivos de la escala de *actitud disfuncional* con carga factorial menor a .40 y dos reactivos de la escala de *percepción de apoyo social* con carga factorial en más de un factor. Observación de confiabilidad mayor a .70 en el conjunto total de reactivos de todas las escalas. En donde los reactivos independientes, si bien se agruparon en un solo factor en todos los casos, el registro de confiabilidad fue menor a .70 en todos los casos. Motivo por el cual tales reactivos, conjuntamente con los dos reactivos de la escala de *actitud disfuncional* y los dos reactivos de la escala de *apoyo social* con cargas factoriales no adecuadas, fueron quitados del siguiente análisis. Las tablas con los datos específicos obtenidos en el análisis factorial de cada escala, se muestran en la sección 3 del anexo.

Finalmente, el análisis factorial del instrumento total mostró lo siguiente. Confiabilidad menor a .70 en todos los factores de la escala de *auto-eficacia*, y cinco reactivos de la escala de *actitud disfuncional* y cinco reactivos de la escala de *desesperanza* con carga factorial menor a .40 o ubicación en más de un factor. Lo que determinó que tanto la escala de auto-eficacia como los reactivos de las escalas de *actitud disfuncional* y de *desesperanza*, no fueran considerados para el siguiente análisis.

Con respecto a las escalas y reactivos que se mantuvieron, los resultados fueron los siguientes. Agrupación de los reactivos en 10 factores (véase Tabla 10). Con registro de varianza explicada total del 55 % y confiabilidad de .88. Confiabilidad por factores \geq .70 en la mayoría de las escalas, con excepción de los reactivos de Espiritualidad (.68) y los dos factores de Actitud Disfuncional (.69). Factores que se decidió mantener, por su importancia y por su diferencia no significativa con respecto al valor mínimo establecido de .70.

De estos resultados, es importante señalar que la reducción de reactivos de la escala de *Actitud Disfuncional* y de la escala de *Desesperanza*, y el retiro de la escala de *Auto-eficacia*, fueron cambios no esperados. Pero que se decidió sostener, en razón de que no afectarían el perfil buscado en el instrumento. Ya que la escala de *Actitud Disfuncional* se mantuvo con los factores de *Exigencia de Éxito* y *Exigencia de Aprobación*. Factores vinculados a los indicadores de *actitud disfuncional* que era necesario mantener en el registro de acuerdo con el modelo teórico de esta investigación. Y con respecto a la escala de *Desesperanza*, a pesar de que se registró con un solo factor, y no tres como se esperaba teóricamente (Beck et al., 1974). Tal condición no implicó pérdida en la consistencia de la escala, ya que los factores que se obtuvieron referían hacia *esperanza negativa* y *desesperanza*. Finalmente, la eliminación de la escala de *Auto-eficacia* tampoco afectó significativamente el propósito del instrumento, ya que se mantuvieron indicadores de la percepción del sí mismo con las escalas de *Actitud Disfuncional* y *Locus de Control*. En la Tabla 51 se muestra la organización del instrumento conforme al análisis factorial. Con indicación del número de reactivos por escala, varianza explicada y *alpha de Cronbach* por factor.

Tabla 10.

Organización final de las escalas del instrumento, por factores, número de reactivos (No. R.), varianza explicada (VE) y confiabilidad (α)

Escala o Factor	Factor en el Instrumento	No. R.	VE	α
Trastorno Emocional	1	5	18 %	.78
Act. Disf. Ex. Éxito	2	7	8 %	.69
Desesperanza	3	6	6 %	.73
Ideación Suicida	4	4	5 %	.77
A. Social Familia	5	3	4 %	.82
Locus de control E.	6	3	4 %	.82
A. Social Amigos	7	4	3 %	.71
Act. Disf. Ex. Aprobación	8	3	3 %	.69
Locus de Control I.	9	3	3 %	.74
Espiritualidad	10	2	3 %	.68

Fase 2. Delimitación del contenido de pensamiento registrado con la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D

Objetivo General

Registrar los grados de pensamiento asociados a la ideación suicida, que se registran con la escala de Ideación Suicida de Roberts aplicada a jóvenes de Educación Media Superior. Para identificar a partir de qué grado es factible reconocer la presencia de ideación suicida conforme a la teoría cognitivo-conductual del comportamiento suicida

Objetivos Particulares.

En la muestra de jóvenes estudiantes de Educación Media Superior, conforme al género:

- ✎ Obtener indicadores cuantitativos a partir de los cuales se posibilite la identificación de los grados de pensamiento que se registran con la escala de ideación suicida Roberts-CES-D
- ✎ Definir las características de los grados de pensamiento identificados, conforme a la teoría cognitiva conductual del comportamiento suicida

- ✎ Delimitar a partir de qué grado de pensamiento es factible reconocer la presencia de ideación suicida, con base en la teoría cognitivo-conductual del comportamiento suicida
- ✎ Conforme al grado de pensamiento señalado con la identificación de presencia de ideación suicida, registrar el porcentaje de jóvenes que se reconocen con manifestación de ideación suicida

Hipótesis

Hipótesis 1.

La aplicación de la escala de Roberts-CES-D, conlleva al registro de distintos grados de pensamiento que es posible diferenciar con indicadores cuantitativos

Hipótesis 2.

Al menos uno de los grados de pensamiento registrado con la escala de Roberts-CES-D, se relaciona con la totalidad de pensamientos que se asocia a la manifestación de ideación suicida conforme a la teoría cognitivo-conductual del comportamiento suicida

Hipótesis 3.

El porcentaje de jóvenes ubicados en el grado de pensamiento relacionado con la totalidad de pensamientos que define la ideación suicida, será menor al 10 %

Hipótesis 4.

El porcentaje de mujeres con ideación suicida será mayor que el porcentaje de hombres identificados con tal pensamiento

Método

Participantes.

4599 estudiantes de Educación Media Superior, del ciclo escolar 2006-2007, seleccionados en forma no aleatoria; 2078 hombres (45.2 %), y 2506 mujeres (54.8 %)

Análisis estadístico y programas de cómputo.

Prueba χ^2 para porcentajes (Cortada & Carro, 1975)

SPSS 12, Excel 2007

Instrumento

Escala de Ideación Suicida de Roberts-CES-D

Procedimiento

Conversión de las puntuaciones brutas registradas con la escala de ideación suicida, en puntuaciones T.

Con el propósito de convertir las puntuaciones en datos de intervalo equiparables entre distintas muestras, las puntuaciones brutas —por sexo— se transformaron en *puntuaciones T* (Cerdeña, 1972), por medio de la siguiente fórmula:

$$T = 50 + 10 * \left[\frac{(X - \bar{x})}{DE} \right]$$

Donde:

X = Valor de cada puntuación bruta

\bar{x} = Valor de la media de las puntuaciones brutas

DE = Valor de la desviación estándar de las puntuaciones brutas

Estimación de los grados preliminares de ideación suicida.

Realizada la transformación de los datos en puntuaciones T, se procedió a la estimación de los grados de ideación suicida preliminares. Con base en la distribución normal teórica de los porcentajes, que señala aproximadamente lo siguiente.

- ✎ Entre $\pm 1 DE$ = 68 % de los casos
- ✎ Entre $\pm 2 DE$ = 95 % de los casos
- ✎ Entre $\pm 3 DE$ = 99 % de los casos

Conforme a lo cual, los grados preliminares de ideación suicida se asignaron con base al valor de una desviación estándar. Donde el primer intervalo se asignó con base en una desviación estándar antes de la media, dada la alta concentración de frecuencias en los valores bajos.

Los intervalos asignados a los cinco grados de ideación suicida preliminares, se indican a continuación.

- ✎ Grado 1. Puntuación ≤ 40 . Que correspondió al valor de 1 desviación estándar a la izquierda de la media
- ✎ Grado 2. Puntuación entre 41 y 50. Que se identificó con el valor entre 1 desviación estándar debajo de la media y la media
- ✎ Grado 3. Puntuación entre 51 y 60. Que refirió al valor entre la media y una desviación estándar arriba de la media
- ✎ Grado 4. Puntuación entre 61 y 70. Que se vinculó con un valor entre una desviación estándar y dos desviaciones estándar arriba de la media
- ✎ Grado 5. Puntuación ≥ 71 . Que representó el valor ubicado arriba de dos puntuaciones estándar a la derecha de la media

Diseño de los indicadores cuantitativos de respuesta para la identificación de los grados de pensamiento que se registran con la escala de Roberts-CES-D.

Con el propósito de obtener un criterio objetivo para la diferenciación de los grados de pensamiento que se registran con la escala de Roberts-CES-D, se planteó el diseño de indicadores cuantitativos para la comparación de los grados de ideación suicida. En sustitución de la puntuación total de la escala o el registro del porcentaje de reactivos elegidos —como ya se había hecho en otras investigaciones con estudiantes de preparatoria (Unikel et al., 2006; Chávez et al., 2004). Ya que el uso de la puntuación total de la escala o el porcentaje de reactivos elegidos, no proporciona información de los tres aspectos que registra la escala de Roberts-CES-D: reactivo elegido, número de reactivos elegidos y duración reportada. Motivo por el cual, en esta investigación, se planteó registrar la información total que proporciona la escala, por medio de indicadores cuantitativos de dicha información: indicador de reactivo seleccionado mayormente en la respuesta; indicador del número de reactivos seleccionados en la respuesta, e indicador de la duración del pensamiento reportado la semana anterior a la aplicación. Indicadores que se diseñaron con base en dos criterios. Primero, consideración de la perspectiva cognitivo-conductual del comportamiento suicida. Segundo, referencia de una escala en porcentajes para obtener una escala común de comparación entre grados de ideación suicida, entre distintas muestras, y entre hombres y mujeres. A continuación se describe el procedimiento seguido para la elaboración de cada indicador.

Indicador de Reactivos Seleccionados.

Indicador planteado con el propósito de obtener un valor cuantitativo que diese información de los reactivos que en específico se seleccionan en la respuesta, por género. El procedimiento para el diseño del indicador se realizó por separado en cada género, y fue el siguiente.

- ☞ Primero, cálculo del porcentaje de elección de cada reactivo por grado preliminar de ideación suicida (GPIDS). Para lo cual se obtuvo la

proporción de jóvenes, por género y total, que eligieron cada uno de los reactivos en cada grado de ideación suicida. Para posteriormente multiplicar cada proporción por 100.

- ✎ Segundo, obtención del porcentaje ponderado de elección de cada reactivo. Para lo cual el porcentaje identificado de cada reactivo, se multiplicó por el peso de ponderación correspondiente. En donde el peso asignado a cada reactivo fue el siguiente: Reactivo 1 = .1, Reactivo 2 = .2, Reactivos 3 = .3, Reactivo = .4. Ello en razón de que el orden de los reactivos corresponde al orden de relación con el pensamiento suicida conforme a la teoría cognitivo-conductual: Primer reactivo, pensamiento de desesperanza; segundo reactivo, pensamiento de muerte; tercer reactivo, pensamiento de conveniencia de la muerte; y cuarto reactivo pensamiento de quitarse la vida.
- ✎ Tercero, cálculo del indicador de reactivo seleccionado por GPIDS. El cual correspondió a la suma de los porcentajes ponderados de los cuatro reactivos en cada GPIDS, por género y total. Lo que proporcionó una escala de porcentajes que, conforme al valor registrado en cada GPIDS, permitía identificar el reactivo que principalmente se seleccionó el GPIDS correspondiente

Indicador de Número de Reactivos Seleccionados.

Indicador orientado a la generación de un valor cuantitativo que identificase el promedio de cantidad de reactivos seleccionados por respuesta en cada GPIDS, por género y total. Para lo cual se realizaron las siguientes operaciones.

- ✎ Primero, cálculo del porcentaje del número de reactivos seleccionados por grado preliminar de ideación suicida. Para lo cual se registró la proporción en que se eligió un reactivo, dos reactivos, tres reactivos o cuatro reactivos por respuesta promedio en cada GPIDS. Para posteriormente multiplicar la proporción por 100
- ✎ Segundo, obtención del porcentaje ponderado del número de reactivos seleccionados por GPIDS. En donde el porcentaje de elección del número de reactivos seleccionados por respuesta, se multiplicó por el

peso de ponderación correspondiente. Peso de ponderación identificado con una escala lineal con los siguientes valores; .1 para la elección de 1 reactivo; .2 para la elección de 2 reactivos; .3 para la elección de 3 reactivos; .4 para la elección de cuatro reactivos

- ✎ Tercero, estimación del porcentaje ponderado general de reactivos seleccionados por GPIDS. En cuyo caso se sumaron los porcentajes ponderados específicos registrados en las cuatro posibilidades (1 reactivo, 2 reactivos, 3 reactivos y 4 reactivos), por GPIDS
- ✎ Cuarto, registro del porcentaje ponderado específico de reactivos seleccionados por grado preliminar de ideación suicida. Para lo cual se obtuvo el cociente del porcentaje ponderado general de reactivos seleccionados por GPIDS, entre el número de posibilidades de elección 4 (1 reactivo, 2 reactivos, 3 reactivos, 4 reactivos)
- ✎ Quinto, obtención del índice de número de reactivos seleccionados por respuesta en cada GPIDS. En donde se multiplicó el porcentaje ponderado específico de reactivos seleccionados se multiplicó por 10. Con lo que se obtuvo una escala con valor mínimo del 25 % y máximo del 100 % que, con base en el valor, permitió referir el número de reactivos seleccionados por GPIDS

Indicador de duración.

Indicador dirigido a la obtención de un valor cuantitativo para identificar la duración promedio seleccionada en cada GPIDS, por género y total. Las operaciones seguidas para la obtención de este indicador fueron las siguientes.

- ✎ Primero, cálculo del porcentaje promedio general de duración por GPIDS. Para lo cual, la proporción de elección de cada opción de tiempo se dividió entre el total de elecciones. Para posteriormente multiplicar el resultado por 100
- ✎ Segundo, obtención del porcentaje promedio de duración ajustado en cada reactivo. Para lo cual, se multiplicó el porcentaje promedio general duración por el punto medio de duración de cada opción de respuesta. De forma que el porcentaje correspondiente a cero se

multiplicó por cero; el porcentaje relativo a 1-2 días se multiplicó por 1.5; el porcentaje referido a 3-4 días se multiplicó por 3.5; y el porcentaje correspondiente a 5-7 días se multiplicó por 6. Para finalmente obtener la sumatoria de los porcentajes de duración ajustados en cada uno de los cuatro reactivos, por género y total

- ✎ Tercero, obtención del porcentaje promedio específico de duración de cada reactivo. Para lo cual la sumatoria del porcentaje ajustado, se dividió entre la sumatoria del porcentaje no ajustado, en cada reactivo
- ✎ Cuarto, estimación del porcentaje ponderado de duración. En cuyo caso, en cada GPIDS se multiplicó el porcentaje promedio específico de duración de cada reactivo por el índice de ponderación correspondiente; Reactivo 1 = .1; Reactivo 2 = .2; Reactivo 3 = .3; Reactivo 4 = .4. Para finalmente obtener la sumatoria de los porcentajes ponderados en cada GPIDS, por género y total
- ✎ Quinto, cálculo del valor final del índice de duración. Para lo cual la sumatoria de los porcentajes ponderados en cada GPIDS, se dividió entre el promedio máximo de duración —seis. Para posteriormente multiplicar dicho valor por 100. Con lo que se obtiene una escala porcentual para identificar, conforme al valor registrado, la duración por respuesta promedio en cada GPIDS, conforme a los reactivos seleccionados, por género y total

Identificación de los Grados de Ideación Suicida (GIDS).

En este paso se procedió a identificar los Grados de Ideación Suicida (GIDS) definitivos, sobre la base de los Grados Preliminares de Ideación Suicida (GPIDS). Para lo cual se realizaron las siguientes operaciones.

- ✎ Primero. Con base en la prueba χ^2 para porcentajes, con un $\alpha = .05$, se compararon los GPIDS en los tres indicadores. Con criterio de diferencia significativa en al menos dos indicadores, para establecer que dos GPIDS adyacentes referían al registro de distintos pensamientos asociados a la ideación suicida.

- ✎ Segundo. Ajuste de los GPIDS que no registrasen diferencia significativa. Ajuste que consistió en unir los GPIDS que no registrasen diferencia significativa. Para proceder nuevamente a la comparación estadística. Con el criterio de repetir el proceso hasta identificar diferencia entre todos los GPIDS. Y con ello lograr la identificación de los GIDS definitivos.
- ✎ Tercero. Con base en la teoría cognitivo-conductual del comportamiento suicida, definición del contenido de pensamiento asociado a cada GIDS definitivo

Resultados Fase 2: Delimitación del contenido de pensamiento registrado con la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D

Distribución de las puntuaciones de ideación suicida

La conversión de las puntuaciones brutas en puntuaciones T, produjo una distribución con media 50 y desviación estándar de 10 (véase Figura 4).

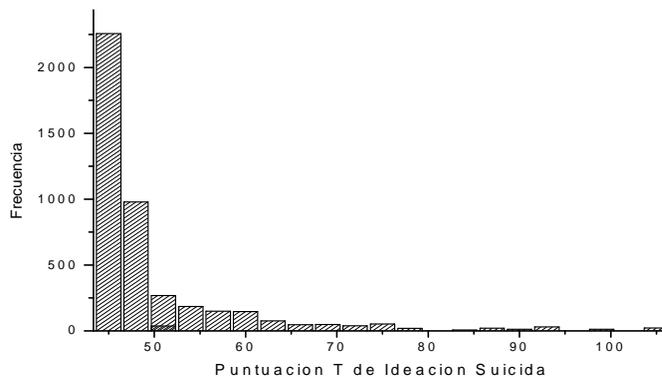


Figura 4. Histograma de puntuaciones T de la escala de IDS: muestra total

La revisión de los grados preliminares de ideación suicida (GPIDS), mostró que el valor de una *desviación estándar* para la asignación de los grados, no fue funcional. Ya que la distribución de frecuencia con estos valores, generó concentración alta en los valores bajos de las puntuaciones, reflejo de la alta *asimetría* (2.9) y *curtosis* (9.1) (véase Figura 4). Motivo por el cual se ajustaron los GPIDS, reduciendo el tamaño de los primeros dos grados a un valor de *media*

unidad de *desviación estándar*, con el valor de una unidad de *desviación estándar* para los grados restantes (véase Tabla 10).

Tabla 11.

Intervalos ajustados para los GPIDS

GPIDS	Intervalo de puntuación
GPIDS1	≤ 45
GPIDS2	>45 y ≤ 49
GPIDS3	> 50 y ≤ 59
GPIDS4	>60 o ≤ 69
GPIDS5	≥ 70

Con base en los intervalos correspondientes a los GPIDS ajustados, se agruparon las puntuaciones por género (véase Figura 5). Lo que arrojó una distribución de porcentajes en forma exponencial en ambos géneros, definida por las siguientes ecuaciones conforme al género:

$$\text{Mujeres: } Y = 67.5 * .62^X \text{ (F (4, 2414) = 65.51, } p < .05)$$

$$\text{Hombres: } Y = 83.9 * .54^X \text{ (F (4, 1998) = 66.89, } p < .05)$$

En ambos géneros, se identificó un decaimiento exponencial en el porcentaje de presencia de ideación suicida conforme incrementaban los GPIDS. Con indicación de decaimiento pronunciado del GPIDS1 al GPIDS2. Decremento menos pronunciado, pero constante, entre del GPIDS2 al GPIDS3 y del GPIDS3 al GPIDS4. Y cambio mínimo del GPIDS4 al GPIDS5. Con una constante multiplicativa similar en ambos géneros.

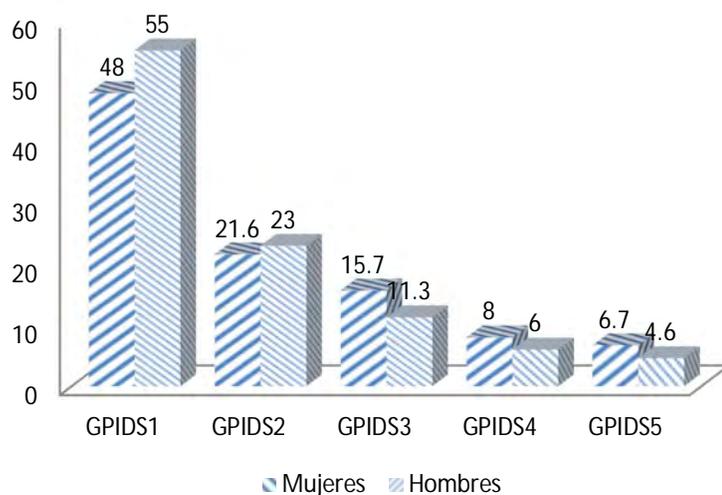


Figura 5. Porcentaje de ideación suicida —por género— en cada GPIDS

Caracterización de los indicadores cuantitativos de respuesta

Indicador de reactivos seleccionados.

Indicador concerniente al reactivo que se elige —en promedio— por respuesta. Los resultados señalaron cinco posibilidades de elección, que se muestran en la Tabla 10.

Tabla 12.

Reactivos seleccionados conforme al porcentaje del indicador

Valor en el indicador	reactivo seleccionado
Porcentaje < 20%	Reactivo 1
Porcentaje > 20% y < 40%	Reactivo 2 o 1
Porcentaje > 40% y < 60%	Reactivos 1 y 2 o 2 y 3
Porcentaje > 60% y < 80%	Reactivos 2, 3 y 1 o 2, 3 y 4
Porcentaje > 80%	Reactivos 2, 3 y 4 o 2, 3 y 1

Indicador de número de reactivos seleccionados.

Indicador referente al número de reactivos elegidos —en promedio— por respuesta. Los resultados mostraron cuatro posibilidades (véase Tabla 11).

Tabla 13.

Número de reactivos seleccionados conforme porcentaje del indicador

Valor en el indicador	Número de reactivos seleccionados
Porcentaje $\leq 25\%$	Elección de 1 reactivo
Porcentaje $> 25\%$ y $\leq 50\%$	Elección de 2 reactivos
Porcentaje $> 50\%$ y $\leq 75\%$	Elección de 3 reactivos
Porcentaje $> 75\%$	Elección de 4 reactivos

Indicador de duración.

Indicador correspondiente a la duración —promedio— señalada por respuesta. Los resultados indicaron cinco posibilidades, que se muestran en la Tabla 12.

Tabla 14.

Duración del pensamiento conforme al porcentaje del indicador

Valor en el indicador	Duración identificada
Porcentaje del $\leq 25\%$ y < 40	Duración de 1 a 2 días
Porcentaje del $\geq 40\%$ y $< 55\%$	Duración de 2 días
Porcentaje del $\geq 50\%$ y $< 65\%$	Duración de 3 días
Porcentaje del $\geq 65\%$ y $< 80\%$	Duración de 5 días
Porcentaje \geq del 80%	Duración de 6 a 7 días

Evaluación de la diferencia de respuesta en cada GPIDS

Definidos los indicadores de la forma de respuesta con la escala de Roberts-CES-D, el siguiente paso correspondió a la comprobación de que cada GPIDS correspondía a distintos contenidos de pensamiento. Para lo cual se comparó cada GPIDS con el GPIDS siguiente. Con en el criterio de diferencia significativa ($p \leq .05$) en al menos dos indicadores, para la determinación de que dos GPIDS circundantes registraban distintos contenidos de pensamiento. Los resultados señalaron diferencia entre el GPIDS2 y el GPIDS3 y entre el GPIDS4 y el GPIDS5, pero no entre el GPIDS3 y el GPIDS4 (véase Tabla 13).

Tabla 15.

Comparación estadística entre GPIDS por indicador

<i>Indicador de reactivos seleccionados</i>			
Comparación	X^2 ; Mujeres	X^2 ; Hombres	X^2 ; Total
1. GPIDS2 vs. GPIDS3	10.29***	10.29***	10.29***
2. GPIDS3 vs. GPIDS4	4.40*	1.80	3.30
3. GPIDS4 vs. GPIDS5	5.20*	8.70**	6.50**
<i>Indicador de número de reactivos seleccionados</i>			
Comparación	X^2 ; Mujeres	X^2 ; Hombres	X^2 ; Total
1. GPIDS2 vs. GPIDS3	7.20**	8.30**	7.8**
2. GPIDS3 vs. GPIDS4	3.14	0.46	1.8
3. GPIDS4 vs. GPIDS5	3.40	6.50*	4.05*
<i>Indicador de duración del pensamiento</i>			
Comparación	X^2 ; Mujeres	X^2 ; Hombres	X^2 ; Total
1. GPIDS2 vs. GPIDS3	0.29	0.64	0.45
2. GPIDS3 vs. GPIDS4	2.40	3.70	3.40
3. GPIDS4 vs. GPIDS5	8.40**	5.50*	6.50**

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Ajuste y nueva comparación de los GPIDS

El ajuste de los GPIDS que no registraron diferencia implicó la reorganización de los grados, quedando de la siguiente forma. GPIDS1, identificado con una puntuación < 45 . GPIDS2, asociado a una puntuación > 45 y ≤ 50 . GPIDS3, vinculado a una puntuación $> .50$ y $\leq .69$ —unión de los anteriores GPIDS3 y GPIDS4. GPIDS4, referido a una puntuación ≥ 70 —anterior GPIDS5.

Ajustados los GPIDS, la comparación estadística indicó diferencia entre todos los grados de ideación suicida (véase Tabla 14). Con la observación de que el GIDS4 se diferenció del GIDS3 en los tres indicadores, en tanto que el GIDS3 se diferenció del GIDS2 solo en los indicadores de reactivos seleccionado y del número de reactivos seleccionados.

Tabla 16.

Comparación estadística entre GPIDS ajustados (GPIDSA) por indicador

<i>Indicador de reactivos seleccionados</i>			
Comparación	Mujeres χ^2	Hombres χ^2	Total χ^2
1. GIDSA2 vs. GIDS3A	15.3***	13.07***	16.08***
2. GIDS3A vs. GIDS4A	13.0***	14.70***	13.70***
<i>Indicador de número de reactivos seleccionados</i>			
Comparación	Mujeres χ^2	Hombres χ^2	Total χ^2
1. GIDSA2 vs. GIDSA3	13.1***	10.6***	10.6***
2. GIDSA3 vs. GIDSA4	6.9**	7.7**	8.6**
<i>Indicador de duración del pensamiento</i>			
Comparación	Mujeres χ^2	Hombres χ^2	Total χ^2
1. GIDSA2 vs. GIDSA3	1.70	2.70	2.0
2. GIDSA3 vs. GIDSA4	13.40***	11.60***	13.1***

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$ *Reconocimiento de los grados de ideación suicida (GIDS) definitivos.*

Los resultados de la comparación de los GPIDSA, definieron cuatro grados de pensamiento que podrían ser registrados con el uso de la escala de Roberts-CES-D en jóvenes. Dichos grados fueron los siguientes:

- ✎ GIDS0, referido al anterior GPIDSA1
- ✎ GIDS1, asociado al anterior GPIDSA2
- ✎ GIDS2, vinculado al anterior GPIDSA3
- ✎ GIDS3, relacionado con el anterior GPIDSA4

Los porcentajes que identificaron a cada indicador, —con referencia a los GIDS— se muestran en la Tabla 15. El contenido correspondiente a cada porcentaje se presenta en la Tabla 16.

Tabla 17.

Porcentajes correspondientes a los indicadores en cada GIDS, por género y total

Indicador de reactivos seleccionados			
GPIDS	Mujeres	Hombres	Total
GIDS2	25%	25%	25%
GIDS3	47%	44%	46%
GIDS4	89%	88%	89%
Indicador de número de reactivos seleccionados			
GIDS	Mujeres	Hombres	Total
GIDS2	25%	25%	25%
GIDS3	58%	54%	54%
GIDS4	90%	87%	89%
Indicador de duración del pensamiento			
GIDS	Mujeres	Hombres	Total
GIDS2	25%	25%	25%
GIDS3	35%	38%	36%
GIDS4	73%	74%	74%

Tabla 18.

Contenido identificado en cada GIDS

GIDS	Mujeres	Hombres	Total
	Elección de un reactivo	Elección de un reactivo	Elección de un reactivo
GIDS2	(reactivo 1) y duración de 1 a 2 días	(reactivo 1) y duración de 1 a 2 días	(reactivo 1) y duración de 1 a 2 días
	Elección de 2 reactivos	Elección de 2 reactivos	Elección de 2 reactivos
GIDS3	(reactivos 1 y 2) y duración de 1 a 2 días	(reactivos 1 y 2) y duración de 1 a 2 días	(reactivos 1 y 2) y duración de 1 a 2 días
	Elección de 3 reactivos	Elección de 3 reactivos	Elección de 3 reactivos
GIDS4	(reactivos 2, 3, 4) con duración de 5 días	(reactivos 2, 3, 4) con duración de 5 días	(reactivos 2, 3, 4) con duración de 5 días

Definición del contenido de pensamiento correspondiente a cada GIDS.

Esta actividad se realizó con base en las categorías de pensamiento que identifican la definición de ideación suicida desde la perspectiva cognitivo-conductual (Beck et al., 1979). Por lo que la primera actividad consistió en identificar la relación de cada reactivo de la escala, con respecto a la definición de ideación suicida de Beck (1974; 1979). Para arribar a la segunda actividad que

correspondió a la definición del contenido de pensamiento que caracterizó a cada grado de pensamiento reconocido. A continuación se presentan los resultados de cada actividad.

Identificación de la relación de cada reactivo de la escala de Roberts-CES-D, con la definición teórica de ideación suicida.

✎ Reactivo 1: *“No podía seguir adelante”*

Contenido con relación indirecta a las categorías de pensamiento que definen la ideación suicida (Beck et al. 1979), ya que se sitúa como pensamiento de desesperanza (Beck et al., 1974) o desánimo.

✎ Reactivo 2: *Tenía pensamientos sobre la muerte*

Contenido referente a fantasía de muerte, que se relaciona con la primera categoría de la definición de ideación suicida de Beck et al. (1979); *deseo o intención de morir o deseo de muerte.*

✎ Reactivo 3: *Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviese muerto(a)*

Contenido asociado a la primera categoría de la definición de IDS de Beck et al. (1979), *deseo o intención de morir.*

✎ Reactivo 4: *Pensé en matarme*

Contenido vinculado con la segunda categoría de pensamiento precisada en la definición de ideación suicida de Beck et al. (1979), *planeación para llevar a cabo el acto suicida.*

Definición del contenido de pensamiento registrado en cada GIDS.

✎ GIDS0

Contenido cero o nulo, ya que corresponde al no registro de respuesta a los reactivos de la escala de Roberts-CES-D

✎ GIDS1

Contenido antecedente a la ideación suicida. Dada la referencia a un solo contenido de pensamiento; desesperanza o —en menor medida— pensamiento sobre la muerte. Con registro de duración mínima promedio de 1 a 2 días.

✎ GIDS2

Contenido con relación mínima a la ideación suicida. Ya que se asocia al registro de solo una categoría de la definición de ideación suicida; deseo o intención de morir asociado a pensamiento de desesperanza. Con duración de 1 a 2 días.

✎ GIDS3

Contenido con relación suficiente a la definición de ideación suicida de Beck et al. (1979). Ya que se identifica con una respuesta que integra la combinación de tres o cuatro reactivos indicadores de las dos categorías que implica la definición de ideación suicida: deseo o intención de morir y planeación para llevar a cabo el acto suicida. Con duración de 5 días la semana anterior al registro.

En la Figura 6 se esquematiza la relación entre los GIDS y la definición de ideación suicida. En donde se muestra que el GIDS3 es el que corresponde al registro de la manifestación de ideación suicida. Y que los GIDS1 y GIDS2 corresponden al registro de contenido de pensamiento insuficiente para indicar la presencia de la ideación suicida.

Resultados que, por otra parte, confirmaron las cuatro hipótesis correspondientes a esta Fase:

- ✎ Hipótesis 1; identificación de distintos grados de pensamiento relacionados con ideación suicida, con la aplicación de la escala de Roberts-CES-D.
- ✎ Hipótesis 2; GIDS3 relacionado con el registro de ideación suicida conforme a la teoría cognitivo-conductual del comportamiento suicida.

- ✎ Hipótesis 3; registró de un porcentaje menor del 10 % de jóvenes con manifestación de ideación suicida; 7% de las mujeres y 5 % de los hombres.
- ✎ Hipótesis 4; mayor porcentaje de presencia de ideación suicida en jóvenes del género femenino que en jóvenes del género masculino; 7 % vs. 5 %, $\chi^2 (1, N = 2210) = 7.36, p < .05$.

En suma, comprobación de que con la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D, se registran tres grados de pensamiento relacionados con ideación suicida, más un grado cero. Y que es el GIDS3 el que corresponde al registro de los indicadores de la manifestación de ideación suicida conforme a la definición de Beck et al. (1979). Lo que define como punto de corte para la identificación de la presencia de ideación suicida en jóvenes de Educación Media Superior — semejantes a los del presente estudio, a una puntuación ≥ 70 en puntuación T, o ≥ 9 en puntuación bruta.

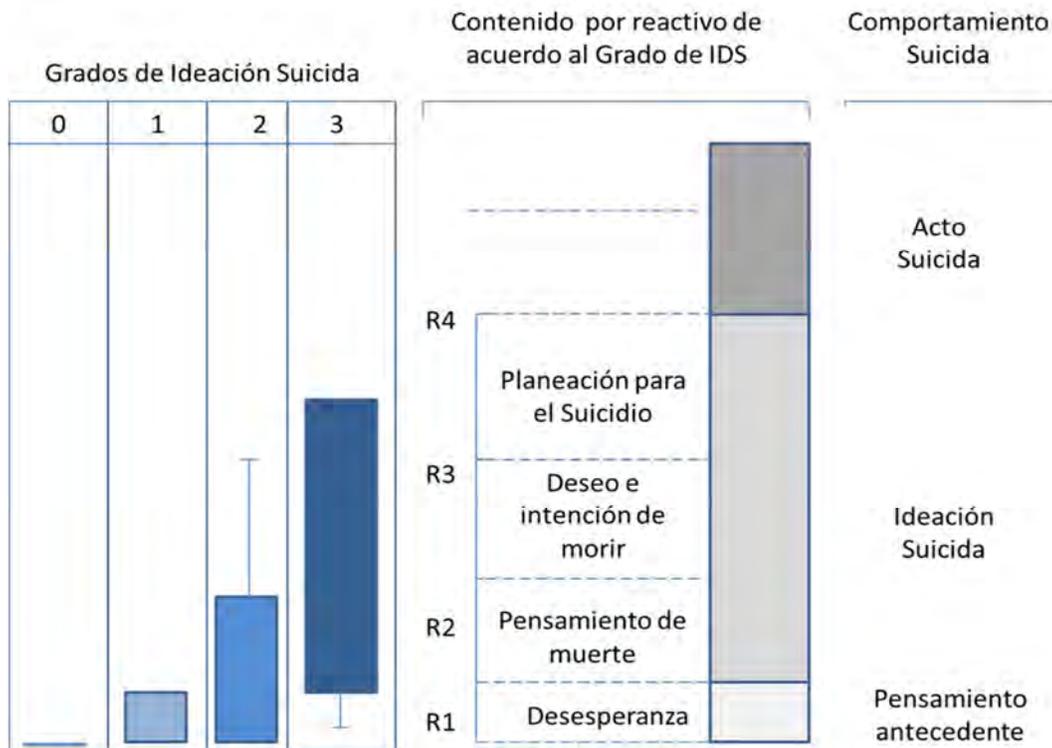


Figura 6. Relación entre GIDS y contenido de pensamiento identificado en los reactivos de la escala de Roberts-CESD con respecto al comportamiento suicida

Fase 3. Modelo multivariado de explicación de ideación suicida con la base en la teoría Cognitivo-Conductual y la teoría Racional Emotivo-Conductual

Objetivo

Identificar, con base en la teoría cognitivo-conductual y racional emotivo-conductual del comportamiento suicida, el modelo multivariado de las variables asociadas a la manifestación de ideación suicida en jóvenes de Educación Media Superior

Objetivos Particulares.

En la muestra de jóvenes de Educación Media Superior, conforme al género:

1. Identificar las variables de identificación personal incorporadas en el instrumento, que registran correlación con la manifestación de ideación suicida
2. Reconocer las variables psicológicas integradas en el instrumento, que observan correlación con la manifestación de ideación suicida
3. Delimitar las variables de identificación personal y las variables psicológicas que en forma conjunta se asocian con la manifestación de ideación suicida
4. Distinguir las variables de identificación personal y variables psicológicas que son factores de riesgo para la manifestación de ideación suicida
5. Explicar la asociación de las variables psicológicas con la manifestación de ideación suicida, con base en un modelo estructural ordenado en términos del modelo cognitivo-conductual y racional emotivo-conductual del comportamiento suicida
6. Verificar si el modelo multivariado de explicación de ideación suicida es distinto con respecto al género

Hipótesis

En la muestra de jóvenes de Educación Media Superior:

Hipótesis 5.

Las variables de identificación personal indicadores de percepción negativa de las condiciones de vida se correlacionarán con la manifestación de ideación suicida

Hipótesis 6.

Las variables psicológicas indicadoras de condiciones personales negativas se correlacionarán con la manifestación de ideación suicida

Hipótesis 7.

Las variables psicológicas tendrán mayor peso, que las variables de identificación personal, en la explicación estadística de la presencia de la ideación suicida

Hipótesis 8.

Se identificará un modelo estructural de explicación de la presencia de ideación suicida integrado por indicadores de la triada cognitiva del comportamiento suicida; percepción negativa del sí mismo, del medio y del futuro

Hipótesis 9.

En el modelo estructural de explicación de la manifestación de ideación suicida, se registrará el efecto mediado de la asociación entre la percepción del estado emocional negativo y las creencias irracionales

Hipótesis 10.

En el modelo estructural de la manifestación de ideación suicida, se incorporará la condición de intento previo de suicidio como variable explicativa

Hipótesis 11.

En el modelo estructural de la manifestación de ideación suicida será distinto dependiendo del género

Análisis Estadístico y Programas de Cómputo

Análisis estadístico.

Para la descripción de los datos de identificación; Medidas de tendencia central y de variabilidad

Para la obtención de muestras de comparación y elaboración del modelo; estimación de muestras aleatorias proporcionales de la muestra total, con un error de muestreo del .05.

Para la identificación de la correlación individual y en conjunto; coeficiente de Pearson, coeficiente C y Regresión Múltiple

Para la identificación de las variables de riesgo para la ideación suicida: Regresión logística binaria.

Para la elaboración del modelo estructural; modelamiento con ecuaciones estructurales (SEM) con el método de escalas asintóticas de distribución libre y criterio de ajuste del modelo empírico con respecto al teórico con los estadísticos CMIN, CFI y RMSA.

Programas de cómputo.

SPSS versión 12 y Programa AMOS versión 6

Variables

Variable Dependiente.

☒ *Ideación Suicida*: definida como el deseo o intención de morir y planeación para quitarse la vida (Beck et al., 1979).

Con definición operacional en dos condiciones. Primero como puntuación T del factor Ideación Suicida, correspondiente a los cuatro reactivos de la escala de Ideación Suicida de Roberts-CES-D (Roberts & Chen, 1995, Radloff, 1977). Y que

en el análisis psicométrico realizado en la Fase 1, registró confiabilidad y validez de constructo. Segundo, diferenciada en dos categorías que respondieron a las tres condiciones de comparación que se describen a continuación:

✓ Comparación 1

Categoría 0 = GIDS0 (puntuación menor a 45)

Categoría 1 = GIDS3 (puntuación > de 70)

✓ Comparación 2

Categoría 0 = GIDS0 + GIDS1 (puntuación menor a 45 hasta ≤ 50)

Categoría 1 = GIDS3 (puntuación > de 70)

✓ Comparación 3

Categoría 0 = GIDS0 + GIDS1 + GIDS2 (puntuación menor a 45 hasta ≤ 70)

Categoría 1 = GIDS3 (puntuación > de 70)

Variables Independientes

✎ *Actitud Disfuncional*

Creencias inconsistentes en su lógica, absolutistas y dogmáticas, inconsistentes con la realidad empírica. Que dificultan el logro de los objetivos personales y causan emociones perturbadoras (Lega et al., 2002). La definición operacional de esta variable refirió a las puntuación T de los dos factores de la escala de Actitud Disfuncional (DAS-A) —adaptada al español por Sanz y Vázquez (1993)— que en el análisis psicométrico realizado en la Fase 1, registraron confiabilidad y validez de constructo.

- ✓ *Factor de Exigencia de Éxito*: Puntuación T correspondiente de los 7 reactivos que se agruparon en este factor
- ✓ *Factor de Exigencia de Aceptación*: Puntuación T correspondiente de los 5 reactivos que se agruparon en este factor

✎ *Locus de Control*

Atribución, interna o externa, de la causa de los eventos relacionados con el comportamiento de la persona (Rotter, 1975). Donde la atribución interna refiere a la creencia de que los eventos responden a las acciones personales. En tanto que la atribución externa se identifica con la creencia de que los eventos ocurren como consecuencia del azar, de la suerte, del poder o de las decisiones de otros. La definición operacional de esta variable correspondió a la puntuación T de los dos factores de la escala de Locus de Control (González-Forteza, 1992), que en el análisis psicométrico realizado en la Fase 1, registraron confiabilidad y validez de constructo.

- ✓ *Factor de Locus de Control Externo:* Puntuación T de los 4 reactivos que se agruparon en este factor
- ✓ *Factor de Locus de Control Interno:* Puntuación T de los 3 reactivos que se agruparon en este factor

✎ *Desesperanza*

Expectativas negativas acerca del futuro (Beck et al. 1974). La definición operacional de esta variable se identificó con la puntuación T del factor de la escala de Desesperanza (Beck et al. 1974), que en el análisis psicométrico realizado en la Fase 1, registró confiabilidad y validez de constructo.

- ✓ *Factor de Desesperanza:* Puntuación T de los 6 reactivos que se agruparon en este factor

✎ *Apoyo Social Percibido.*

Percepción de las provisiones instrumentales y/o expresivas (reales o imaginarias), proporcionadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos (Lin, Dean & Engel, 1985). La definición operacional de esta variable correspondió a la puntuación T de los dos factores de la escala multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) (Zimet et al., 1988). Que en el análisis

psicométrico realizado en la Fase 1, registraron confiabilidad y validez de constructo.

- ✓ *Factor Apoyo Familiar*: Puntuación T de los 3 reactivos que se agruparon en este factor
- ✓ *Factor Apoyo de Amigos*: Puntuación T de los 3 reactivos que se agruparon en este factor

✎ *Estado Emocional Negativo*

Reporte de percepción de estímulos internos y externos, acompañada por sensaciones físicas fuertes (Lega et al., 2002).). La definición operacional de esta variable correspondió a la puntuación T del factor de la escala de Trastornos Emocionales de Berwick et al. (1991). Que en el análisis psicométrico realizado en la Fase 1, registró confiabilidad y validez de constructo.

- ✓ *Factor Estado Emocional Negativo*: Puntuación T de los cinco reactivos que se agruparon en este factor

✎ *Espiritualidad*

Creencias que ayudan a enfrentar los problemas de la vida diaria. La definición operacional de esta variable correspondió a la puntuación T de los dos reactivos de la Escala de Calidad de Vida y Salud (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2005). Que en el análisis psicométrico realizado en la Fase 1, registraron confiabilidad y validez de constructo.

- ✓ *Factor de Espiritualidad*: Puntuación T de los dos reactivos que se agruparon en este factor

✎ *Problemas*

Reporte de las dos situaciones más importantes que causan preocupación en el presente. Pregunta correspondiente al reactivo del Cuestionario de Atribución de Problemas para Estudiantes (Bass, 1987; expuesto por Caballo, 2006). La

definición operacional de esta variable correspondió al reporte escrito en la pregunta correspondiente.

- ✓ *Problemas*: Frecuencia de problemas citados, conforme al código de respuesta obtenido

✎ *Antecedente de Intento Suicida.*

Informe de si se ha incurrido en al menos un auto-lesión con el propósito de quitarse la vida. La definición operacional de esta variable correspondió a la respuesta a los dos reactivos elaborados para la presente investigación.

- ✓ *Antecedente de intento suicida*: Reporte positivo o negativo de haber realizado al menos un *Intento Suicida*. Y en caso de reporte positivo, informe del número —1 intento, 2 intentos, 3 intentos, más de 3 intentos

✎ *Datos de identificación personal.*

Reporte de los datos personales solicitados en el *Cuestionario de Datos Personales* (véase Anexo sección 5, para la versión completa del cuestionario). Y que se identificó con los siguientes datos.

- ✓ Edad
- ✓ Lugar que el joven ocupa como hijo en la familia
- ✓ Estado Civil
- ✓ Actividad Laboral
- ✓ Sostén económico de la familia
- ✓ Con quién o quiénes se vivió la infancia
- ✓ Padecimiento de enfermedades crónicas
- ✓ Consumo de alguna sustancia para sentirse bien
- ✓ Percepción de haber experimentado situaciones que trastornaron su vida
- ✓ Práctica de alguna religión
- ✓ Actividad Sexual

- ✓ Preferencia sexual
- ✓ Antecedentes de atención psicológica o psiquiátrica
- ✓ Percepción de haber experimentado vivencias humillantes
- ✓ Haber conocido alguna persona con intento suicida o suicidio consumado

La definición operacional de cada uno de los datos de identificación personal refirió a la categorización de la respuesta de cada pregunta, como variable *dummy* —valores de 1 ó 0. Con criterio de asignación del valor 1, para la categoría de respuesta relacionada con la manifestación de ideación suicida. Y la asignación del valor 0, a la(s) categoría(s) complementaria(s) de cada respuesta.

Procedimiento

Selección de muestras proporcionales por GIDS y comparación con respecto a la muestra total

Selección de muestras.

Con el propósito de controlar el error derivado de las diferencias en el tamaño de muestra, en la comparación de los distintos grados de ideación suicida, se procedió a la igualación del tamaño de muestra —con referencia al tamaño del GIDS3— en cada uno de los GIDS —GIDS0, GIDS1 y GIDS2. A partir de lo cual se obtuvieron dos muestras en cada uno de los GIDS —con excepción del GIDS3. Una primera muestra dirigida al procedimiento de identificación del modelo estructural de ideación suicida. Y una segunda muestra, orientada a la validación del modelo identificado.

Para la obtención de las muestras en cada GIDS, se realizaron las siguientes actividades.

- ✎ Segmentación de la muestra total conforme a los GIDS. De lo que se obtuvieron cuatro segmentos: Grupo 1 = GIDS0; Grupo 2 = GIDS1; Grupo 3 = GIDS2; y Grupo 4 = GIDS3

- ✎ Obtención de dos muestras estratificadas proporcionales conforme al género, en los GIDS0, GIDS1 y GIDS. Donde el criterio de estratificación se basó en la proporción de hombres y mujeres en el GIDS3 —37 % hombres (110) y 63 % mujeres (290). Con error de muestreo del 5 % y error de estimación de $p < .05$

Comparación de muestras.

Para verificar la similitud de las muestras estratificadas con respecto a la muestra total, se procedió a comparar —por género— el comportamiento de las variables de identificación personal y de las variables psicológicas, en ambas muestras de estudio. Los datos que se compararon fueron la frecuencia en opciones de respuesta —variables nominales, y la media, la variabilidad, el sesgo y la curtosis —variables de intervalos aparentemente iguales.

Análisis de correlación, por género, de ideación suicida con variables de identificación personal y variables psicológicas

Para identificar las variables de identificación personal y las variables psicológicas que registrasen correlación con la ideación suicida, en este paso se procedió a analizar solo las muestras estratificadas, en un solo conjunto, por género. En razón de que estas muestras serían la base del análisis posterior.

Análisis de correlación con variables de identificación personal

Para el registro de la correlación con las variables de identificación, se realizaron las siguientes actividades.

Primero, se transformó cada variable de identificación personal en variable *dummy* (Klenbaum & Kupper, 1978). Con asignación del valor 1, a la categoría con antecedente de relación con la manifestación de ideación suicida o con posibilidad teórica de relación con este pensamiento. Y con asignación del valor 0, a la/s categoría/s complementarias en cada variable. En la Tabla 19 se muestran las categorías correspondientes a cada variable.

Segundo, por medio del coeficiente V de Cramer, se determinaron las variables de identificación personal con registro de correlación con la presencia de ideación suicida, con criterio $p \leq .05$. Donde la variable criterio correspondió a la ideación suicida, registrada como variable categórica conforme a las categorías de GIDS (GIDS0, GIDS1, GIDS2 y GIDS3). Y la variable explicativa refirió a cada variable de identificación personal, registrada como variable categórica conforme a los valores 0 y 1.

Análisis de correlación con variables psicológicas.

Por medio del coeficiente r de Pearson, con criterio de $p \leq .05$, se identificaron las variables psicológicas asociadas con ideación suicida. Por lo que para este análisis, se empleó el puntaje total de los reactivos que conformaron las sub-escalas psicológicas, después del análisis psicométrico. Así como el puntaje total obtenido con la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D.

Tabla 19.

Categorías de asignación de valores en variables *dummy*, variables de identificación

Variables	Categorías de Asignación	
	1	0
1.2. Edad	≤ 15	>16
1.3. Año Escolar	1ero	2do y 3ro
1.4. Promedio	≤ 5	≥ 6
1.5. Lugar ocupa como hijo(a)	Primero(a)	2do, 3ro o más
1.6. Edo. Civil	Casado(a), Unión libre	Soltero(a)
1.7. Trabaja	Si	No
1.8. Sostén económico. familiar	Madre, solo(a)	Otras
1.9. Con quién vivió su infancia	Sin papá y/o mamá	Otras
1.10. Enfermedad crónica	Si	No
1.12. Consumo de sustancias	Si	No
1.13. Vivió situaciones trastornantes	SI	No
1.15. Religión	No	Si
1.16. Practica de religión	Poco, nada	Regular o más
1.17. Preferencia Sexual	Homo o bisexual	Heterosexual
1.18. Pareja	No	Si

Variables	Categorías de Asignación	
	1	0
1.19. Relaciones sexuales regulares	Si	No
1.20. Atención. Psicológica	Si	No
1.22. Situaciones humillantes	Si	No
1.23. Suicidio o intento persona cercana	Si	No
3.1. Problema	Si	No
3.2. Intento previo suicidio	Si	No

Análisis de asociación conjunta de ideación suicida con variables de identificación personal y variables psicológicas; modelo de regresión múltiple

Con el propósito de identificar el conjunto de variables que explicasen estadísticamente la presencia de ideación suicida, se procedió a encontrar un modelo de asociación, por medio del análisis de regresión múltiple, con los dos grupos de variables; identificación personal y psicológicas. A continuación se indican las actividades correspondientes.

Análisis de asociación conjunta con variables de identificación personal.

Para este análisis se incluyeron solo las variables de identificación personal que, en el paso previo, registraron correlación con ideación suicida. Las actividades realizadas fueron las siguientes.

Con el procedimiento de *introducir*, se aplicó el análisis de regresión por variable hasta identificar la variable de mayor peso en la regresión, en cada género. Seleccionada la primera variable, se aplicó el modelo de regresión por pares de variables, hasta identificar la segunda variable a incorporar en el modelo, con base en el peso de regresión. Se procedió de esta forma hasta que ninguna variable más cumplió el requisito de peso significativo en el modelo, con criterio de $p \leq .05$. En este paso, las variables de identificación personal se identificaron con los valores de 1 y 0, conforme a la asignación dummy del análisis de correlación previo.

La revisión de la pertinencia de cada modelo, por género, se efectuó con base en los indicadores que se han reportado como mínimos (Kleinbaum y Kupper 1978; Bowerman y O'Connell, 1979) para el reporte de un modelo de regresión adecuado. Tales indicadores son los siguientes.

- ✎ *Estadístico Durbin-Watson*; registro de independencia de errores
- ✎ Gráfica de *residuos tipificados (zresid) (y) vs. pronósticos tipificados (zpred)*; valoración de *homocedasticidad*
- ✎ Gráficas de *normalidad y ojiva de residuos*; identificación de la *normalidad* de residuos
- ✎ Índice de tolerancia, factor de inflación de varianza, *auto-valor* e *índice de colinealidad*; reconocimiento de correlación entre variables independientes

Análisis de asociación conjunta con variables psicológicas.

Este análisis se efectuó con base en las variables psicológicas que registraron correlación con ideación suicida, en el análisis previo. Los pasos que se siguieron fueron los mismos que con el procedimiento para las variables de identificación personal. Con la diferencia de que en este caso se trabajó con el puntaje total de cada escala, que correspondió a la suma de los reactivos que prevalecieron después de la revisión psicométrica del instrumento.

Análisis de asociación conjunta con variables de identificación personal y variables psicológicas.

Este análisis se aplicó siguiendo el procedimiento de los análisis previos. Tomando en consideración los dos grupos de variables como si fuese un solo conjunto. Hasta identificar el mejor modelo correspondiente a la integración de ambos grupos de variables.

Identificación de las variables psicológicas y de identificación personal asociadas al riesgo o protección, en la manifestación de ideación suicida; modelo de regresión logística binaria, por género

Con la finalidad de reconocer las variables cuya presencia se asociase como riesgo o como protección para la manifestación de ideación suicida, se aplicó — por género— el análisis de regresión logística binaria, primero con las variables de identificación personal, después con las variables psicológicas, y finalmente con ambas variables.

Análisis con variables de identificación personal.

El análisis de regresión logística para cada grupo de variables, planteó la condición de diferenciar lo que se reconocía como ideación suicida de lo que no se consideraba como tal. Para ello se planteó la ubicación de distintos valores para el valor 0 de la condición de no ideación suicida. Ya que el valor 1 se asignaría al GIDS3, registrado como el indicador de la presencia de ideación suicida, en el análisis de la escala de Roberts-CES-D realizado con anterioridad en este trabajo. Por tal motivo se consideraron tres condiciones para la asignación del valor 0. Con lo que se posibilitaría ratificar la pertinencia del valor 1, referente a la presencia de ideación suicida. Tales condiciones fueron las siguientes.

- ✎ *Condición 1; $GIDS0 = 0$, valor de ausencia de ideación suicida; $GIDS3 = 1$, valor de presencia de ideación suicida*
- ✎ *Condición 2; $GIDS0 + GIDS1 = 0$; $GIDS3 = 1$, valor de presencia de ideación suicida*
- ✎ *Condición 3; $GIDS0 + GIDS1 + GIDS2 = 0$, valor de ausencia de ideación suicida; $GIDS3 = 1$, valor de presencia de ideación suicida*

El análisis de regresión logística se efectuó, por tanto, en cada condición establecida y por género. Lo que delimitó seis análisis por grupo de variables.

La evaluación de la congruencia de cada modelo identificado se efectuó por medio del estadístico de Wald, con criterio de un valor mayor de dos. En tanto

que la conveniencia del modelo, por medio del estadístico de Hosmer-Lomeshow con criterio de $p > .05$ —en el anexo sección 4 se describe ambos indicadores.

El análisis de regresión logística binaria con las variables de identificación personal, al igual que con la regresión múltiple, se efectuó solo con las variables que observaron correlación significativa con ideación suicida. El procedimiento seguido para el análisis fue el de *introducir*. Procedimiento que implica los mismos pasos que con la regresión múltiple; registro de la primer variable con mayor peso en el ratio odd, con base en la comparación del análisis de regresión logística con cada variable de identificación personal. Reconocida la primer variable, identificación de la segunda variable que integraría cada modelo, por medio de la comparación de cada análisis con las combinaciones de dos variables, manteniendo constante la primer variable reconocida. Con criterio de $p \leq .05$ para la decisión de permanencia de cada variable en el modelo. Continuando con el procedimiento hasta lograr el modelo integrado por el total de variables pertinentes en el modelo. Modelo que, en cada caso, se revisó su pertinencia con base en los indicadores señalados para tal efecto

Análisis con variables psicológicas.

El análisis de regresión logística binaria con las variables psicológicas, implicó el mismo procedimiento que con las variables de identificación personal. Solo que en este caso se incorporaron solo las variables psicológicas. Para lo cual se tomó el puntaje correspondiente a cada escala. Que correspondió, en cada caso, a la suma de los reactivos que quedaron después de la revisión psicométrica del instrumento.

Análisis con variables de identificación personal y variables psicológicas.

El análisis de regresión logística binaria con las variables de identificación personal y las variables psicológicas, se efectuó con base en el mismo procedimiento de los dos análisis previos. Con la diferencia de que en este caso, se consideró ambos conjuntos de variables, como un solo grupo.

Modelo estructural de explicación de la presencia de ideación suicida en jóvenes

Para la identificación del modelo estructural de explicación de la presencia de ideación suicida, se aplicó el modelamiento con ecuaciones estructurales. Este análisis implica el seguimiento de varios pasos, que se disponen conforme a la aproximación que se siga.¹ En este trabajo se siguieron los pasos recomendados por Anderson y Gerbing (1988); *Validación del modelo de medida y Ajuste del Modelo Estructural*. Con base en la organización de actividades propuesta por Schumacker y Lomax (2004). Las acciones específicas que se llevaron a cabo en cada paso fueron las siguientes.

Validación del Modelo de Medida.

Este paso correspondió a la comprobación de la pertinencia de los indicadores seleccionados para cada variable latente del modelo estructural propuesto. En el modelo de esta investigación se consideró solo una variable latente denominada *Creencias Irracionales*.

Las operaciones que se siguieron para este efecto fueron las siguientes.

- ✎ Separación de la muestra total conforme al género. Para lograr la validación del modelo de medida conforme al género
- ✎ Selección de las variables que funcionarían como indicadores de la variable latente. En cuyo caso se eligieron las variables que registraron asociación significativa con ideación suicida en el análisis previo. Y que conforme a la teoría cognitivo-conductual se identificaron como indicadores de las creencias irracionales que acompañan el comportamiento suicida; *Desesperanza (DS)*, como indicador de las

¹ Las aproximaciones que se siguen en el modelamiento con ecuaciones estructurales son; Aproximación Confirmatoria, correspondiente a la identificación del modelo que confirme el modelo teórico planteado en la investigación. La Aproximación de Modelos Alternativos, referente a la prueba de dos o más modelos plausibles de acuerdo a lo que se busca en la investigación. Y la Aproximación del Desarrollo del Modelo, relativa a la identificación del mejor modelo de acuerdo a los propósitos de la investigación

creencias disfuncionales acerca del futuro. *Exigencia de Aceptación (EA)*, como indicador de las creencias disfuncionales del sí mismo. Y percepción del *Apoyo Familiar (APYFM)*, como indicador de las creencias disfuncionales acerca del medio.

- ✎ Diseño gráfico y planteamiento de la ecuación de la variable latente, conforme a las variables seleccionadas
- ✎ Determinación de los valores de restricción de los parámetros conforme a los presupuestos teóricos que definen la elaboración del modelo estructural
- ✎ Estimación y evaluación de la bondad de ajuste del modelo de medida propuesto con respecto al modelo de medida teórico
- ✎ Designación del modelo estructural de medida

Ajuste del modelo estructural.

El ajuste del modelo estructural correspondió a la comprobación de las relaciones estructurales que definieron el modelo. Relaciones especificadas por medio de las ecuaciones y las gráficas elaboradas conforme a los criterios del procedimiento de modelamiento con ecuaciones estructurales. Con delimitación de las condiciones mínimas para describir teóricamente las relaciones entre las variables independientes y la variable dependiente.

Identificación del Modelo Estructural.

En este paso, se procedió al establecimiento de la condición mínima para la obtención del modelo. Para lo cual se identificó el número posible de parámetros a registrar en el modelo, con base en la congruencia entre el número de parámetros en la *matriz de covarianza S* y el número de parámetros en la *matriz de covarianza δ* . A partir de lo siguiente.

- ✎ Especificación de los parámetros libres del modelo y de los parámetros con restricción
- ✎ Determinación de las relaciones estructurales del modelo con base en la recursividad o no recursividad del modelo

- ✎ Estimación del orden del modelo estructural

Estimación del Modelo Estructural.

La estimación del modelo estructural correspondió a la obtención de los parámetros del modelo. Conforme a las siguientes actividades.

- ✎ Selección del método para la estimación de los parámetros del modelo estructural con base en las propiedades de los datos
- ✎ Estimación del Modelo Estructural

Prueba del Modelo Estructural.

La prueba del modelo estructural, refirió a la evaluación del modelo propuesto. Con base en las siguientes actividades:

- ✎ Evaluación global del modelo. Que consistió en la prueba de bondad de ajuste del modelo, en cada género. Por medio de los siguientes indicadores de ajuste: El estadístico *CMIN* (*Chi cuadrado mínimo*), con criterio de $p > .05$ para declarar ajuste adecuado el modelo. El estadístico *CFI* (*Índice de Ajuste Comparativo*), con criterio de un valor $> .9$ para establecer ajuste correcto del modelo. Y el estadístico *RMSA* (*Raíz Cuadrada Promedio del error de Aproximación*), con criterio de $p \leq .05$ para definir la bondad de ajuste global del modelo
- ✎ Revisión de los parámetros del modelo. Que radicó en la observación de la significancia, la vía y la dirección de cada uno de los parámetros. Para probar su congruencia con los criterios teóricos que sustentaron la propuesta del modelo

Modificación del Modelo Estructural.

La modificación del modelo estructural correspondió a la detección y realización de los ajustes para lograr las condiciones mínimas de aceptabilidad del modelo. Conforme al criterio de alteración mínima de la propuesta básica que definió el

modelo originalmente propuesto. Para tal efecto se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- ✎ Revisión de los resultados de la evaluación de ajuste del modelo y del comportamiento de los parámetros del modelo, para la identificación de los ajustes requeridos
- ✎ Revisión de la pertinencia de los índices de modificación propuestos por el programa AMOS
- ✎ Selección y aplicación de los ajustes que no alterasen la propuesta básica del modelo
- ✎ Revisión del modelo ajustado
- ✎ Evaluación del modelo ajustado para la definición de nuevo ajuste o para la aceptación del modelo, dada la cobertura de las condiciones básicas requeridas

Validación cruzada del Modelo Estructural.

La validación cruzada del modelo estructural, correspondió a la comprobación del modelo identificado por medio de su replicación en la muestra de validación. Con seguimiento de los mismos pasos que en la identificación del modelo.

Resultados Fase 3: Modelo multivariado de explicación de ideación suicida con la base en la teoría Cognitivo-Conductual y la teoría Racional Emotivo-Conductual

Muestras proporcionales por GIDS

La distribución de la muestra de jóvenes, conforme a cada GIDS se muestra en la Tabla 20. En tanto que la disposición de las muestras aleatorias estratificadas, con excepción del GIDS3, se expone en la Tabla 21.

Tabla 20.

Tamaño de muestra en cada GIDS; frecuencia y porcentaje por género

GIDS	Frec. Total	% Mujeres	% Hombres
GIDS0	2262	51%	49%
GIDS1	981	53%	47%
GIDS2	924	62%	38%
GIDS3	254	63%	37%

Tabla 21.

Tamaño de muestra estratificada en cada GIDS; \bar{X} , D.E. y rango de edad, por género

Grado de IDS	Género	N	%	\bar{X}	D.E.	Rango edad	
GIDS0	1ª Muestra	Mujeres	192	63.4	16.5	1.2	15-23
		Hombres	111	36.6	16.7	1.3	15-20
	2ª Muestra	Mujeres	194	63.6	16.6	1.3	15-23
		Hombres	111	36.4	16.8	1.4	15-23
GIDS1	1ª Muestra	Mujeres	185	62.5	16.6	1.3	14-22
		Hombres	111	37.5	16.7	1.5	15-24
	2ª Muestra	Mujeres	182	62	16.7	1.3	14-22
		Hombres	111	38	16.9	1.4	15-23
GIDS2	1ª Muestra	Mujeres	189	63	16.6	1.2	15-22
		Hombres	111	37	16.7	1.3	15-20
	2ª Muestra	Mujeres	190	63.3	16.5	1.2	15-22
		Hombres	110	36.7	16.8	1.5	13-22
GIDS3	Mujeres	161	63.8	16.5	1.3	14-23	
	Hombres	93	36.2	17	1.5	15-21	

Con designación de un tamaño total cercano a 300 para cada sub-muestra —50 más— que el GIDS3, y con criterio de proporcionalidad para cada muestra de 63 % de mujeres y 37 % de hombres. El tamaño de la primera muestra fue de 899 jóvenes, y de 898 jóvenes para la segunda muestra. Sin consideración de los 254 jóvenes del GIDS3, que se mantuvo constante. En ambas muestra se registró un

promedio de 17 años de edad, con desviación estándar (*D.E.*) de 1.4 para los hombres y de 1.3 para las mujeres.

Descripción y comparación, por género, de las variables de identificación personal y las variables psicológicas de muestra total y de muestra estratificada

Los resultados de este punto correspondieron a la descripción de la muestra total y de la muestra estratificada total. Y la comparación de ambas muestras para corroborar la representatividad de la segunda con respecto a la primera.

VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Las variables de identificación personal refieren a las preguntas de la primera sección del instrumento, y a dos preguntas ubicadas en la segunda y tercera sección del instrumento, relativas a “*Problemas*” y “*si se había realizado con anterioridad un intento suicida*” —véase anexo sección 5.

A continuación se describe cada variable y se compara con lo registrado en la muestra total y en la muestra estratificada.

Edad.

El promedio de edad se registró en 16.5 años —en ambos géneros y muestras. Con distribución de porcentajes similar en ambas muestras —véase Figura 7 y Figura 8.

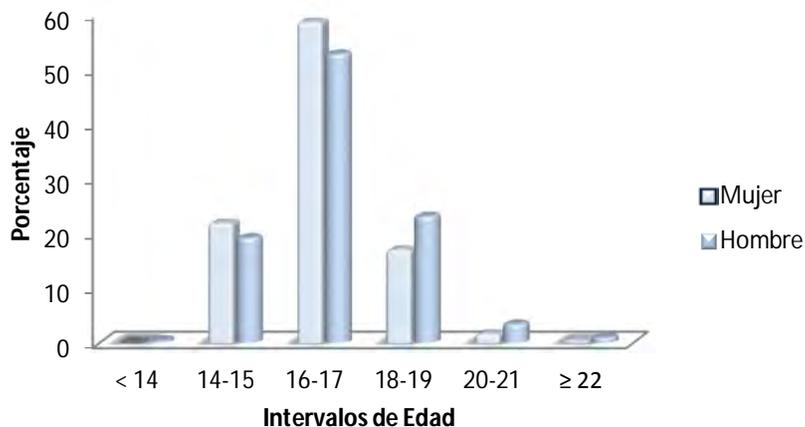


Figura 7. Edad, porcentaje por género: Muestra Total

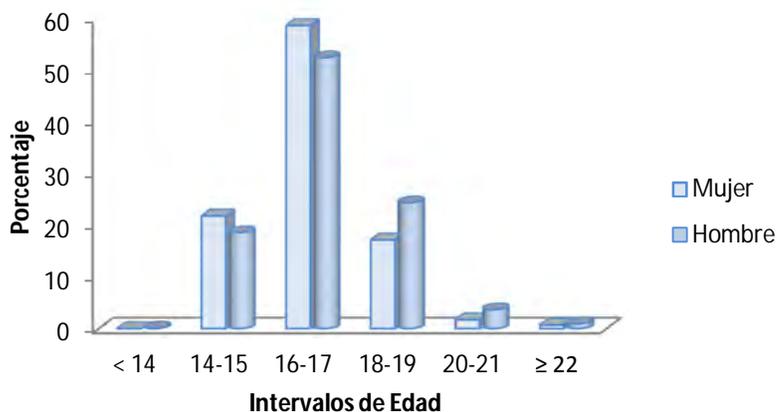


Figura 8. Edad, porcentaje por género: Muestra Estratificada

Año escolar.

Cerca del 40 % —en ambos géneros y muestras— se ubicaron en 1er año. Y alrededor del 30 %, en segundo y tercer año —véase Figura 9 y Figura 10.

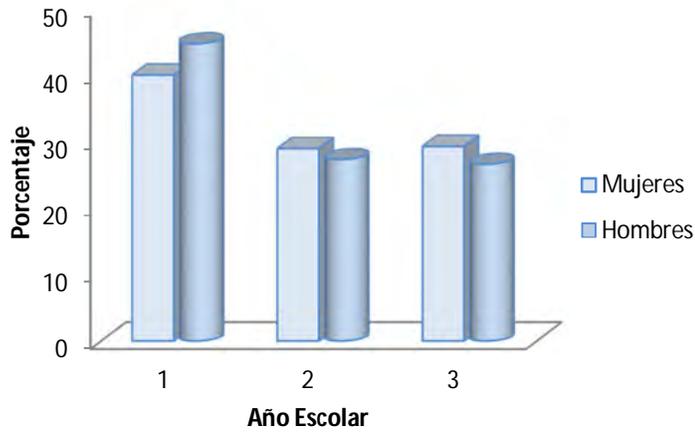


Figura 9. Año escolar, porcentaje por género: Muestra Total

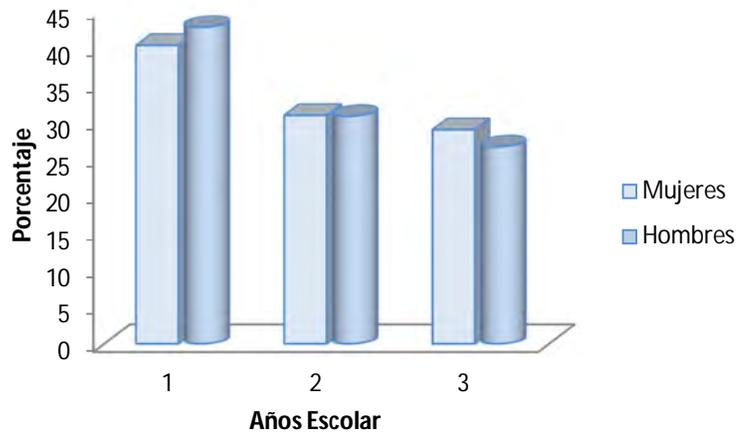


Figura 10. Año escolar, porcentaje por género: Muestra Estratificada

Promedio de Calificación.

El promedio de calificación reportado —en ambos géneros y muestras en orden— fue de 8, 7 y 9. Con *media* general de 7 —véase Figura 11 y Figura 12.

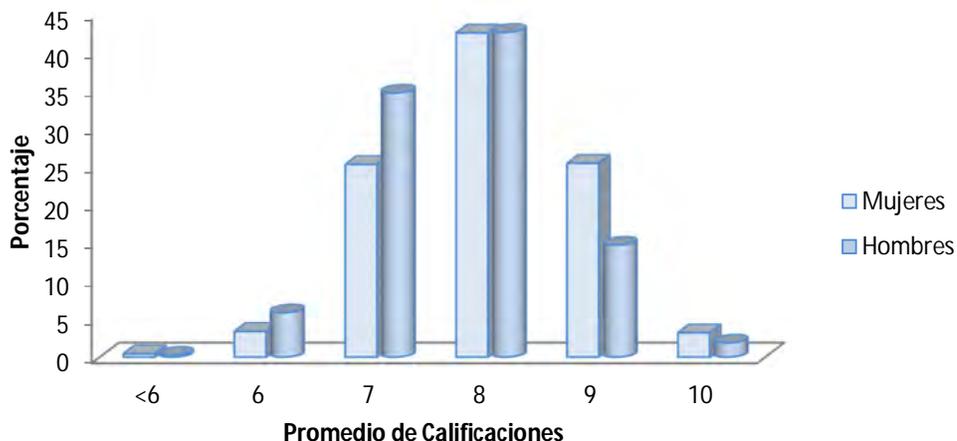


Figura 11. Promedio de calificación, porcentaje por género: Muestra Total

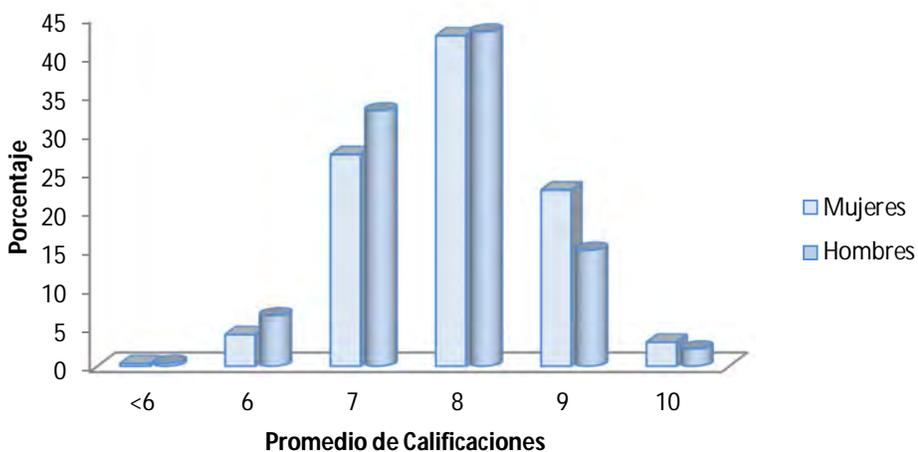


Figura 12. Promedio de calificación, porcentaje por género: Muestra Estratificada

Lugar familiar como hijo/a.

Alrededor del 40 % —en ambos géneros y muestras— reportó ser el primer hijo o hija. Cerca del 30 %, ser el segundo. Y alrededor del 30 %, ser el tercero o más —véase Figura 13 y Figura 14.

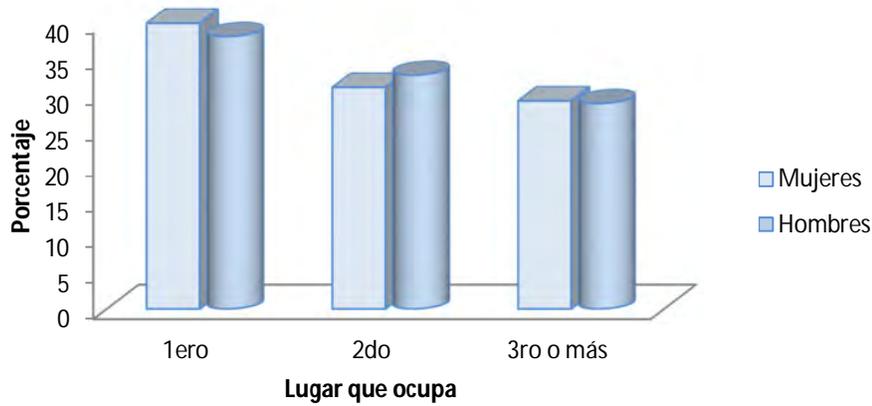


Figura 13. Lugar como hijo/hija en la familia, porcentaje por género: Muestra Total

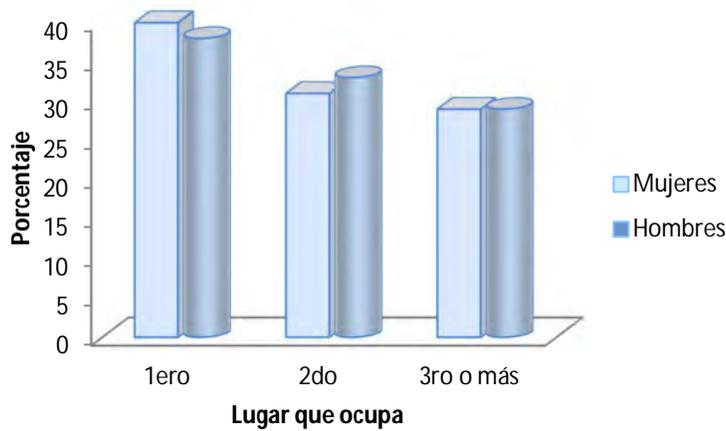


Figura 14. Lugar que se ocupa como hijo/hija en la familia: porcentaje por género; Muestra Estratificada

Estado Civil.

El 3 % de las mujeres y del 5 % de los hombres —en ambas muestras— señaló que su estado civil era casado/casada o en unión libre —véase Figura 15 y Figura 16.

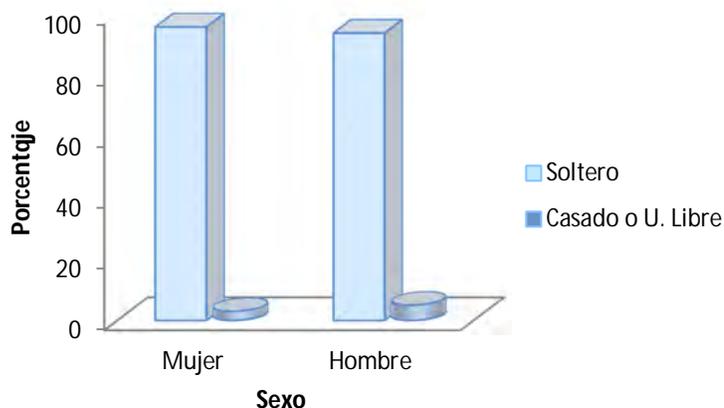


Figura 15. Estado civil, porcentaje por género: Muestra Total

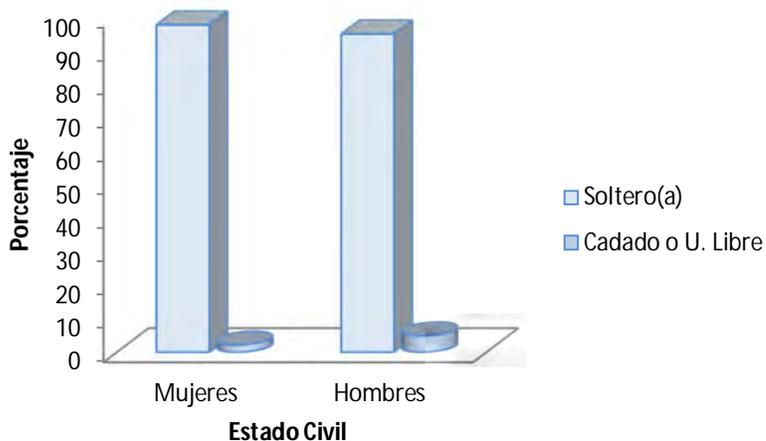


Figura 16. Estado civil, porcentaje por género: Muestra Estratificada

Actividad Laboral.

Solo el 15 % de las mujeres y cerca del 30 % de los hombres —en ambas muestras— reportó actividad laboral —véase Figura 18 y Figura 19.



Figura 17. Actividad laboral, porcentaje por género: Muestra Total

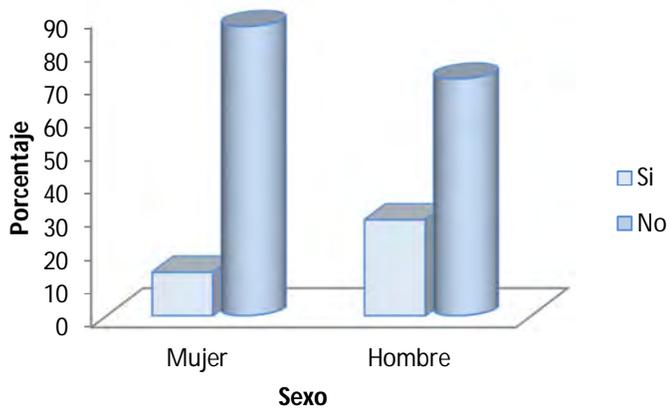


Figura 18. Actividad laboral, porcentaje por género: Muestra Estratificada

Sostén económico familiar.

Cerca del 40 % —en ambos géneros y muestras— indicó que el sostén familiar radicaba en “*ambos padres*” y cerca del 35 % mencionó que “*solo el padre*” era el sostén familiar —véase Figura 19 y Figura 20.

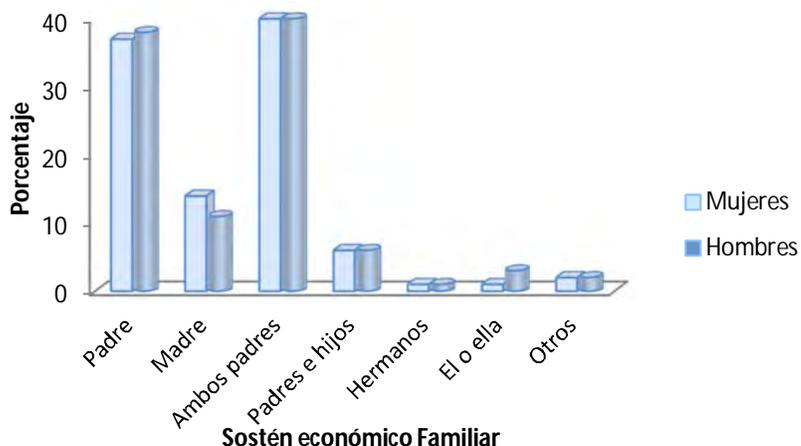


Figura 19. Sostén económico de la familia, porcentaje por género: Muestra Total

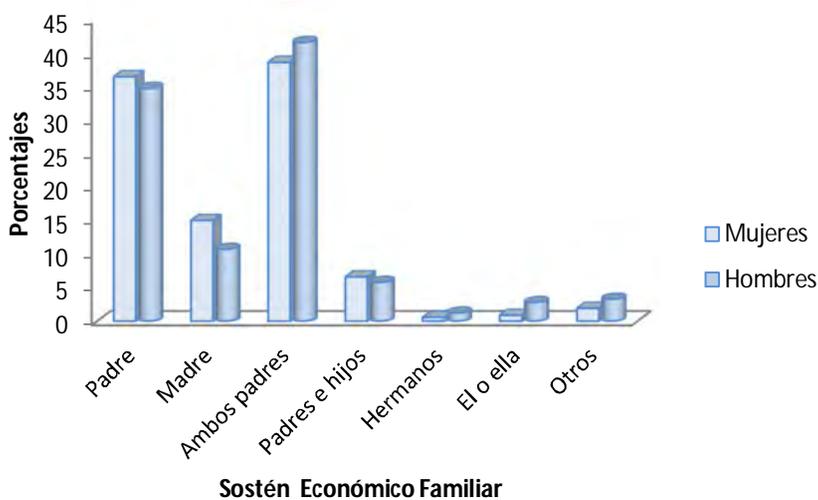


Figura 20. Sostén económico de la familia, porcentaje por género: Muestra Estratificada

Con quién se vivió la infancia y adolescencia.

El 80 % —en ambos géneros y muestras— respondió que su infancia y adolescencia la vivieron con su papá, mamá y hermanos —véase Figura 21 y Figura 22.

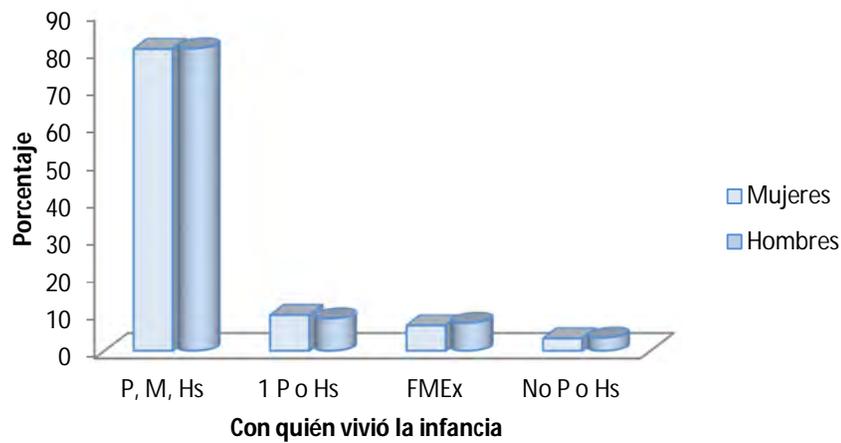


Figura 21. Con quién se vivió la infancia, porcentaje por género: Muestra Total

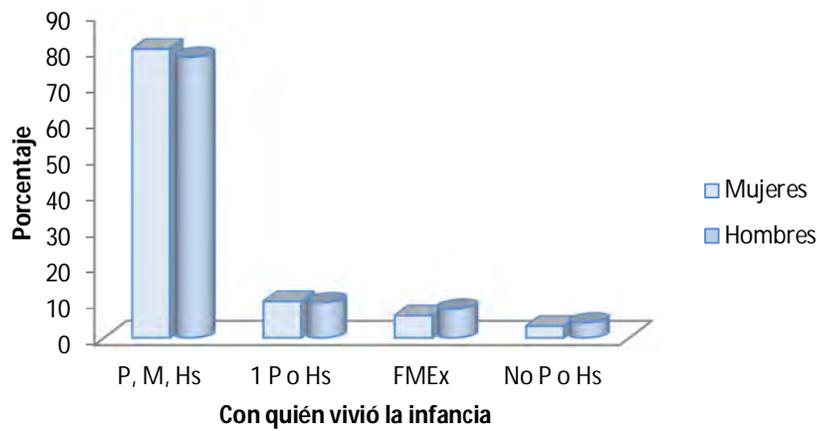


Figura 22. Con quién se vivió la infancia, porcentaje por género: Muestra Estratificada

Padecimiento de enfermedad crónica.

Cerca del 10 % —en ambos géneros y muestras— mencionó que padecía alguna enfermedad crónica —véase Figura 23 y Figura 24.

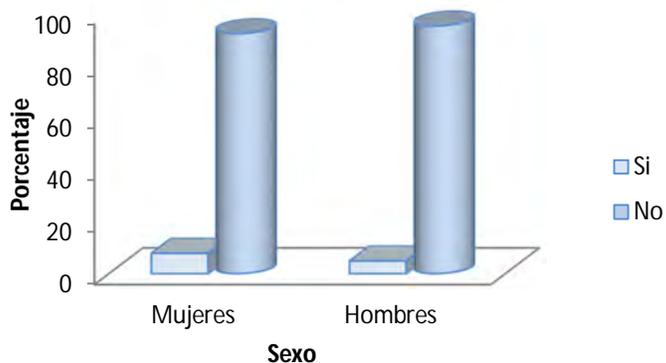


Figura 23. Padecimiento de enfermedad crónica, porcentaje por género: Muestra Total



Figura 24. Padecimiento de enfermedad crónica, porcentaje por género: Muestra Estratificada

Donde la principal enfermedad crónica reportada —98 % de las mujeres y del 85 %— se ubicó en el área física. En mujeres destacó que el principal padecimiento reportado correspondió a problemas en vías respiratorias —asma y alergias.

Consumo de alguna sustancia para sentirse bien.

El 30 % —en ambos géneros y muestras— informó que necesitaba consumir regularmente alguna sustancia para sentirse bien (véanse Figuras 25 y 26). Las principales sustancias reportadas fueron: cigarro y café, seguidas del consumo de

más de dos sustancias. Con observación de que las mujeres reportaron mayor consumo de café y de medicamentos que los hombres. En tanto que los hombres informaron de mayor consumo de más de dos sustancias —alcohol o drogas y bebidas energéticas— (véase Figura 27 y Figura 28).



Figura 25. Consumo de sustancias para sentirse bien, porcentaje por género: Muestra Total

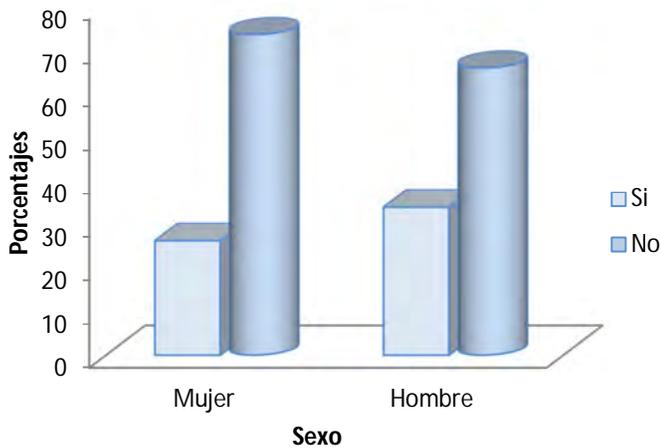


Figura 26. Consumo de sustancias para sentirse bien, porcentaje por género: Muestra Estratificada

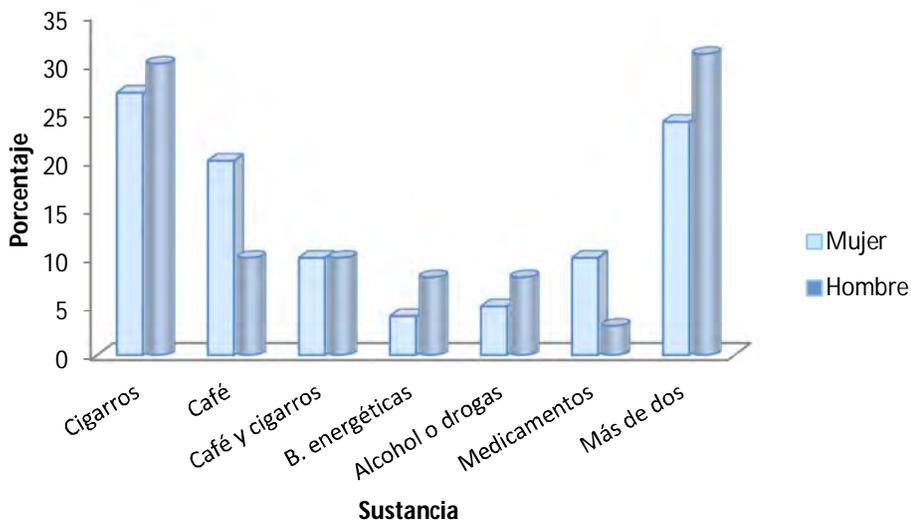


Figura 27. Sustancias que se consumen para sentirse bien, porcentaje por género: Muestra Total

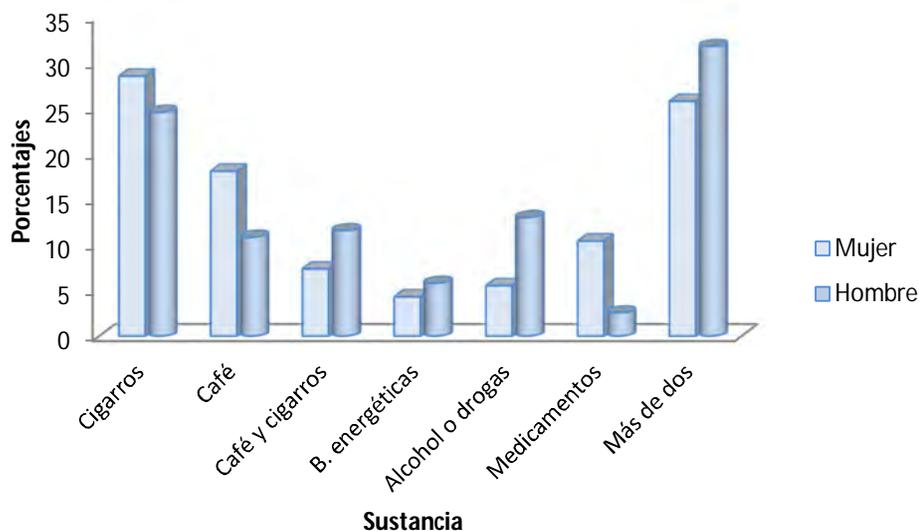


Figura 28. Sustancias que se consumen para sentirse bien, porcentaje por género: Muestra Estratificada

Experiencia de alguna circunstancia que alteró o trastornó su vida.

Alrededor del 55 % de las mujeres y del 35 % de los hombres —en ambas muestras— señalaron haber experimentado últimamente alguna circunstancia

que alteró o trastornó su vida (véanse Figura 29 y Figura 30). Con indicación de que tal circunstancia ocurrió. En primer lugar, en más de dos áreas de su vida. Y en segundo lugar, en el área familiar. Con mayor el porcentaje de mujeres que reportaron haber vivido al menos una situación que trastornó su vida, que el porcentaje de hombres —véanse Figura 31 y Figura 32.

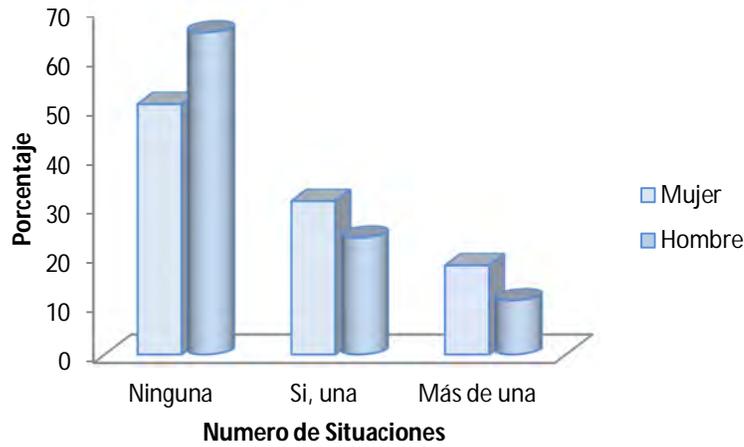


Figura 29. Vivencia de situación que altero su vida, porcentaje por género: Muestra Total

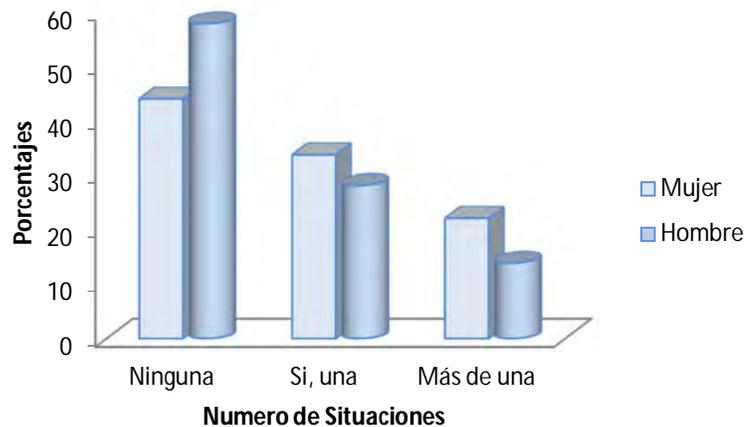


Figura 30. Vivencia de situación que altero su vida, porcentaje por género: Muestra Estratificada

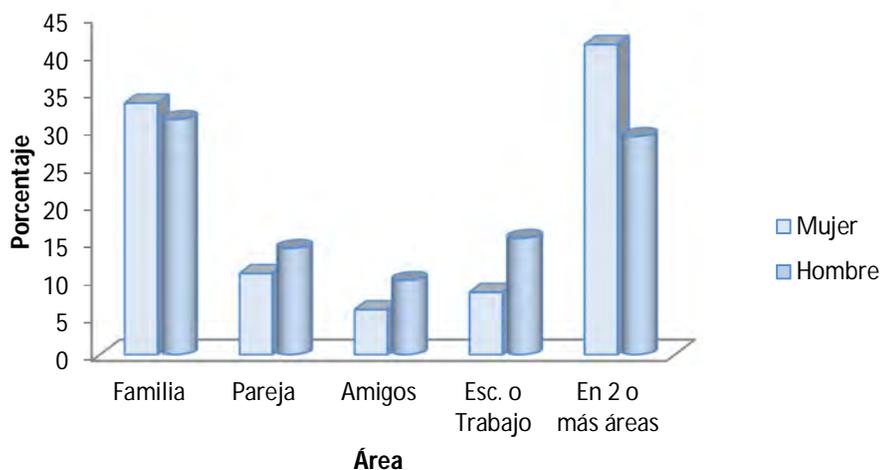


Figura 31. Porcentaje del Área donde se reporta haber vivido la situación que alteró su vida, porcentaje por género: Muestra Total

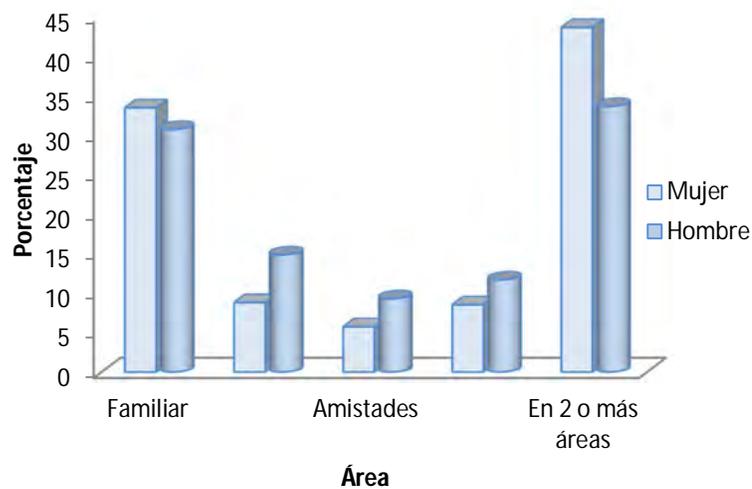


Figura 32. Área donde se reporta haber vivido la situación que alteró su vida, porcentaje por género: Muestra Estratificada

Reporte de práctica religiosa.

Cerca del 90 % de las mujeres y del 80 % de los hombres —en ambas muestras— indicaron que tenían alguna práctica religiosa —véase Figura 33 y

Figura 34. De los cuales, el 82 % de las mujeres y el 84 % de los hombres señaló que su práctica correspondía a la religión católica. Con observación de que el grado de práctica reportado fue principalmente de “un poco” en ambos géneros y muestras —véase Figura 35 y Figura 36.



Figura 33. Religión, porcentaje por género: Muestra Total



Figura 34. Religión, porcentaje por género: Muestra Total

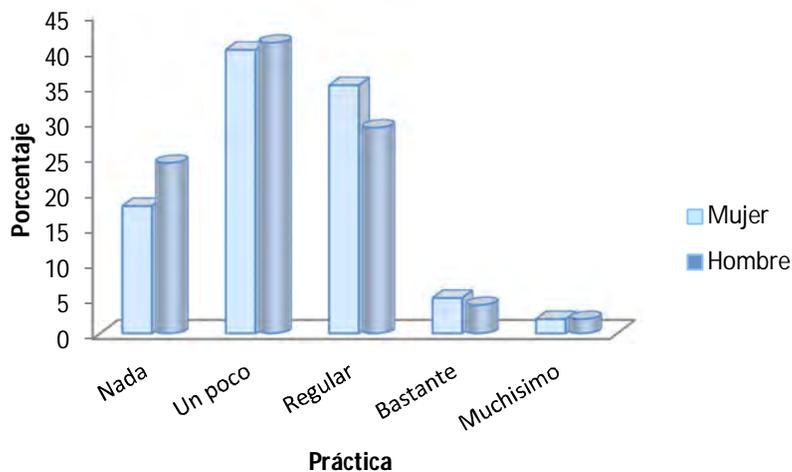


Figura 35. Grado de práctica religiosa, porcentaje por género: Muestra Total

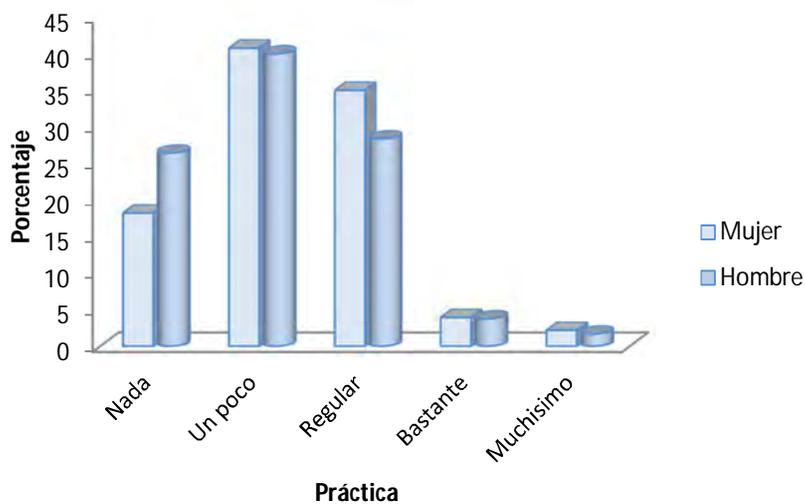


Figura 36. Grado de práctica religiosa, porcentaje por género: Muestra Estratificada

Preferencia Sexual.

Cerca del 90 % de las mujeres y 95 % de los hombres —en ambas muestras— señalaron que su preferencia era heterosexual. Con observación de que alrededor del 10 % de las mujeres y 5 % de los hombres mencionó orientación homosexual o bisexual —véase Figura 37 y Figura 38.

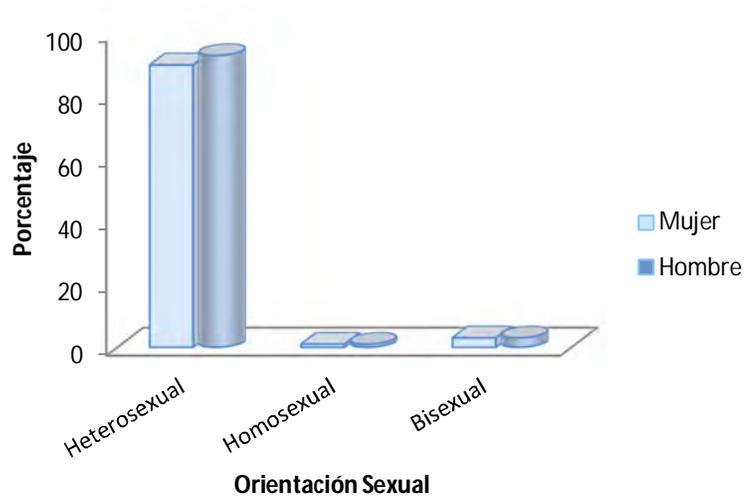


Figura 37. Preferencia sexual, porcentaje por género: Muestra Total

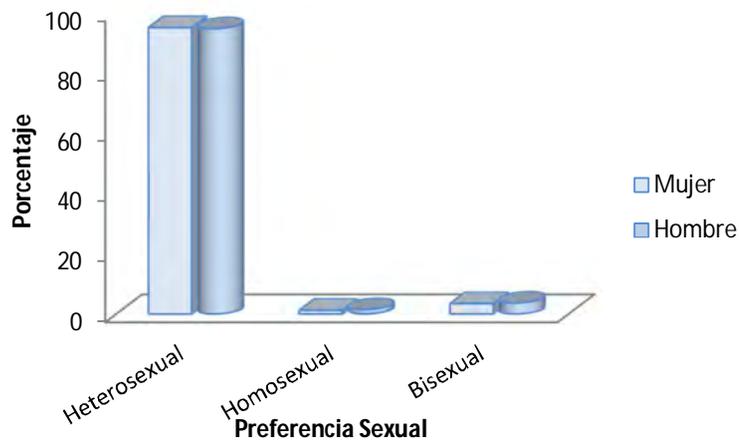


Figura 38. Preferencia sexual, porcentaje por género: Muestra Estratificada

Tener novio/a o pareja.

Alrededor del 50 % de las mujeres y 40 % de los hombres —en ambas muestras— reportaron que tenían pareja o novio/a —véase Figura 39 y Figura 40.

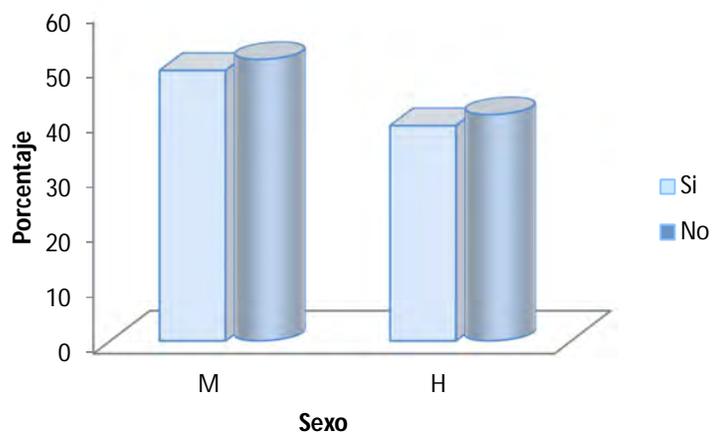


Figura 39. Si se tiene novia(o) o pareja, porcentaje por género: Muestra Total

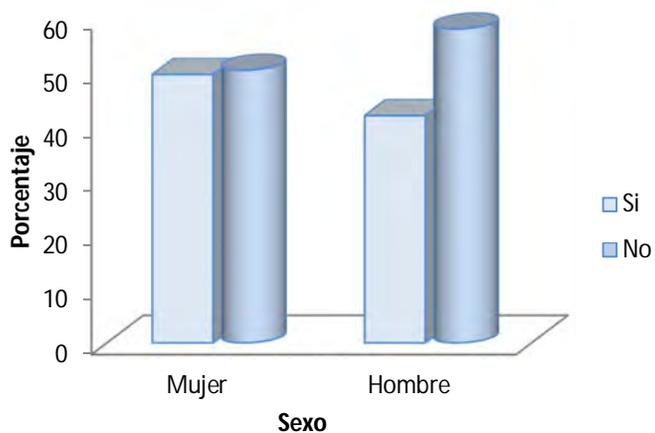


Figura 40. Si se tiene novia(o) o pareja, porcentaje por género: Muestra Total

Actividad sexual.

Cerca del 20 % de las mujeres y 30 % de los hombres —en ambas muestras— reportó mantener relaciones sexuales regularmente —véase Figura 41 y Figura 42.



Figura 41. Si se tienen relaciones sexuales regularmente, porcentaje por género: Muestra Total



Figura 42. Si se tienen relaciones sexuales regularmente, porcentaje por género: Muestra Estratificada

Antecedente de tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Alrededor del 30 % —en ambos géneros y muestras— reportó haberse sometido a tratamiento psicológico o psiquiátrico —véase Figura 43 y Figura 44.

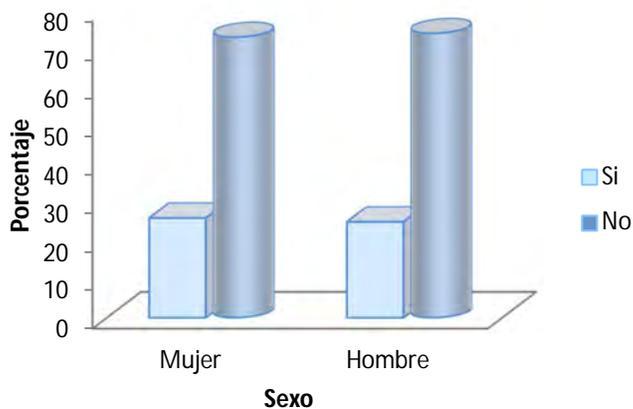


Figura 43. Si se ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico, porcentaje por género: Muestra Total

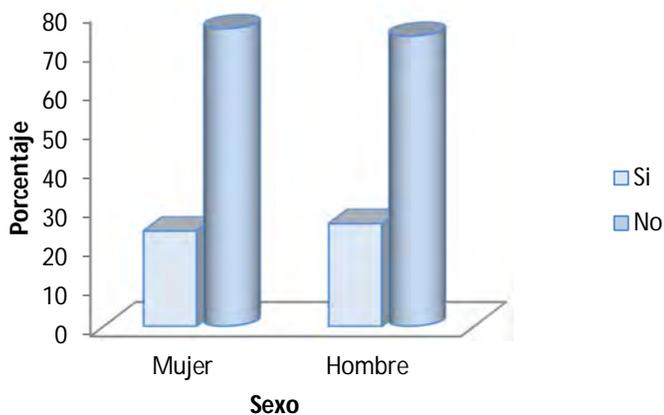


Figura 44. Si se ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico, porcentaje por género: Muestra Estratificada

Motivo del tratamiento psicológico o psiquiátrico.

En quienes reportaron haber recibido atención psicológica o psiquiátrica, la principales causas señaladas fueron—en ambos géneros y muestras; *problemas emocionales y/o traumas, problemas escolares, y problemas familiares*—véase Figura 45 y Figura 46.

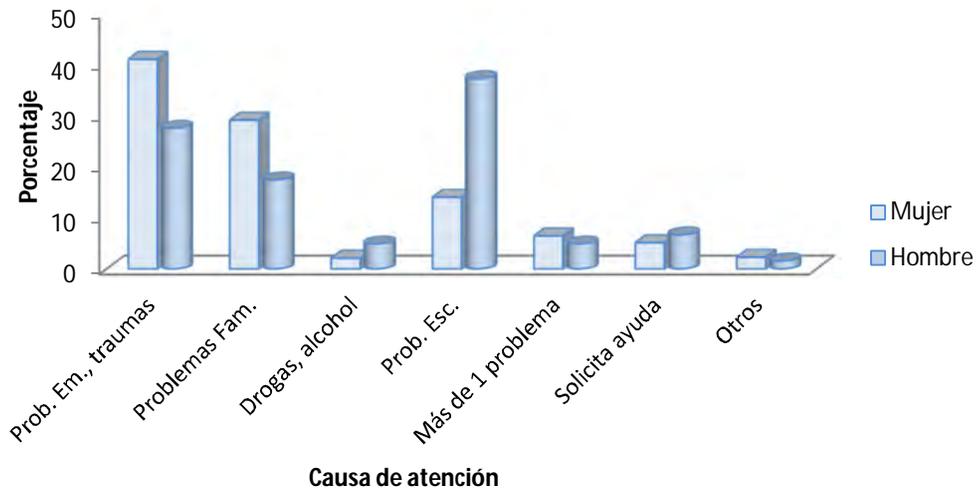


Figura 45. Causa de atención psicológica o psiquiátrica, porcentaje por género: Muestra Total

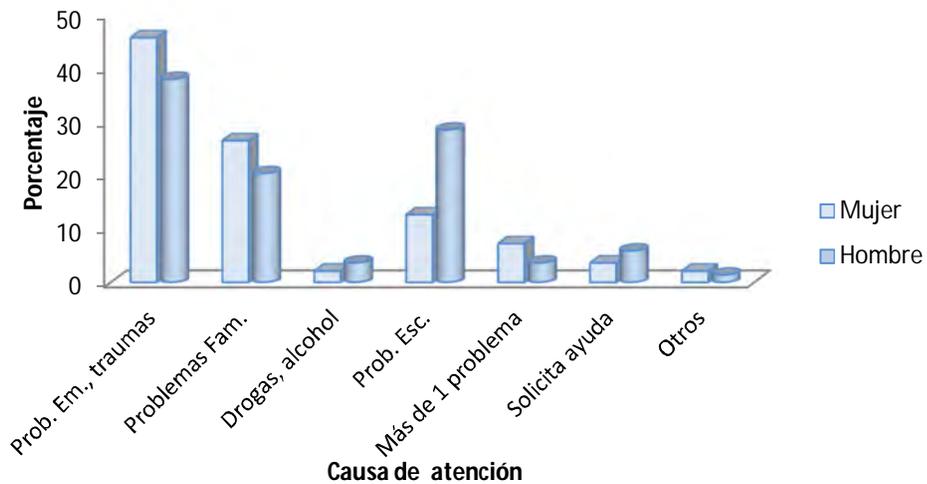


Figura 46 Causa de atención psicológica o psiquiátrica, porcentaje por género: Muestra Estratificada

Haber sido víctima de situaciones humillantes.

Cerca del 30 % de la muestra total, en ambos géneros. Y alrededor del 40 % de las mujeres y del 30 % de los hombres, en la muestra estratificada. Reportaron haber sido víctima de situaciones humillantes —véase Figura 47 y Figura 48.

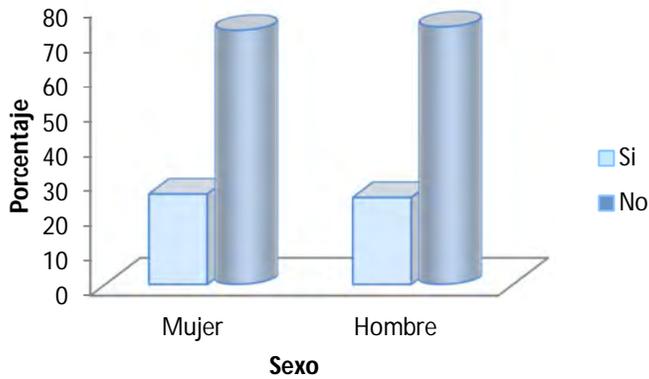


Figura 47. Si se considera víctimas de situaciones humillantes, porcentaje por género: Muestra Total

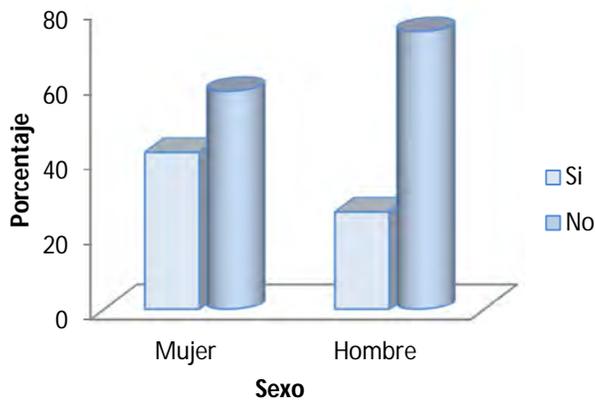


Figura 48. Si se considera víctimas de situaciones humillantes, porcentaje por género: Muestra Estratificada

Conocimiento de alguna persona que cometió suicidio o intento de suicidio.

Alrededor del 35 % de la muestra total —en ambos géneros. Y cerca del 30 % de la muestra proporcional —en ambos géneros. Reportó haber conocido alguna persona que se había suicidado o intentado suicidarse —véase Figura 49 y Figura 50.



Figura 49. Si se conoció alguna una persona con suicidio o intento de suicidio, porcentaje por género: Muestra Total

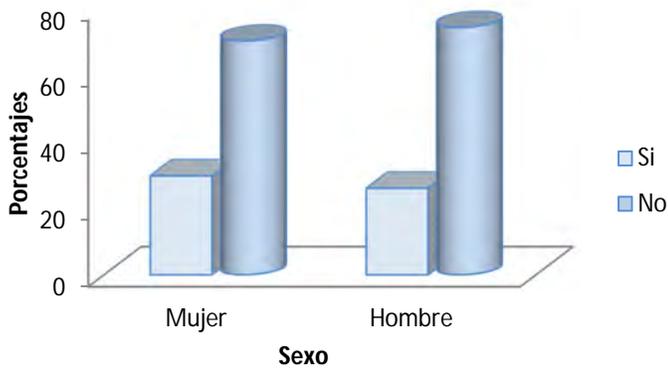


Figura 50. Si se conoció alguna una persona con suicidio o intento de suicidio, porcentaje por género: Muestra Estratificada

Principal problema.

Aproximadamente el 30 % de las mujeres reportó que el principal problema que vivía era *familiar* o *escolar* —en ambas muestras. Y cerca del 25 % de los hombres manifestó que el principal problema que vivía era *escolar*, seguido del problema escolar —véase Figura 51 y Figura 52.

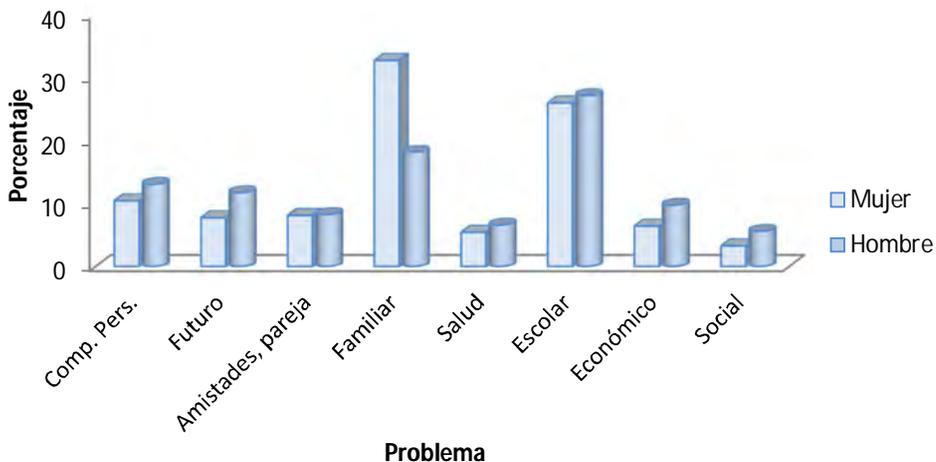


Figura 51. Principal problema reportado, porcentaje por género: Muestra Total

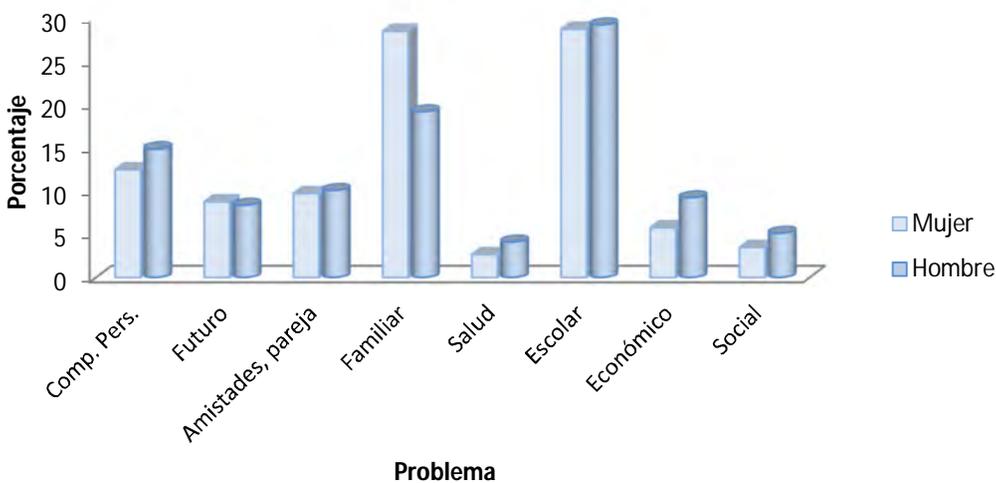


Figura 52. Principal problema reportado, porcentaje por género: Muestra Estratificada

Reporte de Intento Suicida.

Cerca del 30 % de las mujeres y del 20 % de los hombres —en ambas muestras— reportó que en el pasado realizó algún intento suicida —véase Figura 53 y Figura 54.

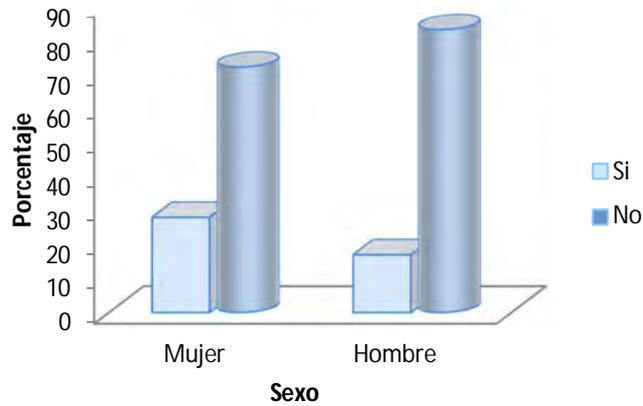


Figura 53. Intento previo de suicidio, porcentaje por género: Muestra Total

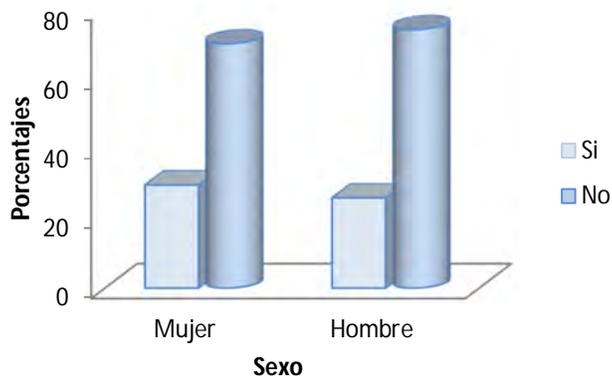


Figura 54. Intento previo de suicidio, porcentaje por género: Muestra Estratificada

En suma, las variables de identificación personal, tanto en la muestra total como en la muestra estratificada, señalaron que los jóvenes y las jóvenes de la muestra de estudio, se reconocieron por lo siguiente:

- ✎ Edad de 13 a 24 años, con un promedio en 16.5 años
- ✎ Soltero/as; 9 cada 10
- ✎ Dedicado/as al estudio; 8 de cada 10. Con estimación de que su promedio de calificación se ubica entre 7 y 8

- ✕ Residencia en familias donde el sostén económico recae principalmente en el padre o en ambos padres; 7 de cada 10
- ✕ Infancia vivida generalmente con ambos padres y con sus hermanos, en caso de tenerlos; 8 de cada 10
- ✕ Sin diferenciación clara de ser el primer/a, segundo/a o tercer/a hijo/a.
- ✕ No padecer, en su mayoría, enfermedades crónicas o graves; 8 de cada 10
- ✕ No necesitar consumo regular de alguna sustancia para sentirse bien; 7 de cada 10
- ✕ Con religión, en su mayoría; 9 de cada 10 mujeres y 8 de cada 10 hombres. Pero con estimación de una práctica religiosa regular o nula
- ✕ La mitad con pareja o novio/novia; 5 de cada 10 mujeres y 4 de cada 10 hombres
- ✕ Con preferencia heterosexual; 9 de cada 10 mujeres y 9.5 de cada 10 hombres
- ✕ Sin actividad sexual, en su mayoría; 8 de cada 10 mujeres y 7 de cada 10 hombres
- ✕ Sin experiencia de haber recibido atención psicológica o psiquiátrica; 7 de cada 10 en ambos géneros.
- ✕ Con reporte de haber experimentado una situación especial que trastornó fuertemente su vida, en 6 de cada 10 y en 4 de cada 10 hombres. Y que dicha situación ocurrió principalmente en el ámbito familiar
- ✕ Que no han sido víctima de situaciones humillantes —70 %
- ✕ Quienes su principal problema ocurre en la familia o en la escuela
- ✕ Solo el 30 %, de ambos géneros, considera haber conocido alguna persona que intento suicidarse o que cometió suicidio
- ✕ Y quienes 3 de cada 10 mujeres y 2 de cada 10 hombres, considera haber efectuado al menos un intento de suicidio

Variables psicológicas

Las variables psicológicas se identificaron con las escalas que observaron valores adecuados en el análisis psicométrico. En la Tabla 22 se muestran los valores de *sesgo* y *curtosis* de la distribución de las puntuaciones T de cada una de las escalas, por factores y por género en la muestra total y en la muestra estratificada, en razón de que la $\bar{X} = 50$ y la $DE = 10$ fue la misma en todos los casos. Se observaron valores similares entre ambas muestras, en todas las escalas. Donde las variables con mayor variabilidad en su distribución fueron; *Ideación Suicida* y *Locus de Control Interno*. Y las variables con menor variabilidad en su distribución fueron; *Estado Emocional*, *Creencias* y *Locus de Control Externo*.

A continuación se describe la gráfica de la distribución de la puntuación T, de cada uno de los factores que constituyeron las variables psicológicas que se integraron para los análisis posteriores.

Tabla 22.

Sesgo (S) y *curtosis* (C) de la distribución de frecuencia de cada variable psicológica, por género; muestra total y muestra estratificada

Variable	Muestra Total				Muestra Estratificada Total			
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
	S	C	S	C	S	C	S	C
Actitud D. Ac.	1.44	2.77	1.03	1.47	1.30	2.06	0.87	1.00
Actitud D. Ex.	0.84	0.73	0.65	0.58	0.82	0.71	0.61	0.41
Locus C. Int.	2.70	10.2	2.80	10.6	2.80	10.73	2.80	10.47
Locus C. Ext.	0.48	0.18	0.52	0.35	0.83	0.64	0.86	0.98
Apoyo Social F.	1.40	1.70	1.57	2.4	1.25	0.95	1.38	1.60
Apoyo. Social A.	1.00	1.13	0.69	0.29	0.97	0.96	0.70	0.22
Desesperanza	1.00	0.95	0.74	0.53	0.87	0.62	0.77	0.72
Estado Em.	0.57	-0.45	1.00	1.00	0.40	-0.68	0.86	0.35
Creencias	0.45	-0.31	0.57	-0.01	0.52	-0.12	0.55	-0.05
Ideación S.	2.70	7.5	3.16	11.43	2.10	3.90	1.75	2.42

Actitud Disfuncional: Exigencia de Éxito y Exigencia de Aceptación.

En el factor *Exigencia de Éxito* — en ambas muestras y géneros— asimetría y sesgo positivo. Y mayor variabilidad en hombres que en mujeres —véanse Figuras 55 a 58.

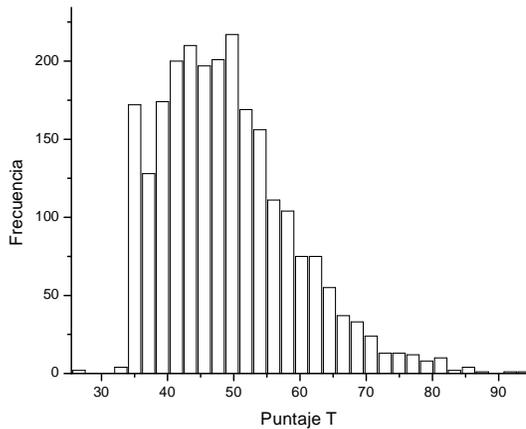


Figura 55. Distribución de Frecuencia del Factor de Exigencia de Éxito: Muestra Total —Mujeres

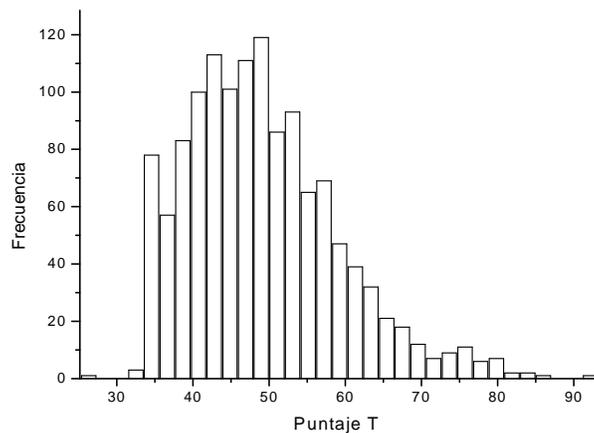


Figura 56. Distribución de Frecuencia del Factor de Exigencia de Éxito: Muestra Estratificada —Mujeres

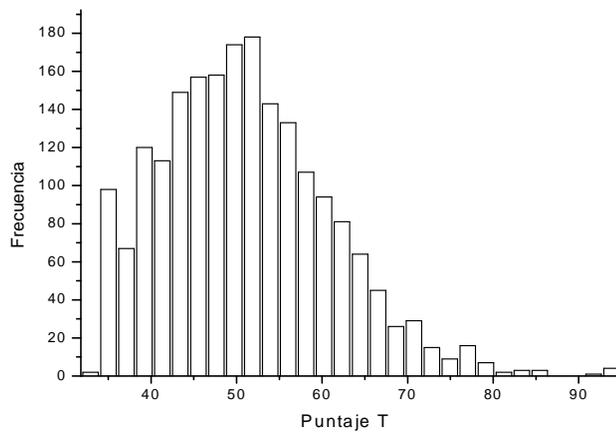


Figura 57. Distribución de Frecuencia del Factor de Exigencia de Éxito: Muestra Total
—Hombres

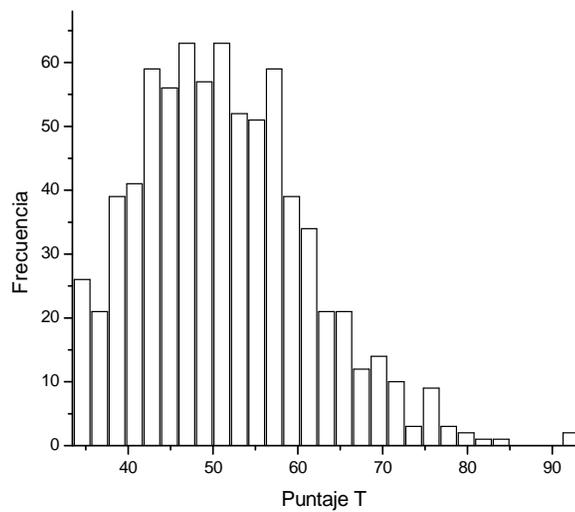


Figura 58. Distribución de Frecuencia del Factor de Exigencia de Éxito: Muestra Estratificada —Hombres

En el factor de *Exigencia de Aceptación*, se registró asimetría y sesgo positivos. Con mayor concentración de puntuaciones debajo de la media en mujeres. Y mayor variabilidad en hombres que en mujeres —véanse Figuras 59 a 62.

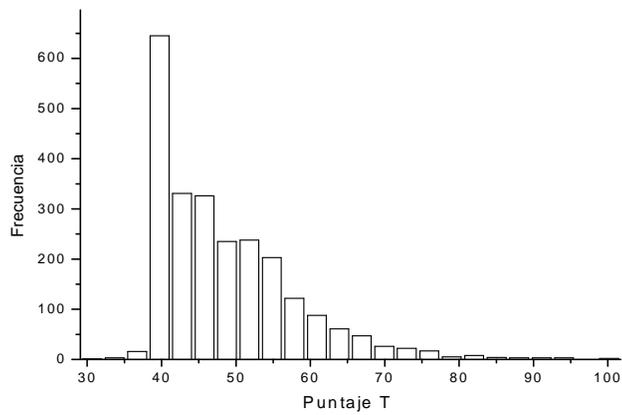


Figura 59. Distribución de Frecuencia del Factor de Exigencia de Aceptación: Muestra Total —Mujeres

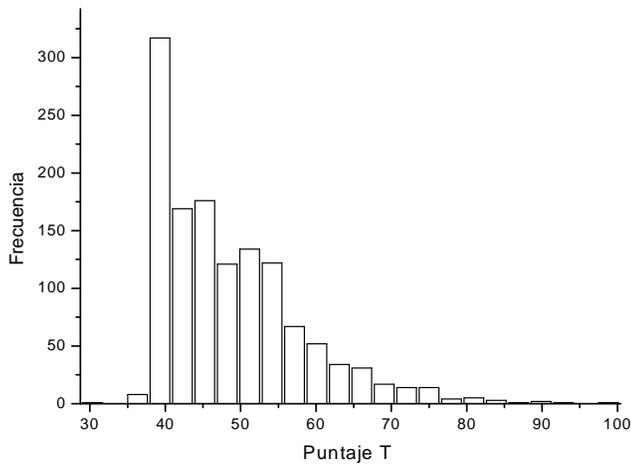


Figura 60. Distribución de Frecuencia del Factor de Exigencia de Aceptación: Muestra Estratificada —Mujeres

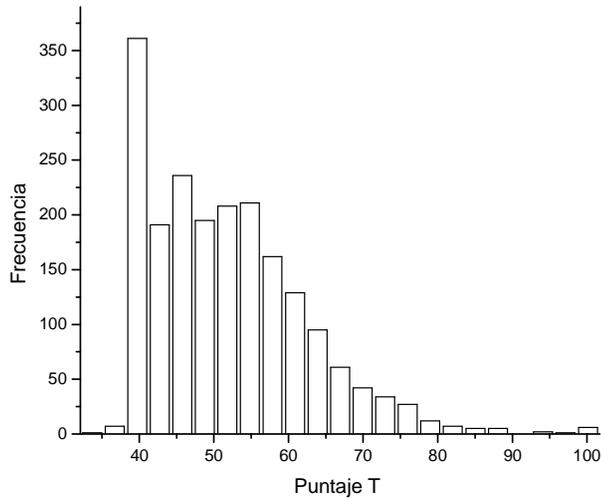


Figura 61. Distribución de Frecuencia del Factor de Exigencia de Aceptación: Muestra Total —Hombres

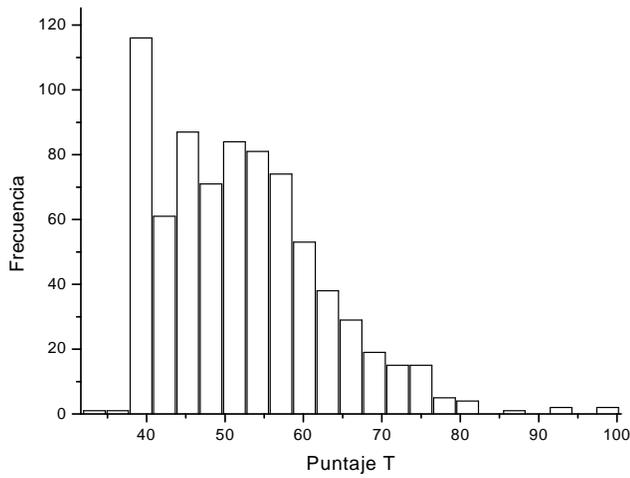


Figura 62. Distribución de Frecuencia del Factor de Exigencia de Aceptación: Muestra Estratificada —Hombres

Locus de Control Interno y Externo.

En el factor de *Locus de Control Interno* — en ambas muestras y géneros— sesgo y *curtosis* positivos. Y concentración de la mayoría de las puntuaciones debajo de la media —véanse Figuras 63 a 66.

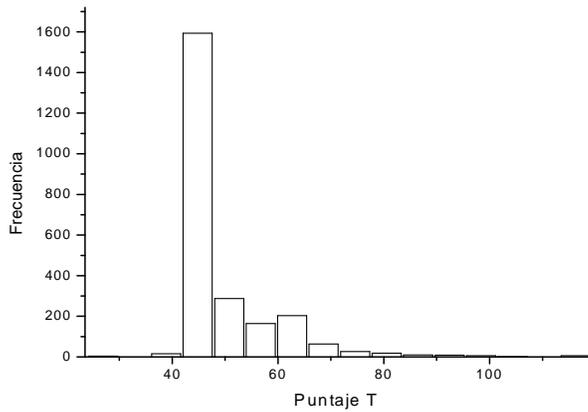


Figura 63. Distribución de Frecuencia del Factor de Locus de Control Interno: Muestra Total —Mujeres

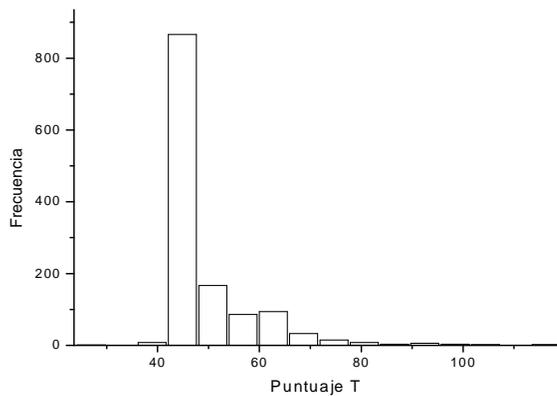


Figura 64. Distribución de Frecuencia del Factor de Locus de Control Interno: Muestra Estratificada —Mujeres

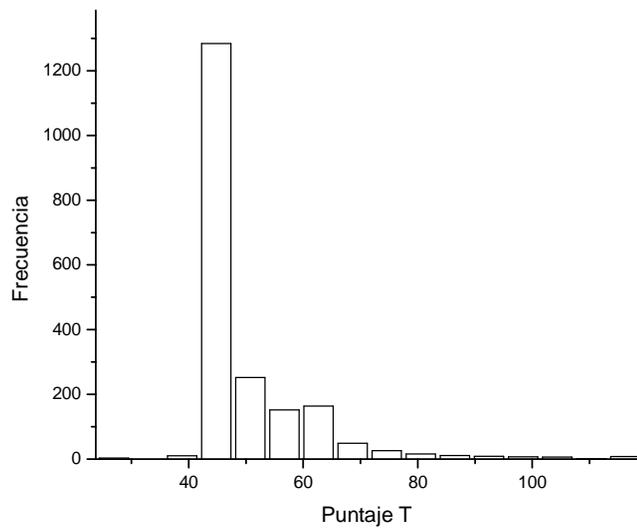


Figura 65. Distribución de Frecuencia del Factor de Locus de Control Interno: Muestra Total —Hombres

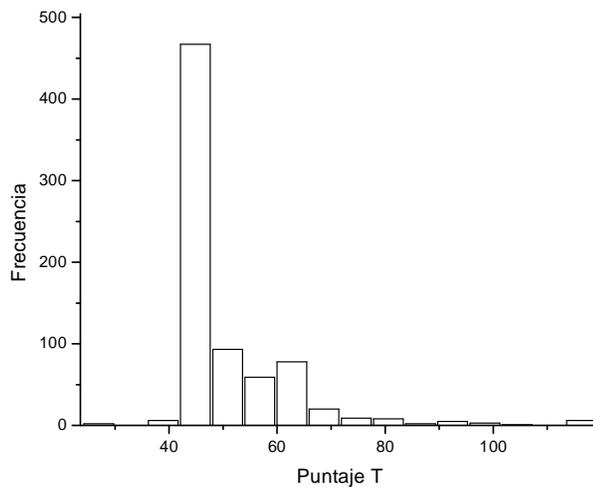


Figura 66. Distribución de Frecuencia del Factor de Locus de Control Interno: Muestra Estratificada —Hombres

En el factor de *Locus de Control Externo* — en ambos géneros— *sesgo y curtosis* positivos. Con mayor concentración de las puntuaciones alrededor de la media, en las muestras estratificadas —véanse Figuras 67 a 70.

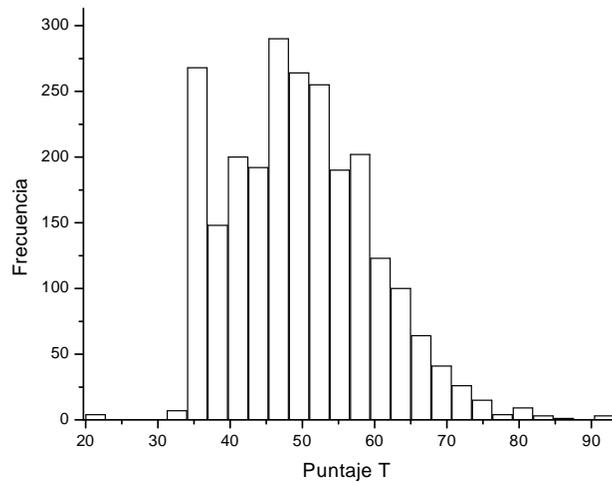


Figura 67. Distribución de Frecuencia del Factor de Locus de Control Externo: Muestra Total —Mujeres

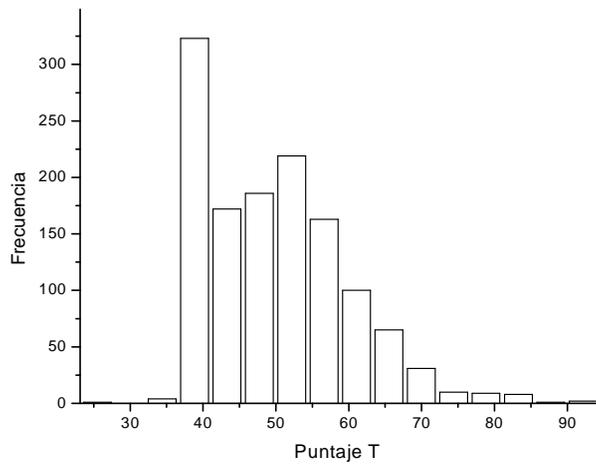


Figura 68. Distribución de Frecuencia del Factor de Locus de Control Externo: Muestra Estratificada —Mujeres

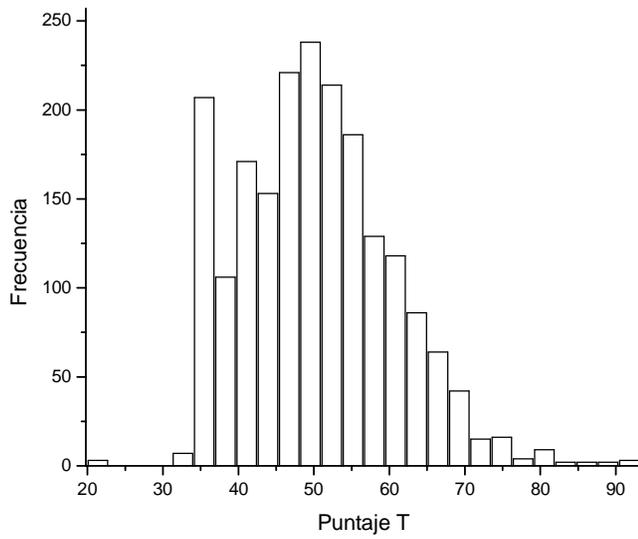


Figura 69. Distribución de Frecuencia del Factor de Locus de Control Externo: Muestra Total —Hombres

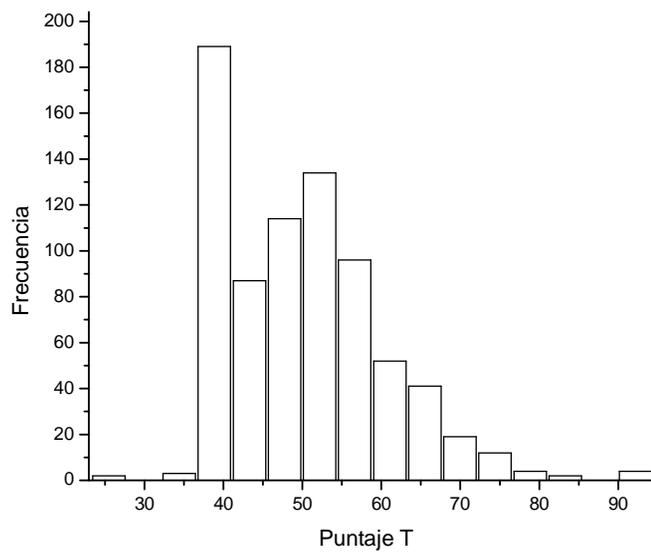


Figura 70. Distribución de Frecuencia del Factor de Locus de Control Externo: Muestra Estratificada —Hombres

Apoyo Familiar y Apoyo Social.

En el factor de percepción de *Apoyo Familiar* — en ambas muestras y géneros— sesgo y *curtosis* positivos. Con decaimiento exponencial hacia los valores altos —véanse Figuras 71 a 74.

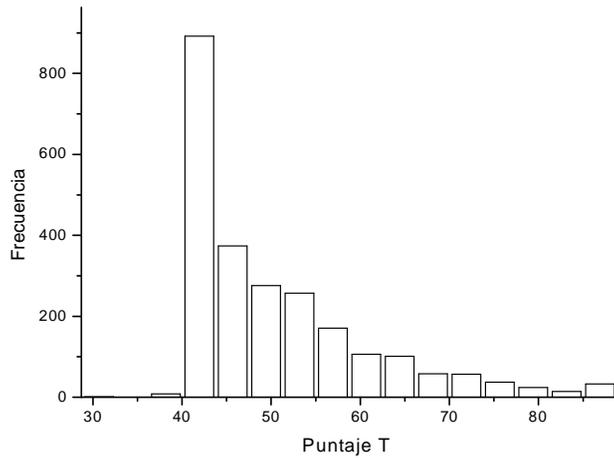


Figura 71. Distribución de Frecuencia del Factor de Apoyo Familiar: Muestra Total —Mujeres

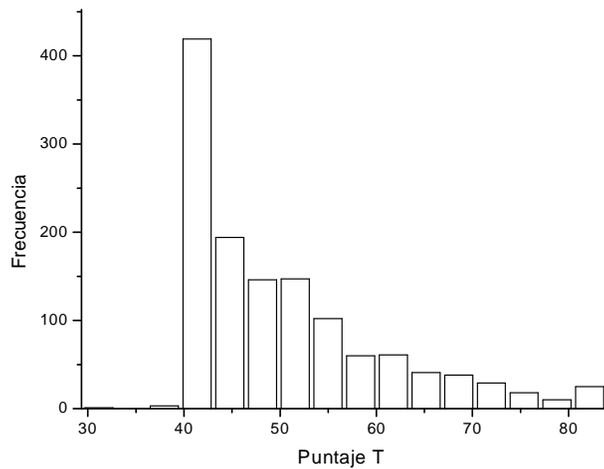


Figura 72. Distribución de Frecuencia del Factor de Apoyo Familiar; Muestra Estratificada —Mujeres

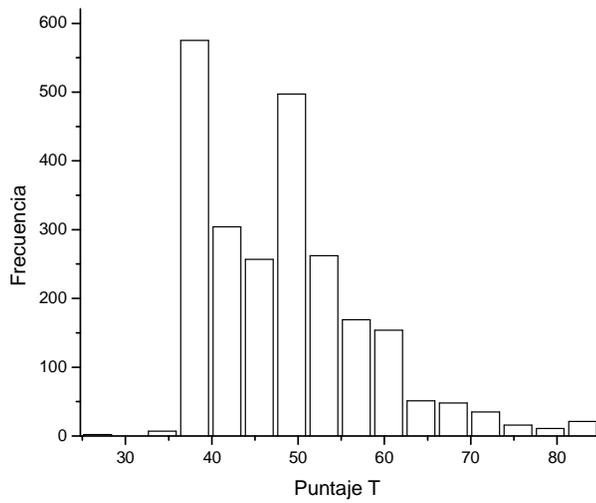


Figura 73. Distribución de Frecuencia del Factor de Apoyo Familiar: Muestra Total
—Hombres

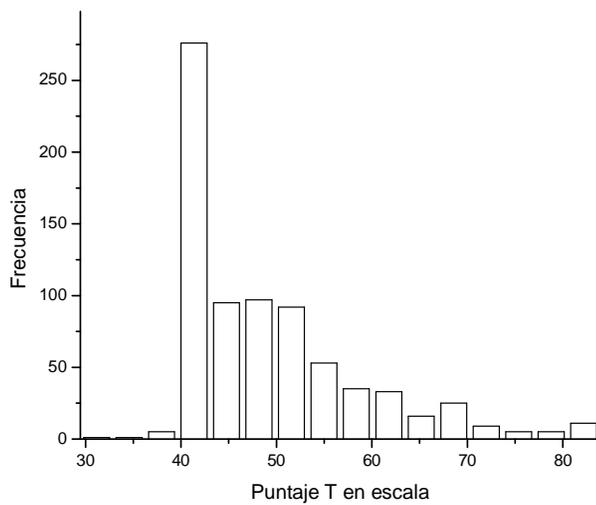


Figura 74. Distribución de Frecuencia del Factor de Apoyo Familiar: Muestra Estratificada
—Hombres

En el factor de percepción de *Apoyo de Amigos* —en ambas muestras y géneros— distribución de frecuencia similar a la observada en *Apoyo Familiar*.

Aunque con mayor concentración de los datos alrededor de la media —véanse Figuras 75 a 78.

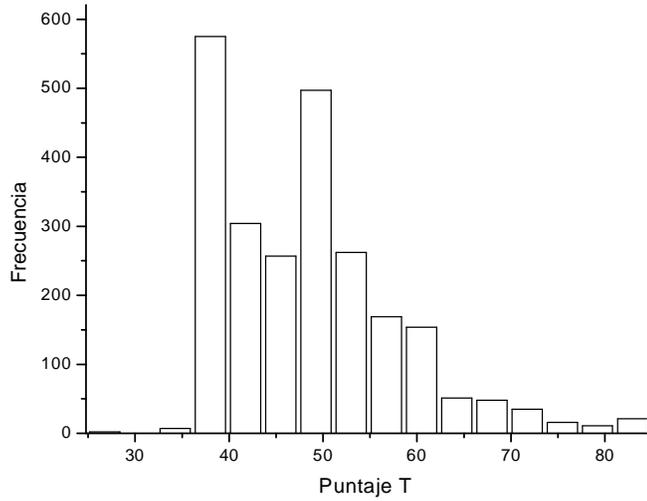


Figura 75. Distribución de Frecuencia del Factor de Apoyo de Amigos; Muestra Total —Mujeres

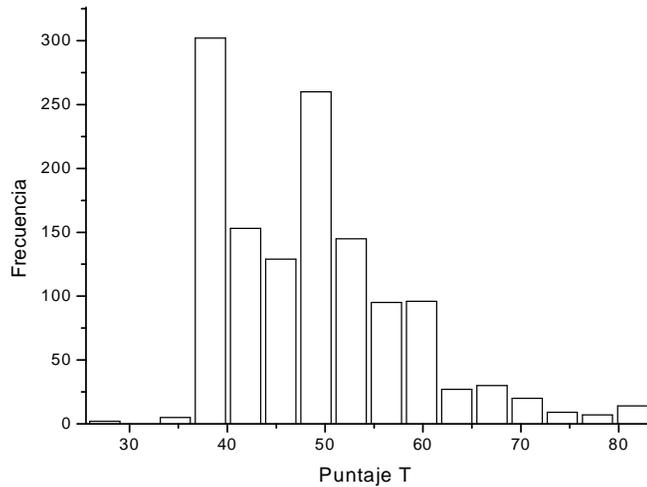


Figura 76. Distribución de Frecuencia del Factor de Apoyo de Amigos; Muestra Estratificada —Mujeres

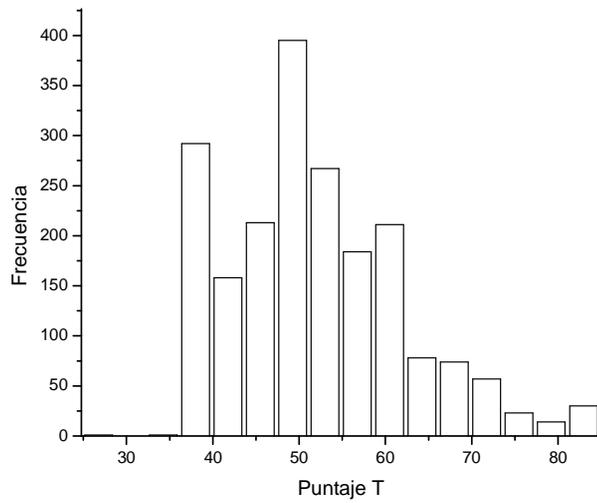


Figura 77. Distribución de Frecuencia del Factor de Apoyo de Amigos; Muestra Total
—Hombres

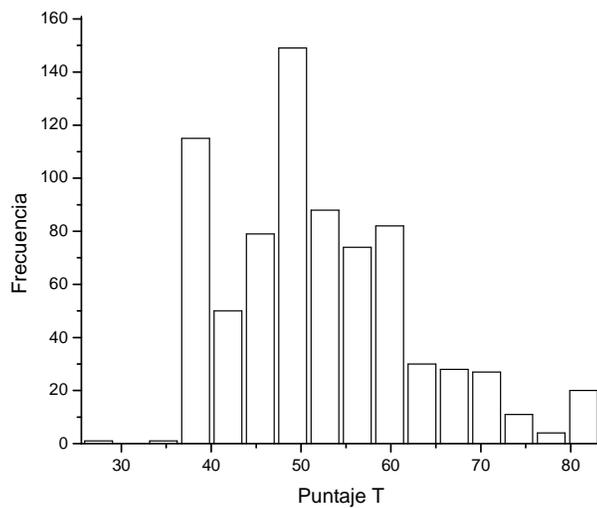


Figura 78. Distribución de Frecuencia del Factor de Apoyo de Amigos; Muestra
Estratificada —Hombresf

Estado Emocional.

En el factor de *Estado Emocional* —en ambas muestras— *sesgo* y *curtosis* positivos mayor proporcionalidad en la distribución que en las otras escalas. Y observación de mayor variabilidad en hombres que en mujeres —véanse Figuras 79 a 82.

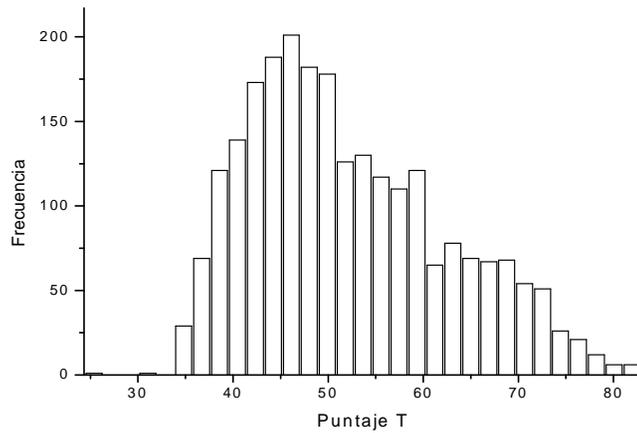


Figura 79. Distribución de Frecuencia del Factor de Estado Emocional; Muestra Total —Mujeres

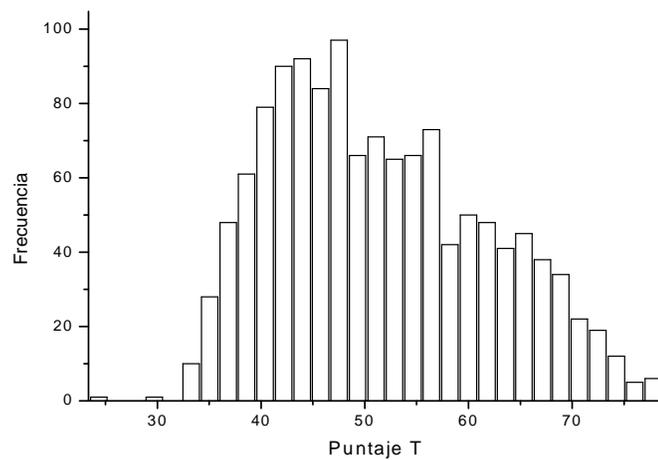


Figura 80. Distribución de Frecuencia del Factor de Estado Emocional; Muestra Estratificada —Mujeres

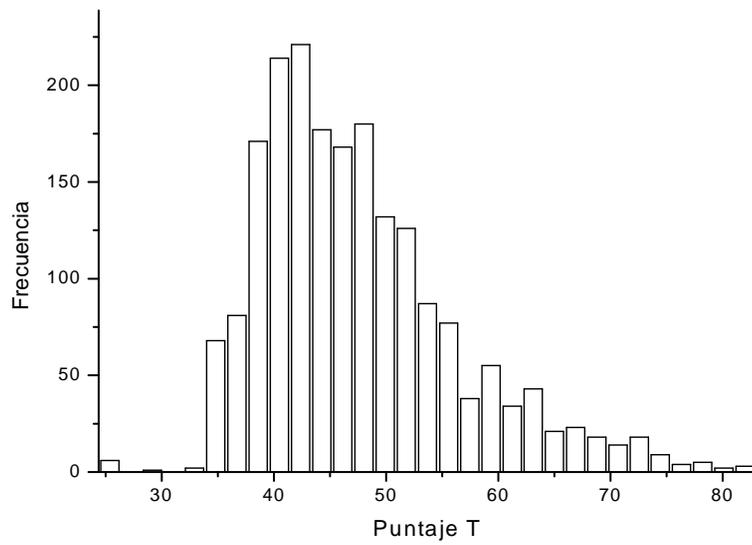


Figura 81. Distribución de Frecuencia del Factor de Estado Emocional: Muestra Total

—Hombres

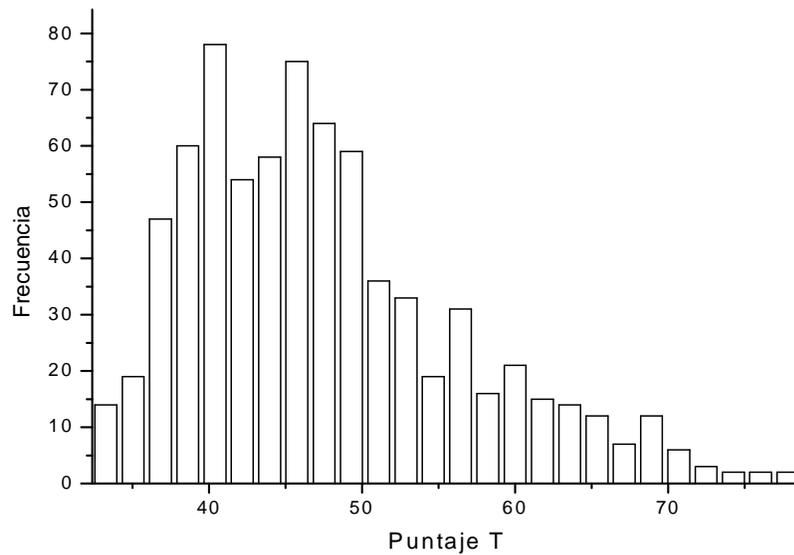


Figura 82. Distribución de Frecuencia del Factor de Estado Emocional: Muestra

Estratificada —Hombres

Desesperanza.

En el factor de *Desesperanza* —en ambas muestras y géneros— *sesgo y curtosis* positivos. Y concentración de las puntuaciones alrededor de la *media* —véanse Figuras 83 a 86.

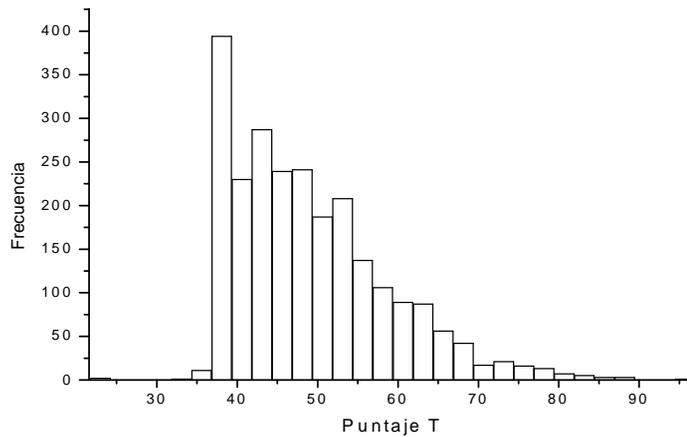


Figura 83. Distribución de Frecuencia del Factor de Desesperanza: Muestra Total —Mujeres

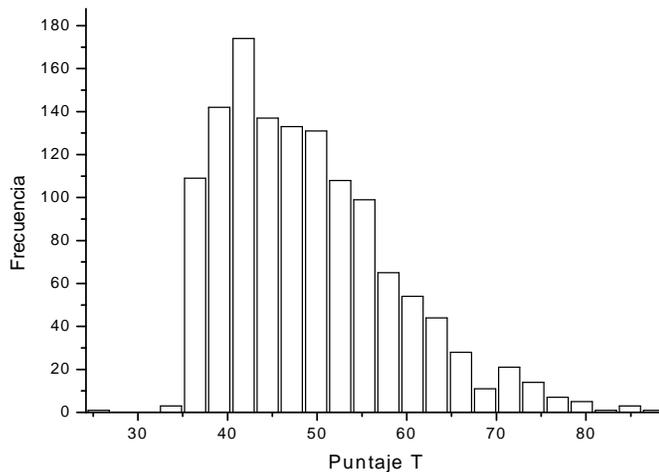


Figura 84. Distribución de Frecuencia del Factor de Desesperanza: Muestra Total —Mujeres

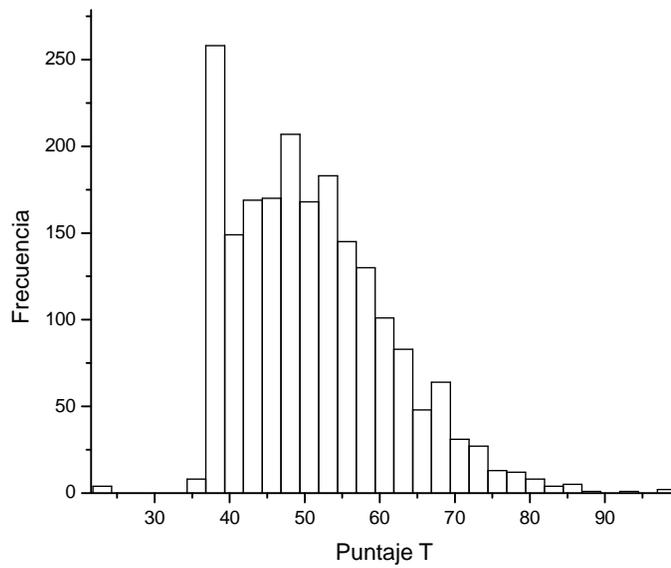


Figura 85. Muestra Total. Distribución de Frecuencia del Factor de Desesperanza
—Hombres

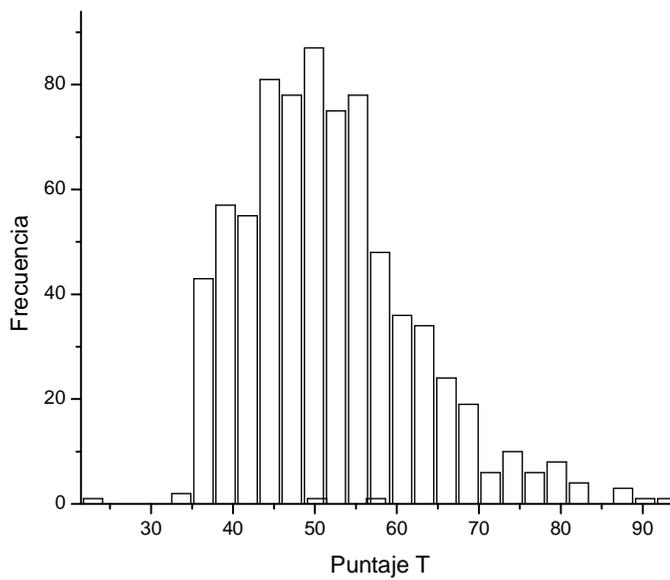


Figura 86. Muestra Estratificada. Distribución de Frecuencia del Factor Desesperanza
—Hombres

Creencias.

En el factor de *Creencias* —en ambas muestras— *sesgo* y *curtosis* positivos. Con registro de mayor variabilidad en hombres que en mujeres —véanse Figuras 87 a 90.

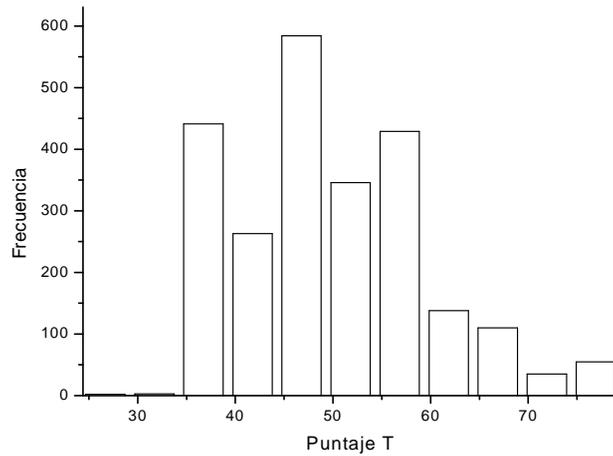


Figura 87. Distribución de Frecuencia del Factor de Creencias: Muestra Total —Mujeres

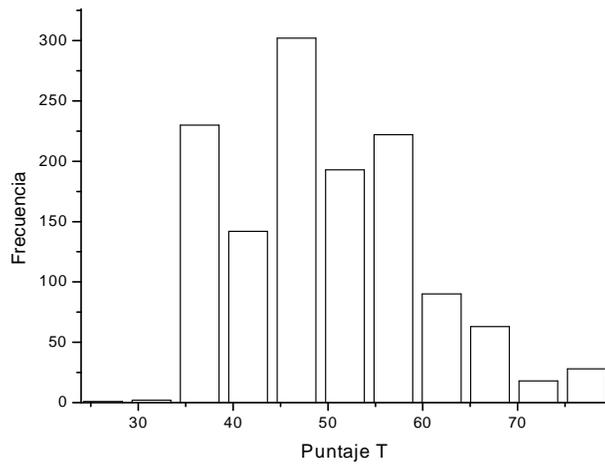


Figura 88. Distribución de Frecuencia del Factor de Creencias: Muestra Estratificada —Mujeres

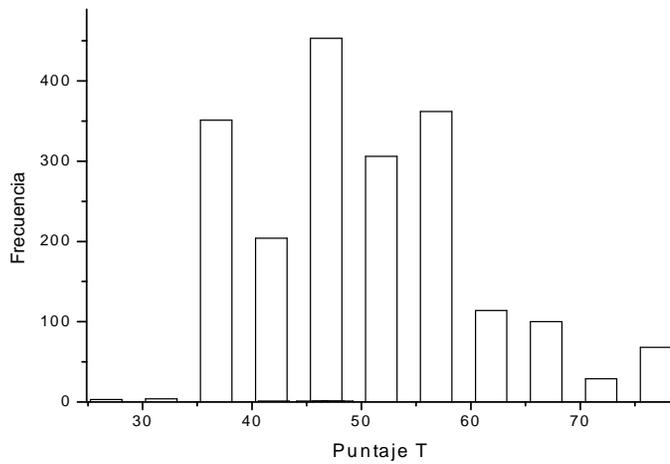


Figura 89. Distribución de Frecuencia del Factor de Creencias: Muestra Total —Hombres

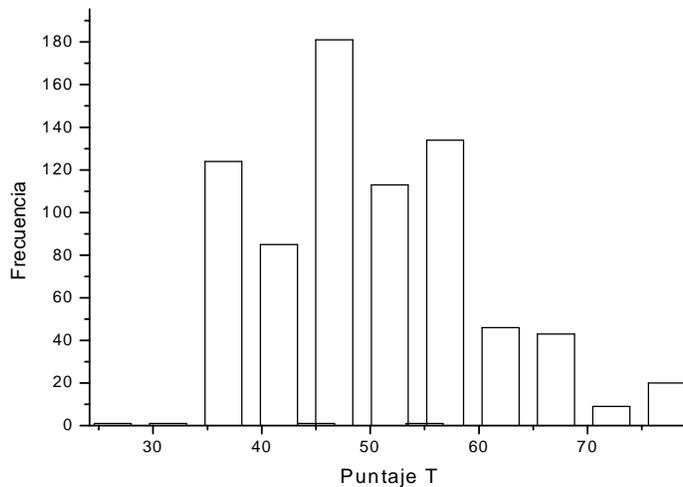


Figura 90. Distribución de Frecuencia del Factor de Creencias: Muestra Estratificada —Hombres

Ideación Suicida.

En el factor de Ideación Suicida —en ambas muestras y géneros— se identificó el mayor *sesgo* y *curtosis* de todas las escalas. Con agrupación de las puntuaciones debajo de la media —véanse Figuras 91 a 94.

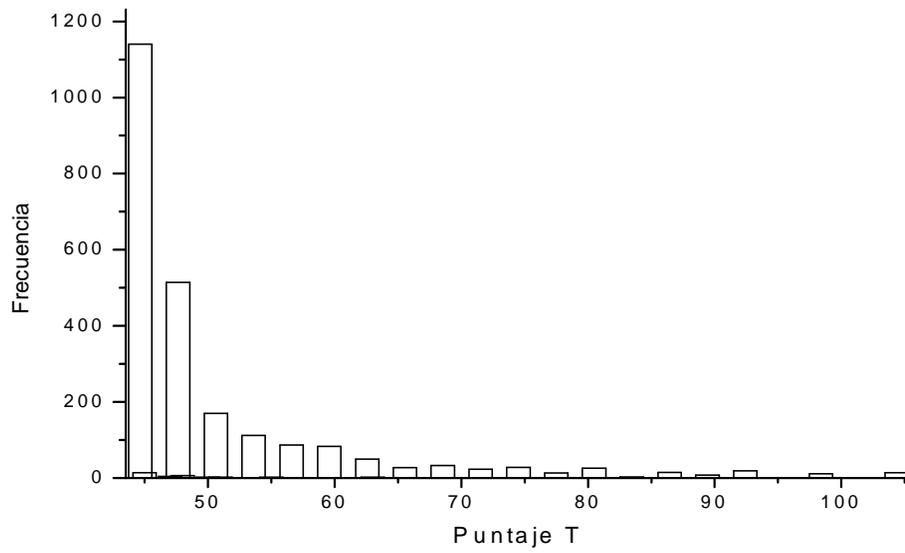


Figura 91. Distribución de Frecuencia del Factor de Ideación Suicida: Muestra Total
—Mujeres

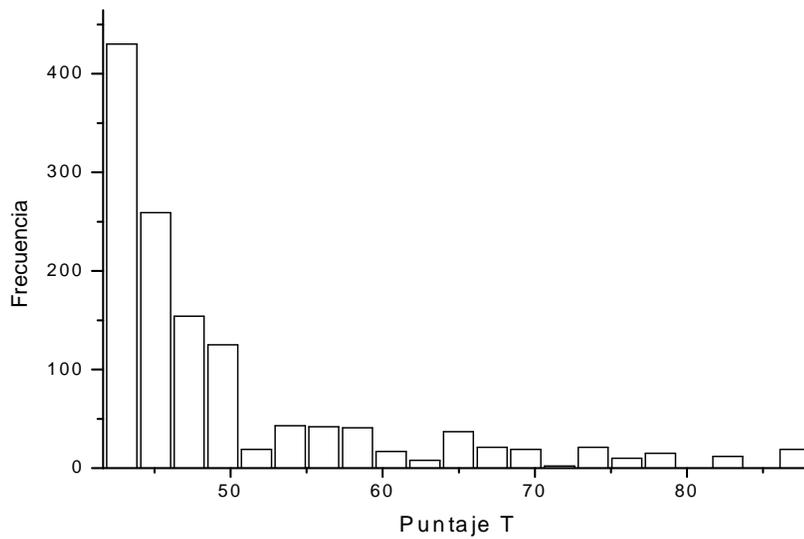


Figura 92. Distribución de Frecuencia del Factor de Ideación Suicida: Muestra Estratificada —Mujeres

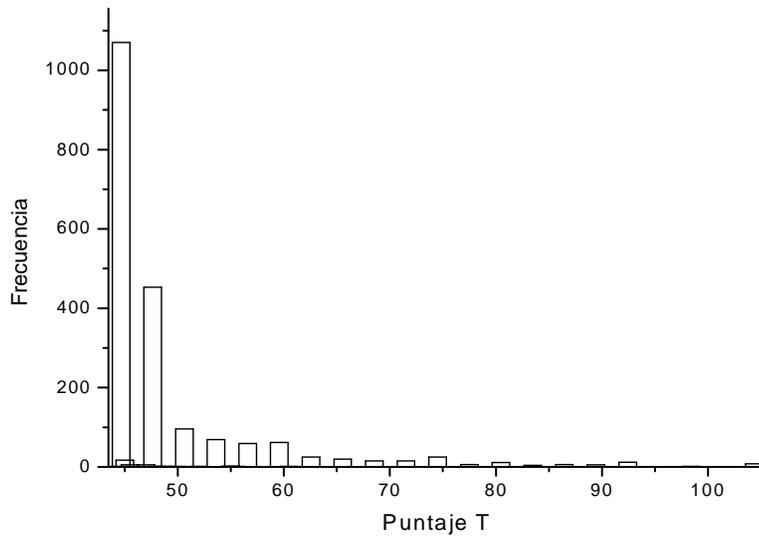


Figura 93. Distribución de Frecuencia del Factor de Ideación Suicida: Muestra Total
—Hombres

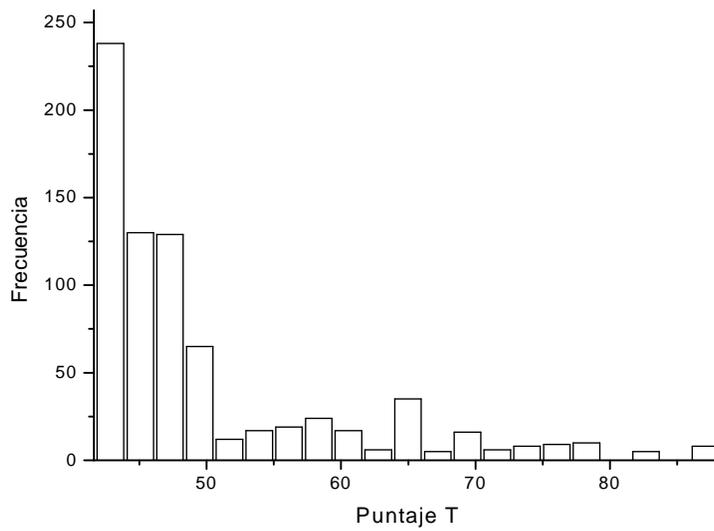


Figura 94. Distribución de Frecuencia del Factor de Ideación Suicida: Muestra
Estratificada —Hombres

En suma, las distribuciones de las variables psicológicas —en ambas muestras— mantuvieron características similares. Tendencia de mayor variabilidad en hombres que en mujeres. Comportamiento estadístico acorde a lo esperado en jóvenes normales; puntuaciones altas mínimas y promedio tendiente a valores bajos. Distribución de las variables de *Locus de Control Interno e Ideación Suicida* con mayor variabilidad y sesgo que las demás variables.

Conforme a lo cual se confirma la semejanza de ambas muestras. Y con ello la pertinencia de la muestra estratificada para el siguiente análisis.

Variables correlacionadas con ideación suicida

En este paso se procedió a la identificación de las variables que registrasen correlación con ideación suicida. Para lo cual se procedió al análisis de la correlación bivariada de cada variable de identificación personal y psicológica, que permaneció después del análisis psicométrico. Dicho análisis estadístico se aplicó solo en la muestra estratificada total, ya que es la muestra que se utilizaría en el análisis posterior.

Variables de Identificación Personal

El análisis de correlación señaló diez variables de identificación personal con asociación significativa con ideación suicida; ocho coincidentes en ambos sexos, una solo en hombres y una solo en mujeres (véase Tabla 23).

Tabla 23.

Correlación (*v de Cramer*) de ideación suicida con variables de identificación, por género; Hombres (H) y Mujeres (M). Muestra Estratificada Total

Variables	H	M
1.2. Edad	.05	.02
1.3. Año Escolar	.07	.07
1.4. Promedio	.08	.05
1.5. Lugar ocupa como hijo(a)	.04	.07
1.6. Edo. Civil	.07	.06
1.7. Si Trabaja	.06	.07

Variables	H	M
1.8. Sostén económico familiar	.09	.06
1.9. Con quién vivió su infancia	.10*	.05
1.10. Enfermedad crónica	.09	.11**
1.12. Consumo de sustancias	.23**	.24**
1.13. Si vivió sit. Trastornantes	.24**	.28**
1.15. Religión	.17**	.09*
1.16. Practica religión	.05	.05
1.17. Pref. Sexual	.11*	.15**
1.18. Pareja	.05	.02
1.19. Relaciones Sexuales reg.	.06	.11**
1.20. Atn. Psicológica o psiquiátrica.	.18**	.17**
1.22. Situaciones humillantes	.26**	.23**
1.23. Suicidio o int. de alguien cerc.	.23**	.23**
3.1. Problema	.06	.07
3.2. Intento suicida	.49**	.46**

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

A continuación se describe la relación registrada por variable y por género.

Con quién se vivió la infancia y la adolescencia.

El reporte de *con quién se vivió la infancia y la adolescencia* se correlacionó con ideación suicida, solo en hombres. La asociación se identificó con manifestación de haber vivido la infancia y la adolescencia solo con uno de sus progenitores, con sus hermanos o con otros familiares, en todos los grados de ideación suicida —véase Figura 95.

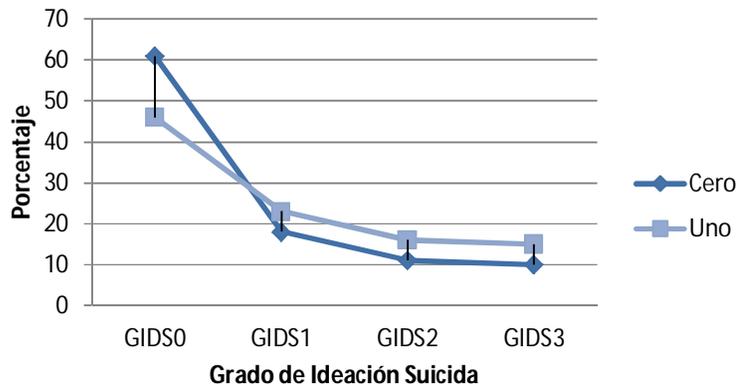


Figura 95. Con quién se vivió la infancia; porcentaje por GIDS —Hombres

Nota: Cero, ambos padres; Uno, sin alguno o sin ambos padres

Enfermedad Crónica.

La indicación de *enfermedad crónica* se correlacionó con ideación suicida, solo en mujeres. La correlación se caracterizó por reporte de padecimiento de enfermedad crónica en el GIDS3 —véase Figura 96.

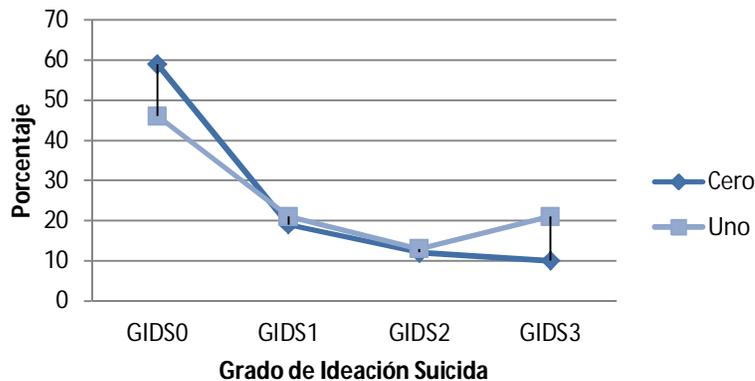


Figura 96. Reporte de enfermedad crónica: porcentaje por GIDS —Mujeres

Nota: Uno, Reporte positivo; Cero, reporte negativo

Consumo de Sustancias.

El informe de *consumo de sustancias* se correlacionó con ideación suicida. en ambos géneros. La asociación se manifestó por *consumo de sustancias* en los GIDS2 y GIDS3 —véase Figura 97.

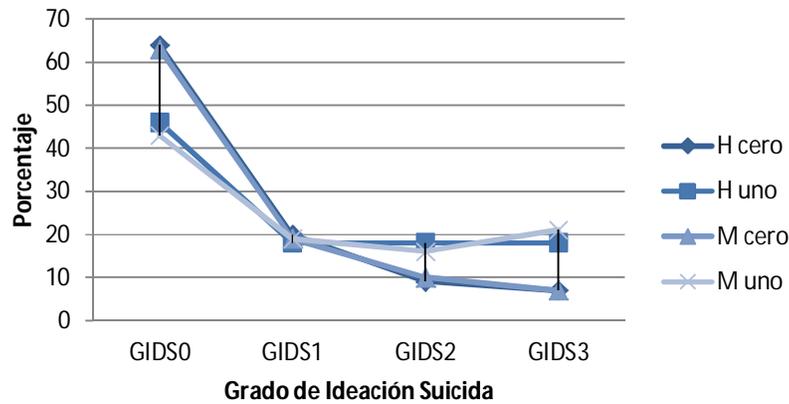


Figura 97. Consumo de Sustancias; porcentaje por GIDS — ambos géneros
 Nota: Uno, Reporte positivo; Cero, reporte negativo

Vivencia de Situaciones Trastornantes.

El reporte de *experiencia de situaciones trastornantes* se correlacionó con ideación suicida, en ambos géneros. La asociación se identificó por manifestación del *reporte de vivencias trastornantes* en todos los grados de ideación suicida —véase Figura 98.

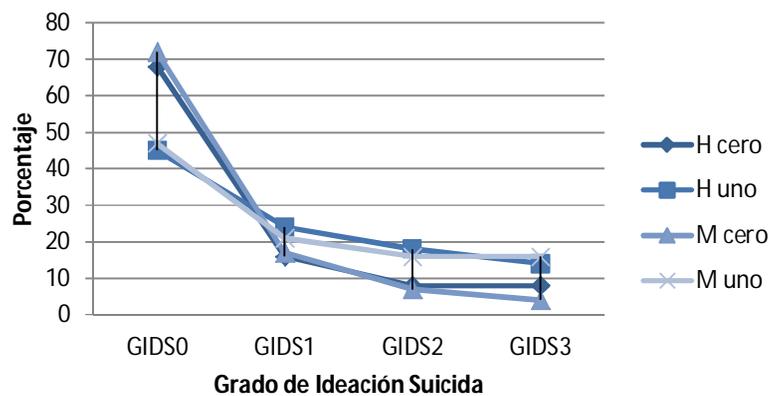


Figura 98. Vivencia de Situaciones Trastornantes; porcentaje por GIDS —ambos géneros
 Nota: Uno, Reporte positivo; Cero, reporte negativo

Religión.

La asociación de *tener religión* con ideación suicida, se presentó en ambos géneros, específicamente en el GIDS2 —véase Figura 99. Con observación de

que en el GIDS0 fue mayor el porcentaje de mujeres que de hombres, con reporte de *practicar alguna religión*.

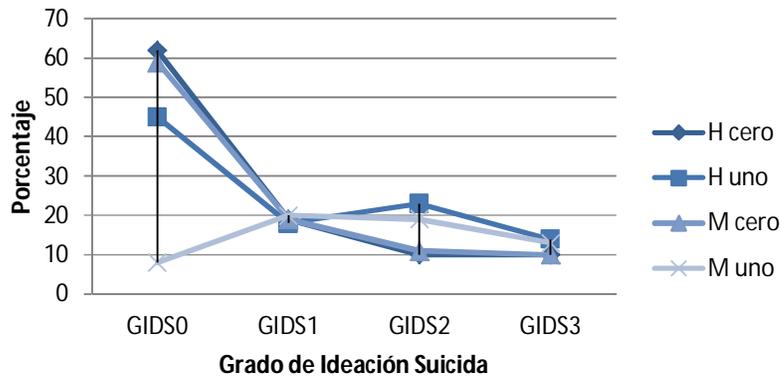


Figura 99. Práctica de alguna religión; porcentaje por GIDS —ambos géneros.

Nota: Uno, Reporte positivo; Cero, reporte negativo

Preferencia Sexual.

La *preferencia sexual* se correlacionó con ideación suicida en ambos géneros. La asociación se identificó con mayor porcentaje de jóvenes que reportó *preferencia homo o bisexual* en el GIDS2 y en el GIDS3, especialmente en este último —véase Figura 100.

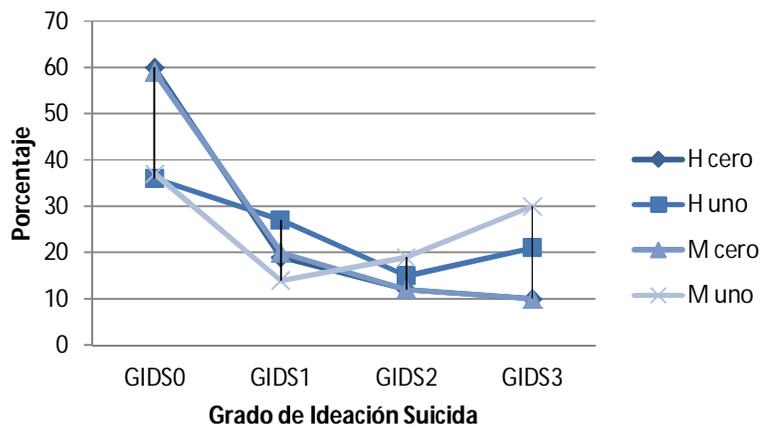


Figura 100. Preferencia Sexual; porcentaje por GIDS — ambos géneros

Nota: Uno, homo o bisexual; Cero, heterosexual

Relaciones Sexuales.

El reporte de *tener relaciones sexuales* se correlacionó con ideación suicida solo en mujeres. Se caracterizó por reporte de mantener relaciones sexuales con regularidad, solo en el GIDS3 —véase Figura 101.

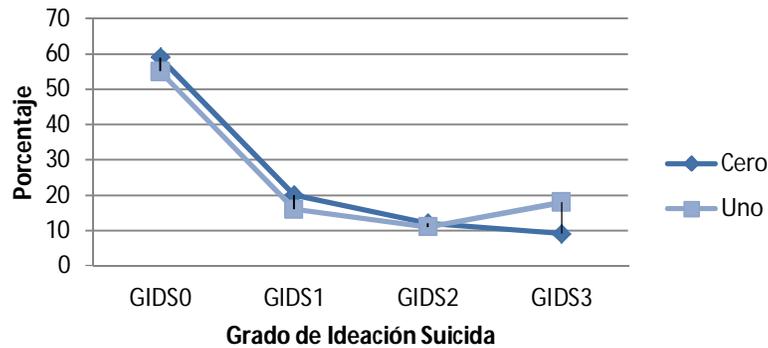


Figura 101. Relaciones Sexuales; porcentaje por GIDS —ambos géneros
 Nota: Uno, reporte positivo; Cero, reporte negativo

Atención Psicológica.

La indicación de *haber recibido atención psicológica*, se correlacionó con ideación suicida en ambos géneros. La asociación se identificó por reporte de *haber recibido atención psicológica* en el GIDS2 y en el GIDS3, especialmente en este último —véase Figura 102.

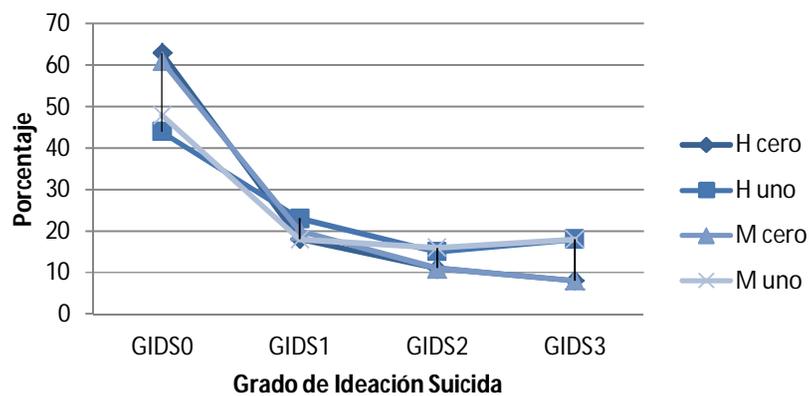


Figura 102. Antecedente de atención psicológica; porcentaje por GIDS —ambos géneros
 Nota: Uno, reporte positivo; Cero, reporte negativo

Situaciones Humillantes.

El reporte de *haber experimentado situaciones humillantes*, se asoció con ideación suicida en ambos géneros. La correlación se identificó con reporte de *haber experimentado situaciones humillantes* en todos los GIDS, especialmente en el GIDS3 —véase Figura 103.

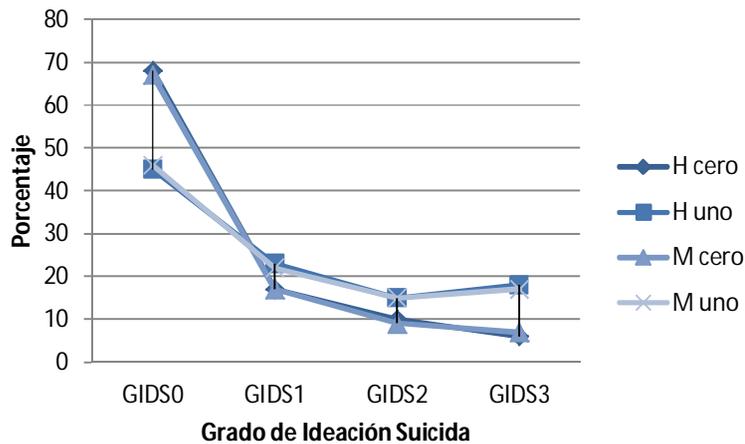


Figura 103. Vivencia de Situaciones Humillantes; porcentaje por GIDS —ambos géneros
Nota: Uno, reporte positivo; Cero, reporte negativo

Haber conocido alguna persona con intento o suicidio consumado.

La declaración de *haber conocido alguna persona con intento o suicidio consumado* se correlacionó con ideación suicida, en ambos géneros. La correlación se identificó por reporte de *haber conocido alguna persona con intento o suicidio consumado*, en todos los GIDS, especialmente en GIDS2 y GIDS3 — véase Figura 104.

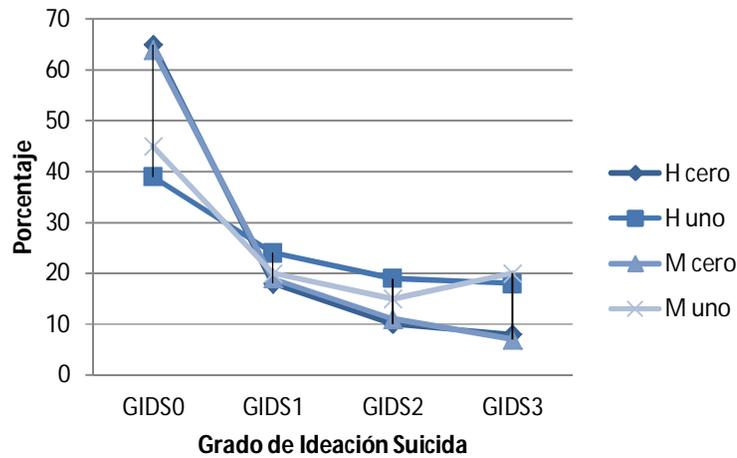


Figura 104. Conocimiento de alguna persona con Intento o Suicidio consumado: porcentaje por GIDS —ambos géneros
 Nota: Uno, reporte positivo; Cero, reporte negativo

Intento Suicida.

El reporte de *intento suicida* se correlacionó con ideación suicida, en ambos géneros. La asociación se caracterizó por reporte de *intento suicida* en los GIDS2 y GIDS3, especialmente en este último —véase Figura 105. Con observación de que en el GIDS3, el porcentaje de hombres que reportó *intento suicida* fue mayor que el porcentaje de mujeres.

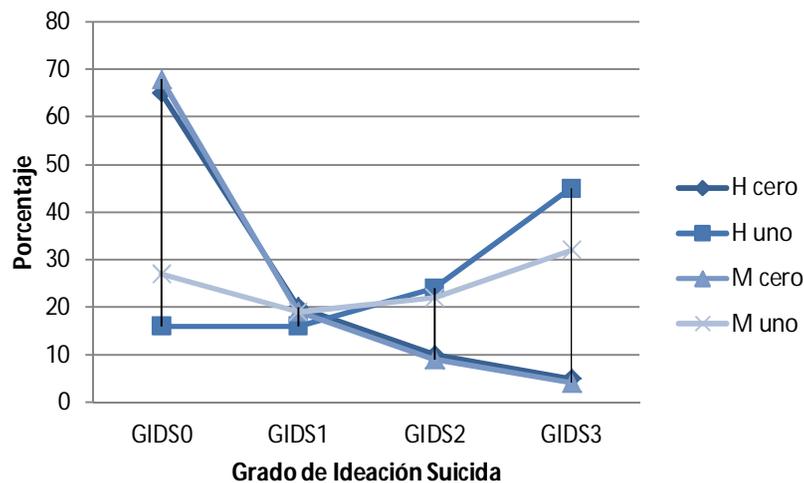


Figura 105. Intento Suicida; porcentaje por GIDS —ambos géneros
 Nota: Uno, reporte positivo; Cero, reporte negativo

Los resultados del análisis de correlación de las variables de identificación personal con la ideación suicida, señalaron lo siguiente:

- ✎ Cerca del 50 % de las variables de identificación personal se correlacionaron con ideación suicida; 56 % en mujeres y 50 % en hombres
- ✎ Comprobación de la hipótesis 5 de este trabajo, referente a que las condiciones negativas se correlacionarían con ideación suicida. En ambos géneros se correlacionó con ideación suicida; *experiencia de situaciones trastornantes, haber recibido atención psicológica, experiencia de situaciones humillantes, haber conocido alguna persona suicida, e intento suicida*. Solo en hombres; *infancia y adolescencia sin alguno de sus padres*. Y solo en mujeres, *padecer enfermedad crónica*
- ✎ Diferencias de variables conforme al género.
- ✎ Relación con variables indirectamente vinculadas a condiciones negativas. En ambos géneros; *no tener práctica religiosa, preferencia sexual homo o bisexual, y consumir alguna sustancia para sentirse bien*. En tanto que solo en mujeres, *tener vida sexual activa*

Variables Psicológicas

El análisis de correlación bivariada de las variables psicológicas con ideación suicida, señaló siete variables asociadas con ideación suicida. De las cuales 6 correspondieron a ambos géneros, y 1 solo a hombres —véase Tabla 24. Con el mismo orden de grado de asociación en hombres y en mujeres E indicación de que ni *Locus de Control Externo* ni *Espiritualidad* se correlacionaron con *ideación suicida*.

Tabla 24.

Correlación entre variables psicológicas e ideación suicida; Muestra Estratificada Total

	IDSH	IDSM
Actitud Disfuncional “Éxito”	.20*	.25*
Actitud Disfuncional “Aceptación”	.20*	.26*
Locus de C. Interno	.17*	.09
Locus de C. Externo	.02	.05
Apoyo Amigos	.13*	.11*
Apoyo Familiar	.29*	.38*
Desesperanza	.35*	.37*
Espiritualidad	.01	.03
Estado Emocional	.48*	.53*

* $p \leq 0.05$

Por tanto, lo registrado con la correlación bivariada entre ideación suicida y las variables psicológicas corroboró la hipótesis 6 de esta investigación, referente a que las variables psicológicas indicadoras de condiciones personales negativas se correlacionarían con la manifestación de ideación suicida, en ambos géneros. Ya que solo *Locus de Control* y *Espiritualidad* no se correlacionaron con ideación suicida. Mientras que; *Actitud Disfuncional*, *Percepción Negativa del Apoyo Social*, *Desesperanza* y *Estado Emocional Negativo*, se correlacionaron con ideación suicida, en ambos géneros.

Variables psicológicas y de identificación personal con asociación conjunta a ideación suicida, conforme al género; modelo de regresión múltiple

Mujeres

Se identificó un modelo integrado por cuatro *variables psicológicas* y una *variable de identificación personal*. Conforme a la siguiente ecuación —con valores de los *parámetros estandarizados*.

$$\text{Ideación Suicida} = 17.78 + \text{Estado Emocional N. (.33)} + \text{Antecedente de Intento Suicida (.30)} + \text{Desesperanza (.12)} + \text{Exigencia de Aceptación (.1)} + \text{Apoyo Familiar (.1)} + E$$

$$(R = .65, R^2 = .42; F(5, 727) = 189.3, p < .001)$$

Modelo que registró un 42 % de explicación de la *varianza* de ideación suicida, con registro del *Estado Emocional Negativo* y el *Antecedente de Intento Suicida* como las principales *variables* que explican la manifestación de ideación suicida en mujeres.

Indicadores estadísticos de la pertinencia del modelo.

✓ *Independencia de Errores.*

Estadístico Durbin-Watson = .84. Indicativo de que en el modelo las *variables independientes* compartieron peso del pronóstico entre sí.

✓ *Homocedasticidad.*

Tenue tendencia en la gráfica de *residuos tipificados* [(*zresid*) (*y*) vs. *pronósticos tipificados* (*zpred*) (*x*)] (véase Figura 106). Lo que indicó interacción entre los distintos valores de las *variables independientes*. Por tanto, baja *homogeneidad en la varianza de los residuos* y limitada eficiencia del modelo para el pronóstico.

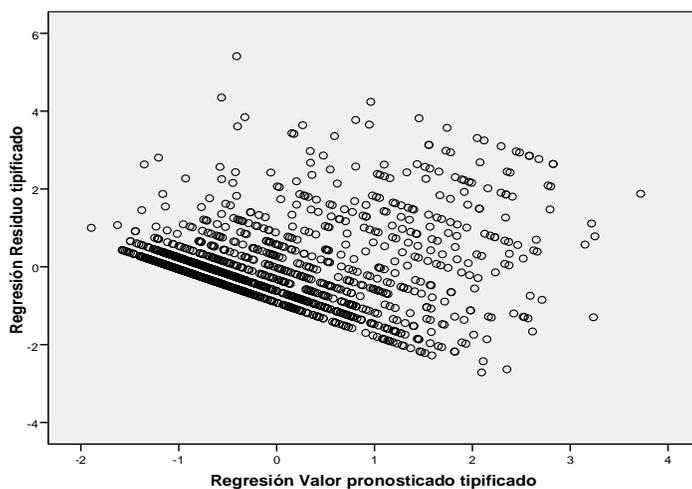


Figura 106. Diagrama de dispersión entre Z residuos y Z pronósticos —Mujeres

✓ *Normalidad de los residuos.*

Registró de media cero y sesgo positivo (véase Figura 107). Con suave tendencia de cambio del ajuste en la *ojiva de residuos* (véase Figura 108). Lo que señaló *normalidad* mínima aceptable de los residuos. Y, por tanto, pertinencia general del modelo.

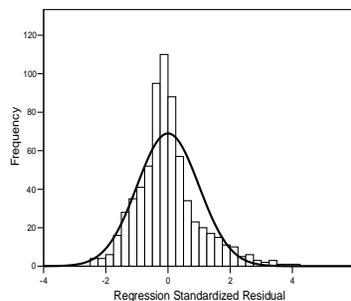


Figura 107. Histograma de Residuos: Mujeres

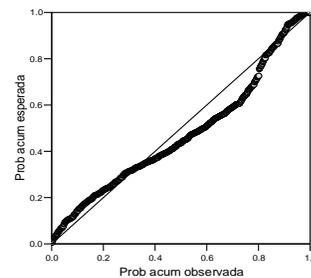


Figura 108. Ojiva Residuos: Mujeres

✓ *Colinealidad.*

Registro de *correlación* entre las *variables independientes* incluidas en el modelo. Correlación que, con base en las correlaciones parciales y las proporciones de *varianza*, recayeron en las siguientes asociaciones: *Desesperanza con Intento Suicida*, *Estado Emocional Negativo con Exigencia de Aceptación*, *Exigencia de Aceptación con Apoyo Familiar*, *Intento Suicida con Estado Emocional*, y *Apoyo Familiar con Estado Emocional Negativo* (véase Tabla 25). Lo que confirmó lo encontrado en los indicadores de *independencia de errores* y de *homocedasticidad*.

Tabla 25.

Valores del registro de colinealidad; Mujeres

	Tolerancia	FIV	Auto valor	Índice de C.
Estado Emoc. Neg.	0.80	1.48	0.03	13.2
Desesperanza	0.80	1.45	0.70	2.7
Exigencia Acept.	0.76	1.22	0.02	15.2
Apoyo Fam.	0.71	1.40	0.01	20.6
Antecedente Intento S.	0.84	1.19	.002	15.6

Nota: FIV = Factor de Inflación de Varianza; C = Colinealidad

Hombres

Modelo que, al igual que en la muestra de mujeres, registró un 42 % de explicación de la *varianza* de ideación suicida. Con identificación del *Antecedente de Intento Suicida* y *Estado Emocional Negativo*, como las principales variables que explican la manifestación de ideación suicida en hombres.

$$\begin{aligned}
 \text{Ideación Suicida} = & 23.8 + \text{Antecedente de intento suicida} (.40) + \text{Estado} \\
 & \text{Emocional Negativo} (.26) + \text{Desesperanza} (.15) + \text{Exigencia de Aceptación} \\
 & (.07) + \text{Apoyo Familiar} (.06) + E \\
 (R = .65, R^2 = .42; F(5, 426) = 107.6, p < .001)
 \end{aligned}$$

Indicadores estadísticos de la pertinencia del modelo.

✓ *Independencia de Errores*

Valor bajo del *parámetro de independencia* de los errores en el modelo (Durbin-Watson = .87).

✓ *Homocedasticidad.*

Tendencia de los residuos (véase Figura 109). Lo que implicó diferencia en las *varianzas* entre los valores de pronóstico de las *variables independientes*.

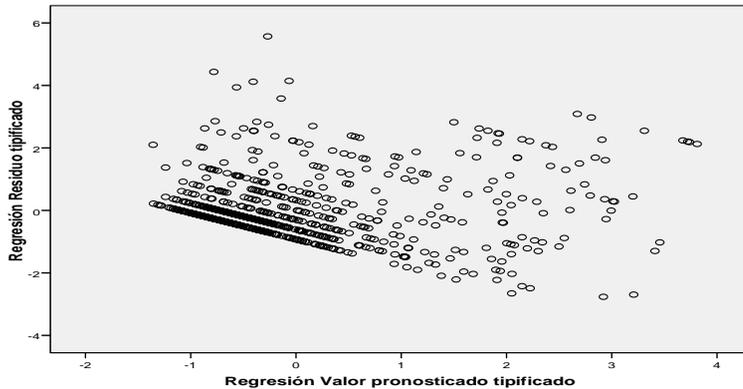


Figura 109. Diagrama de dispersión entre Z residuos y Z pronósticos —Hombres

✓ *Normalidad de los residuos.*

Registro de *media cero y sesgo positivo* —véase Figura 110. *Desviación de los residuos*, con respecto a los *residuos esperados* —véase Figura 111. Lo que definió aceptabilidad justa del modelo.

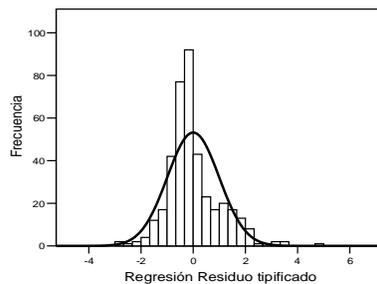


Figura 110. Histograma de Residuos: Hombres

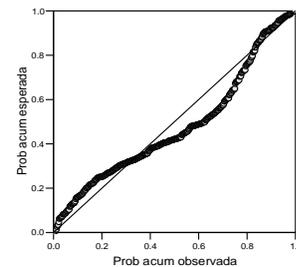


Figura 111. Ojiva Residuos: Hombres

✓ *Colinealidad.*

Registro de *correlación* entre las variables independientes, con el mismo orden que en mujeres; *Desesperanza con Intento Suicida*, *Estado Emocional Negativo con Exigencia de Aceptación*, *Exigencia de Aceptación con Apoyo Familiar*, *Intento Suicida con Estado Emocional*, y *Apoyo Familiar con Estado Emocional Negativo* —véase Tabla 26. Lo que confirmó lo encontrado en los demás índices.

Tabla 26.

Valores del registro de *colinealidad*: Hombres

	<i>Tolerancia</i>	<i>FIV</i>	<i>Auto-valor</i>	<i>Índice de C.</i>
Estado Emoc. Neg.	0.76	1.31	0.03	13.1
Desesperanza	0.80	1.24	0.82	2.5
Exig. Acept.	0.92	1.08	0.02	15.0
Apoyo Familiar	0.82	1.22	0.01	15.2
Reporte de Int. Suic.	0.87	1.14	0.02	20.9

Nota: FIV = Factor de Inflación de Varianza; C = Colinealidad

El análisis de las variables de identificación personal y de las variables psicológicas, como explicación de la ideación suicida —en ambos géneros— señaló lo siguiente:

- ✎ Confirmación de la hipótesis 7, acerca de que las variables psicológicas tendrían mayor peso, que las de identificación, en la explicación estadística de la presencia de la ideación suicida
- ✎ Registro de un modelo acorde al planteamiento teórico de la triada cognitiva del comportamiento suicida; percepción negativa del medio (*apoyo familiar*), del sí mismo (*exigencia de aceptación*) y del futuro (*desesperanza*). Y acorde con la teoría racional emotivo-conductual; asociación del *estado emocional negativo* (véase Figura 112)
- ✎ Indicación de la importancia de los antecedentes de comportamiento suicida, al menos en el contexto de intencionalidad
- ✎ Obtención de un modelo —en ambos géneros—descriptivo y no de pronóstico de la ideación suicida

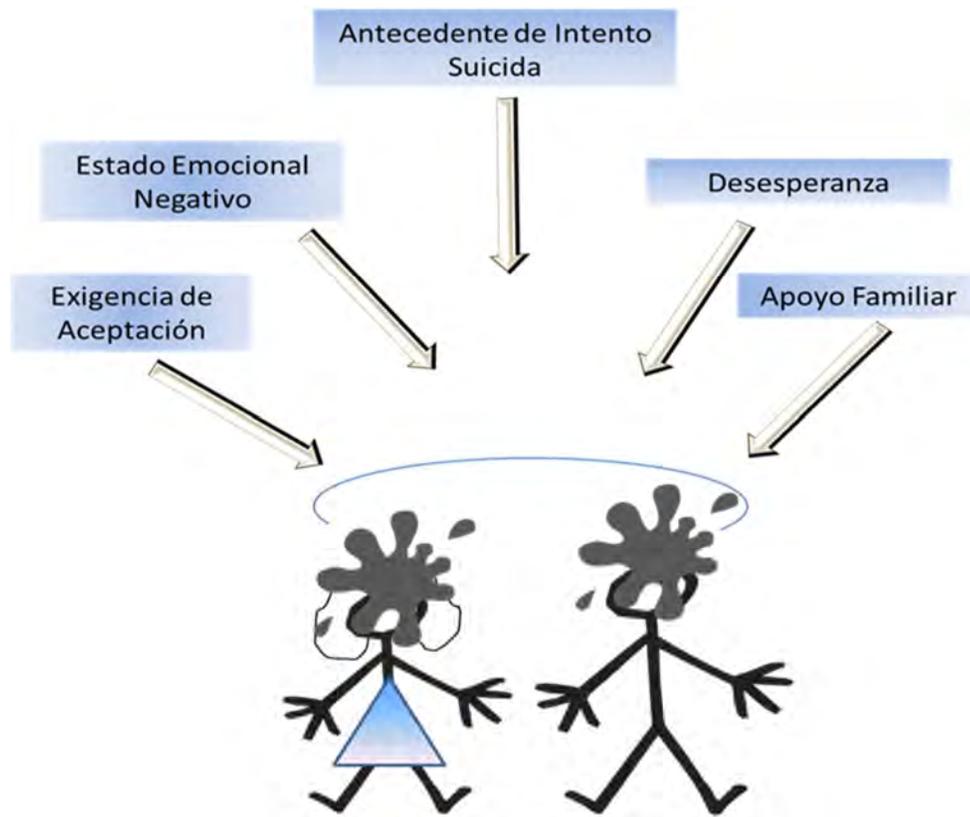


Figura 112. Modelo de explicación de la presencia de ideación suicida; regresión múltiple: ambos géneros

Variables psicológicas y de identificación personal asociadas al riesgo o protección, en la manifestación de ideación suicida; modelo de regresión logística binaria, por género

Reconocidas las variables que conforme al instrumento empleado describen la presencia de ideación suicida, el siguiente paso fue la identificación del peso de cada variable en la probabilidad de manifestación de la ideación suicida, por medio de la técnica de regresión logística binaria. Con asignación de la presencia de ideación suicida con base en el GIS3. Con el propósito de confirmar al GIS3 como el referente de la presencia de ideación suicida en jóvenes. Y corroborar la importancia de las variables identificadas, en el análisis previo, para la explicación de la ideación suicida en jóvenes. A continuación se presentan los resultados encontrados en cada modelo, por género.

Mujeres

Modelo 1.

El modelo señaló tres variables relacionadas con ideación suicida, *Hosmer-Lomeshow*, $\chi^2 (8, N = 353) = 2.7, p > .05$. Con porcentaje de explicación del 47 % (R^2 de *Cox y Snell* = .47). Porcentaje de pronóstico para la ubicación en el grupo con ideación suicida, del 89 % (véase Tabla 28). Referencia de dos variables asociadas al incremento de la *probabilidad* de presencia de ideación suicida —*estado emocional negativo y desesperanza*. Y una variable relacionada con decremento en la probabilidad de presencia de ideación suicida; *antecedente de intento suicida* (véase Tabla 27).

Tabla 27.

Variables incluidas en el modelo de regresión logística binaria; Modelo 1: Mujeres

Variables Explicativas	Parámetros	Error	Wald	gl	Ratio Odds	Intervalos al 95 %	
						Inferior	Superior
Antecedente Suicida	-2.70***	.26	106.6	1	0.07	0.04	0.11
Estado Emoc. Neg.	0.127***	.01	101.5	1	1.14	1.10	1.16
Desesperanza	0.070***	.01	33.58	1	1.07	1.05	1.10

*** $p \leq .001$

Tabla 28.

Porcentaje pronosticado; Modelo 1: Mujeres

Observado	Pronosticado		
	0	1	%
0	574	32	94.7
1	64	190	74.8
% Global			88.8

Modelo 2.

El modelo relacionó cinco variables con la presencia de *ideación suicida*, *Hosmer-Lomeshow*, $\chi^2 (8, N = 538) = 7.4, p > .05$. Con un porcentaje de explicación del 48% (R^2 de *Cox y Snell* = .48). Y porcentaje de pronóstico para la ubicación en el

grupo con ideación suicida, del 70 % (véase Tabla 30). Con cuatro variables asociadas con incremento en la *probabilidad* de presencia de *ideación suicida* — *desesperanza, estado emocional negativo, exigencia de aceptación y apoyo familiar*. Y una variable vinculada con decremento en la *probabilidad* de presencia de *ideación suicida* —*antecedente de intento suicida* (véase Tabla 29).

Tabla 29.

Variables incluidas en el modelo de regresión logística binaria; Modelo 2 —Mujeres

Variables Explicativas	Parámetros	Error	Wald	gl	Ratio Odds	Intervalos al 95 %	
						Inferior	Superior
Intentos suicidas	-2.34***	.260	79.93	1	0.09	0.05	0.16
Estado Emoc. Neg.	0.12***	.014	67.27	1	1.13	1.09	1.16
Exigencia Acept.	0.04**	.013	7.36	1	1.037	1.01	1.06
Apoyo Familiar	0.03**	.012	8.82	1	1.037	1.01	1.06
Desesperanza	0.26***	.048	29.5	1	1.30	1.18	1.43

** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Tabla 30.

Porcentaje pronosticado; Modelo 2; Mujeres

Observado	Pronosticado		
	0	1	%
0	429	13	97.1
1	38	54	58.7
% Global			90.4

Modelo 3.

El modelo señaló cuatro variables asociadas con la presencia de *ideación suicida*, *Hosmer-Lomeshow*, $\chi^2 (8, N = 727) = 9.32, p > .05$. Con porcentaje de explicación del 33 % (R^2 de Cox y Snell = .33). Y porcentaje de pronóstico para la ubicación en el grupo con ideación suicida, del 90 % (véase Tabla 32). Con tres variables vinculadas con incremento en la *probabilidad* de presencia de *ideación suicida* —*estado emocional negativo, apoyo familiar y desesperanza*. Y una

variable asociada a la disminución en la *probabilidad* de presencia de ideación suicida —*antecedente de intento suicida* (véase Tabla 31).

Tabla 31.

Variables incluidas en el modelo de regresión logística binaria: Modelo 3: Mujeres

Variables Explicativas	Parámetros	Error	Wald	gl	Ratio Odds	Intervalos al 95 %	
						Inferior	Superior
Intentos suicidas	-1.770***	.21	71.30	1	0.17	0.113	0.257
Estado Emoc. Neg.	0.095***	.01	61.38	1	1.10	1.07	1.130
Apoyo Familiar	0.026**	.01	7.15	1	1.02	1.007	1.046
Desesperanza	0.043***	.01	16.27	1	1.04	1.022	1.066

** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Tabla 32.

Porcentaje pronosticado; Modelo 3: Mujeres

Observado	Pronosticado		
	0	1	%
0	1100	30	97.3
1	98	64	39.5
% Global			90.1

Hombres

Modelo 1.

El modelo distinguió cuatro variables relacionadas con ideación suicida, *Hosmer-Lomeshow*; $\chi^2 (8, N = 204) = 2.97, p > .05$. Con registro de un porcentaje de explicación del 46 % (R^2 de Cox y Snell = .46). Y un porcentaje de pronóstico del 74 %, para la ubicación en el grupo con ideación suicida —véase Tabla 34. Con tres variables asociadas al incremento en la *probabilidad* de presencia de ideación suicida —*estado emocional negativo, desesperanza y exigencia de aceptación*. Y una variable relacionada con disminución en la *probabilidad* de la manifestación de ideación suicida (véase Tabla 33).

Tabla 33.

Variables incluidas en el modelo de regresión logística binaria; Modelo 1: Hombres

Variables Explicativas	Parámetros	Error	Wald	gl	Ratio Odds	Intervalos al 95 %	
						Inferior	Superior
Antecedente Suicida	-3.70***	.605	37.67	1	0.024	0.007	0.08
Estado Emoc. Neg.	0.12***	.240	25.30	1	1.130	1.077	1.18
Desesperanza	0.05*	.020	5.80	1	1.050	1.000	1.09
Exigencia Aceptación	0.05*	.020	5.55	1	1.050	1.039	1.14

* $p \leq .05$; *** $p \leq .001$

Tabla 34.

Porcentaje pronosticado; Modelo 1: Hombres

Observado	Pronosticado		
	0	1	%
0	213	8	96.4
1	24	68	73.9
% Global			89.8

Modelo 2.

El modelo refirió cuatro variables relacionadas con ideación suicida, *Hosmer-Lomeshow*, $\chi^2 (8, N = 315) = 5.6, p > .05$). Con porcentaje de explicación del 35 % (R^2 de Cox y Snell = .35). Y porcentaje de pronóstico, para la ubicación en el grupo con ideación suicida, del 70 % —véase Tabla 36. Con tres variables relacionadas con incremento en la *probabilidad* de manifestación de ideación suicida —*estado emocional negativo, desesperanza y exigencia de aceptación*. Y una variable asociada la disminución de la *probabilidad* de presencia de ideación suicida ausencia: *antecedente de intento suicida* —véase Tabla 35.

Tabla 35.

Variables incluidas en el modelo de regresión logística binaria; Modelo 2: Hombres

Variables Explicativas	Parámetros	Error	Wald	gl	Ratio Odds	Intervalos al 95 %	
						Inferior	Superior
Antecedente Suicida	-3.200***	.400	63.49	1	0.04	0.01	0.08
Estado Emoc. Neg.	0.098***	.020	22.58	1	1.10	1.06	1.14
Desesperanza	0.059***	.016	14.23	1	1.06	1.03	1.09
Exigencia Acept.	0.049***	.017	8.15	1	1.06	1.02	1.1

*** $p \leq .001$

Tabla 36.

Porcentaje pronosticado; Modelo 2: Hombres

Observado	Pronosticado		
	0	1	%
0	214	8	96.4
1	28	65	69.9
% Global			88.6

Modelo 3.

El modelo implicó tres variables relacionadas con la presencia de *ideación suicida*, Hosmer-Lomeshow, $\chi^2 (8, N = 426) = 11.07, p > .05$. Con porcentaje de explicación del 40 % (R^2 de Cox y Snell = .40). Y porcentaje de pronóstico para el grupo con ideación suicida, del 39 % —véase Tabla 38. Con dos variables asociadas a la presencia de *ideación suicida* —*estado emocional negativo* y *desesperanza*. Y una variable asociada a la no presencia de ideación suicida: *antecedente de intento suicida* —véase Tabla 37.

Tabla 37.

Variables incluidas en el modelo de regresión logística binaria; Modelo 3: Hombres

Variables Explicativas	Parámetros	Error	Wald	gl	Ratio Odds	Intervalos al 95 %	
						Inferior	Superior
Antecedente Suicida	-2.38***	.287	68.49	1	0.09	0.053	0.163
Estado Emoc. Neg.	0.059***	.015	16.09	1	1.06	1.031	1.093
Desesperanza	0.06***	.013	21.23	1	1.06	1.036	1.091

*** $p \leq .001$

Tabla 38.

Porcentaje pronosticado; Modelo 3: Hombres

Observado	Pronosticado		
	0	1	%
0	648	16	97.6
1	56	36	39.1
% Global			90.5

En suma, los resultados con los tres modelos, indicaron lo siguiente:

- ✎ Coincidencia de que las variables estado emocional negativo, desesperanza y antecedente de intento suicida, se asocian con la presencia de ideación suicida, en ambos géneros —véase Figura 113.
- ✎ Asociación diferencial de variables con ideación suicida, conforme al género. En mujeres: apoyo familiar —modelos 2 y 3. En hombres: exigencia de aceptación —modelo 1.
- ✎ Vinculación del antecedente de intento suicida con reducción de la probabilidad de presencia de ideación suicida, en ambos géneros
- ✎ Ratificación de la hipótesis 7 de este trabajo. En razón de que en los tres modelos las principales variables asociadas a la presencia de ideación suicida —en ambos géneros— fueron variables psicológicas.
- ✎ Confirmación de la triada cognitiva del comportamiento suicida en la explicación de la presencia de ideación suicida: percepción negativa del medio (apoyo familiar), percepción negativa del sí mismo (actitud disfuncional), percepción negativa del futuro (desesperanza).
- ✎ Afirmación de la relevancia del estado emocional negativo en la explicación de la presencia de ideación suicida, en ambos géneros. Y por tanto, de la interpretación de la asociación entre los esquemas cognitivos y las emociones —teoría Racional Emotivo-Conductual.
- ✎ Corroboración de la pertinencia del GIDS3 para identificar la presencia de ideación suicida en jóvenes de ambos géneros.
- ✎ Señalamiento de que la mayor diferencia correspondió al modelo 1: GIDS0 Vs. GIDS3. Lo que distingue al GIDS2 con contenido de pensamiento relacionado con la presencia de ideación suicida.

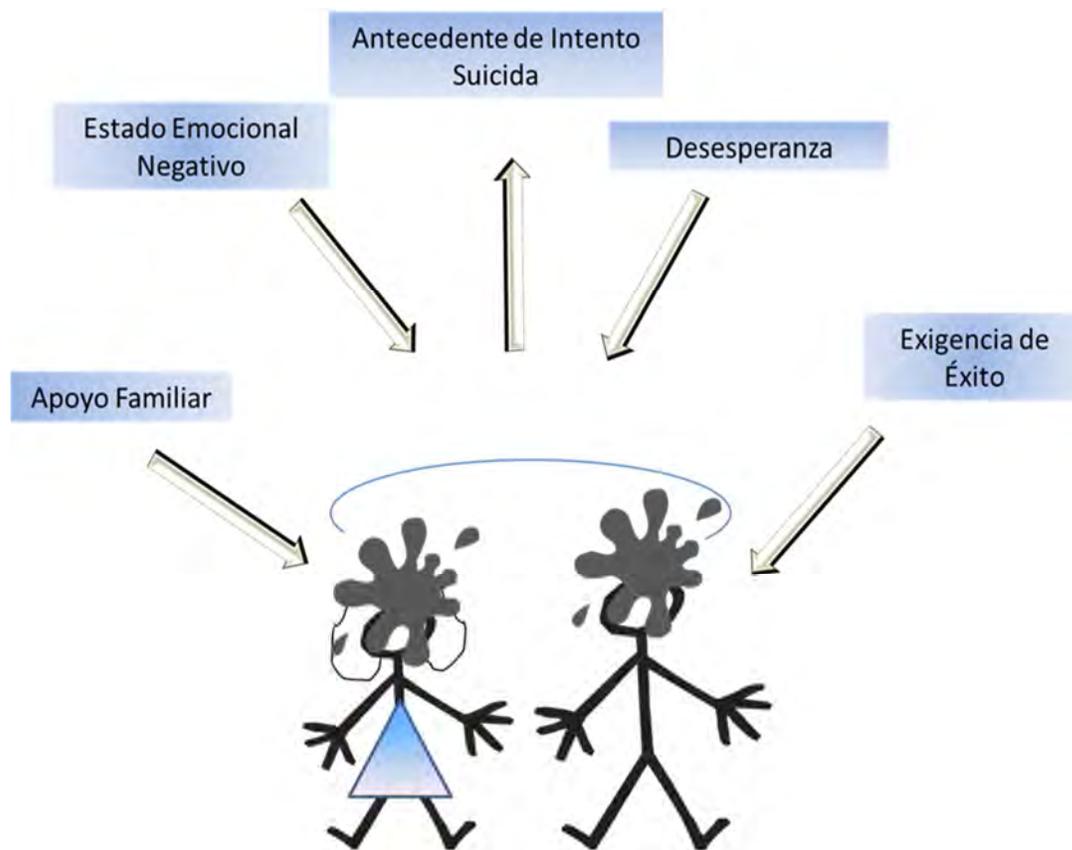


Figura 113. Modelo de explicación de la presencia de ideación suicida; regresión logística: ambos géneros

Modelo estructural de explicación de la Ideación Suicida en jóvenes

La identificación del modelo estructural de explicación de la presencia de ideación suicida, se basó en los supuestos de la teoría Cognitivo-Conductual del comportamiento suicida y de la teoría Racional Emotivo-Conductual. Por lo que el procedimiento se orientó, en cada paso, por dichos supuestos. A continuación se describen los resultados encontrados con base en los pasos de la metodología del modelamiento con ecuaciones estructurales.

Validación del Modelo de Medida

La validación del modelo de medida, se identificó con el ajuste de la variable endógena denominada “*Creencias Irracionales*” (CREI). Variable construida a

partir de indicadores de la tríada cognitiva del comportamiento suicida: creencias negativas del sí mismo —*exigencia de aceptación* (EA); creencias negativas del medio —*percepción del apoyo familiar* (APYFM); y creencias negativas del futuro —*desesperanza* (DS). Los cuales fueron elegidos de entre las variables que hasta este punto registraron correlación con ideación suicida (véase Figura 114).

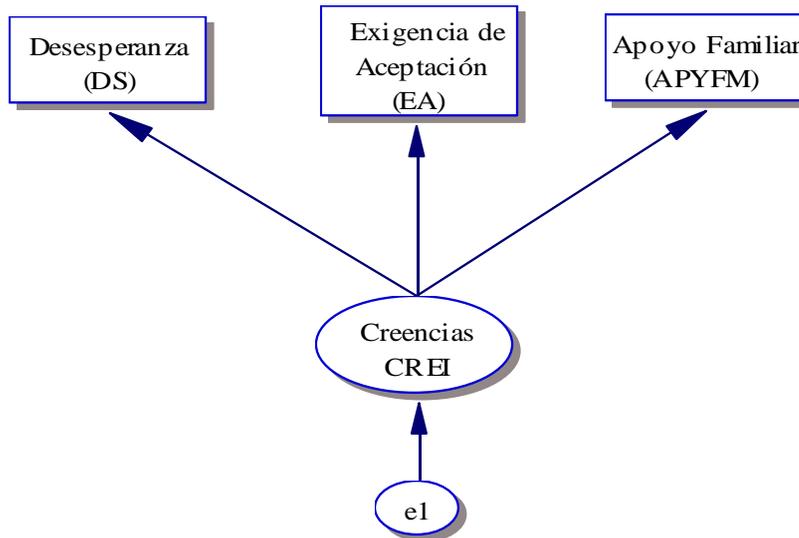


Figura 114. Modelo de medida: variable endógena *Creencias*

El ajuste de la primera propuesta de estructuración de la *variable endógena creencias irracionales (CREI)* —véase Figura 114— señaló valores de ajuste insuficientes. Las modificaciones a esta primera propuesta, fueron las siguientes. Restricción del valor de *correlación múltiple* para *DS* en .7, y para *EA* en .5. Y asignación de *covarianza* entre los errores de *DS* y *EA* —véase Figura 115. Ajustes que respondieron a los resultados del análisis previo que señalaron mayor peso de *correlación* con ideación suicida de la variable *DS* y *EA*, y correlación alta entre *DS* y *EA*.

Los resultados del ajuste del modelo modificado, señalaron valores adecuados, en ambos géneros: mujeres; $CMIN(1, N = 727) = .459, p > .05$; $CFI = 1.00$; $RMSA = .001$; hombres; $CMIN(1, N = 426) = 1.31, p > .05$; $CFI = .99$; $RMSA = .0027$. Conforme a lo cual se determinó que la variable endógena *creencias irracionales*, podría representarse como se muestra en la Figura 115.

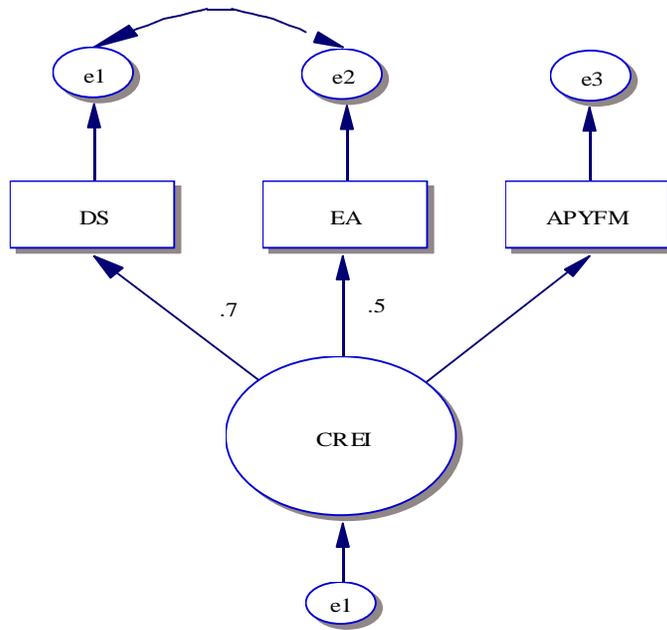


Figura 115. Modificación del modelo: variable endógena *Creencias*

Los resultados del análisis de *regresión múltiple y factorial*, por género, mostraron que el orden por peso de las variables fue el siguiente. En mujeres: *desesperanza, apoyo familiar y exigencia de aceptación*. En hombres: *apoyo familiar, desesperanza y exigencia de aceptación*. Con dirección y signo de las cargas de acuerdo con lo esperado véase —véase Tabla 39 y Tabla 40. Lo que confirmó la pertinencia de representar a la variable endógena *CREI*, con base en las creencias irracionales —*DS, EA y APYFM*.

Tabla 39.

Modelo de Medida *CREI*; Cargas estandarizadas de regresión (C. Reg.), Cargas Factoriales (C. Fact.), Error y significancia —Mujeres.

Variables	C. Reg.	Error	C. Fact.	Error
DS	.70**	.045	.53***	.08
APYFM	.52*	.050	.52**	.04
EA	.48**	.027	.23**	.02

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Tabla 40.

Modelo de Medida CREI; Cargas estandarizadas de regresión (C. Reg.), Cargas Factoriales (C. Fact.), Error y significancia —Hombres

Variables	C. Reg.	Error	C. Fact.	Error
APYFM	.64*	.12	.64*	.12
DS	.52**	.08	.52**	.08
EA	.39**	.06	.39**	.06

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Especificación del Modelo

La especificación del modelo, conforme a las hipótesis de este trabajo, se llevó a cabo con base en cuatro operaciones. Delimitación de las variables exógenas explicativas de la variable endógena “*creencias irracionales*” (CREI); disposición de la variable exógena *estado emocional negativo* (EEMN) en el modelo; *planteamiento del esquema explicativo de la variable exógena “ideación suicida”* (IS); ubicación de la variable exógena “*antecedente de intento suicida*” (INS) en la explicación de la *ideación suicida*. A continuación se describen estas operaciones.

Delimitación de las variables explicativas de la variable endógena Creencias Irracionales (CREI).

La primera condición del modelo, concernió a la definición de la variable endógena *creencias irracionales* (CREI). Que como ya se describió, se determinó con base en indicadores de los tres pensamientos que definen la tríada cognitiva disfuncional, conforme a la teoría cognitivo-conductual: pensamientos negativos del futuro (DS), pensamientos negativos del sí mismo (EA), y pensamientos negativos del medio (APYFM) —véase Figura 114. Condición que se describe en la siguiente ecuación:

$$CREI = DS + EA + APYFM + E$$

Disposición de la variable Estado Emocional Negativo en el modelo.

La segunda condición del modelo, fue la ubicación del *EEMN*. Lo que se determinó con base en el planteamiento de la teoría Racional Emotivo-Conductual. La cual define dos modelos generales. Un modelo de primer orden, representado con la relación; $A \rightarrow B \rightarrow C$. En donde *A* se identifica con el evento activador; *B*, con el pensamiento acerca del evento; y *C*, con la emoción consecuente. Y un modelo de segundo orden, representado por la relación: $A' \rightarrow B' \rightarrow C'$. En cuyo caso, *A'* representa la percepción de la emoción; *B'*, la interpretación de la emoción; y *C'*, la consecuencia emocional o conductual. Por lo que se dispuso ubicar al *EEMN* en un modelo de segundo orden. Y ello debido a que la información recabada hasta este punto, no permitía la identificación del evento activador. Por lo que con los datos del presente trabajo solo era posible reconocer la percepción del *EEMN*. Lo que delimitó que el *EEMN*, podría identificarse como variable independiente de las *CREI* —véase Figura 116. Conforme a la siguiente ecuación:

$$CREI = EEMN + E$$

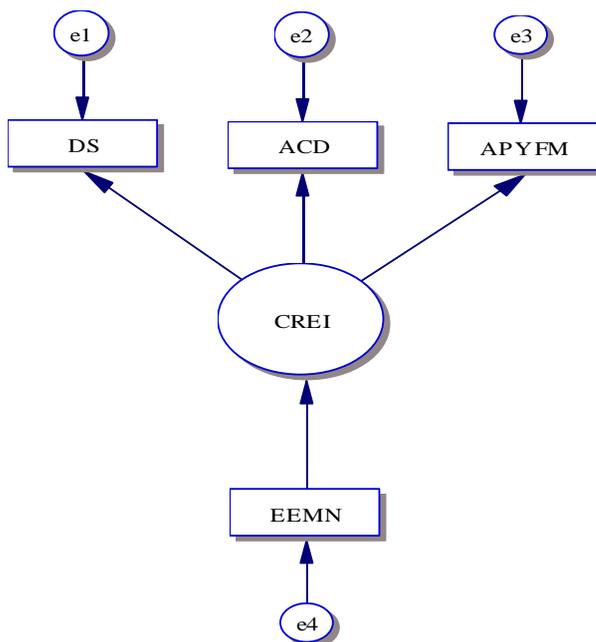


Figura 116. Ubicación de la variable *Estado Emocional Negativo* (EEMN) en el modelo

Planteamiento del esquema explicativo de la Ideación Suicida.

La tercera condición del modelo fue definir la explicación de la *ideación suicida*. Con base en la teoría Cognitivo-Conductual y la teoría Racional Emotivo-Conductual, se estableció que la principal variable explicativa debería ser *CREI*. Con efecto mediado del EEMN —véase Figura 117. Conforme a la siguiente ecuación:

$$IDS = CREI + EEMN/CREI + E$$

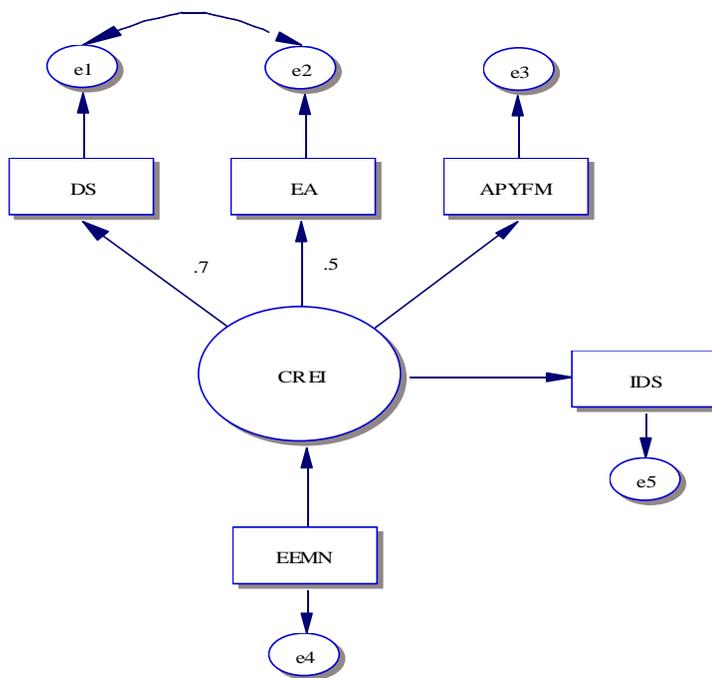


Figura 117. Modelo Explicativo de la presencia de *Ideación Suicida*

Ubicación del antecedente de intento suicida en la explicación de la ideación suicida.

La cuarta condición del modelo, fue la ubicación del *antecedente de intento suicida* en la explicación de la *ideación suicida*. En consideración de los resultados obtenidos con los análisis previos y de la lógica del comportamiento suicida, se decidió ubicar al *antecedente de intento suicida* como consecuencia de la ideación suicida —véase Figura 118. Ya que los resultados del análisis de

regresión múltiple señalaron su ubicación como variable independiente. Y los resultados del análisis de regresión logística binaria, la ubicaron como factor de protección. En tanto que la lógica del comportamiento suicida señalaría que el intento suicida seguiría de la manifestación de ideación suicida. De acuerdo con lo cual, la ecuación que definiría su inclusión en el modelo sería la siguiente:

$$INTS = IDS + IDS/CREI/EEM + E$$

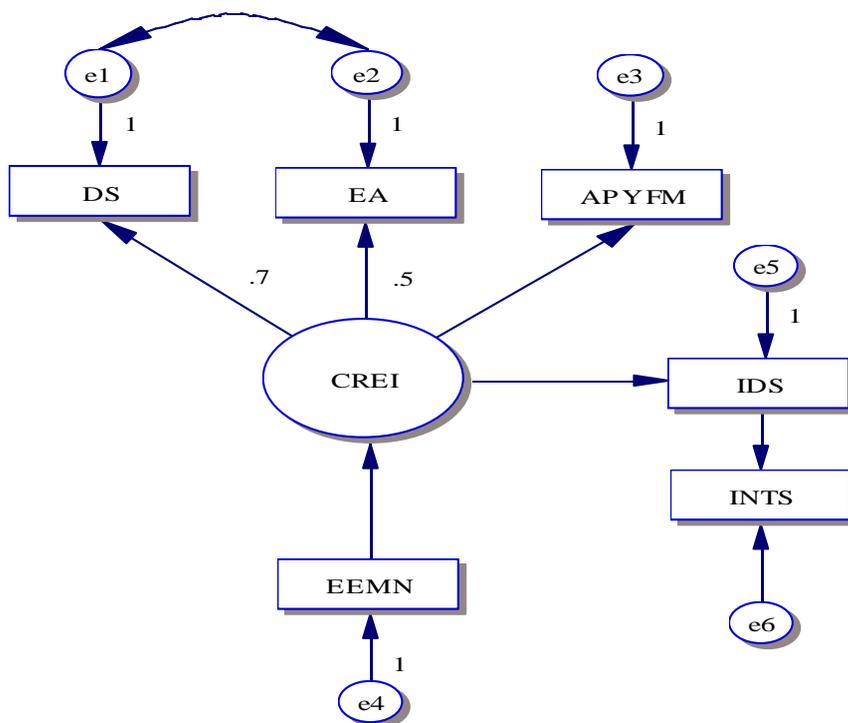


Figura 118. Variable *Intento Suicida* (INTS) en el modelo explicativo de la presencia de *ideación suicida*

Identificación del Modelo

La revisión de las relaciones establecidas en el modelo —condiciones mínimas para la determinación de los valores de los parámetros y de las relaciones permisibles entre variables— señaló un modelo pertinente de tipo recursivo. Sin conflictos en las relaciones planteadas entre variables.

La verificación del orden del modelo mostró que el número de momentos distintos o valores de la matriz S , se definía por el siguiente valor:

$$p(p + 3)/2 = 6(6 + 3)/2 = 6(9)/2 = 27$$

Y que el número de *parámetros libres* para ser estimados, correspondió a lo siguiente:

$$p(p + 1)/2 = 6(6 + 1)/2 = 6(7)/2 = 21$$

Lo que delimitó un menor número de parámetros libres para ser estimados que el número de momentos distintos o valores de la *matriz S*. Y por tanto, un número correcto de *grados de libertad* del modelo ($27 - 21 = 6$) para proceder a la estimación del modelo.

Estimación del Modelo

La estimación del *modelo estructural* se realizó con el método de *distribuciones asintóticas libres*, y del procedimiento *bootstrap* para la estimación *bayesiana muestral de los parámetros*, con criterio de 1500 repeticiones. Tres razones justificaron la decisión por esta forma de estimación del *modelo estructural*. Primero, que se identificó un *modelo recursivo*. Segundo, que la *distribución de las variables* se distinguió en general por *sesgo y curtosis* alta. Tercero, que para el estudio se contó con un tamaño de muestra reducido —sub-muestra estratificada.

El resultado de la estimación del *modelo estructural* —con base en los índices de ajuste del modelo— reveló requerimiento de correcciones para lograr valor de ajuste correcto en el modelo: Hombres, $CMIN(9, 426) = 19.45$, $p < .05$, $CFI = .98$, $RMSA = .52$. Mujeres, $CMIN(9, 727) = 29.31$, $p = .01$, $CFI = .98$, $RMSA = .06$.

Modificación del modelo

Para la modificación del modelo se consideraron los índices de modificación proporcionados por el programa *AMOS*. De acuerdo con los cuales, se requería

insertar covarianzas entre errores. Las covarianzas entre errores indicadas, conforme al género, fueron:

Hombres; DS↔APYFM, INTS↔EEMN

Mujeres; IDS↔EA, DS↔APYFM, CREI↔EA e INTS↔APYFM

Covarianzas que, por otra parte, no afectaban la propuesta original del modelo. Por lo que se decidió aplicar las modificaciones sugeridas. En la Figura 119 se muestra el modelo modificado, en hombres. Y en la Figura 120, se presenta el modelo modificado en mujeres.

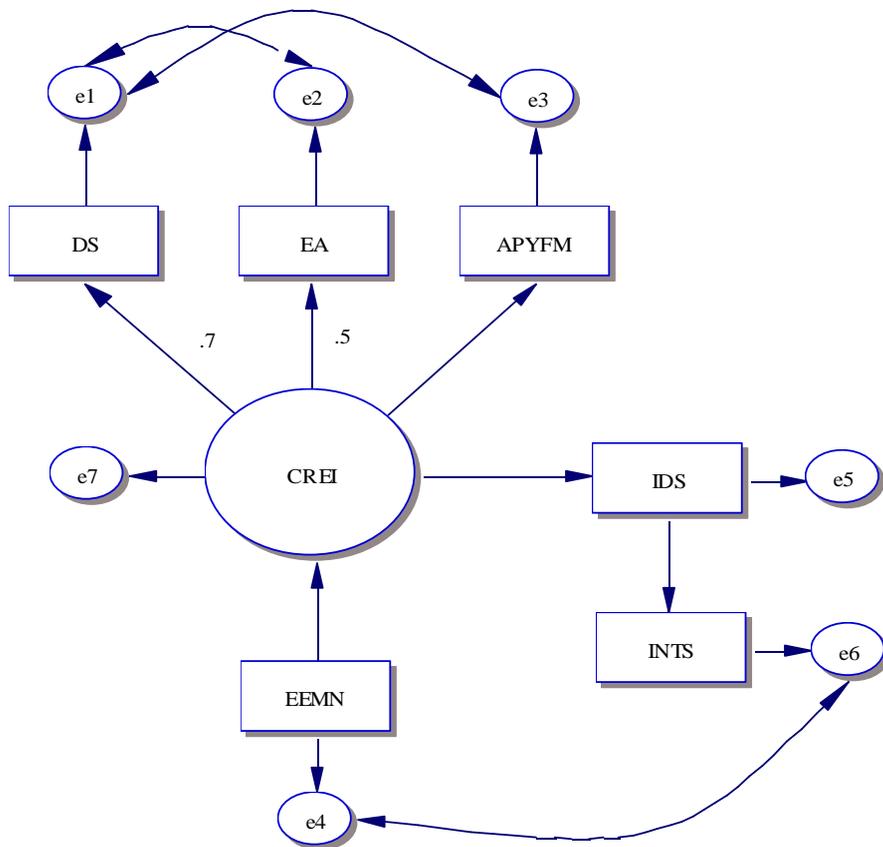


Figura 119. Modelo modificado: muestra de jóvenes del género masculino

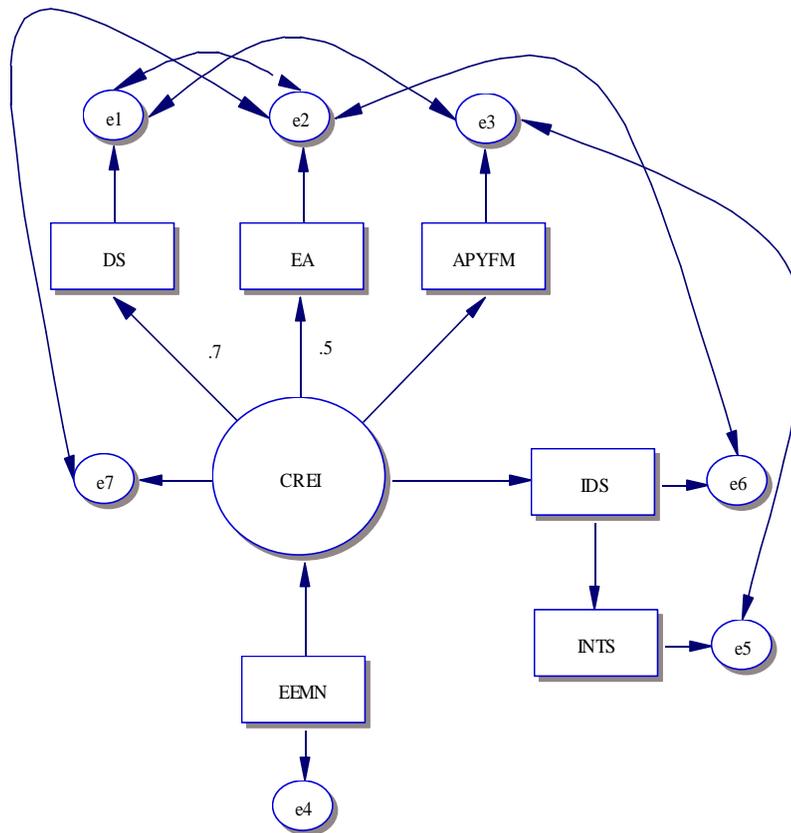


Figura 120. Modelo modificado; muestra de jóvenes del género femenino

Prueba del Modelo

Realizados los ajustes, se procedió a la prueba del modelo estructural. El resultado señaló pertinencia del modelo en ambos géneros; Hombres, $CMIN(9, 426) = 6.74, p > .05, CFI = 1.0, RMSA = .0001$. Mujeres, $CMIN(9, 727) = 8.45, p > .05, CFI = .997, RMSA = .03$.

La revisión del comportamiento de los parámetros del modelo —análisis factorial y análisis de regresión múltiple— señaló valores positivos significativos de los efectos directos e indirectos de todas las variables implicadas en el modelo ($p \leq .05$). Lo que confirmó la pertinencia de la inclusión y ubicación de cada variable en el modelo — véase Tabla 41 y Tabla 42.

Tabla 41.

Modelo Modificado. Valores estandarizados del Análisis Factorial (efectos directos e Indirectos) y del Análisis de Regresión (pesos) —Hombres

Variables	<i>Análisis Factorial</i>						<i>Análisis de Regresión</i>		
	Efecto Directo			Efecto Indirecto			Peso de regresión		
	EEMN	CREI	IDS	EEMN	CREI	IDS	EEMN	CREI	IDS
IDS		.72*		.49*				.72*	
EEMN									
CREI	.68*						.68*		
DS		.53*		.36*				.53*	
EA		.40*		.27*				.40*	
APYFM		.48*		.32*				.48*	
INTS			.56*	.27*	.40*				.56*

* $p \leq .05$

Tabla 42.

Modelo Modificado. Valores estandarizados del Análisis Factorial (efectos directos e Indirectos) y del Análisis de Regresión (pesos) —Mujeres

Variables	<i>Análisis Factorial</i>						<i>Análisis de Regresión</i>		
	Efecto Directo			Efecto Indirecto			Peso de regresión		
	EEMN	CREI	IDS	EEMN	CREI	IDS	EEMN	CREI	IDS
IDS		.78*		.59*				.78*	
EEMN									
CREI	.75*						.75*		
DS		.53*		.40*				.53*	
EA		.37*		.28*				.37*	
APYFM		.55*		.42*				.55*	
INTS			.51*	.30*	.40*				.51*

* $p \leq .05$

Validación del Modelo

Una vez corroborada la pertinencia del modelo estructural, el siguiente paso fue proceder a la validación del modelo. Para lo cual se aplicó el modelo en la

segunda muestra estratificada tomada de la muestra total. A continuación se describen los resultados encontrados con la validación del modelo identificado.

Características de la muestra.

La muestra proporcional de validación quedó integrada por 1154 jóvenes —728 mujeres y 424 hombres— organizados de la siguiente forma: GIDS0, 305 —111 hombres y 194 mujeres. GIDS1, 293 —111 hombres y 182 mujeres. GIDS2, 300 —110 hombres y 190 mujeres. GIDS3, 254 —92 hombres y 162 mujeres. Con promedio de edad de 16.7 años, *D.E.* de 1.4 y un rango de 13 a 23 años.

Comprobación del Modelo Estructural.

La comprobación del modelo estructural identificado, consistió en aplicar el modelo ya identificado a la muestra de validación. Con el propósito de con dicha muestra se replicaban los resultados encontrados en la primera muestra. Lo que se encontró se describe a continuación.

Ajuste del modelo.

Los índices de ajuste del modelo revelaron valores adecuados en ambos géneros. Hombres, $CMIN(7, 425) = 13.48$, $p > .05$, $CFI = .99$, $RMSA = .047$. Mujeres, $CMIN(5, 727) = 5.33$, $p > .05$, $CFI = .99$, $RMSA = .009$. Lo que confirmó el ajuste del modelo en la muestra de validación.

Comportamiento de los parámetros en el modelo.

El comportamiento de los parámetros en la muestra de validación observó resultados equivalentes a lo registrado en la primera muestra. Valores arriba de .60 en el efecto directo de *CREI* sobre *EEMN*, y de *CREI* sobre *IDS*. Valor cercano a .50 en el efecto de *IDS* sobre *INTS*. Reconocimiento de *DS* y *APYFM* como las variables con mayor peso en la variable endógena *CREI*. Y mayor peso del efecto indirecto de *EMN* sobre *IDS*, en mujeres que en hombres —véanse Tabla 43 y Tabla 44. Lo que ratificó la consistencia del modelo estructural para la

explicación de la ideación suicida en jóvenes, con base en el planteamiento teórico de la presente investigación —véanse Figura 121 y Figura 122.

Tabla 43.

Modelo de Validación; Valores estandarizados del Análisis Factorial (efectos directos e Indirectos) y del Análisis de Regresión (pesos) —Hombres

Variables	<i>Análisis Factorial</i>						<i>Análisis de Regresión</i>		
	Efecto Directo			Efecto Indirecto			Peso de regresión		
	EEMN	CREI	IDS	EEMN	CREI	IDS	EEMN	CREI	IDS
IDS		.72*		.48*				.72*	
EEMN									
CREI	.76*						.76*		
DS		.53*		.34*				.53*	
EA		.38*		.24*				.38*	
APYFM		.44*		.22*				.44*	
INTS			.48*	.20*	.27*				.48*

* $p \leq .05$

Tabla 44.

Modelo de Validación; Valores estandarizados del Análisis Factorial (efectos directos e Indirectos) y del Análisis de Regresión (pesos) —Mujeres

Variables	<i>Análisis Factorial</i>						<i>Análisis de Regresión</i>		
	Efecto Directo			Efecto Indirecto			Peso de regresión		
	EEMN	CREI	IDS	EEMN	CREI	IDS	EEMN	CREI	IDS
IDS		.77*		.58*				.77*	
EEMN									
CREI	.75*						.75*		
DS		.53*		.40*				.53*	
EA		.37*		.28*				.37*	
APYFM		.51*		.39*				.51*	
INTS			.53*	.31*	.41*				.53*

Nota: * $p \leq .05$

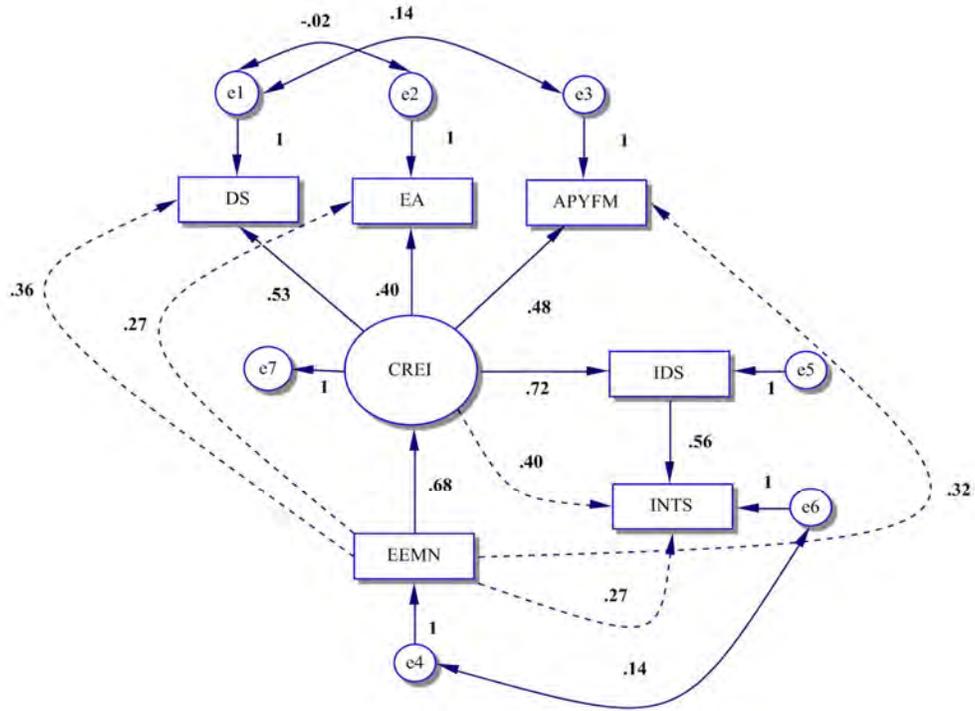


Figura 121. Modelo explicativo de presencia de ideación suicida: Hombres

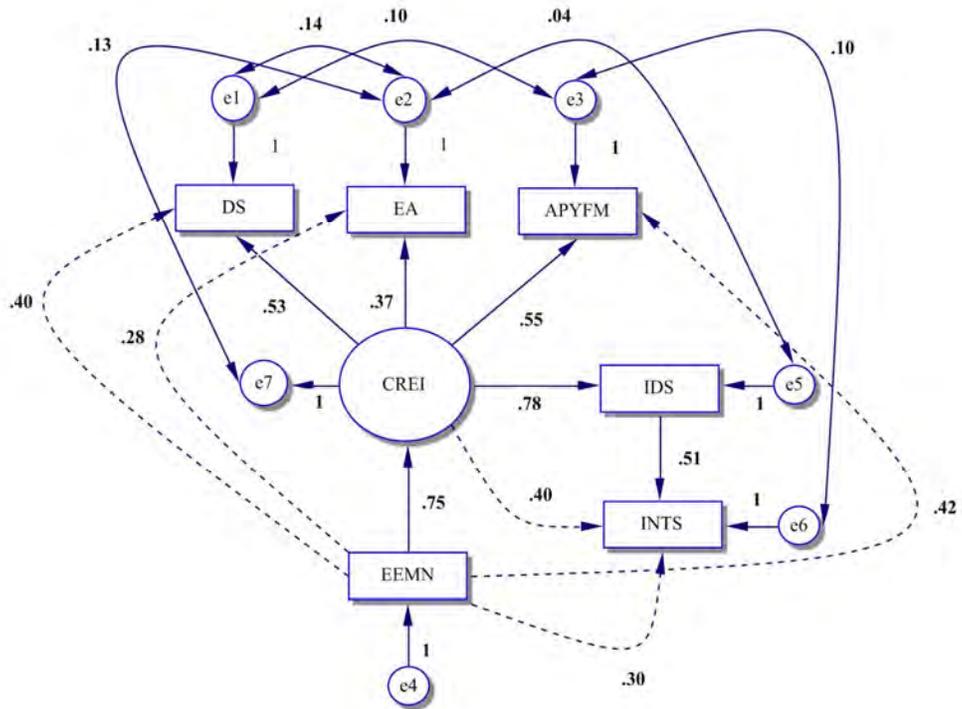


Figura 122. Modelo explicativo de presencia de ideación suicida: Mujeres

En síntesis, los resultados de la explicación de la ideación suicida por medio del modelamiento con ecuaciones estructurales, señalaron lo siguiente.

- ✎ Pertinencia de la teoría Cognitivo-Conductual y de la teoría Racional Emotivo-Conductual para la explicación de la ideación suicida en jóvenes. Dado el señalamiento de la importancia de la evaluación negativa del sí mismo, del medio de apoyo social (en especial familiar) y del futuro. Concomitantemente con el efecto de la percepción del estado emocional negativo, en la explicación de la ideación suicida. Resultados que corroboraron la Hipótesis 8 y la Hipótesis 9 de esta investigación
- ✎ Reconocimiento de que el antecedente de intento suicida se vincula como variable dependiente y no como variable independiente de la ideación suicida. Resultado contrario a lo planteado en la Hipótesis 10 de esta investigación. Y que se explica con base en lo reportado por González-Forteza, Mariño, et al. (1998). En el sentido de la confusión entre antecedente de intento suicida e intencionalidad suicida, en los jóvenes. Motivo por el cual se conjetura que en este trabajo se registró intencionalidad y no antecedente de intento suicida. Lo que permite entender el lugar de la ideación suicida como variable independiente de la intencionalidad suicida
- ✎ Resultados insuficientes para reconocer diferencia entre géneros del modelo de explicación de ideación suicida. Y por tanto, obtención de evidencia contraria a lo planteado en la Hipótesis 11 de esta investigación

CAPITULO 7

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este capítulo se expone la discusión y las conclusiones con base en las dos áreas que definieron el presente trabajo; la detección y la explicación de la presencia del pensamiento suicida en jóvenes de Educación Media Superior.

Discusión

Detección de la ideación suicida.

Para la identificación de la presencia de ideación suicida se emplean dos procedimientos; la entrevista clínica y la evaluación psicométrica.

La entrevista clínica, orientada a la evaluación individual por medio de un especialista, para detectar el porqué, el cuándo, el con qué y el dónde se piensa llevar a cabo el acto suicida (Pérez, 1999; Shawn, 1999).

La evaluación psicométrica, encauzada a identificar la presencia del pensamiento suicida por medio de escalas estandarizadas —hetero o auto-aplicadas— que registran, entre otros aspectos: riesgo o intencionalidad suicida (Plutchik, et al., 1989; Beck, Schuyler & Herman, 1974); negación de ayuda (Yakunina, Rogers, Waehler & Werth, 2010), actitud hacia el suicidio (Arnautovska & Grad, 2010), razones para vivir (García, et al., 2009), e ideación suicida (Beck, et al., 1979; Roberts & Chen, 1995). Y que puede ser mejor opción que la entrevista para detectar la intencionalidad suicida en algunas personas (Kaplan, et al., 1994).

La importancia de la detección de ideación suicida radica en su vinculación con la prevención y la atención del comportamiento suicida. Ya que si bien la ideación suicida es el componente con menor riesgo suicida (Crosby, Cheltenham & Sacks, 1999; Reinecke & Franklin-Scott, 2005), su detección coadyuva en la prevención de un acto de mayor riesgo; intento o suicidio consumado (Pérez & Moskera, 2006). El problema es la imprecisión que aún se enfrenta para la detección

de este pensamiento debido, entre otras razones, a: la variabilidad que caracteriza a la ideación suicida (intra e inter-individual) (Berman & Jobes, 1991; Witte, et al., 2005); la no manifestación de su presencia por ciertos individuos (Kaplan, et al., 1994); y la dificultad para diferenciar la ideación suicida de pensamientos relacionados (Shawn, 1999). Lo que incide en el hecho de que las escalas que comúnmente se utilizan con el propósito de detectar el riesgo suicida, no sean robustas para pronosticar el riesgo suicida (Reinecke & Franklin-Scott, 2005; Rogers & Oney, 2005).

En esta investigación se propuso identificar los grados de pensamiento que es posible registrar con la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D. Definir el punto de corte conveniente para referir la presencia de ideación suicida. E identificar las variables asociadas que describen la presencia de este pensamiento —en una muestra de jóvenes de Educación Media Superior.

Los resultados mostraron que son tres los grados de pensamiento que es factible registrar con la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D. Y que es el GIDS3 donde se identifican los tres indicadores que, conforme a la aproximación cognitivo-conductual del comportamiento suicida, definen la manifestación de ideación suicida; intención —fantasía de muerte; justificación para morir; y planeación para quitarse la vida. Además de que es el grado con la mayor duración promedio reportada —cinco días la semana previa al registro.

Lo que definió como punto de corte recomendado para esta escala, una puntuación bruta \geq a 9 o \geq a 70 en puntuación T. Lo que dio por resultado el registro de aproximadamente un 6 % de jóvenes con manifestación de ideación suicida —en ambos géneros. Con identificación de que el 55 % de las mujeres y el 48 % de los hombres, manifestaron algún pensamiento relacionado con ideación suicida.

Resultados que confirmaron lo reportado en otros estudios; con estudiantes de secundaria y preparatoria mexicanos de ambos sexos (Medina-Mora, et al., 1994; Medina-Mora, et al., 1995; López, et al., 1995), en solo mujeres (González-Forteza,

Berenzon, et al., 1998), y en población abierta mexicana mayor de 12 años (Berenzón, et al., 1998), y mayor de 15 años (Borges, et al., 2005). Donde se ha informado de un porcentaje menor al 10 % de presencia de ideación suicida. Similar a lo reportado en adolescentes de ambos sexos, 11. 5% (Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco, Molnar, et al., 2008). Y en estudiantes de secundaria y preparatoria cuando se tomó como punto de corte una puntuación igual o mayor a una desviación estándar arriba de la media —18. 6% en hombres y 21 % en mujeres (Jiménez, et al., 2007). Ya que la puntuación correspondiente a un valor \geq a una desviación estándar, se identifica con la puntuación identificada en el GIDS2 de esta investigación, donde los porcentajes observados fueron similares a los del estudio de Jiménez, et al. (2007) —17.3 % en hombres y 23.7 % en mujeres. Pero con diferencia a lo reportado en otro estudio, donde también se tomó como punto de corte una puntuación igual o mayor a una desviación estándar arriba de la media —11 % en mujeres y 9.4 % en hombres (González-Forteza, Mariño, et al., 1998). Diferencia que pudo derivarse de la diferencia del tiempo entre los estudios; 1998 vs. 2007.

La identificación de los grados de pensamiento que es posible registrar con la escala de Roberts-CES-D, por otra parte, aportó evidencia para la diferenciación de los pensamientos que podrían considerarse normales en jóvenes —pensamientos ocasionales de desesperanza y/o muerte; GIDS1 y GIDS2— de los pensamientos que son expresión de ideación suicida, conforme a la teoría cognitivo-conductual (Beck, et al., 1979) —pensamientos persistentes de muerte, justificación y planeación del acto suicida; GIDS3. Estimación que, sin embargo, tendrá que ser ratificada con estudios longitudinales en donde se compruebe que los jóvenes identificados con ideación suicida tienden a desarrollar comportamiento suicida. En el presente, lo encontrado con esta investigación apunta a que la ideación suicida no es un pensamiento normal en jóvenes, como se ha argumentado (Gmitrowicz, et al., 2003; Groleger, et al., 2003). Y que no es conveniente identificar la presencia de ideación suicida con la respuesta afirmativa a cualquier reactivo de la escala.

Lo encontrado en esta investigación con respecto a la equivalencia estadística en los porcentajes de presencia de ideación suicida entre hombres y mujeres, por otra parte, señala una tendencia a la igualdad de presencia de este pensamiento entre géneros. Ya que con anterioridad se había informado de mayor porcentaje de ideación suicida en mujeres que en hombres (Mondragón, et al., 1998; Allison, et al., 2001; Calvo, et al., 2003; Jiménez, et al., 2007). No obstante, es importante considerar que en esta investigación se conformaron muestras de estudio con un rango de edad de 15 a 25 años, en cuyo caso las diferencias podrían identificarse en algunos grupos de edad y no en otros, y por tanto desvanecerse en el promedio. Lo que, sin embargo, tendrá que ser probado en próximos estudios.

Explicación de la presencia de ideación suicida.

La explicación del comportamiento suicida se identifica con dos enfoques. El primero, referente a la consideración del suicidio como un proceso (Gutiérrez-García, Contreras & Orozco-Rodríguez, 2006), que comienza con el pensamiento o la ideación suicida, para posteriormente dar lugar al intento o suicidio consumado. El segundo, consistente en la estimación del suicidio como resultado de la interacción entre vulnerabilidad y condiciones estresantes. En lo que se conoce como el modelo de diátesis-estrés (Shotte & Clum, 1982). Enfoques complementarios que se centran en dos características reconocidas del comportamiento suicida. Primero, que el suicidio no es un acto aislado, sino un conjunto de comportamientos que pueden ser identificados. Segundo, que el suicidio tiende a presentarse en personas con vulnerabilidad suicida, en condiciones que derivan de la interacción entre dicha vulnerabilidad (diátesis) y la experiencia —objetiva y/o subjetiva— de situaciones altamente estresantes. Lo que orienta la explicación del comportamiento suicida hacia la identificación de las variables que, en interacción con la vulnerabilidad suicida, incrementan la probabilidad de un acto suicida. En el contexto de lo que se conoce como zona de suicidio (Rudd, 2000).

La explicación del comportamiento suicida, por tanto, se ha orientado al estudio de las condiciones de diátesis-estrés que pueden dar lugar al proceso

suicida, especialmente intento o suicidio consumado. En esta línea, se han planteado distintos modelos, entre los cuales se encuentran los siguientes. El modelo del supuesto disfuncional, que describe el papel de los esquemas cognitivos disfuncionales (Beck, et al., 1993). El modelo de las distorsiones cognitivas, que aborda la función de la interpretación cognitiva distorsionada (Prezant & Neimeyer, 1988). El modelo del déficit en la solución de problemas interpersonales, que estudia el papel de los recursos personales para enfrentar los problemas interpersonales (Shotte & Clum, 1982). Y el modelo de rigidez cognitiva, que se orienta a la investigación de la inflexibilidad de los esquemas cognitivos y su vinculación con el pensamiento suicida (Neuringer & Lettieri, 1971).

Los estudios realizados en México orientados a la explicación de la presencia de ideación suicida en jóvenes, se han caracterizado por el seguimiento de una aproximación epidemiológica. Motivo por el cual se ha generado un cúmulo importante de resultados que informan de las variables asociadas a la manifestación de ideación suicida. Con base en modelos estadísticos de análisis multivariado —principalmente regresión logística binaria. Y solo un reporte de análisis basado en el modelamiento con ecuaciones estructurales (González-Forteza, Villatoro, et al., 1998). La investigación en México, bajo esta aproximación, señala que las principales variables que explican la presencia de ideación suicida en jóvenes de Educación Media Básica y Superior, son:

- ✎ Conductas disfuncionales o de riesgo —consumo de drogas y alcohol (Medina-Mora, et al., 1994; Medina-Mora, et al., 1995; López, et al., 1995), respuesta de afrontamiento agresivo con pareja y familiares (González-Forteza, García, et al., 1998; Serrano & Flores, 2005)
- ✎ Condiciones familiares negativas —rechazo, hostilidad, menor comunicación con los padres (Villatoro, et al., 2003); infancia sin algunos de los padres (Córdova, et al., 2007)
- ✎ Auto-percepción disfuncional —percepción negativa del desempeño escolar (Córdova, et al., 2007), baja auto-estima (González-Forteza, García, et al., 1998); desesperanza (Córdova, et al., 2007)

- ✎ Desórdenes emocionales o condiciones personales negativas —tristeza, ánimo deprimido (Serrano & Flores, 2003), aspectos personales negativos (Hernández-Cervantes & Lucio, 2006)
- ✎ Estrés psico-social (González-Forteza, Villatoro, et al., 1998)

En tanto que en estudios de otros países, enfocados al equivalente de jóvenes de Educación Media Básica y Superior de México, se ha reconocido fundamentalmente a los desórdenes emocionales —depresión (Rudd, 1990; Konick & Gutiérrez, 2005; Sun, Hui & Watkins, 2005); alienación emocional (Bonner & Rich, 1988). Con observación de que la depresión es mejor predictor que la desesperanza, para la ideación suicida (Rudd, 1990; Konick & Gutiérrez, 2005; Sun, et al., 2005). Y que las variables que pronostican la depresión y la desesperanza son: el estrés negativo (Rudd, 1990; Bonner & Rich, 1988); los eventos negativos de la vida (Konick & Gutiérrez, 2005); y la deficiente cohesión familiar (Sun, et al., 2005).

Datos que confirman la importancia de las condiciones personales negativas del medio familiar y social, como propiciadoras de estrés. Y del desorden emocional, especialmente depresión, como condición de vulnerabilidad. En la explicación de la ideación suicida en jóvenes de México, como de otras partes del mundo. Y que sitúa a la interacción entre eventos negativos de vida y el estrés, como el aspecto esencial de la explicación de la ideación suicida, como ya había sido señalado por Gliatto y Rai (1999).

En este trabajo se propuso la explicación de la ideación suicida con base en el modelo de diátesis-estrés, con enfoque del supuesto disfuncional (Beck, et al., 1993). En donde la diátesis se identificó con los esquemas disfuncionales referentes a la triada cognitiva del comportamiento suicida —actitud negativa del sí mismo, actitud negativa del medio, y actitud negativa del futuro. En tanto que la condición de estrés se reconoció por la percepción de estado emocional negativo.

Así, el modelo registrado señaló que la ideación suicida se puede describir como una secuencia de perturbación secundaria, conforme a la teoría Racional

Emotivo-Conductual —véase Figura 128. En donde el efecto del estado emocional negativo sobre la ideación suicida, se presenta mediado por las creencias disfuncionales. Lo que circunscribe la importancia de la percepción e interpretación del estado emocional negativo sobre la manifestación de la ideación suicida. Y plantea que en los jóvenes con ideación suicida se puede presentar la siguiente asociación entre las creencias disfuncionales y el estado emocional negativo. Con respecto a la actitud negativa del sí mismo; *me siento muy mal y no puedo hacer algo para cambiar mi situación*. Con referencia a la percepción negativa del apoyo social; *me siento muy mal y las personas que más me importan no se interesan por mí o no me pueden ayudar*. Y con relación a la percepción negativa del futuro; *me siento muy mal y creo que en el futuro las cosas no mejoraran y aún pueden empeorar*.

Resultados que confirman la relevancia de los *esquemas disfuncionales* —tríada cognitiva del comportamiento suicida— en la explicación de la ideación suicida. Como una condición de vulnerabilidad cognitiva presente en los jóvenes con ideación suicida. Lo que es congruente con lo reportado en otros estudios. Con respecto a la percepción negativa del medio de apoyo social; percepción de problemas familiares —violencia de los padres (González-Forteza, et al., 1995; González-Forteza, et al., 1997), percepción de familias fragmentadas (González-Forteza, et al., 2009), percepción de deficiente comunicación con los padres (Villatoro, et al., 2003; Serrano & Flores, 2003). Con referencia a la percepción personal negativa; percepción de desempeño escolar deficiente (González-Forteza, Berenzon, et al., 1998; Córdova, et al., 2007), percepción de baja auto-estima (Villatoro, et al., 2003). Y con relación a la percepción negativa del futuro; desesperanza (Córdova, et al., 2007).

Con identificación del estado emocional negativo como condición generadora de estrés que es difícil de soportar y enfrentar —véase Figura 123. Y que ratifican lo reportado en otras investigaciones respecto a la importancia de la perturbación emocional (González-Forteza, Villatoro, et al., 1998; Serrano & Flores, 2003).

Un aspecto que es importante considerar de estos resultados, es que aparentemente son contradictorios con lo reportado acerca del efecto directo de la perturbación emocional en la explicación de la ideación suicida (González-Forteza, García, et al., 1998; Rudd, 1990; Konick & Gutiérrez 2005; Sun, Hui & Watkins, 2005). Sin embargo, es necesario considerar que también en esta investigación se registró el efecto directo del estado emocional cuando el análisis se basó en los modelos de regresión múltiple y regresión logística binaria. Pero que con base en el planteamiento de la teoría Cognitivo-Conductual y Racional Emotivo Conductual, el análisis realizado con el modelamiento con ecuaciones estructurales mostró que un modelo viable corresponde a la ubicación mediada del estado emocional negativo. Por lo desde esta perspectiva, los resultados de esta investigación son congruentes con lo reportado en otros estudios, al confirmar la importancia de la perturbación emocional en la explicación de la ideación suicida. Con el agregado de que se aportan elementos para una mejor comprensión del lugar de la perturbación emocional en la manifestación de la ideación suicida. Con la demarcación de que esta explicación corresponde a jóvenes que en general no presentan trastornos emocionales.

Por consiguiente, lo encontrado en esta investigación lleva a conjeturar que en algunos jóvenes podrá darse lugar a la generación de un nuevo proceso —como se observa en la Figura 123. Con una tercera A, que correspondería al malestar que se resume en el pensamiento de quitarse la vida. Seguida de una tercera B, referente a la evaluación, por medio de la interpretación disfuncional de esta condición. Que, en términos generales, llevaría a la convicción de que la mejor respuesta para salir de esta condición, sería quitarse la vida. Por lo que la consecuencia sería una tercera C, relativa a la definición de la planeación y la consecución del acto de auto-lesión; intento suicida o suicidio consumado. Ya que conforme a Shneidman (1993), se viviría una condición de intenso dolor psicológico derivado de la certeza que ninguna necesidad psicológica podría ya cubrirse; logros personales, apoyo de las personas que más le importan, y un futuro positivo.

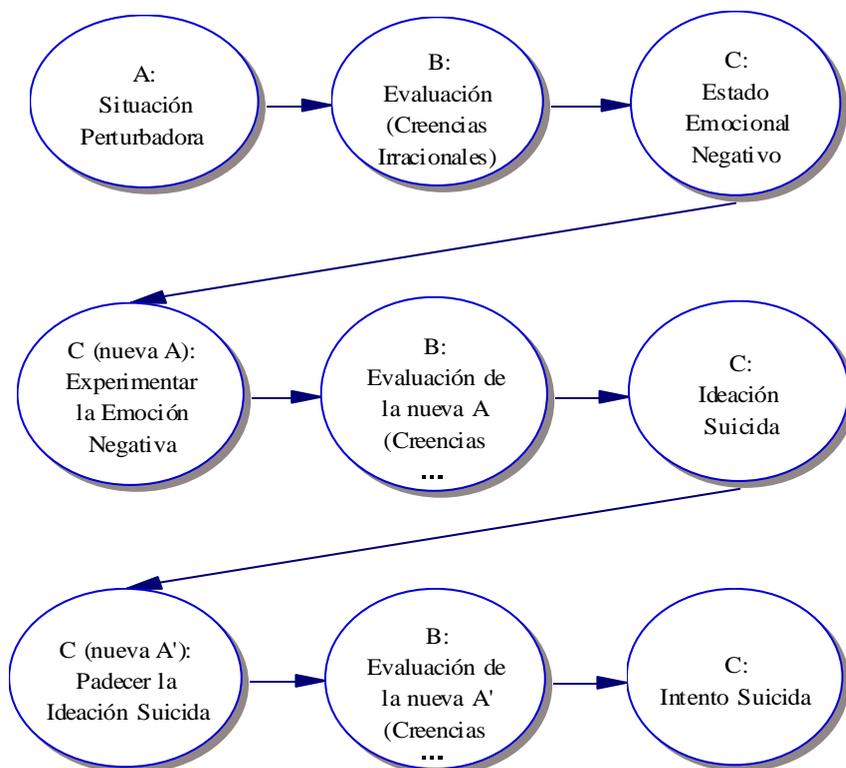


Figura 123. Modelo A-B-C de la manifestación de ideación suicida, conforme al modelo identificado con el modelamiento con ecuaciones estructurales

Por otra parte, los resultados del modelo de explicación de la ideación suicida, concuerdan con el señalamiento de la importancia del antecedente de intento suicida (González-Forteza, Mariño, et al., 1998). Con la diferencia de que en este trabajo se identificó un lugar distinto de esta condición, con lo ya informado (González-Forteza, Mariño, et al., 1998). Al situarse como consecuencia y no como explicación de la ideación suicida. Lo que de entrada resulta paradójico, si se parte de la consideración de que el antecedente de intento suicida refiere a una situación previa al registro de la ideación suicida. Y que por tanto, su ubicación lógica es como variable independiente y no como variable dependiente. No obstante, se debe observar que en este mismo trabajo, se encontró que en el análisis de regresión logística binaria, el antecedente de intento suicida se registró como variable de protección. Es decir, como condición cuya presencia reduce la probabilidad de ideación suicida; ¿cómo se explica esto? La respuesta se vincula con el hecho de que el registro de antecedente de intento suicida, en este trabajo, refirió al cuestionamiento de si se había cometido un intento suicida. Cuestionamiento que

con base en lo señalado por González-Forteza, Mariño, et al. (1998), pudo entenderse como una pregunta acerca de antecedente de intencionalidad suicida y no de acto suicida. En cuyo caso se conjetura que la intencionalidad suicida se ubica como variable de protección debido a dos posibles condiciones. La primera, que cuando se presentan antecedentes de intencionalidad suicida se identifica un porcentaje significativo de casos en el que ocurrió algún evento significativo que los llevó a cambiar su perspectiva de suicidio, por lo que en el presente ya no consideran el suicidio como la respuesta a sus problemas. La segunda, que cuando se registra antecedente de intencionalidad suicida, se presenta un porcentaje significativo de casos que tienen comportamiento suicida crónico. Y que en estos casos, se tiende a no manifestar la intencionalidad suicida a través de la ideación suicida, en un instrumento como el usado en el presente estudio. Motivo por el cual se conjetura que la condición más plausible corresponde a la segunda, si se parte de la teoría del comportamiento suicida (Rudd, 2000). En cuyo caso, se desprende que la asociación entre antecedente de intencionalidad suicida e ideación suicida, se presenta con mayor probabilidad en aquellos casos en donde no se ha dado lugar al comportamiento suicida crónico. Lo que permite entender que el efecto registrado en el modelo sea de la ideación suicida sobre la intencionalidad suicida, y no al revés. Sin embargo, tal conjetura tendrá que ser probada en investigaciones posteriores, donde se identifique si efectivamente los jóvenes con antecedentes de intencionalidad suicida, padecen suicidalidad crónica aunque no manifiesten ideación suicida en el momento del registro.

El presente estudio señala la necesidad de generar estrategias de detección que impliquen, además del registro de la ideación suicida, otras señales que refieran la probable presencia del comportamiento suicida, tal como la historia de intencionalidad suicida. Ya que es posible encontrar jóvenes que no manifiesten ideación suicida, pero que estén en riesgo de desarrollar el comportamiento suicida.

Finalmente, la equivalencia entre géneros en los porcentajes de presencia de ideación suicida y en el modelo de explicación de este pensamiento, señala que no existe evidencia suficiente para distinguir criterios de registro o de evaluación

dependiendo del género. Empero, es conveniente considerar que se registraron datos exclusivos de cada género. Por ejemplo, que solo en mujeres se correlacionó la vida sexual activa y la referencia de enfermedades crónicas con la ideación suicida. Y que solo en hombres se correlacionó vivir la infancia sin alguno de sus padres y el locus de control interno con la ideación suicida. Además de que el mayor efecto de la percepción de no apoyo familiar se identificó en mujeres, en tanto que en hombres el mayor efecto correspondió a la exigencia de aceptación. Lo que lleva a suponer diferencias tanto en la detección como en la explicación de la ideación suicida por género. Pero que tales diferencias tendrán que ser detectadas con otros métodos desarrollados para tal efecto.

Conclusiones

Las conclusiones de la presente investigación en la muestra de jóvenes de Educación Media Superior, con respecto a la detección y la explicación suicida son las siguientes.

Detección.

- ✎ La ideación suicida, conforme a la teoría Cognitivo-Conductual del comportamiento suicida, se identifica con una combinación de pensamientos que implica intencionalidad; fantasía de muerte, deseo de morir, justificación del acto suicida. Y planificación para llevar a cabo el acto suicida
- ✎ La escala de ideación suicida de Roberts-CES-D es un instrumento confiable y valido para la detección de ideación suicida en estudios de tamizaje en jóvenes similares a los de esta investigación
- ✎ La escala de ideación suicida de Roberts-CES-D es un instrumento que proporciona información de intencionalidad y planificación suicida
- ✎ La escala de ideación suicida de Roberts-CES-D, registra al menos dos grados de pensamiento relacionados con la manifestación de ideación suicida en jóvenes. Donde el último grado es el que se identifica con las

características de pensamiento que definen a la ideación suicida desde la perspectiva Cognitivo-Conductual del comportamiento suicida

- ✗ La ideación suicida, por su bajo porcentaje de presentación, no puede considerarse un pensamiento normal en jóvenes
- ✗ La ideación suicida tiende a presentarse con el mismo porcentaje entre hombres y mujeres
- ✗ En estudios de tamizaje, el reporte de la presencia de ideación suicida debe acompañarse de la especificación teórica y operacional del pensamiento que se reporta como ideación suicida

Explicación.

- ✗ La ideación suicida en jóvenes se explica, en un porcentaje significativo, por vulnerabilidad cognitiva identificada con creencias irracionales o actitudes disfuncionales
- ✗ El efecto de la perturbación emocional en la ideación suicida, se presenta mediado por las creencias irracionales
- ✗ El modelo de secuencia *A-B-C* de la teoría Racional Emotivo-Conductual, es útil para la explicación de la presencia de ideación suicida
- ✗ La tríada cognitiva del comportamiento suicida es un concepto necesario para la explicación de la manifestación de ideación suicida
- ✗ La ideación suicida puede vincularse con la historia de intencionalidad suicida como variable explicativa y no solo como variable criterio
- ✗ Las variables que explican la presencia de ideación suicida no son significativamente distintas entre hombres y mujeres
- ✗ La teoría cognitivo-conductual y la teoría racional emotivo-conductual, son aproximaciones teóricas útiles para la explicación de la manifestación de ideación suicida
- ✗ La ideación suicida, así como el comportamiento suicida en general, es un fenómeno multi-determinado y altamente complejo. Lo que hace improbable que en un solo modelo se integren las principales variables que inciden en tal fenómeno. Por lo que es necesario considerar que en

cada modelo identificado —como el del presente trabajo— se contribuye con una parte significativa de la explicación. Pero que esta parte deberá ser integrada a los resultados encontrados con otros modelos o formas de explicación, para arribar a una mejor comprensión de este fenómeno

Limitaciones de la investigación

- ✗ Las limitaciones que se tuvieron que enfrentar en la presente investigación, son las siguientes:
- ✗ No contar con una muestra aleatoria. En razón de que se trabajó con la muestra que proporcionó cada colegio o la que se pudo obtener conforme a las condiciones en el momento de la aplicación. Condición que, se atendió por medio de la obtención de una muestra de al menos el 30 % de la población de cada colegio, en la mayoría de los casos
- ✗ No haber obtenido fuentes de información alternativa para corroborar el estado emocional, la ideación suicida, las creencias y el antecedente de intento suicida. Aspecto que se atendió por medio del registro de correlación y ubicación en el modelo conforme a la información esperada de cada variable
- ✗ Observación de multicolinealidad entre las variables independientes que se incluyeron en el modelo. Problema que ya había sido reportado en otros estudios (Polewka, Kroch & Chrostek, 2004). Particularidad que se consideró en el modelamiento con ecuaciones estructurales por medio de la asignación de los valores de covarianza
- ✗ Debilidad psicométrica de los instrumentos para registrar los pensamientos referentes al sí mismo; Auto-Eficacia y Actitud Disfuncional. Condición que se trató obteniendo los puntajes solo de la escala y de los reactivos que aprobaron la evaluación psicométrica
- ✗ El integrar la muestra de estudio con un rango que integró desde adolescentes hasta jóvenes, dado el criterio establecido de trabajar con estudiantes de preparatoria. Lo que sin embargo, situó la muestra de

estudio en el rango de edad con mayor riesgo suicida identificado en los jóvenes mexicanos; 15 a 25 años

- ✗ Ausencia de un procedimiento efectivo de atención inmediata para los jóvenes con ideación suicida. Ya que aun cuando en cada una de los instrumentos (véase anexo) se contaba con un espacio donde el o la joven podía solicitar ayuda. Y de que cada instrumento se identificó con un número de folio asociado al número de lista del grupo. Tales previsiones no fueron suficientes para garantizar la atención a los jóvenes con ideación suicida. Ya que al final pasó demasiado tiempo, entre el análisis y la obtención de resultados, para poder atender a los jóvenes

Próximos estudios

- ✗ Diseñar una investigación longitudinal donde se compruebe que los jóvenes identificados con ideación suicida, tienden a desarrollar con mayor probabilidad el comportamiento suicida
- ✗ Crear un estudio en el que se compare la presencia de ideación suicida entre géneros, con un rango menor de edad; 15-17, 18-20, 21-23, 24-26. Para confirmar si realmente se presenta el mismo porcentaje de ideación suicida entre géneros
- ✗ Elaborar una investigación longitudinal en la que se compare la presencia de comportamiento suicida entre tres grupos de jóvenes; G1, que manifiesten antecedente de intencionalidad suicida sin registro de ideación suicida; G2, que no manifiesten intencionalidad suicida, y que registren ideación suicida; G3, que manifiesten antecedentes de intencionalidad suicida y registro de ideación suicida. Para comprobar que los jóvenes con antecedente de intencionalidad suicida que no registran ideación suicida, muestran mayor porcentaje del desarrollo de comportamiento suicida, que los jóvenes sin antecedente de intencionalidad suicida y registro de ideación suicida. E igual o mayor porcentaje de desarrollo del comportamiento suicida que los jóvenes con ideación suicida y antecedente de intencionalidad suicida

- ✕ Estandarizar el instrumento, con las siguientes correcciones: Integración de una escala de auto-eficacia, en lugar de la escala de Locus de Control, de una escala de actitud disfuncional y de una escala de antecedentes de conducta suicida, probadas en jóvenes mexicanos
- ✕ Llevar a cabo una replicación del presente estudio. Para corroborar el modelo de explicación identificado
- ✕ Realizar una replicación sistemática, con otra escala de ideación suicida basada en la teoría cognitivo-conductual —por ejemplo la de Beck. Para validar el modelo de explicación de la ideación suicida con base en las actitudes disfuncionales
- ✕ Diseñar una investigación clínica orientada a la atención de jóvenes con ideación suicida y malestar emocional, con base en el modelo identificado en el presente estudio. En donde se pruebe la eficacia de la terapia Cognitivo-Conductual y Racional Emotivo-Conductual para la atención de esta condición en jóvenes

Sin duda, la tarea más apremiante para el problema del suicidio es la prevención, conjuntamente con la atención de los casos detectados con riesgo suicida. Ante lo cual, si bien se han logrado avances significativos (Jacobs, Brewer & Kleir-Benheim, 1999; Kessler, et al., 2005), aun falta mucho para el logro de procedimientos seguros para identificar el riesgo suicida y con ello evitar un suicidio o un intento suicida. En el presente se reconoce que si se detecta adecuadamente la ideación suicida en los jóvenes, podría evitarse un intento o suicidio consumado. No solo en las poblaciones de riesgo, sino en todo ámbito donde pueda acudir a solicitar ayuda el o la joven. Tal como los centros de asistencia médica y psicológica, los centros de apoyo juvenil, las iglesias, los grupos deportivos, la escuela y la familia. No obstante, en el presente aún no es posible detectar eficientemente la ideación suicida en los jóvenes. Primero, porque aún no se han podido resolver problemas sustanciales referentes al estudio del comportamiento suicida, tal como el desarrollo de modelos de pronóstico de un posible acto suicida, la diferenciación clara de la intencionalidad suicida con respecto a la intencionalidad para-suicida, entre otros. Segundo, porque en países como México no se cuenta con un esquema de Salud que contemple la evaluación

del comportamiento suicida en el joven. Por lo que la situación, con respecto al estudio del suicidio, implica persistir en la investigación, incluso combinando la atención con la investigación. Para lograr la meta de la detección eficiente, así como de la atención y la prevención de esta condición en jóvenes. Lo que solo se logrará si se arriba a la explicación y comprensión de este problema, como ya ha sido planteado por Lester (2001). Para lo cual será necesario incorporar los resultados de las distintas perspectivas psicológicas, sobre la base de criterios tanto clínicos como científico. En cuyo caso, la teoría Cognitivo-Conductual podría fungir como un elemento integrador, en razón de sus posibilidades para la descripción, explicación y atención del comportamiento suicida (Rudd, 2000; Tarrier, Taylor & Gooding, 2008).

El suicidio es un tema de estudio altamente complejo y de difícil acceso. Pero se debe tener presente que el suicidio es un acto que puede ser evitado, como se tiene testimonio de personas que estuvieron a punto de quitarse la vida, pero que sucedió algo afortunado que lo evito. Por lo que es imperativo persistir en este trabajo, para arribar al desarrollo de alternativas de prevención y atención oportuna hacia las personas que llegaron a un grado de sufrimiento tal, que concluyeron que no tenían porqué, ni para qué vivir, y que la muerte era la única puerta de salida a su situación. Y con ello reducir al máximo, la situación de tener que identificar el suicidio, cuando ya ocurrió una defunción, por medio de una autopsia psicológica (Guevara & Botega, 2003).

La tarea requiere esfuerzo, dedicación, preparación y compromiso. Pero bien vale la pena el trabajo si con ello se contribuye a generar el conocimiento y las propuestas de acción que otorguen la posibilidad de que una persona con intención de quitarse la vida, decida por la vida y no por la muerte, especialmente si esta persona es un(a) joven cuya vida comienza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afifi, T., Cox, B. & Katz, L. (2007). The associations between health risk behaviors and suicidal ideation and attempts in a nationally representative sample of young adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 10, 666-74.
- Aguilera-Guzmán, R.M., Carreño, M.S. & Juárez, F. (2004). Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*, 27, 6, 57-66.
- Ahrens, B. & Linden, M. (1996). Is there a suicidality syndrome independent of specific major psychiatric disorders? Results of a split half multiple regression analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 79-86.
- Alford, B. & Beck, A. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York, EE. UU.: Gilford Press.
- Allison, S., Rodger, L. Martin, G. & Keeves, J. (2001). Gender differences in the relationship between depression and suicidal ideation in young adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 4, 498-503.
- Amsel, L. & Mann, J. (2001). Suicide Risk Assessment and the suicidal process approach. En Van K. Heeringen, (Dir). *Understanding Suicidal Behaviour*. EE. UU.: John Wiley & Sons Ltd. Chicago.
- Anderson, J. & Gerbing, G. (1988). Structural Equation Model in Practice: A Review a Recommended Two-Step Approach. *Psychological Bulletin*, 103, 3, 411-23.
- Arnautovska, U. & Grad, O.T. (2010). Attitudes toward suicide in the adolescent population. *Crisis*, 31, 1, 22-9.
- Arria, A.M., Grady, K.E., Caldeira, K.M., Vincent, K.B., Wilcox, H.C. & Wish, E.D. (2009). *Archives of Suicide Research*, 13, 3, 230-46.

- Ásberg, M. & Nordström, P. (1988). Biological Correlates of Suicidal Behavior. En H., Moller, A., Schmidtke, & R. Welz, (1988). *Current Issues of Suicidology*, (pp. 221-241). Berlín, Alemania: Springer-Verlay.
- Baca-García, E., Díaz-Sastre, C., Severino, A. & Saiz, J. (2000). Impulsividad, agresividad y conducta suicida. *Aula Médica Psiquiátrica*, 5, 61-6.
- Baldessarini, R. & Toldo, L. (2003). Suicide: historical, descriptive, and epidemiological considerations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 85, 10-31.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 2, 191-215.
- Bass, F. (1987). *Distorsiones cognitivas en adolescentes deprimidos*. Presentado en el II Congreso de Evaluación Psicológica. Madrid, España.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York. EE.UU.: International University Press.
- Beck, A. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. En P. Salkiovskis (Dir), *Frontiers of cognitive therapy*, (pp. 1-25). New York, EE. UU.: Guilford Press.
- Beck, A., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for suicidal ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-52.
- Beck, A., Schuyler, D. & Herman, I. (1974). Development of suicidal intent scales. En Beck, A., Resnick, H. & Lettieri, D.eds. *The prediction of suicide*. Chicago, EE.UU.: Charles Press Pubs.
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (1993). Dysfunctional attitudes and suicidal ideation in psychiatric outpatients. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 23, 1, 11-20.

- Beck, A., Steer, R. & Ranieri, W. (1988). Scale for Suicide Ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 499-05.
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 6, 861-5.
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1976). The classification of suicidal behaviors: Two Dimensions of suicidal intent. *Archives of General Psychiatry*, 33, 835-7.
- Benazzi, F. (2005). Suicidal ideation and bipolar-II depression symptoms. *Humanistic Psychopharmacology*, 20, 1, 27-32.
- Berenzon, S.G. Medina-Mora, M.E. López, E. & González J. (1998). Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la Ciudad de México. *Revista Mexicana de Psicología*, 15, 2, 177-85.
- Berenzon, S., González-Forteza, C. & Medina-Mora, M.E. (2000). Asociación entre trastornos depresivos y fóbicos con ideación e intento suicida en mujeres de comunidades urbanas pobres. *Revista Mexicana de Psicología*, 17, 1, 55-63.
- Berman, A. & Jobes, D. (1991). *Adolescente Suicide: Assessment and Intervention*. Washington, D.C. EE.UU.: American Psychological Association.
- Berwick, D., Murphy, J., Goldam, P., Ware, J., Barsky, J. & Weinstein, M. (1991). Performance of a five-item mental health screening test. *Medical Care*, 29, 2, 169-76.
- Bonner, R. & Rich, A. (1988). A prospective investigation of suicidal ideation in college students: a test of a model. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 18, 3, 245-58.

- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M.E., Orozco, R., Familiar, I., Nock, M. et al. (2010). Service use among Mexico City adolescents with suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 120, 32-9.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M.E., Orozco, R. & Nock, M. (2008). Suicide Ideation, Plan, and Attempt in the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of American Child & Adolescence Psychiatry*, 47, 1, 41-52.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M.E., Orozco, R., Molnar, B. & Nock, M. (2008b). Traumatic events and suicide-related outcomes among Mexico City adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 6, 654-66.
- Borges, G., Medina-Mora, M.E., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J. & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes socio-demográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32, 5, 413-25.
- Borges, G., Nock, M., Medina-Mora, M.E., Benjet, C., Lara, C., Chiu, W.T. & Kessler, R. (2007). The epidemiology of suicide-related outcomes in Mexico. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 37, 6, 627-640.
- Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C. & Gutiérrez, R. (1996). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Pública de México*, 38, 3, 197-06.
- Borges, G., Wilcox, H.C., Medina-Mora, M.E., Zambrano, J., Blanco, J. & Wlaters, E. (2005). Suicidal behavior in the mexican nacional comorbidity survey (M-NCS): Lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental*, 28, 2, 40-7.
- Bowerman, B. & O'Connell, R. (1979). *Forescasting & Time Series*. Massachusetts, EE.UU: Duxbury Press.
- Brunsteing, K., Marroco, F., Kleinman, M., Shonfeld, I. & Gould, M. (2007). Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 46, 1, 40-9.

- Buddeberg, C., Buddeberg-Fischer, B., Gnam, G., Schmid, J. & Christen, S. (1996). Suicidal behavior in Swiss students: an 18-month follow-up survey. *Crisis*, 17, 2, 78-86.
- Caballo, V. (1988). *Teoría evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia, España: Promolibro.
- 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.
- Calvo, J., Sánchez, R. & Tejada, P. (2003). Prevalence and factors associated with suicidal thinking among university students. *Salud Pública de México*, 5, 2, 123-43.
- Canetto, S. (1992). She died for love and he for glory: Gender myths of suicidal behavior. *Journal of Death and Dying*, 26, 1-17.
- Caraveo, J., Medina-Mora, M.E., Villatoro, J. & Rascón, M.L. (1994). La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños. *Salud Mental*, 17, 2, 56-60.
- Caraveo, J., Medina-Mora, M.E., Villatoro, J., Rascón, M.L. & Vélez, N.A. (1995). El consumo de alcohol en adultos como factor de riesgo asociado con trastornos psíquicos en los niños. *Salud Mental*, 18, 2, 18-24.
- Caraveo, J., Villatoro, J. & Martínez, N.A. (1995). El consumo de alcohol y los síntomas depresivos en el adulto y su asociación con síntomas específicos en los niños. *Anales. Reseña de la X Reunión de Investigación y Enseñanza*. Instituto de Psiquiatría, 109-114.
- Cerdá, E. (1972). *Psicometría General*. Barcelona, España: Herder.

- Chávez, A.M., 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.
- Cheng, Y., Tao, M., Riley, L., Kann, L., Ye, L., Tian, X. et al. (2009). Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behavior. *Child: Care, Health and Development*, 35, 3, 313-22.
- Clark, D. & Beck, T. (1994). *La Evaluación Conductual Hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. España: Pirámide.
- Cohen, J. (1986). Statistical Approaches to suicidal risk factor analysis. *Annals of the New Cork Academy of Sciences*, 487, 34-41.
- Colucci, E. & Martin, G. (2008). Religion and spirituality along the suicidal path. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 38, 2, 229-44.
- Consejo Nacional de la Población. (2009). *La situación demográfica de México 2008*. Recuperado el 28 de marzo de 2009, de <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2008/01.pdf>.
- Corcoran, P. & Arensman, E. (2010). Suicide and employment status during Ireland's Celtic Tiger economy. *European Journal of Public Health*, 231-6.
- Córdova, M., Rosales, M., Caballero, R. & Rosales, J.C. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psico-socio-demográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15, 2, 17-21.
- Cortada, N. & Carro., J. (1975). *Estadística Aplicada*. Buenos Aires, Argentina: Universitaria de Buenos Aires.
- Cox, B., Direnfeld, D., Swinson, R. & Norton, G. (1999). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 151, 6, 882-7.

- Crepet, P., Caracciolo, S., Casoli, R., Fabbri, D., Florenzano, F., Grassi, G., Jonus, A. & Tomelli, A. (1991). Suicidal behavior in Italy: data, trends and guidelines for a suicide intervention/prevention policy. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 21, 3, 263-78.
- Crosby, A., Cheltenham, B. & Sacks, E. (1999). Incidence of suicidal ideation and behavior in the United States. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 29, 2, 131-140.
- Cutler, D., Glaeser, E. & Norberg, K. (2001). Explaining the rise in youth suicide. En J. Gruber *Risky Behavior among Youths: An Economic Analysis*. Chicago, EE. UU.: University of Chicago Press.
- Debus, G. (1982). Los sentimientos. En T. Herrmann, P. Hofstatter, H. Huber & F. Weinert (Eds), *Conceptos Fundamentales de Psicología* (pp. 503-16), Barcelona: Herder.
- Dervic, K., Akkaya-Kalayci, T., Kapusta, N.D., Kaya, M., Merl, E., Vogel, E. et al. (2007). Suicidal ideation among Viennese high school students. *Wiener Klinische Wocheschrift*, 119, 5-6, 174-80.
- Dhossche, D., Ferdinand, R., Van der Ende, J., Hofstra, M. & Verhulst, F. (2002). Diagnostic outcome of adolescent self-reported suicidal ideation at 8-year follow-up. *Journal of Affective Disorder*, 72, 3, 273-9.
- Dixon, W., Heppner, P. & Anderson, W. (1991). Problem-solving appraisal, stress, hopelessness, and suicide ideation en a college population. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 51-6.
- Dixon, W., Rumford, K., Heppner P. & Lips, B. (1992). Use of different sources of stress to predict hopelessness and suicide ideation in a college population. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 342-9.

- Druss, B. & Pincus, H. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Archive Internal Medicine*, 160, 10, 1522-6.
- Durbin, J & Watson, G.S. (1951). Testing for Serial Correlation in Least-Squares Regression. *Biometrika*, 38, 159-171.
- Durkheim E. (2003). *El Suicidio* (7a. ed.). D.F., México: Coyoacán.
- Engin, E., Gurkan, A., Dulgerler, S. & Arabici, L.B. (2009). University students' suicidal thoughts and influencing factors. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 4, 343-54.
- Esposito, C. & Clum, G. (2002). Psychiatric symptoms and their relationship to suicidal ideation in a high-risk adolescent community sample. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 41, 1, 44-51.
- Ferguson, D., Horwood, L., Ridder, E. & Beautrais, A. (2005). Suicidal behavior in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychological Medicine*, 35, 7, 983-93.
- Fergusson, D., Beautrais, A. & Horwood, L. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviors in young people. *Psychological Medicine*, 33, 1, 61-73.
- Fernández, G., Saiz, M., González, P., González, S. & Bobes, G. (2000). Attempted suicide versus suicidal intention: a study of differential characteristics. *Acta Española de Psiquiatría*, 28, 4, 224-30.
- Freeman, A. & Reinecke, M. (1995). *Terapia Cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer. Biblioteca de Psicología.
- García, R. (2003). Ideación suicida: El papel de variables demográficas, religiosas y psicológicas. *Revista Mexicana de Psicología*, 20, 1, 75-82.

- García, J., Palacios, C.A., Vargas, G., Arias, S., Ocampo, M.V., Aguirre, B. et al. (2009). Validación del inventario de razones para vivir (RFL) en sujetos con conducta suicida de Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38, 1, 66-84.
- Garlow, S.J., Rosenberg, J., Moore, J.D., Hass, A.P., Koestner, B., Hendin, H. et al. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25, 6, 482-8.
- Gliatto M., y Rai A. (1999). Evaluation and Treatment of Patients with Suicidal Ideation. *American Family Physician*, 15, 59, 6, 1500-6.
- Gmitrowicz, A., Szymczak, W., Kotlicka-Antczak, M. & Rabe-Jablonska, J. (2003). Suicidal ideation and suicide attempt in polish adolescents: is it a suicidal process? *International Journal of Adolescence Medical Health*, 15, 2, 113-24.
- Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J., López-Chicheri, I., Martínez, A., Gutiérrez, S. & Vázquez, L. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Auto-eficacia para el afrontamiento al Estrés (EAEAE). *Psicothema*, 20, 1, 155-65.
- Goldberg, E. (1981). Depression and suicide ideation in the young adult. *American Journal of Psychiatry*, 138, 35-40.
- Goldberg, J., Garno, J., Portera, L., Leon, A., Kocsis, J. & Whiteside, J. (1999). Correlates of suicidal ideation in dysphoric mania. *Journal of Affective Disorder*, 56, 1, 75-81.
- Goldney, R. (2000). Prediction of suicide and attempted suicide. En E. Hawton & van K. Heeringen (Dirs.) *The International Handbook of suicide an attempted suicide*. Chicago, EE. UU.: John Williams & Sons.

- Goldstein, R., Black, D., Nasrallah, A. & Winokur, G. (1991). The prediction of suicide. Sensivity, specificity, and predictive value of a multi-variate model applied to suicide among 1,906 patients with affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 48, 418-22.
- González, M., Díaz, M., Ortiz, L., González-Forteza, C. & González, N. (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, 156-63.
- González-Forteza, C. & Andrade, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: Correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18, 4, 41-8.
- 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, 319-26.
- González-Forteza, C., Andrade, P. & Jiménez, A. (1997b). Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 20, 1, 27-34.

- González-Forteza, C., Berenzon, S., Tello, M., Facio, D. & Medina-Mora, M.E. (1998). Ideación Suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública de México*, 40, 5, 430-7.
- González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M.E. & Sánchez, M.A. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 21, 3, 1-9.
- González-Forteza, C., Jiménez, A. & Gómez, C. (1995). Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en los adolescentes. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 6,10, 135-9.
- González-Forteza, C., Jiménez, J.A., Garfias, N. & García F. (2009). Problemática suicida en familias fragmentadas. *JOVENes*, 32, 78-89.
- González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, J.A., Ramos-Lira, L. & Wagner F. (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 50, 4, 292-299.
- González-Forteza, C. Mariño, C., Rojas, E., Mondragón, L. & Medina-Mora, M.E. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hidalgo y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias. *Revista Mexicana de Psicología*, 15, 2, 165-7.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, A. & Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15, 4, 524-32.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L. & Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24, 6, 16-25.

- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., Bermúdez, P. & Amador, N. (2002). Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México 1997-2000. *Salud Mental*, 25, 6, 1-12.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Pick, S. & Collado, M. E. (1998). El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México: Análisis según su nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 21, 2, 37-45.
- Goodwin, R. & Marusic, A. (2003). Feelings of inferiority and suicide ideation and suicide attempt among youth. *Journal of Croata Medicine*, 44, 5, 553-7.
- Goodwin, R. & Roy-Birne, M. (2006). Panic and suicidal ideation and suicide attempts: results from the national comorbidity survey. *Depression and Anxiety*, 23, 3, 124-32.
- Goodwin, R., Beautrais, A. & Fergusson, D. (2004). Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: evidence from a general population sample. *Psychiatry Research*, 126, 2, 159-165.
- Groleger, U., Tomori, M. & Kocmur, M. (2003). Suicidal ideation in adolescence: an indicator of actual risk? *Journal of Psychiatry Relative Science Israel*, 40, 3, 202-8.
- Guevara, B. & Botega, N.J. (2003). A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 4, 212-19.
- Gunnell, D. & Frankel, S. (1994). Prevention of suicide: aspirations and evidence. *British Medical Journal*, 308, 1227-33.
- Gunnell, D., Harbord, R., Singleton, N., Jenkins, R. & Lewis, G. (2005). Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population: Cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 185, 385-93.

- Gutiérrez-García, G., Contreras, M. & Orozco-Rodríguez, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29, 5, 66-74.
- Haavisto, A., Sourander, A., Ellila, H., Valimaki, M., Santalahti, P. & Helenius, H. (2003). *Journal of Affective Disorders*, 76, 1-3, 211-21.
- Heinze, G., Vargas, E. & Cortés, F. (2008). Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de medicina de la UNAM. *Salud Mental*, 31, 5, 343-50.
- Heker, L. (2003). *Diálogos sobre la vida y la muerte*. Buenos Aires, Argentina: Aguilar.
- Hernández-Cervantes, Q. & Lucio, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23, 1, 45-52.
- Hosmer, D. & Lomeshow, S. (1989). *Applied Logistic Regression*. New York, EE. UU.: Jhon Wiley.
- Inouke, K., Nishimura, Y., Nishida, A., Fukunaga, T., Masaki, M., Fujita, Y., Nata, M., Okazaki, Y. & Ono, Y. (2010). Relationships between suicide and three economic factors in South Korea. *Legal medicine*, 12, 2, 100-1.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2002). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios. Cuaderno No. 8*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2005). *Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios*. Serie Boletín de Estadísticas, Continuas, Demográficas y Sociales. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2008). *Estadísticas de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*. INEGI. México

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2009). *Estadísticas de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*. INEGI. México

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2008). Porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas por sexo y grupos quinquenales de edad, 1990-2006. Recuperado el 21 de agosto del 2008, de <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mvio23&c=9725>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2009). *Porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas por sexo y grupos quinquenales de edad, 1990 a 2007*. Recuperado el 25 de marzo del 2009, de <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mvio23&c=9725>

Instituto Mexicano de la Juventud. (2009). En México, el suicidio es la tercera causa de muerte en los jóvenes. *Comunicado de prensa*. México, D.F. martes 15 de septiembre del 2009. Recuperado el 25 de febrero del 2010, de: <http://www.imjuventud.gob.mx/boletines-servicios-46/245-en-mco-el-suicidio-juvenil-es-la-tercera-causa-de-muerte-en-los-jes-imjuve.html>

Jacobs, D., Brewer, M. & Kleir-Benheim, M. (1999). Suicide Assessment: An Overview and Recommended Protocol. Chapter One: En: D. Jacob. *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. (pp.-3-39). San Francisco, C.A. EE. UU.: Harvard University.

Jaime, J., Blum, B. & Romero, P. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud Mental*, 32, 4, 317-25.

Jiménez, T.A., Mondragón, L. & González-Forteza, C. (2007). Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: results of three studies. *Salud Mental*, 30, 5, 20-6.

- Jöreskog, K.G. (1973). A general method for estimating a linear structural equation system. En: A. S. Goldeberger & O. D. Duncan (Eds.), *Structural Equation Models in the Social Sciences* (pp. 85-112). New York, EE. UU.: Seminar.
- Kalist, D., Molinari, N. & Siahann, F. (2007). Income, employment and suicidal behavior. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 10, 4, 177-87.
- Kamali, M., Oquendo, M. & Mann, J. (2001). Understanding the neurobiology of suicidal behavior. *Depression and Anxiety*, 14, 164-76.
- Kaplan, M., Asnis, G., Sanderson, W., Keswani, L., De Lecuona, J., & Joseph, S. (1994). Suicide Assessment: Clinical Interview vs. Self-Report. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 2, 294-298.
- Kelly, T., Lynch, K., Donovan, J. & Clark, D. (2001). Alcohol use disorders and risk factor interactions for adolescent suicidal ideation and attempts. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 31, 2, 181-93.
- Kessler, R., Berglund, P., Borges, G., Nock, M. & Wang, P. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *Journal American Medicine Applied*, 293, 20, 2487-95.
- Kidds, S. & Carrol, M. (2006). Copying and suicidality among homeless youth. *Journal of Adolescence*, 20, 176-82.
- Kleinbaum, D. & Kupper, L. (1978). *Applied Regression Analysis and other Multivariable Methods*. Massachusetts, EE. UU.: Duxbury Press.
- Kleinbaum, G., Kupper, L. & Morgenstern, H. (1982). *Epidemiologic Research. Principles and Cuantitative Methods*. EE. UU.: Van Nostrand Reinhold Company.
- Konick, L. & Gutiérrez, P. (2005). Testing a model of suicide ideation in college students. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 35, 2, 181-92.

- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI)*. New York. EE. UU. Multi Health Systems Inc.
- Kuo, W., Gallo, J. & Tien, A. (2001). Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychology Medicine*, 31, 7, 1181-91.
- Lachner, G., Wittchen, H.U., Perkonig, A., Holly A., Schuster, P. Wunderlich, U. et al. (1988). Structure, Content and Reliability of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) Substance Use Sections. *European Addiction Research*, 4, 28-41.
- Lara. M.A. & Letechipia, G. (2009). Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. *Salud Mental*, 32, 381-87.
- Lara, M.A., Navarro, C. & Navarrete, L. (2004). Influencia de los sucesos vitales y de apoyo social en una intervención psico-educativa para mujeres con depresión. *Salud Mental*, 46, 5, 378-87.
- Lara, A., Navarro, C. Mondragón, L. Rubí, A. & Lara, C. (2002). Validez y confiabilidad del MHI-5 para evaluar la depresión de mujeres en primer nivel de atención. *Salud Mental*, 25, 6, 13-20.
- Lara, M. A., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, A., Almanza, J., Morales, F. et al. (2006). Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29, 4, 55-62.
- Lazarevich, I., Delgadillo, J., Rodríguez, J. & Mora, F. (2009). Indicadores psicosociales de riesgo suicida en los estudiantes universitarios. *Psiquis*, 18, 3, 71-9.
- Lee, H.S., Kim, S., Choi, I. & Lee, K.U. (2008). Prevalence and risk factors associated with suicide ideation and attempts in Korean college students. *Psychiatry Investigation*, 5, 2, 86-93.

- Lega, L. L. Caballo, V. E. & Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual* (2a. ed.). Madrid, España: Siglo XXI de España: Editores, S. A.
- Lester, D. (2001). *Suicide Prevention: Resources for the Millennium*. Philadelphia, EE.UU.: Brunner-Routledge.
- 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, 247-67.
- Linehan, M., Goldstein, J., Nielsen, S. & Chiles, J. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276-86.
- López, F.F., López, F. & López, S. (2008). Ideación suicida y desesperanza en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, XVII, 14, 3, 33-41.
- López, K., Medina-Mora, M.E., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S. et al. (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultado de una encuesta en la población estudiantil. *Salud Mental*, 18, 4, 25-32.
- Losada, J.L. & López-Feal, R. (2003). *Métodos de Investigación en Ciencias Humanas y Sociales*. Barcelona, España: Thomson.
- 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, 100-4.
- Mann, J., Waternaux, C., Haas, G. & Malone, K. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American of Journal Psychiatry*, 156, 2, 181-9.

- Masocco, M., Pompili, M., Vancore, N., Innamorati, M., Lester, D., Girardi, P. et al. (2010). Completed suicide and marital status according to the Italian region of origin. *The Psychiatric Quarterly*, 81, 1, 57-71.
- McAuliffe, C., Corcoran, P., Keeley, H. & Perry, I. (2003). Risk of suicide ideation associated with problem-solving ability and attitudes toward suicidal behavior in university students. *Crisis*, 24, 4, 160-7.
- McGee, R., Williams, S. & Nada-Raja, S. (2001). Low self-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 4, 281-91.
- McGirr, A., Alda, M., Séguin, M., Cabot, S., Lesage, A. & Turecki, G. (2009). Familial aggregation of suicide explained by cluster B traits: a three-group family study of suicide controlling for major depressive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 10, 1124-34.
- Medina-Mora, M. E., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván –Castillo, F. & Tapia-Conyer, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Pública de México*, 45, supl. 1, s16-s25.
- Medina-Mora, M.E., López, L.E., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S. et al. (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 5, 9, 7-14.
- Medina-Mora, M. E., Rascón, M.L., Tapia, R., Mariño, M.C., Juárez, F., Villatoro, J. et al. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 3, 7, 48-55.

- Medina-Mora, M.E., Villatoro, J., López, E.K., Berenzon, S., Carreño, S. & Juárez, F. (1995). Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta Médica de México*, 131, 383-93.
- Mendonca, J. & Holden, R. (1996). Are all suicidal ideas closely linked to hopelessness? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 4, 246-51.
- Mendoza-Nuñez, V. (1998). Diseños de Investigación. *Tópicos de Investigación y Posgrado*, 4, 219-22.
- Miller, I., Norman, W., Bishop, S. & Down, M. (1986). The Modified Scale for Suicide Ideation: Reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 724-35.
- Miranda de la Torre, I., Cubillas, M.J., Román, R. & Valdez, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32, 495-502.
- Mondragón, L. (1997). *La ideación suicida en relación con la desesperanza el abuso de drogas y el alcohol*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Mondragón, L., Monroy, Z., Medina-Mora, M.E. & Borges, G. (2003). Eventos de vida, depresión, consumo de alcohol e ideación suicida en una muestra de servicios de urgencia: Un enfoque de género. *Revista Mexicana de Psicología*, 20, 2, 225-35.
- Mondragón, L., Saltijeral, T., Bimbela, A. & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol. *Salud Mental*, 21, 5, 20-7.

- Muñoz, R. (1998). Preventing major depression by promoting emotion regulation: A conceptual framework and some practical tools. *International Journal Mental Health. Promotion Inaugural*, 23-40.
- Muñoz, J., Pinto, V., Callat, H., Napa, N. & Perales, A. (2005). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes pre-universitarios entre 15 y 24 años. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23, 4, 239-246.
- Negron, R., Piacentini, J., Graae, F., Davies, M. & Shaffer, D. (1997). Microanalysis of adolescent suicide attempters and ideators during the acute suicidal episode. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 36, 11, 1512-9.
- Neuringer, C. & Lettieri, D. (1971). Cognition, attitude, and affect in suicidal individuals. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 1, 106-124.
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A. et al. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192, 98-105.
- Okasha, A., Lotaif, F. & Sadek, A. (1981). Prevalence of suicidal feeling in a sample of no-consulting medical students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63, 409-15.
- Orbach, I., Gilboa-Schtman, E., Ofek, H., Lubin, G., Mark, M., Bodner, E. et al. (2007). A chronological perspective on suicide—the last days of life. *Death Studies*, 31, 10, 909-32.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Estudio de Intervención Multicentro sobre Comportamientos Suicidas. Recuperado el 22 de enero de 2008, de http://www.who.int/entity/mental_health/prevention/suicide/
www.who.int/entity/mental_health/prevention/suicide/supre_miss_protocol_spanish.pdf

- Organización Panamericana de la Salud. (2005). Mas personas mueren en el mundo por suicidio que por conflictos bélicos. *Comunicado de Prensa*. Washington D. C. 9 septiembre. Recuperado el 25 de noviembre de 2005, de <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps050909.htm>
- Orozco, R., Borges, G., Benjet, C. & Medina-Mora, M.E. (2009). Conducta suicida en adolescentes del área metropolitana de la Ciudad de México: Trastornos psiquiátricos y eventos de vida. *JOVENes*, 32, 62-77.
- Ouéda, C., Ramos, S., Orozco, R., Medina-Mora, M.E., Borges, G. & Villatoro, J. (2009). Suicidio en jóvenes: hallazgos básicos: ENA08, *JOVENes*, 32, 46-61.
- Özalp, E. (2009). The genetics of suicidal behavior. *Turkish Journal of Psychiatry*, 20, 1, 85-93.
- Parks, H., Shepp, K., Jang, E. & Koo, H. (2006) Predictors of suicidal ideation among high school students by gender in South Korea. *The Journal of School Health*, 76, 5, 181-8.
- Pearce, C. & Martin, G. (1994). Predicting suicide attempts among adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 5, 324-8.
- Pérez S. (1999) *Lo que Ud. debiera saber sobre... Suicidio*. Cuba: Imagen Gráfica.
- Pérez, S. & Mosquera, D. (2006). *El suicidio, prevención y manejo, Memorias de un curso necesario*. Madrid, España: Pléyades.
- Pescosolido, B. (1990). The social context of religious integration and suicide. *Sociological Quarterly*, 31, 337-57.
- Peter, W., Sneed, C. & Marsh, P. (2003). Toward an empirical taxonomy of suicide ideation: A cluster analysis of the youth risk behavior survey. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 33, 4, 365-73.

- Petrovic, B., Kocic, B., Nikic, D., Nikolic, M. & Bogdanovic, D. (2009). The influence of marital status on epidemiological characteristics of suicides in the southeastern part of Serbia. *Central European Journal of Public Health*, 17, 1, 41-6.
- Pirkis, J., Burgess, P., Meadows, G. & Dunt, D. (2001). Suicidal ideation and suicide attempts as predictors of mental health service use. *Medical Journal Australian*, 175, 10, 542-5.
- Plutchik, R., van Praag, M., Conte, S. & Picard (1989). Correlates of suicide and violent risk. The suicide risk measure. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 4, 296-302.
- Pokorny, A. (1974). A scheme for classifying suicidal behaviors. En A. Beck, H. Resnik & D. Lettieri (Eds.) *The prediction of suicide (pp. 29-44)*, Chicago, EE. UU: Charles Press Pubs.
- Pokorny, A. (1983). Prediction of suicide in psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry*, 40, 249-57.
- Polewka, A., Kroch, S. & Chrostek M.J. (2004). Suicidal behavior and suicide attempts in adolescents and young adults-epidemiology, risk factors, prevention and treatment. *Przegląd Lekarski*, 61, 4, 261-4.
- Prezant, D. & Neimeyer, R. (1988). Cognitive predictors of depression and suicide ideation. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 18(3), 259-264.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychology Measurement*, 1, 385-401.
- Ramos-Lira, L., Saltijeral-Méndez M., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutierrez, M. & Martínez-Vélez, N. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 43, 3, 182-91.

- Range, L. & Knott, E. (1997). Twenty suicide assessment instruments: Evaluation and Recommendations. *Death Studies*, 21, 25-38.
- Rascón, M.L. Gutiérrez, L., Valencia, M., Díaz, R., Leaños, C. & Rodríguez, S. (2004). Percepción de los familiares del intento e ideación suicida de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 27, 5, 44-52.
- Reinecke, M. & Franklin-Scott, L. (2005). *Assessment, treatment, and Prevention of Suicidal Behavior*. New Jersey, EE.UU.: Jhon Wiley & Sons, Inc.
- Reinherz, H., Tanner, J., Berger, S., Beardslee, W. & Fitzmaurice, G. (2006). Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 7, 1226-32.
- Retterstol, N. (1993). *Suicide: A European Perspective*. Cambridge, England: University Press.
- Rey, G., Narring, F., Ferron, C. & Michaud, P.A. (1998). Suicide attempts among adolescents in Switzerland: Prevalence, associated factors and co morbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 1, 28-33.
- Rich, A.R., Kirkpatrick-Smith, J., Bonner, R.L. & Jans, F. (1992). Gender differences in the psychosocial correlates of suicidal ideation among adolescents. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 22, 3, 364-73.
- Rivera-Ledesma, A., Montero-López, M., González-Celis, A.L. & Sánchez-Sosa, J.J. (2007). Escala de ansiedad ante el envejecimiento de Lasher y Faulkender: propiedades psicométricas en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 30, 4, 55-61.
- Roberts, R. & Chen, Y.W. (1995). Depressive symptoms and suicidal ideation among Mexican-origin and Anglo adolescents. *Journal of American Child and Adolescence Psychiatry*, 34, 1, 81-90.

- Roberts, R., Roberts, C. & Chen, Y. (1998). Suicidal thinking among adolescents with a history of attempted suicide. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 37, 12, 1294-300.
- Rogers, J. (2001). Psychological Research into Suicide: Past, Present, and Future. En D. Lester (Dir), *Suicide Prevention: Resources for the Millennium*. Philadelphia, EE. UU.: Brunner-Routledge.
- Rogers, J. & Oney, K. (2005). Clinical Use of Suicide Assessment Scales: Enhancing Reliability and Validity through the Therapeutic Relationship (Chapter 2). En Yufit, R. & Lester, D. (2005). *Assessment, Treatment and Prevention of Suicidal Behavior*. New Jersey, EE.UU.: Jhon Wiley & Sons.
- Romero, M., Mondragón, L., Cherpitel, C., Medina-Mora, M.A. & Borges, G. (2001). Characteristics of Mexican women admitted to emergency care units. Alcohol consumption and related problems. *Salud Pública de México*, 43, 6, 537-43.
- 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.
- Rubin, Z. & McNeil, B. (1983). *The psychological being human*. New York, EE. UU.: Harper & Row.
- Rudd, M. (1989). The prevalence of suicidal ideation among college students. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 19, 2, 173-83.
- Rudd, M. (1990). An Integrative Model of Suicidal Ideation, *Suicide & Life Threatening-Behavior*, 20, 1, 16-30.
- Rudd, M. (2000). The suicidal mode: A cognitive-behavioral model of suicidality. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 30, 1, 18-33.

- Runeson, B. & Asberg, M. (2003). Family history of suicide among suicide victims. *American Journal of Psychiatry*, 160, 8, 1525-6.
- Runeson, B., Beskow, J. & Waern, M. (1996). The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 35-43.
- Rutter, P. & Behrendt, A. (2004). Adolescent suicide risk: four psychosocial factors. *Adolescence*, 39, 154, 295-02.
- Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P. & Koivisto, A. (2005). Psychopathological distress predicts suicidal ideation and self-harm in adolescent eating disorder outpatients. *Europe Child Adolescence Psychiatry*, 14, 5, 276-81.
- Saltijeral, M. & Terroba, G. (1987). Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México. *Salud Pública de México*, 29, 345-60.
- Sánchez, R., Guzmán, Y. & Cáceres, H. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34, 1, 12-25.
- Sánchez-Sosa, J.J. & González-Celis, A.L. (2005). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: V. E. Caballo (Coord.). *Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. (pp.- 473-492). Madrid, España: Pirámide.
- Sanz, J. & Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck: Propiedades clínicas y psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 707-50.
- Sanz, J. (2001). Un instrumento para evaluar la eficacia de los procedimientos de inducción de estado de ánimo: La Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 71-110.

- Sareen, J., Cox, B., Afifi, T., De Graaf, R., Asmundson, G. & Ten, H. M. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry*, 62, 11, 1249-57.
- Schumacker, R. E. & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to Structural Equation Modeling* (2a ed.). New Jersey, EE. UU.: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Schweitzer, R., Klayich, M. & McLean, J. (1995). Suicidal ideation and behaviors among university students in Australia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 3, 473-9.
- Seligman, M., Abramson, Y., Semmel, A. & Von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 3, 242-7.
- Serrano, M. G. & Flores, G.M. (2003). El afecto del padre: su influencia en la sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 11, 3, 161-7.
- Serrano, M.G. & Flores, G.M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 15, 2, 221-30.
- Shawn, (1999). Eliciting Suicidal Ideation: Practical Techniques and Effective Strategies (Chapter 6). En Shawn, C. *The Practical Art of Suicide Assessment*. New York, EE.UU.: William & Sons Inc.
- Shawn, C. (1999). *The practical art of suicide assessment*. New York, EE. UU.: Jhon Wiley & Sons Inc.
- Sherer, M., Maddux, J., Mercadante, B., Prentice-Dunn, D. Jacobs, B. & Roger, R. (1982). The Self-efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-71.

- Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychoache: A clinical approach to self-destructive behavior*. New York, EE. UU.: Northvale.
- Shotte, D. & Clum, G. (1982). Suicide ideation in a college population: A test of a model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 690-6.
- Sidartha, T. & Jena, S. (2006). Suicidal behaviors in adolescents. *Indian Journal of Pediatrics*, 73, 9, 783-8.
- Sisask, M., Varnik, A., Kolves, K., Bertolote, J., Bolhari, J., Botega et al. (2010). Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross-cultural case-control study? *Archives of Suicide Research*, 14, 1, 44-55.
- Slap, G., Goodman, E. & Huang, B. (2001). Adoption as a risk factor for attempted suicide during adolescence. *Pediatrics*, 108, 2. Versión electrónica. Recuperado el 23 de noviembre de 2009, de <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/108/2/e30>
- Solé, M.E. (2002). La clasificación internacional de los trastornos mentales y del comportamiento. *Revista Cubana de Psicología*, 19, 3, 242-7.
- Sourander, A., Helstela, L., Haavisto, A. & Bergroth, L. (2001). Suicidal thoughts and attempts among adolescents: a longitudinal 8-year follow-up study. *Journal of Affective Disorder*, 63, 1-3, 59-66.
- Stack, S. (2001). Sociological research into suicide. En D. Lester, D. (Dir). *Suicide Prevention: Resources for the Millenium* (Chapter 2) (pp. 17-29), Philadelphia, EE. UU.: Brunner-Routledge.
- Steinhausen, H. & Metzke, C. (2004). The impact of suicidal ideation in preadolescence, adolescence, and young adulthood on psychosocial functioning and psychopathology in young adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 6, 438-45.

- Stran, S. & Orlofsky, J. (1990). Factors underlying suicidal ideation among college students: a test of Teicher and Jacob's model. *Journal of Adolescence*, 13, 1, 39-52.
- Sun, R., Huie, E. & Watkins, D. (2005). Towards a model of suicidal ideation for Hong Kong Chinese adolescents. *Journal of Adolescence*, 29, 2, 209-24.
- Sverrisson, K., Palsson, S., Sigvadason, K. & Kárason, S. (2010). Clinical aspects and follow up of suicide attempts treated in a general intensive care unit at Lanspítali University Hospital in Iceland 2000-2004. *Laeknabladid*, 96, 2, 101-7.
- Tarrier, N. & Gregg L. (2004). Suicide risk in civilian PTSD patients--predictors of suicidal ideation, planning and attempts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 8, 655-61.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Andrews, B. & Gregg, L. (2004). Risk of non-fatal suicide ideation and behavior in recent onset schizophrenia. The influence of clinical, social, self-esteem and demographic factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 11, 927- 37.
- Tarrier, N., Taylor, K. & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*, 31, 1, 77-108.
- Terroba, G., Saltijeral, T. & Gómez, M. (1988). El suicidio y el intento de suicidio: una perspectiva general de las investigaciones realizadas durante los últimos años. *Reunión de Investigación, Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 4, 4, 503-18.
- Träskman-Bendz, L. & Mann J. (2000). Biological Aspectos of Suicidal Behavior. En K. Hawton, & Van K Heeringen. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 66-77), New York, EE. UU.: Jhon Wiley & Sons.

- Unikel-Santoncini, C. & Gómez-Peresmitré, G. (2004). Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 27, 1, 38-49.
- Unikel-Santoncini, C., Gómez-Peresmitré, G. & González-Forteza, C. (2006). Suicidal Behavior, Risky Eating Behaviors and psychosocial Correlates in Mexican Female Students. *European Eating Disorders Review*, 14, 414-421.
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I. & Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46, 6, 509-15.
- Ursoniu, S., Putnoky, S., Vlaicu, B. & Vladescu, C. (2009). Predictors of suicidal behavior in a high school student population: a cross sectional study. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 121, 17-18, 564-73.
- Van Heeringen, K. (2001). The suicidal process and related concepts. En Van K. Heeringen (Dir), *Understanding Suicidal Behavior* (pp. 15-34). New York, EE. UU.: John Wiley & Sons Ltd.
- Villatoro, J., Alcántar, M.I., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C.M., González-Forteza, C., Amador, N.G. et al. (2003). El intento suicida y el consumo de drogas en adolescentes ¿dos problemas entrelazados? *Revista SESAM Servicios de Salud Mental*, 2, 1, 5-12.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Juárez, F., Rojas, E., Carreño, S. & Berenzon, S. (1998). Drug abuse pathways among high school students of Mexico. *Addiction*, 95, 10, 1577-88.
- Wagner, B., Silverman, M. & Martin, C. (2003). Family factors in youth suicidal behaviors. *American of Behavioral Science*, 46, 9, 1171-91.

- Weissman, M. & Beck, A. (1978). *Development and Validation of Dysfunctional Attitude Scale*. Sesión de cartel presentada en el encuentro de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago, EE. UU.
- White, C. & Stephen, W. (1990). *Two Social Psychologies*. California, EE.UU.: Wadsworth Publishing Company.
- White, T. (1999). *How to Identify Suicidal People: A Systematic Approach to Risk Assessment*. Philadelphia, EE.UU.: The Charles Press Pubs.
- Wilcox, H. & Anthony, J. (2004). The development of suicide ideation and attempts: an epidemiologic study of first graders followed into young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 7, 76, 53-67.
- Williams, J., Barnhofer, T., Crane, C. & Beck, A. (2005). Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. *Journal of Abnormal Psychology*, 14, 3, 421-31.
- Witte, T., Fitzpatrick, K., Joiner, T. & Schmidt, N. (2005). Variability in suicidal ideation: A better predictor of suicide attempts than intensity or duration of ideation? *Journal of Affective Disorder*, 27, 27-32.
- Yakunina, E.S., Rogers, J.R., Waehler, C.A. & Werth, J.L. (2010). College Students' intentions to seek help for suicidal ideation: accounting for the help-negation effect. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 40, 5, 438-50.
- Zavalloni, R. (1975). La vida emocional. En L. Ancona (Edit.), *Cuestiones de Psicología*, (pp. 385-414). Barcelona, España: Herder.
- Zimet, G., Dahlem, S. & Farley, G. (1988). Multidimensional scale of perceived social support (MSPSS). *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.



En esta sección se exponen aspectos del presente trabajo que, por su contenido y extensión, se consideró conveniente colocar en el anexo. Consta de cinco secciones: Sección 1, en donde se describe la preparación del instrumento; Sección 2, que consta de la presentación pormenorizada del procedimiento y resultados de la obtención del tamaño de muestra del estudio. Además de las condiciones de aplicación del instrumento; Sección 3, que refiere a la descripción de la evaluación psicométrica del instrumento; Sección 4, que corresponde a la presentación de los procedimientos de análisis estadístico que se utilizaron en esta investigación; Sección 5, en donde se presenta el instrumento que se aplicó en esta investigación.

Sección 1. Preparación del instrumento

Aquí se presentan los resultados de la preparación del instrumento que se utilizó en la investigación.

Revisión del instrumento por jueces

La revisión de los jueces, con criterio de coincidencia por al menos 3 jueces, puntualizó los reactivos confusos o repetitivos. Las escalas señaladas con reactivos en esta condición se muestran en la Tabla 1 Anexo.

Tabla 1 Anexo.

Número de reactivos señalados como repetitivos o confusos por escala

Escala	Número de reactivos
Actitud Disfuncional	15 reactivos
Auto-eficacia	5 reactivos
Apoyo Social	4 reactivos
Desesperanza	8 reactivos

Piloteo del instrumento sin los reactivos confusos o repetitivos

El resultado del piloteo del instrumento, retirados los reactivos confusos o repetitivos, en la muestra de estudiantes integrada por 66 mujeres y 34 hombres con edad promedio de 18 años, fue el siguiente. Confiabilidad total de .82 con el *alpha de Cronbach*. *Confiabilidad* \geq .70 en cada una de las sub-escalas. Y

confiabilidad ≤ .70 para los reactivos independientes. En la Tabla 2 Anexo se muestra el número de reactivos iniciales y finales, conjuntamente con el valor de confiabilidad registrada en cada escala.

Tabla 2 Anexo.

Número de reactivos iniciales (I), número de reactivos finales (F) y confiabilidad en cada una de las escalas del instrumento

Escala /preguntas	Reactivos Iniciales.	Reactivos Finales	Confiabilidad
Datos generales	23	23	-
Escala de Actitud Disfuncional	40	25	.81
Escala de Auto-eficacia	23	18	.76
Escala de Locus de Control	8	8	.73
Escala de Apoyo Social	12	8	.83
Escala de Desesperanza	20	12	.79
Reactivos de Economía	2	2	.45
Reactivos Espiritualidad	2	2	.66
Reactivos Enfrentamiento al estrés	3	3	.43
Escala de T. Emocional	5	5	.79
Reactivos de Problemas	2	2	-
Reactivos Agresión	2	2	.52
Reactivos de Impulsividad	3	3	.46
Reactivo de Ideas en la cabeza	1	1	-
Escala de Ideación Suicida	4	4	.78
Reactivos de Intentos de suicidio	2	2	-

Sección 2. Obtención de muestra de estudio

En esta sección se exponen el procedimiento y los resultados para la obtención de la muestra de estudio. Y la explicitación de las condiciones de aplicación del instrumento.

Obtención de muestra

Para la obtención de la muestra se entrevistó a 12 directivos de los colegios seleccionados en el noroeste de la zona metropolitana. Colegios localizados

cerca de la FES Iztacala. Dos directivos se negaron a colaborar, por lo que se diseñó el procedimiento de obtención de muestra para cada uno de los colegios participantes, con base en un muestreo probabilístico por conglomerados. Sin embargo, en ninguno de los colegios fue posible obtener una muestra aleatoria, ya que la programación de actividades académicas restringió la posibilidad de una muestra de ese tipo. Lo que se logró fue una muestra por cuotas conformada por los alumnos disponibles el día de la aplicación. Con excepción del Colegio de Bachilleres y del Instituto Juventud, se logró una muestra mayor al 30 % de cada colegio participante. Lo que permitió obtener una muestra general con representatividad por número en la mayoría de los colegios. Para la obtención de las muestras, se realizaron al menos dos aplicaciones en cada colegio, con intervalos de entre 1 y 2 horas entre cada aplicación, hasta completar el tamaño de muestra. En los casos extremos, se requirieron dos días de aplicación, con un promedio de seis horas por aplicación. En total, se realizó un total de 4599 aplicaciones, correspondientes a 2078 hombres (45.2 %), y 2506 mujeres (54.8 %). En la Tabla 3 Anexo, se muestra la distribución de la muestra por colegio y por sexo. Donde la diferencia en el tamaño de la muestra responde al tamaño de la población en cada colegio.

Tabla 3 Anexo.

Distribución de la muestra por colegio y género

Escuela	Ubicación	Total	Mujeres	Hombres
CECyTEM Tepoztlán Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de México	Tepoztlán, Estado de México	400	153	247
Preparatoria Sor Juana Inés de la Cruz	Valle Dorado Chamapa, Naucalpan de Juárez, Estado de México	858	490	368
Instituto San Mateo	Jardines de San Mateo, Naucalpan de Juárez, Estado de México	70	39	31
Instituto Leonardo Bravo A. C. Turno Matutino	Viveros de La Loma, Tlalnepantla, Estado de México	107	64	43

Escuela	Ubicación	Total	Mujeres	Hombres
Instituto Cultural Copan, Plantel Fuentes	Ciudad Satélite, Naucalpan Estado de México	358	195	163
Colegio de Bachilleres, plantel No. 1	El Rosario, Delegación Atzacapozalco, D.F.			
Turno Matutino:		770	481	289
Turno vespertino:		512	235	277
Instituto Juventud Turno Matutino	Sta. María la Rivera Delegación Cuauhtémoc, D.F.	88	55	33
Escuela Preparatoria Oficial No. 103	Col. Valle Pirámide, Tlalnepantla Estado de México	886	537	349
Instituto Acatitlan	Santa Cecilia Acatitlan, Tlalnepantla Estado de México	448	231	217
Instituto Siglo XXI Turno Vespertino	Col. Viveros de La Loma 54080, Tlalnepantla, Estado de México	102	54	48
Total		4599	2534	2065

Sección 3. Revisión psicométrica del instrumento

En esta sección se presentan los resultados de la revisión de las propiedades psicométricas del instrumento empleado en la presente investigación.

Verificación de cuestionarios

Se identificaron 184 instrumentos con menos del 80 % de reactivos respondido, razón por la cual fueron eliminados del siguiente análisis. Además, se registraron tres jóvenes con edad mayor a 25 años. Lo que definió una muestra final para el trabajo, integrada por 4412 cuestionarios; 1998 correspondientes a hombres (45.3 %) y 2414 a mujeres (54.7 %). Por otra parte, se reconocieron 170 instrumentos con errores relativos al vaciado de información, conforme al libro de códigos, los cuales fueron corregidos.

Revisión de respuestas por escala y de los grupos de preguntas independientes

Los resultados de la revisión de la frecuencia, *promedio* y *rango* de respuesta en los reactivos de cada una de las escalas, se muestra a continuación.

Escala de Actitud Disfuncional.

Promedio de respuesta entre 1.5 y 2.8, sesgo positivo en todos los reactivos, con valor máximo de 2.07. *Curtosis negativa* en 9 reactivos y *curtosis positiva* en los 16 restantes (véase Tabla 4 Anexo). Lo que señaló tendencia de respuesta conforme a lo esperado en jóvenes estudiantes, valores bajos de *actitud disfuncional*, con pocos casos extremos con valores altos de *actitud disfuncional*.

Tabla 4 Anexo.

Escala de *actitud disfuncional*; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), promedio \bar{X} , sesgo (*s*) y *curtosis* (*c*) de la distribución

Reactivos	1	2	3	4	5	\bar{X}	<i>s</i>	<i>c</i>
AD1: La felicidad depende...	58 %	28 %	8 %	2 %	3 %	1.7	1.8	3.00
AD2: La gente ...	33 %	28 %	21 %	14 %	4 %	2.3	0.55	-0.60
AD3: Si no hago siempre...	41 %	29 %	18 %	9 %	4 %	2	0.9	0.04
AD4: Es posible ganar...	46 %	27 %	9 %	9 %	10 %	2.1	0.97	-0.29
AD5: Para ser feliz necesito...	43 %	32 %	17 %	6 %	3 %	1.9	1	0.50
AD6: Si una persona...	51 %	28 %	10 %	7 %	3 %	1.8	1.2	0.84
AD7: Si fracaso en mis...	39 %	25 %	15 %	9 %	11 %	2.3	0.78	-0.59
AD8: Si no puedo hacer...	43 %	31 %	14 %	8 %	5 %	2	1.07	0.46
AD9: Esta bien cometer...	67 %	22 %	6 %	3 %	3 %	1.5	2.07	4.30
AD10: Si alguien no está...	26 %	36 %	26 %	10 %	3 %	2.3	0.53	-0.17
AD11: Si fracaso en algo...	49 %	32 %	10 %	6 %	3 %	1.83	1.3	1.40
AD12: Si los demás ...	52 %	31 %	12 %	3 %	2 %	1.73	1.3	1.70
AD13: No soy nada si no...	62 %	21 %	10 %	3 %	3 %	1.6	1.7	2.60
AD14: Mi valor como ...	54 %	22 %	14 %	7 %	4 %	1.8	1.3	0.79
AD15: Para ser una ...	25 %	30 %	19 %	18 %	8 %	2.5	0.42	-0.86
AD16: Las personas a ...	41 %	36 %	14 %	6 %	3 %	1.9	1.1	0.89
AD17: Las opiniones que ...	56 %	20 %	9 %	8 %	6 %	1.9	1.4	0.90
AD18: Hacer una...	53 %	32 %	11 %	3 %	2 %	1.7	1.4	2.09
AD19: Puedo alcanzar ...	42 %	37 %	11 %	6 %	4 %	1.9	1.2	0.89

Reactivos	1	2	3	4	5	\bar{X}	s	c
AD20: Es posible ser...	15 %	26 %	30 %	16 %	11 %	2.8	0.14	-0.66
AD21: No puedo confiar en...	23 %	27 %	27 %	13 %	9 %	2.6	0.33	-0.72
AD22: Si desagrado a los ...	53 %	29 %	11 %	5 %	2 %	1.7	1.36	1.50
AD23: Para agradecer a ...	65 %	25 %	5 %	2 %	2 %	1.53	1.9	3.90
AD24: Estar aislado de ...	26 %	20 %	21 %	18 %	14 %	2.8	0.17	-1.18
AD25: Puedo encontrar...	43 %	28 %	14 %	8 %	6 %	2	0.93	-0.05

Escala de Locus de Control.

Promedio de respuesta entre 1.3 y 2.7, *sesgo y curtosis positiva*, con excepción del reactivo 1. Frecuencia de respuesta en todas las opciones (véase Tabla 5 Anexo). Lo que indicó tendencia de respuestas sin ubicación definida ni en *locus de control interno* ni en *locus de control externo*. Con registro de frecuencia mínima de casos que se ubican en *locus de control interno*. E identificación de variabilidad similar entre todos los reactivos, con excepción del reactivo 1. Lo que definió distribución de respuesta sin tendencia hacia un *locus de control* predominante.

Tabla 5 Anexo.

Escala de *locus de control*; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), promedio \bar{X} , *sesgo (s)*, y *curtosis (c)* de la distribución

Reactivos	1	2	3	4	5	\bar{X}	s	c
				15	10			
LC1: Mi éxito dependerá ...	22 %	26 %	26 %	%	%	2.7	0.26	-0.84
LC2: Los mejores alumnos...	46 %	34 %	14 %	3 %	3 %	1.8	1.2	1.5
LC3: Obtener lo que ...	79 %	17 %	2 %	1 %	1 %	1.3	3	11.9
LC4: Todo lo que hago ...	41 %	34 %	20 %	3 %	1 %	1.9	0.8	0.35
LC5: Mis calificaciones ...	78 %	17 %	2 %	1 %	2 %	1.3	3	11.5
LC6: Es mejor tener ...	48 %	28 %	20 %	3 %	2 %	1.8	1	0.6
LC7: Mi éxito en la ...	39 %	35 %	17 %	6 %	3 %	2	1	0.44
LC8: El éxito depende de...	79 %	15 %	3 %	1 %	2 %	1.3	3	10.4

Escala de Apoyo Social.

Promedio de respuesta entre 1.5 y 2.2. *Sesgo y curtosis* con valores positivos en todos los reactivos —valores más altos en los reactivos 1, 2, y 3. Frecuencia de respuesta en todas las opciones (véase Tabla 6 Anexo). Con identificación de dos grupos de *variabilidad* similar; el primero integrado por los reactivos 1, 2, 3, 6 y 7; y el segundo, por los reactivos 4, 5 y 8. Lo que indicó tendencia de respuestas conforme a lo esperado en estudiantes; percepción general de contar con el *apoyo social*, con casos extremos negativos que perciben no contar con *apoyo social*, especialmente de la familia.

Tabla 6 Anexo.

Escala de *apoyo social*; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), \bar{X} , *sesgo* (*s*) y *curtosis* (*c*) de la distribución

Reactivos	1	2	3	4	5	\bar{X}	<i>s</i>	<i>c</i>
APYS1: Existe una...	60 %	23 %	8 %	3 %	5 %	1.7	1.5	3.5
APYS2: Mi familia trata...	67 %	19 %	9 %	2 %	3 %	1.5	2	4.1
APYS3: Tengo la ayuda y ...	62 %	19 %	10 %	4 %	4 %	1.7	1.7	2.3
APYS4: Mis amigos tratan...	29 %	40 %	22 %	5 %	4 %	2.2	0.8	0.47
APYS5: Puedo contar con ...	38 %	37 %	17 %	5 %	3 %	2	1	0.68
APYS6: Puedo hablar...	45 %	26 %	16 %	7 %	7 %	2	1	0.21
APYS7: Hay una persona ...	50 %	25 %	14 %	5 %	5 %	1.9	1.4	0.5
APYS8: Puedo hablar (amig)...	34 %	35 %	20 %	5 %	4 %	2.1	0.9	0.42

Escala de Auto-Eficacia.

Promedio entre 1.7 y 2.8. *Sesgo* positivo en todos los reactivos. *Curtosis negativa* en 12 reactivos y *curtosis positiva* en 6 reactivos. Frecuencia de respuesta en todas las opciones (véase Tabla 7 Anexo). *Variabilidad* similar entre reactivos, con excepción del reactivo 4. Lo que mostró tendencia de respuestas esperada; apreciación de contar con *auto-eficacia*, con algunos casos extremos que estiman no contar con ella.

Tabla 7 Anexo.

Escala de *auto-eficacia*; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), promedio \bar{X} , *sesgo* (*s*), y *curtosis* (*c*) de la distribución

Reactivos	1	2	3	4	5	\bar{X}	<i>s</i>	<i>c</i>
AE1: Cuando hago planes...	35 %	40 %	17 %	6 %	3 %	2	0.84	0.46
AE2: Uno de mis problemas...	21 %	20 %	26 %	21 %	12 %	2.8	0.08	-1.04
AE3: Si no puedo hacer ...	52 %	35 %	8 %	2 %	2 %	1.7	1.5	2.5
AE4: Abandono las cosas...	38 %	35 %	16 %	8 %	3 %	2	0.84	0.05
AE5: Evito enfrentarme...	31 %	25 %	21 %	15 %	7 %	2.4	0.49	-0.79
AE6: Si algo parece ...	30 %	27 %	14 %	17 %	12 %	2.5	0.44	-1.07
AE7: Cuanto tengo que ...	22 %	31 %	24 %	14 %	10 %	2.6	0.4	-0.69
AE8: Cuando decido hacer...	39 %	40 %	15 %	4 %	2 %	1.9	1.07	1.15
AE9: Evito intentar aprender...	42 %	29 %	13 %	9 %	7 %	2.1	0.94	-0.14
AE10: El fracaso sólo ...	44 %	33 %	13 %	6 %	4 %	1.9	1.14	0.78
AE11: Me siento ...	38 %	28 %	16 %	11 %	6 %	2.2	0.79	-0.34
AE12: Soy una persona que ...	56 %	25 %	11 %	5 %	3 %	1.7	1.41	1.49
AE13: Cedo fácilmente...	28 %	26 %	24 %	15 %	8 %	2.5	0.37	-0.79
AE14: No parezco capaz...	32 %	30 %	19 %	13 %	5 %	2.3	0.63	-0.43
AE15: Me es difícil hacer...	41 %	27 %	14 %	9 %	9 %	2.2	0.84	-0.39
AE16: Cuanto intento hacer...	18 %	26 %	27 %	17 %	12 %	2.8	0.2	-0.9
AE17: No me desenvuelvo...	31 %	24 %	19 %	16 %	9 %	2.5	0.44	-0.9
AE18: He conseguido a mis ...	32 %	33 %	18 %	10 %	8 %	2.3	0.72	-0.36

Escala de Desesperanza.

Promedio entre 1.5 y 2.3. *Sesgo positivo* en todos los reactivos. *Curtosis negativa* en tres reactivos, *curtosis positiva* en los 9 reactivos restantes. Frecuencia de respuesta en todas las opciones (véase Tabla Anexo 8). Y con *variabilidad* similar entre reactivos, con excepción de los reactivos 1, 7 y 16. Lo que definió tendencia de respuesta esperada en jóvenes estudiantes; baja desesperanza, con pocos casos extremos que reportan valores altos de desesperanza.

Tabla 8 Anexo.

Escala de *desesperanza*; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), promedio \bar{X} , sesgo (*s*) y *curtosis* (*c*) de la distribución

Reactivos	1	2	3	4	5	\bar{X}	<i>s</i>	<i>c</i>
DS1: Contemplo el futuro...	40 %	35 %	15 %	6 %	4 %	1.9	1.04	0.69
DS2: Más vale que ...	63 %	24 %	8 %	3 %	2 %	1.6	1.7	2.9
DS3: Cuando las cosas...	30 %	38 %	16 %	8 %	9 %	2.3	0.87	-0.08
DS4: Mi futuro parece ...	57 %	25 %	11 %	4 %	3 %	1.7	1.5	1.7
DS5: Tengo bastante ...	30 %	33 %	18 %	12 %	7 %	2.3	0.61	-0.54
DS6: No consigo ...	49 %	28 %	15 %	5 %	3 %	1.8	1.2	1.76
DS7: Mis experiencias...	35 %	39 %	17 %	5 %	4 %	2	0.89	0.52
DS8: En el futuro espero ...	68 %	24 %	5 %	2 %	1 %	1.5	2.2	5.8
DS9: Es una estupidez ...	58 %	23 %	10 %	5 %	4 %	1.8	1.5	1.5
DS10: Tengo gran fe en el ...	34 %	31 %	22 %	7 %	5 %	2.2	0.79	0.04
DS11: Es muy poco ...	38 %	30 %	20 %	9 %	4 %	2.1	0.74	-0.2
DS12: Preveo tiempos ...	33 %	38 %	19 %	7 %	4 %	2.1	0.85	0.33

Reactivos de Enfrentamiento al Estrés.

Promedio entre 2.8 y 1.9. *Sesgo positivo* en los tres reactivos. *Curtosis negativa* en dos reactivos y positiva en el otro reactivo. Frecuencia de respuesta en todas las opciones (véase Tabla 9 Anexo). *Variabilidad* similar entre los reactivos 1 y 2 y distinta en el reactivo 3. Lo que mostró tendencia de respuestas hacia la percepción positiva de *enfrentamiento al estrés*, con casos extremos que reportan tener problemas para el *enfrentamiento al estrés*.

Tabla 9 Anexo.

Reactivos de *enfrentamiento al estrés*; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), \bar{X} , sesgo (*s*) y *curtosis* (*c*) de la distribución

Reactivos	1	2	3	4	5	\bar{X}	<i>s</i>	<i>c</i>
AFR1: Cuando tengo ...	38 %	31 %	14 %	12 %	4 %	2.1	0.85	-0.14
AFR2: Para resolver un ...	38 %	44 %	11 %	5 %	2 %	1.9	1.1	1.36
AFR3: Cuando tengo... no...	21 %	23 %	23 %	20 %	14 %	2.8	0.16	-1.06

Reactivos de Economía.

Promedio de respuesta de 2.5. *Sesgo positivo, curtosis negativa.* Frecuencia de respuesta en todas las opciones (véase Tabla Anexo 10). *Variabilidad* similar en ambos reactivos. Lo que especificó tendencia de respuesta hacia la percepción de que la *economía* con que se cuenta es suficiente, con casos extremos que consideran lo contrario.

Tabla 10 Anexo.

Reactivos de *economía*; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), promedio \bar{X} , *sesgo* (s) y *curtosis* (c) de la distribución

Reactivos	1	2	3	4	5	\bar{X}	s	c
ECO1: El dinero con el que ...	25 %	32 %	17 %	16 %	10 %	2.5	0.47	-0.83
ECO2: Mi condición ...	30 %	27 %	21 %	15 %	7 %	2.4	0.43	-0.83

Reactivos de Espiritualidad.

Promedio de respuesta en 2.3. *Sesgo positivo bajo y curtosis positiva baja* en un reactivo y *negativa* en el otro reactivo. Frecuencia de respuesta en todas las opciones (véase Tabla 11 Anexo). *Variabilidad* distinta entre reactivos. Lo que indicó tendencia de respuesta hacia la estimación de que las *creencias* les ayudan, con casos extremos que consideran que las *creencias* no les ayudan.

Tabla 11 Anexo.

Reactivos de *espiritualidad*; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), promedio \bar{X} , *sesgo* (s) y *curtosis* (c) de la distribución

Reactivos	1	2	3	4	5	\bar{X}	s	c
ESP1: Mis creencias... fuerza...	32 %	36 %	21 %	6 %	5 %	2.2	0.76	0.07
ESP2: Mis creencias...ayudan...	24 %	33 %	25 %	12 %	7 %	2.4	0.48	-0.43

Reactivos de Agresividad.

Promedio de respuesta en 2.5. *Sesgo positivo y curtosis negativa* en ambos reactivos. Frecuencia de respuesta en todas las opciones (véase Tabla 12

Anexo). *Variabilidad* diferente entre reactivos Lo que marcó tendencia de respuesta hacia la percepción de baja *agresividad*, con casos extremos que se perciben con alta *agresividad*.

Tabla 12 Anexo.

Reactivos de *agresión*; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), promedio \bar{X} , *sesgo* (s) y *curtosis* (c) de la distribución

Reactivos	1	2	3	4	5	\bar{X}	s	c
AGR1: Me enfurezco ...	25 %	26 %	22 %	15 %	12 %	2.6	0.39	-0.95
AGR2: Soy muy ...	32 %	27 %	24 %	11 %	7 %	2.4	0.57	-0.59

Reactivos de Impulsividad.

Promedio de respuesta en tres. *Sesgo positivo bajo y curtosis negativa* alrededor de uno. Frecuencia de respuesta en todas las opciones (véase Tabla 13 Anexo). Y diferente *variabilidad* entre reactivos. Lo que definió tendencia de respuestas hacia la percepción no actuar con *impulsividad*, con casos extremos que refieren tendencia alta de *impulsividad*.

Tabla 13 Anexo

Reactivos de *impulsividad*; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), promedio \bar{X} , *sesgo* (s) y *curtosis* (c) de la distribución

Reactivos	1	2	3	4	5	\bar{X}	s	c
IMP1: Actúo ...	18 %	19 %	25 %	21 %	17 %	3	-0.01	-1.09
IMP2: Soy atrevido(a)...	18 %	21 %	30 %	19 %	14 %	2.9	0.04	-0.94

Escala de Trastorno Emocional.

Promedio de respuesta entre 2 y 3. *Sesgo positivo* en todos los reactivos. *Curtosis negativa* menor de 1 en tres reactivos y positiva menor de 1 en dos reactivos. Frecuencia de respuesta en todas las opciones (véase Tabla Anexo 14). Registro de dos grupos de *variabilidad*: reactivos 1, 2 y 3 en un grupo, con *bajo sesgo y curtosis negativa*; reactivos 4 y 5 en otro grupo, con *sesgo de 1 y curtosis positiva*. Lo que señaló tendencia de respuesta hacia la manifestación de

no percibirse con *estado emocional negativo*, con casos extremos que registraron percepción alta de *estado emocional negativo*.

Tabla 14 Anexo.

Escala de *trastorno emocional*; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), promedio \bar{X} , *sesgo* (s) y *curtosis* (c) de la distribución

Reactivos	1	2	3	4	5	6	\bar{X}	s	c
EEM1: He estado muy ...	12 %	33 %	20 %	17 %	14 %	5 %	3	0.46	-0.68
EEM2: Me he sentido... paz...	12 %	29 %	20 %	16 %	19 %	4 %	3.1	0.2	-0.96
EEM3: Me he sentido triste...	25 %	30 %	13 %	10 %	14 %	7 %	2.8	0.65	-0.77
EEM4: Me he ... abatido ...	53 %	22 %	8 %	7 %	7 %	4 %	2	1.39	0.9
EEM5: Me he sentido feliz	35 %	33 %	13 %	8 %	8 %	3 %	2.3	1	0.12

Escala de Ideación Suicida.

Promedio de respuesta en 1. *Sesgo positivo* con valor máximo de 8.7, *curtosis positiva* con valor máximo de 188.9. Frecuencia de respuesta en todas las opciones. *Variabilidad* similar en todos los reactivos (véase Tabla Anexo 15). Lo que refirió tendencia de respuestas esperada en una muestra de jóvenes estudiantes, porcentajes bajos que se identifica con *ideación suicida*, con pocos casos que expresan *ideación suicida*.

Tabla 15 Anexo.

Escala de *ideación suicida*; porcentaje de respuesta en opciones de cada reactivo (1-5), \bar{X} , *sesgo* (s) y *curtosis* (c) de la distribución

Reactivos	1	2	3	4	\bar{X}	s	c
IDS1: No podía seguir ...	69 %	22 %	6 %	3 %	1.4	4.5	29.6
IDS2: Tenía pensamientos ...	73 %	16 %	6 %	5 %	1.4	8.7	188.9
IDS3: Sentía que mi ...	82 %	10 %	5 %	4 %	1.3	2.9	8.01
IDS4: Pensé en matarme	90 %	6 %	2 %	2 %	1.2	4.4	19.3

Resultados que indicaron aceptabilidad para responder el instrumento por parte de la muestra estudiada —solo 4 % de los instrumentos no registró el criterio del 80 % de respuestas. Con tendencia de respuesta conforme a lo esperado en una

población normal, cuando se registran problemas o trastornos psicológicos. Ya que la mayoría de las respuestas se ubicaron en un promedio de 2 o menor. Con excepción de la escala de Locus de Control, cuyo registro indicó nula orientación hacia algún locus de control.

Discriminación de reactivos por escala

Para esta actividad se aplicó la *prueba t de Student* y el coeficiente de *correlación biserial puntual (rbp)* corregido, para probar los reactivos de cada escala. Con criterio de *probabilidad* de $\leq .05$ en la comparación entre la puntuación del cuartil uno, con respecto a la puntuación del cuartil tres. Y de un valor de *rbp* $\geq .30$, para determinar *discriminación* entre ausencia y presencia de la característica registrada en la escala, en cada reactivo. A continuación se presenta lo encontrado en cada escala.

Escala de Actitud Disfuncional.

Discriminación de todos los reactivos —*prueba t de Student*; *coeficiente de correlación biserial-puntual*, 6 reactivos con valor debajo del mínimo con el (véase Tabla 16 Anexo).

Tabla 16 Anexo.

Escala de Actitud Disfuncional; Índice de discriminación (rbp) y resultado de la prueba t de Student en cada reactivo

Reactivos	<i>rbp</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
AD1: La felicidad depende...	.31***	-21.4	1612
AD2: La gente probablemente...	.32***	-26.07	2293.2
AD3: Si no hago siempre...	.38***	-30.4	2045
AD4: <i>Es posible ganar...</i>	.13***	-15.5	2391
AD5: Para ser feliz necesito...	.43***	-23.9	1514
AD6: Si una persona...	.38***	-29.5	1813
AD7: Si fracaso en mis...	.38***	-30.7	2127
AD8: Si no puedo hacer...	.37***	-29.1	1850
AD9: <i>Esta bien cometer...</i>	.25***	-19.1	1750
AD10: Si alguien no está...	.39***	-29.6	2252
AD11: Si fracaso en algo...	.51***	-37.6	1614

Reactivos	<i>rbp</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
AD12: Si los demás saben...	.50***	-35.1	1586
AD13: No soy nada si no...	.47***	-33.5	1521
AD14: Mi valor como ...	.47***	-36.8	1637
AD15: Para ser una ...	.44***	-38.8	2260
AD16: Las personas a ...	.46***	-35.9	1717
AD17: Las opiniones que ...	.30***	-26.1	1953
AD18: Hacer una ...	.40***	-19.1	1457
<i>AD19: Puedo alcanzar ...</i>	<i>.27***</i>	<i>-23.2</i>	<i>2064</i>
<i>AD20: Es posible ser ...</i>	<i>.15***</i>	<i>-14.6</i>	<i>2398</i>
AD21: No puedo confiar en...	.33***	-26.8	2327
AD22: Si desagrado a los ...	.45***	-33.6	1636
AD23: Para agradecer a ...	.39***	-27.8	1631
<i>AD24: Estar aislado de ...</i>	<i>.11***</i>	<i>-13.4</i>	<i>2429</i>
<i>AD25: Puedo encontrar la ...</i>	<i>.19***</i>	<i>-20.7</i>	<i>2245</i>

*** $p < .001$, cursivas señala reactivo con valor de *rbp* menor de .30

Escala de Locus de Control.

Discriminación de todos los reactivos —prueba *t* de Student y coeficiente de correlación biserial-puntual (véase Tabla 17 Anexo).

Tabla 17 Anexo.

Escala de *Locus de Control*; Índice de discriminación (*rbp*) y resultado de la prueba *t* de Student en cada reactivo

Reactivos	<i>rbp</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
LC1: Mi éxito dependerá ...	.33***	-51.5	2188
LC2: Los mejores ...	.50***	-41.5	1402
LC3: Obtener lo que ...	.39***	-22.13	1242
LC4: Todo lo que hago ...	.50***	-47.9	1715
LC5: Mis calificaciones ...	.37***	-24.05	1258
LC6: Es mejor tener ...	.50***	-49.04	1524
LC7: Mi éxito en la ...	.49***	-53.13	1519
LC8: El éxito depende de...	.36***	-24.33	1269

*** $p < .001$

Escala de Apoyo Social.

Discriminación de todos los reactivos —*prueba t de Student* y *coeficiente de correlación biserial-puntual* (véase Tabla 18 Anexo).

Tabla 18 Anexo.

Escala de *Apoyo Social*; *Índice de discriminación (rbp)* y resultado de la *prueba t de Student* en cada reactivo

Reactivos	<i>rbp</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
APYS1: Existe una...	.57***	-39	1422
APYS2: Mi familia trata...	.55***	-37	1208
APYS3: Tengo la ayuda y ...	.56***	-44	1225
APYS4: Mis amigos tratan...	.55***	-51	1576
APYS5: Puedo contar con (fam.)	.55***	-51	1336
APYS6: Puedo hablar de mis ...	.46***	-46	1469
APYS7: Hay una persona ...	.48***	-42	1553
APYS8: Puedo hablar (amig.)...	.48***	-47	1509.9

*** $p < .001$

Escala de Auto-Eficacia.

Discriminación de todos los reactivos —*prueba t de Student*, todos los reactivos; *coeficiente de correlación biserial-puntual*, 6 reactivos con valor debajo del mínimo (véase Tabla 19 Anexo).

Tabla 19 Anexo.

Escala de *Auto-eficacia*; *Índice de discriminación (rbp)* y resultado de la *prueba t de Student* en cada reactivo

Reactivos	<i>rbp</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
AE1: Cuando hago planes...	.34***	-28.02	2206.1
AE2 (-): Uno de mis problemas...	.25***(-)	-25.6	2453
AE3: Si no puedo hacer ...	.40***	-30.5	1837.3
AE4: Abandono las cosas...	.47***	-39.16	2115.2
AE5: Evito enfrentarme...	.41***	-35.18	2450.8
AE6 (-): Si algo parece...	.21***(-)	-22.23	2372.5
AE7(-): Cuanto tengo que ...	.22***	-22.3	2448.9

Reactivos	<i>rbp</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
AE8: Cuando decido hacer...	.44***	-32.8	1911
AE9: Evito intentar aprender...	.34***	-30.7	2306.3
AE10: El fracaso sólo ...	.35***	-28.9	2244.4
AE11: Me siento ...	.48***	-41.2	2103.2
AE12: Soy una persona que ...	.48***	-35.08	1724.5
AE13: Cedo fácilmente...	.28***(-)	-25.9	2431.2
AE14: No parezco capaz...	.46***	-39.06	2315.6
AE15: Me es difícil hacer...	.33***	-27.9	2260.9
AE16: Cuanto intento hacer...	.14***(-)	-16.3	2422.2
AE17: No me desenvuelvo...	.35***	-32.2	2374.9
AE18: He conseguido a mis ...	.19***(-)	-21.9	2429.2

*** $p < .001$, cursivas señala reactivo con valor de *rbp* menor de .30

Escala de Desesperanza.

Discriminación de todos los reactivos —*prueba t de Student*, todos los reactivos; *coeficiente de correlación biserial-puntual*, 1 reactivo con valor debajo del mínimo (véase Tabla 20 Anexo).

Tabla 20 Anexo.

Escala de Desesperanza; Índice de discriminación (rbp) y resultado con la prueba t de Student en cada reactivo

Reactivos	<i>rbp</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
DS1: Contemplo el futuro...	.53***	-41.5	1601.8
DS2: Más vale que...	.5***	-36.7	1300.7
<i>DS3: Cuando las cosas...</i>	.22***	-24.7	2213.5
DS4: Mi futuro parece ...	.5***	-39.9	1349.4
DS5: Tengo bastante ...	.33***	-29.9	2104.4
DS6: No consigo ...	.49***	-42.9	1637.8
DS7: Mis experiencias...	.48***	-36.6	1731.1
DS8: En el futuro espero ...	.48***	-30.2	1248.6
DS9: Es una estupidez ...	.50***	-39.9	1764.5
DS10: Tengo gran fe en el ...	.51***	-43.5	1764.5
DS11: Es muy poco ...	.42***	-43.6	1809.8
DS12: Preveo tiempos ...	.49***	-43.5	1801.9

*** $p < .001$, cursivas señala reactivo con valor de *rbp* menor de .30

Reactivos de Enfrentamiento al Estrés.

Discriminación de todos los reactivos —*prueba t de Student*, todos los reactivos; *coeficiente de correlación biserial-puntual*, 1 reactivo con valor debajo del mínimo (véase Tabla 21 Anexo).

Tabla 21 Anexo.

Reactivos de *Enfrentamiento al Estrés*; *Índice de discriminación (rbp)* y resultado con *prueba t de Student* en cada reactivo

Reactivos	<i>rbp</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
AFR1: Cuando tengo ...	.40***	-35.8	2175.2
AFR2: Para resolver un ...	.24***	-18.9	2543.2
AFR3: Cuando tengo... no...	.3	-41.2	2631.8

*** $p < .001$, cursivas señala reactivo con valor de *rbp* menor de .30

Reactivos de Economía.

Discriminación en los dos reactivos —*prueba t de Student* y *coeficiente de correlación biserial-puntual* (véase Tabla 22 Anexo).

Tabla 22 Anexo.

Reactivos de *Economía*; *Índice de discriminación (rbp)* y resultado con *prueba t de Student* en cada reactivo

Reactivos	<i>rbp</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
ECO1: El dinero con el que ...	.32***	-79.46	2713.8
ECO2: Mi condición ...	.32***	-80.6	2532.7

*** $p < .001$

Reactivos de Espiritualidad.

Registro de discriminación en ambos reactivos —*prueba t de Student* y *coeficiente de correlación biserial-puntual* (véase Tabla 23 Anexo).

Tabla 23 Anexo.

Reactivos de *Espiritualidad*; *Índice de discriminación (rbp)* y resultado con *prueba t de Student* en cada reactivo

Reactivos	<i>rbp</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
ESP1: Mis creencias... fuerza...	.51***	-77	1916
ESP2: Mis creencias... ayudan...	.51***	-86.9	2250.8

*** $p < .001$

Reactivos de Agresión.

Registro de discriminación en los dos reactivos —*prueba t de Student* y *coeficiente de correlación biserial-puntual* (véase Tabla 24 Anexo).

Tabla 24 Anexo.

Reactivos de *Agresión*; *Índice de discriminación (rbp)* y resultado con *prueba t de Student* de cada reactivo

Reactivos	<i>rbp</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
AGR1: Me enfurezco ...	.35***	-90.68	2429.9
AGR2: Soy muy ...	.35***	-77.49	2.234.3

*** $p < .001$

Reactivos de Impulsividad.

Discriminación en los dos reactivos —*prueba t de Student* y *coeficiente de correlación biserial-puntual* (véase Tabla Anexo 25).

Tabla 25 Anexo.

Reactivos de *Impulsividad*. *Índice de discriminación (rbp)* y resultado con *prueba t de Student* en cada reactivo

Reactivos	<i>rbp</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
IMP1: Actúo ...	.30***	-92.3	2771.5
IMP2: Soy atrevido(a)...	.30***	-75.6	2774.9

*** $p < .001$

Escala de Trastorno emocional.

Discriminación en los cinco reactivos —*prueba t de Student* y *coeficiente de correlación biserial-puntual* (véase Tabla Anexo 26 Anexo).

Tabla 26 Anexo.

Escala de *Trastorno emocional*; Índice de discriminación (rbp) y resultado con *prueba t de Student* en cada reactivo

Reactivos	<i>rbp</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
EEM1: He estado muy ...	.48***	-52.8	1974.7
EEM2: Me he sentido... paz...	.50***	-63.3	2102
EEM3: Me he sentido triste...	.61***	-72.1	1823.4
EEM4: Me he ... abatido ...	.62***	-52.5	1393.9
EEM5: Me he sentido feliz	.58***	-54.3	1557.8

*** $p < .001$

Escala de Ideación Suicida.

Discriminación en todos los reactivos —*prueba t de Student* y *coeficiente de correlación biserial-puntual* (véase Tabla 27 Anexo).

Tabla 27 Anexo.

Escala de *Ideación Suicida*; Índice de discriminación (rbp) y resultado con la *prueba t de Student* en cada reactivo

Reactivos	<i>rbp</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
IDS1: No podía seguir ...	.49***	-34.1	1177
IDS2: Tenía pensamientos ...	.57***	-37.2	1177
IDS3: Sentía que mi ...	.66***	-30.1	1168
IDS4: Pensé en matarme	.66***	-19.5	1171

*** $p < .001$

En suma, se encontraron tres escalas y un grupo de reactivos con *discriminación* insuficiente: escala de *actitud disfuncional*, con seis reactivos; escala de *auto-eficacia*, con seis reactivos; escala de *desesperanza*, con 1 reactivo, y reactivos de *afrentamiento al estrés*, con 1 reactivo. Ya que en estos casos se identificó un valor debajo del mínimo establecido, con el *coeficiente de correlación biserial-*

puntual (véase Tabla 28 Anexo). Motivo por el cual los 14 reactivos identificados se eliminaron del siguiente análisis.

Tabla 28 Anexo.

Escalas con valor adecuado en *rbp* y *prueba t de Student*

Escalas	<i>rbp</i>	<i>t</i>
Actitud Disfuncional	6	✓
Locus de Control	✓	✓
Apoyo Social	✓	✓
Auto-eficacia	6	✓
Economía	✓	✓
Espiritualidad	✓	✓
Desesperanza	1	✓
Enfrentamiento al estrés	1	✓
Impulsividad	✓	✓
Agresión	✓	✓
Trastorno emocional	✓	✓
Ideación Suicida	✓	✓

Nota: ✓ señala que todos los reactivos registraron valor de discriminación correcto en el análisis correspondiente

Validez factorial por escala e instrumento total

A continuación se presentan los resultados del *análisis factorial con rotación varimax y método de componentes principales*, realizado en cada escala y en el instrumento total.

Escala de Actitud Disfuncional.

Agrupación de reactivos en 4 factores: *Factor 1*, orientado al contenido de “*exigencia de éxito*” —7 reactivos. *Factor 2*, referido al contenido de “*exigencia de aceptación*” —6 reactivos con carga factorial mayor de .40 y dos reactivos con carga factorial menor de .40. *Factor 3*, dirigido al contenido de “*exigencia de aceptación*” —2 reactivos. *Factor 4*, referido al contenido de “*aceptación positiva*” —2 reactivos. Con un porcentaje de varianza explicada total del 45 %. Registro

de correlación suficiente entre reactivos para aplicar el análisis con la *prueba de esfericidad de Bartlett*, $\chi^2 (136, N = 4412) = 12786, p < .001$. Y obtención de un valor de *confiabilidad* de .80, con el *alpha de Cronbach* (véase Tabla 29 Anexo).

Tabla 29 Anexo.

Escala de *Actitud Disfuncional*; Factores identificados y carga Factorial de cada reactivo

Reactivos	F1	F2	F3	F4
AD1: La felicidad depende...				.76
AD2: La gente probablemente...			.83	
AD3: Si no hago siempre...			.75	
AD5: Para ser feliz necesito...	.51			
AD6: Si una persona...	.41			
AD7: Si fracaso en mis...	.70			
AD8: Si no puedo hacer...	.44			
AD10: Si alguien no está...		.42		
AD11: Si fracaso en algo...	.57			
AD12: Si los demás saben...		.53		
AD13: No soy nada si no...		.44		
<i>AD14: Mi valor como ...</i>		.32		
AD15: Para ser una ...	.62			
AD16: Las personas a ...	.59			
AD17: Las opiniones que ...				.71
AD18: Hacer una ...		.62		
<i>AD21: No puedo confiar en...</i>		.34		
AD22: Si desagrado a los ...		.60		
AD23: Para agradar a ...		.71		

Nota: cursivas señala los reactivos con carga factorial menor de .40

Escala de Locus de Control.

Agrupación de reactivos en 2 factores. Factor 1, referido *locus de control interno* —5 reactivos. Factor, orientado al *locus de control externo* —3 reactivos. Con *varianza explicada* total del 55 %. Reconocimiento de *correlación* aceptable entre las variables para la realización del análisis con la *prueba de esfericidad de*

Bartlett, χ^2 (8, $N = 4412$) = 7930, $p < .001$. Y obtención de un valor de *confiabilidad* de .70 con el *alpha de Cronbach* (véase Tabla 30 Anexo).

Tabla 30 Anexo.

Escala de *Locus de Control*; Factores identificados y carga Factorial de cada reactivo

Reactivos	F1	F2
LC1: Mi éxito dependerá ...	.65	
LC2: Los mejores alumnos...	.66	
LC3: Obtener lo que ...		.82
LC4: Todo lo que hago ...	.69	
LC5: Mis calificaciones ...		.81
LC7: Mi éxito en la ...	.72	
LC8: El éxito depende de...		.76

Escala de Apoyo Social.

Organización de los reactivos en dos factores: factor 1, vinculado a la percepción de “*percepción del apoyo de amigos*” —5 reactivos; factor 2, relacionado con “*percepción de apoyo de la familia*” —5 reactivos. Con *varianza explicada* total del 75 %. Registro de correlación aceptable entre reactivos para la aplicación del análisis con la *prueba de esfericidad de Bartlett*, χ^2 (15, $N = 4412$) = 11692, $p < .001$. Y obtención de un valor de *confiabilidad* de .80 con el *alpha de Cronbach* (véase Tabla 31 Anexo).

Tabla 31 Anexo.

Escala de *Percepción de Apoyo Social*; Factores registrados y carga Factorial de cada reactivo

Reactivos	F1	F2
<i>APYS1: Existe una ...</i>	.53	.41
APYS2: Mi familia trata...		.87
APYS3: Tengo la ayuda ...familia		.90
APYS4: Mis amigos tratan...	.80	
APYS5: Puedo contar con ...amigos	.87	
APYS6: Puedo hablar de ...familia		.87
<i>APYS7: Hay una persona ...</i>	.46	.42
APYS8: Puedo hablar con ... amigos	.83	

Nota: cursivas señala reactivo con carga factorial en más de un factor

Escala de Auto Eficacia.

Agrupación de reactivos en tres factores: factor 1, orientado al contenido de “*auto-eficacia positiva*” —5 reactivos; factor 2, definido por contenido de “*auto-eficacia negativa*” —4 reactivos; factor 3, identificado con el contenido de *auto-eficacia social* —3 reactivos. Con *varianza explicada* total del 44 %. Registro de *correlación* adecuada entre reactivos para la aplicación del análisis con la *prueba de esfericidad de Bartlett*, $\chi^2 (914, N = 4412) = 9659, p <.001$. Y obtención de un valor de *confiabilidad* de .70 con el *alpha de Cronbach* (véase Tabla 32 Anexo).

Tabla 32 Anexo.

Escala de *Auto-Eficacia*; Factores registrados y carga Factorial de cada reactivo

Reactivos	F1	F2	F3
AE1: Cuando hago planes...	.52		
AE3: Si no puedo hacer ...	.71		
AE4: Abandono las cosas...		.46	
AE5: Evito enfrentarme...		.58	
AE8: Cuando decido hacer...	.70		
AE9: Evito intentar aprender...		.63	
AE10: El fracaso sólo ...	.61		
AE11: Me siento ...			.45
AE12: Soy una persona que ...	.59		
AE14: No parezco capaz...		.53	
AE15: Me es difícil hacer...			.78
AE17: No me desenvuelvo...			.78

Escala de Desesperanza.

Integración de reactivos en dos Factores: factor 1, identificado con *desesperanza*” —5 reactivos; factor 2, referido al contenido de “*esperanza*” —6 reactivos. Con *varianza explicada total* del 46 %. Registro de *correlación* aceptable entre las variables con la *prueba de esfericidad de Bartlett*, $\chi^2 (55, N = 4412) = 4497.75, p <.001$. Y obtención de un valor de *confiabilidad* de .80 con el *alpha de Cronbach* (véase Tabla 33 Anexo).

Tabla 33 Anexo.

Escala de *Desesperanza*; Factores registrados y carga Factorial de cada reactivo

Reactivos	F1	F2
DS1: Contemplo el futuro...		.68
DS2: Más vale que abandone...	.71	
DS4: Mi futuro parece oscuro	.66	
DS5: Tengo bastante ...tiempo		.43
DS6: No consigo ...	.72	
DS7: Mis experiencias...		.66
DS8: En el futuro espero ...		.54
DS9: Es una estupidez ...	.71	
DS10: Tengo gran fe en el ...		.76
DS11: Es muy poco ...	.65	
DS12: Preveo tiempos ...mejores		.61

Reactivos de Enfrentamiento al Estrés.

Organización de reactivos en 1 Factor. *Varianza explicada total* del 66 %. Registro de *correlación* aceptable entre reactivos con la *prueba de esfericidad de Bartlett* mostró, $\chi^2 (2, N = 4412) = 233.75, p < .001$. Y obtención de un valor de *confiabilidad* de .48 en el *alpha de Cronbach* (véase Tabla 34 Anexo).

Tabla 34 Anexo.

Reactivos de *enfrentamiento al estrés*; Factores registrados y carga Factorial de cada reactivo

Reactivos	F1
AFR1: Cuando tengo ...prob...	.81
AFR3: Cuando tengo... no...temo	.81

Reactivos de Economía.

Agrupación de reactivos en un Factor. *Varianza explicada total* del 66 %. Registro de *correlación* aceptable entre reactivos con la *prueba de esfericidad de Bartlett*, $\chi^2 (1, N = 4412) = 509, p < .001$. Registro de un valor de *confiabilidad* de .50 con el *alpha de Cronbach* (véase Tabla 35 Anexo).

Tabla 35 Anexo.

Reactivos de *Economía*; Factores registrados
y carga Factorial de cada reactivo

Reactivos	F1
ECO1: El dinero con el que cuento	.81
ECO2: Mi condición...económica...	.81

Reactivos de Espiritualidad.

Organización de reactivos en un Factor. *Varianza explicada total* del 76 %. Observación de *correlación* aceptable entre reactivos con la *prueba de esfericidad de Bartlett*, $\chi^2(1, N = 4412) = 1397, p < .001$, Registro de un valor de *confiabilidad* de .68 con el *alpha de Cronbach* (véase Tabla 36 Anexo).

Tabla 36 Anexo.

Reactivos de *Espiritualidad*; Factores registrados
y carga Factorial de cada reactivo

Reactivos	F1
ESP1: Mis creencias... fuerza...	.87
ESP2: Mis creencias...ayudan...	.87

Reactivos de Agresividad.

Integración de los reactivos en un Factor. *Varianza explicada total* del 68 %. Registro de *correlación* aceptable entre reactivos con la *prueba de esfericidad de Bartlett*, $\chi^2(1, N = 4412) = 306, p < .001$. Obtención de un valor de *confiabilidad* de .52 con el *alpha de Cronbach* (véase Tabla 37 Anexo).

Tabla 37 Anexo.

Reactivos de *Agresividad*; Factores registrados
y carga Factorial de cada reactivo

Reactivos	F1
AGR1: Me enfurezco ...	.82
AGR2: Soy muy ...	.82

Reactivos de Impulsividad.

Organización de reactivos en un Factor. *Varianza explicada total* del 65 %. Registro de *correlación* aceptable entre reactivos con la *prueba de esfericidad de Bartlett*, $\chi^2(1, N = 4412) = 223.35, p < .001$. Obtención de un valor de *confiabilidad* de .46 con el *alpha de Cronbach* (véase Tabla 38 Anexo).

Tabla 38 Anexo.

Reactivos de *Impulsividad*; Factores registrados y carga Factorial de cada reactivo

Reactivos	F1
IMP1: Actúo ...	.80
IMP2: Soy atrevido(a)...	.80

Escala de Trastorno Emocional.

Organización de reactivos en un Factor. *Varianza explicada total* de 54 %. Identificación de *correlación* aceptable entre reactivos con la *prueba de esfericidad de Bartlett*, $\chi^2 (10, N = 4412) = 7084.87, p < .001$. Y obtención de un valor de *confiabilidad* de .79 con el *alpha de Cronbach* (véase Tabla 39 Anexo).

Tabla 39 Anexo.

Escala de *Trastorno Emocional*; Factores registrados y carga Factorial de cada reactivo

Reactivos	F1
EEM1: He estado muy ...	.63
EEM2: Me he sentido... paz...	.67
EEM3: Me he sentido triste...	.77
EEM4: Me he ... abatido ...	.78
EEM5: Me he sentido feliz	.75

Escala de Ideación Suicida.

Integración de reactivos en un Factor. *Varianza explicada total* del 60 %. Registro de *correlación* aceptable entre reactivos con la *prueba de esfericidad de Bartlett*,

$\chi^2 (6, N = 4412) = 4986.3, p < .001$. Y obtención de un valor de *confiabilidad* de .78 con el *alpha de Cronbach* (véase Tabla 40 Anexo).

Tabla 40 Anexo.

Escala de *Ideación Suicida*; Factores registrados y carga Factorial de cada reactivo

Reactivos	F1
IDS1: No podía seguir ...	.66
IDS2: Tenía pensamientos ...	.73
IDS3: Sentía que mi ...	.83
IDS4: Pensé en matarme	.83

En general, los reactivos de todas las escalas se agruparon en factores referentes a lo que cada escala suponía registrar. Con registro de *varianza explicada* en un rango del 44 % (escala de *auto-eficacia*) hasta un valor del 75 % (*percepción de apoyo social*). *Confiabilidad* \geq de .70 en el primer factor identificado en todas las escalas y \geq de .70 en el total de todas las escalas. Se registraron dos escalas con valores incorrectos en los reactivos: escala de *actitud disfuncional* —dos reactivos con *carga factorial* $<$.40. Y escala de *percepción de apoyo social* —dos reactivos con *carga factorial* en más de un factor. Y registro de *confiabilidad* $<$ de .70 en algunos factores —*actitud disfuncional*, *auto-eficacia*, *desesperanza* y *percepción de apoyo social*. Además de valor de *confiabilidad* $<$.70 en todas las agrupaciones de reactivos independientes (véase Tabla 41 Anexo).

Tabla 41 Anexo.

Descripción del análisis factorial total por escala

Escala/ Factores	Total/ Factor	Reactivos carga \geq .40	Auto Valor	Varianza Explicada	alpha Cronbach
Actitud Disfuncional	Total	17	---	45 %	.80
<i>Exig. Éxito</i>	F1	7	4.4	26 %	.70
<i>Exig. Aceptación</i>	F2	6	1.3	7 %	.69
<i>Exig. Ex.-Acept.</i>	F3	2	1.2	6 %	.58
<i>Actitud Positiva</i>	F4	2	1.1	6 %	.20
Locus de Control	Total	8	---	55 %	.74
<i>Locus Interno</i>	F1	5	2.9	29 %	.72
<i>Locus Externo.</i>	F2	3	1.5	26 %	.74

Escala/ Factores	Total/ Factor	Reactivos carga \geq .40	Auto Valor	Varianza Explicada	alpha Cronbach
Apoyo Social	Total	6	---	75 %	.83
<i>Amigos</i>	1	3	2.9	48 %	.84
<i>Familia</i>	2	3	1.6	27 %	.82
Auto-Eficacia	Total	12		44 %	.72
<i>Positiva</i>	F1	5	3.6	26 %	.68
<i>Negativa</i>	F2	5	1.3	9 %	.68
<i>Social</i>	F3	2	1.2	9 %	.58
Desesperanza	Total	11		46 %	.80
<i>Desesperanza</i>	F1	5	3.8	35 %	.72
<i>Esperanza</i>	F2	6	1.2	11 %	.68
Afrontamiento al Estrés	F	2	1.3	65 %	.48
Economía	F	2	1.3	66 %	.50
Espiritualidad	F	2	1.5	76 %	.68
Agresividad	F	2	1.3	68 %	.52
Impulsividad	F	2	1.3	65 %	.46
Trastorno Emocional	F	5	2.7	54 %	.79
Ideación Suicida	F	4	2.4	60 %	.78

Corrección de Escalas

Conforme a los resultados del *análisis factorial* y de *confiabilidad* del instrumento, lo siguiente fue la corrección de las escalas que registraron reactivos con *carga factorial* menor a .40 o carga en más de 1 factor. A partir de lo cual se aplicó nuevamente el *análisis factorial*, y se obtuvo la *confiabilidad* de las escalas corregidas. Con la observación de que en este análisis tampoco se consideraron los grupos de reactivos independientes con valor de *confiabilidad* menor a .70. Con excepción de los reactivos de *espiritualidad*, que registraron un valor de *confiabilidad* cercano a .70 (.68). Los resultados obtenidos con las escalas corregidas fueron los siguientes.

Escala de actitud disfuncional.

Con retiro de los dos reactivos con *carga factorial* menor de .40, el *análisis factorial* mostró agrupación de reactivos en tres Factores: Factor 1, identificado con “*exigencia de éxito*” —8 reactivos; Factor 2, referido a “*exigencia de aceptación*” —7 reactivos; Factor 3, orientado a “*actitud positiva*” —2 reactivos.

Con *varianza explicada total* del 44 %. Registro de *correlación* aceptable entre reactivos con la *prueba de esfericidad de Bartlett*, $\chi^2 (120, N = 4412) = 11834.99$, $p < .001$. Y un valor de *confiabilidad*, con el *alpha de Cronbach*, de .80, para la escala total y $< .70$ en los tres factores (véase Tabla 42 Anexo).

Tabla 42 Anexo.

Reactivos y carga factorial con retirada de reactivos:

Escala de Actitud Disfuncional

Reactivos	F ₁	F ₂	F ₃
AD1: La felicidad depende...			.71
AD2: La gente probablemente...		.83	
AD3: Si no hago siempre...		.77	
AD5: Para ser feliz necesito...	.52		
AD6: Si una persona...	.43		
AD7: Si fracaso en mis...	.64		
AD8: Si no puedo hacer...	.50		
AD10: Si alguien no está...		.42	
AD11: Si fracaso en algo...	.57		
AD12: Si los demás saben...		.46	
AD13: No soy nada si no...	.42		
AD15: Para ser una ...	.63		
AD16: Las personas a ...	.62		
AD17: Las opiniones que ...			.76
AD18: Hacer una ...		.62	
AD22: Si desagrado a los ...		.60	
AD23: Para agradar a ...		.71	

Escala de Apoyo Social.

Con retiro de los dos reactivos con carga factorial duplicada, el *análisis factorial* registró agrupación de reactivos en dos Factores: Factor 1, identificado con “*percepción del apoyo de los amigos*” —3 reactivos; Factor 2, orientado a la “*percepción de apoyo de la familia*” —3 reactivos (véase tabla 43 Anexo). Con *varianza explicada total* del 72 %. Registro de *correlación* aceptable entre

reactivos con la *prueba de esfericidad de Bartlett*, $\chi^2 (15, N = 4412) = 11692.45$, $p < .001$. Y *confiabilidad* con un valor de .75 con el *alpha de Cronbach*, para la escala total, y $> .70$ para ambos Factores.

Tabla 43 Anexo.

Reactivos y carga factorial con retirada de Reactivos: Escala de Apoyo Social

Reactivos	F ₁	F ₂
APYS2: Mi familia trata...		.87
APYS3: Tengo la ayuda...famil...		.90
APYS4: Mis amigos tratan...	.87	
APYS5: Puedo contar ...amig...	.88	
APYS6: Puedo hablar ...famil...		.79
APYS8: Puedo hablar... amig...	.83	

La corrección aplicada en ambas escalas, arrojó agrupación de los reactivos en factores independientes y confiabilidad aceptable.

Análisis Factorial del instrumento total con escalas corregidas

Con el propósito de registrar la congruencia y validez factorial del instrumento total, se aplicó el *análisis factorial* a los reactivos de todo el instrumento que hasta este punto permanecieron en el análisis, sin distinción de la escala de procedencia. Con los mismos criterios para mantener los reactivos; *carga factorial* $\geq .40$ y ubicación de reactivos en solo un factor.

Los resultados indicaron agrupación de los reactivos en 10 factores. Con registro de *varianza explicada total* del 55 %. Identificación de *correlación* aceptable entre los reactivos con la *prueba de esfericidad de Bartlett*, $\chi^2 (861, N = 4412) = 486264.8$, $p < .001$. Y obtención de *confiabilidad* con valor de .88 con el *alpha de Cronbach*. La condición de cada escala con respecto a los factores identificados y la confiabilidad correspondiente, se describe a continuación.

Escala de Actitud Disfuncional.

Agrupación de reactivos en dos Factores: Factor 2, siete reactivos asociados al contenido de “*Exigencia de Éxito*”, con registro de *confiabilidad* de .69; Factor 8, cinco reactivos referidos al contenido de “*Exigencia de Aceptación*”, con *Índice de confiabilidad* de .69. Y reconocimiento de cinco reactivos con carga factorial < .40 o *carga factorial* en más de un factor. Lo que delimitó que esta escala quedase integrada finalmente por 12 reactivos, organizados en dos Factores (véase Tabla 44 Anexo).

Tabla 44 Anexo.

Reactivos de la *Escala de Actitud Disfuncional*: Factor (F) y Carga Factorial (CF) en el instrumento total

Reactivos	F	CF
AD5: Para ser feliz necesito...	2	.55
AD6: Si una persona...	2	.49
AD7: Si fracaso en mis...	2	.65
AD8: Si no puedo hacer...	2	.44
AD11: Si fracaso en algo...	2	.65
AD12: Si los demás saben...	8	.44
AD13: No soy nada si no ...	8	.48
AD14: Mi valor como ...	8	.58
AD15: Para ser una ...	2	.65
AD16: Las personas a ...	2	.61
AD22: Si desagrado a los ...	8	.61
AD23: Para agradecer a ...	8	.64

Escala de Locus de Control.

Agrupación de reactivos en dos Factores: Factor 6, conformado por cuatro reactivos orientados hacia *Locus de Control Externo*, con registro de *confiabilidad* de .69; Factor 9, integrado por tres reactivos asociados al contenido de *Locus de Control Interno*, y registro de *confiabilidad* de .74. Conforme a lo cual esta escala quedó integrada por 7 reactivos organizados en dos factores (véase Tabla 45 Anexo).

Tabla 45 Anexo.

Reactivos de la *Escala de Locus de Control*: Factor (F) y Carga Factorial (CF) en el instrumento total

Reactivos	F	CF
LC2: Los mejores...son...	6	.64
LC3: Obtener lo que ...	9	.75
LC4: Todo lo que hago...	6	.77
LC5: Mis calificaciones ...	9	.76
LC6: Es mejor tener...	6	.76
LC7: Mi éxito en la ...	6	.58
LC8: El éxito depende de...	9	.73

Escala de Apoyo Social.

Agrupación de reactivos en dos Factores: Factor 5, integrado por tres reactivos asociado a la “*percepción de apoyo de la familia*”, con registro de *confiabilidad* de .82; factor 7, integrado por tres reactivos vinculados a la “*percepción de apoyo de los amigos*”, y valor de *confiabilidad* de .84. Por lo que esta escala quedó integrada finalmente por 6 reactivos organizados en dos factores (véase Tabla 46 Anexo).

Tabla 46 Anexo.

Reactivos de la *Escala de Apoyo Social*: Factor (F) y Carga Factorial (CF) en el instrumento total

Reactivos	F	CF
APYS2: Mi familia trata...	5	.80
APYS3: Tengo la ayuda y ...	5	.84
APYS4: Mis amigos tratan...	7	.86
APYS5: Puedo contar con ...	7	.87
APYS6: Puedo hablar de mis ...	5	.74
APYS8: Puedo hablar (amigos)...	7	.87

Escala de Desesperanza.

Agrupación de reactivos en un solo Factor; Factor 3, integrado por seis reactivos con orientación hacia esperanza negativa y desesperanza, con registro de *confiabilidad* de .73. E identificación de cinco reactivos con *carga factorial* < .40 o ubicación en más de un factor. Motivo por el cual, la escala quedó integrada finalmente por seis reactivos organizados en un solo factor (véase Tabla 47 Anexo).

Tabla 47 Anexo.

Reactivos de la *Escala de Desesperanza*:
Factor (F) y Carga Factorial (CF) en el
instrumento total

Reactivos	F	CF
DS8: En el futuro espero ...	3	.63
DS9: Es una estupidez ...	3	.62
DS10: Tengo gran fe en el ...	3	.62
DS6: No consigo ...	3	.60
DS4: Mi futuro parece ...	3	.60
DS1: Contemplo el futuro...	3	.58

Escala de Trastorno Emocional.

Agrupación de reactivos en un solo Factor; Factor 1, integrado por los cinco reactivos de la escala, con registro de *confiabilidad* de .79. Con lo que la escala quedó finalmente integrada por todos los reactivos originales, organizados en un solo factor (véase Tabla 48 Anexo).

Tabla 48 Anexo.

Reactivos de la Escala de Trastorno
Emocional: Factor (F) y Carga Factorial
(CF) en el instrumento total

Reactivos	F	CF
EEM1: He estado muy ...	1	.69
EEM2: Me he sentido... paz...	1	.65
EEM3: Me he sentido triste...	1	.75
EEM4: Me he ... abatido ...	1	.72
EEM5: Me he sentido feliz	1	.67

Escala de Ideación Suicida.

Agrupación de reactivos en un solo Factor; factor 4, integrado por los cuatro reactivos de la escala, con registro de *confiabilidad* de .77. Por lo que la escala quedó conformada por todos los reactivos originales, integrados en un solo Factor (véase Tabla 49 Anexo).

Tabla 49 Anexo.

Reactivos de la *Escala de Ideación Suicida*: Factor (F) y Carga factorial (CF) en el instrumento total

Reactivos	F	CF
IDS1: No podía seguir ...	4	.50
IDS2: Tenía pensamientos ...	4	.77
IDS3: Sentía que mi ...	4	.78
IDS4: Pensé en matarme	4	.82

Reactivos de Espiritualidad.

Agrupación de los dos reactivos en un solo Factor; Factor 9, con registro de *confiabilidad* de .68. Factor que se decidió mantener para el siguiente análisis, debido a que su confiabilidad se acercó al valor mínimo establecido de .70 (véase Tabla 50 Anexo).

Tabla 50 Anexo.

Reactivos de *Espiritualidad*: Factor (F) y Carga Factorial (CF) en el instrumento total

Reactivos	F	CF
ESP1: Mis creencias dan fuerza	9	.81
ESP2: Mis creencias...ayudan...	9	.81

Escala de Auto-eficacia.

Agrupación de reactivos en tres Factores, uno compuesto por cinco reactivos asociados a *auto-eficacia negativa*, con registro de *confiabilidad* de .51. Otro integrado por dos reactivos orientados a *auto-eficacia positiva*, con registro de *confiabilidad* de .45. Y uno más, compuesto por dos reactivos asociados a *auto-*

eficacia social, y registro de confiabilidad de .46. Identificación de nueve reactivos con carga factorial $\geq .40$, y tres reactivos con carga factorial $< .40$ o ubicación en más de un factor. Lo que llevó a determinar la eliminación de los factores, y por tanto de la escala, del siguiente análisis.

En síntesis, el *análisis factorial* total arrojó agrupación de los reactivos de todas las escalas del instrumento en 10 factores. Con registro de *varianza explicada total* del 55 % y confiabilidad de .88. *Confiabilidad* por factores $\geq .70$ en la mayoría de las escalas, con excepción de los reactivos de Espiritualidad (.68) y los dos factores de Actitud Disfuncional (.69). Factores que se decidió mantener, por su importancia y por su diferencia no significativa con respecto al valor mínimo establecido de .70.

Resultados que corroboraron la *confiabilidad* y *validez* del instrumento. Y por tanto, la pertinencia de los indicadores seleccionados para la presente investigación; ideación suicida, estado emocional, y triada cognitiva del comportamiento suicida; percepción negativa del medio, del sí mismo y del futuro.

Sección 4. Fundamentos del análisis estadístico

En esta sección se describen los fundamentos de cada procedimiento de análisis estadístico empleado en esta investigación: correlación, regresión múltiple, regresión logística y modelamiento con ecuaciones estructurales.

Correlación

La *correlación* es un procedimiento estadístico para registrar la asociación o el grado de variación conjunta que se presenta entre dos variables registradas en un mismo tiempo. La *correlación* se obtiene por medio de un coeficiente que registra la proporción de variabilidad que es atribuible a la variación conjunta de las variables registradas. Por lo que el *coeficiente de correlación* se identifica con una escala cuyo límite superior es 1 y límite inferior es -1. En donde el valor 1 indica que a toda variación de la variable X, se asocia una variación de la misma magnitud en la variable Y —una asociación directamente proporcional perfecta.

En tanto que el valor de -1, refiere que a toda variación de la variable X , se asocia una variación de la misma magnitud, pero inversamente proporcional, en la variable Y —asociación inversamente proporcional perfecta. Y donde el valor de 0 señala que las variaciones en la variable X no se asocian a variaciones en la variable Y —ausencia de asociación entre ambas variables.

El primer *coeficiente de correlación* que se desarrolló, y el más importante, es el *coeficiente r de Pearson*, que se emplea cuando X e Y son medidas en escala de intervalo o razón. Otros coeficientes deben ser empleados cuando se pretende medir la asociación entre variables en escala nominal u ordinal. Cuando ambas variables son ordinales, la opción es usar el *coeficiente r de Spearman-Brown* o el *coeficiente Tau de Kendall*. Si las variables son nominales y dicotómicas, la opción es el coeficiente Phi. Si ambas variables son nominales, pero alguna cuenta con más de dos categorías, entonces se puede usar el *coeficiente C de contingencia* o el *V de Kramer*. Cuando una variable es ordinal y la otra variable es nominal, la alternativa es usar el *coeficiente $Gamma$* . Si una variable es de intervalo y otra es ordinal, el *coeficiente Poliserial* sería el adecuado. Si una variable es de intervalo y la otra dicotómica artificial, como en el caso de las variables *dummy*, entonces lo indicado es el *coeficiente biserial puntual*. Y si la relación entre las variables no es lineal, entonces lo recomendable es usar el coeficiente eta (Shumacker y Lomax, 2004).

La *hipótesis nula* de la correlación indica que la asociación entre las variables es igual a cero:

$$H_0: \rho = 0$$

En tanto que las hipótesis alternativas plantean que la correlación es distinta de cero:

$$H_1: \rho \neq 0$$

$$H_1: \rho < 0$$

$$H_1: \rho > 0$$

Para probar la hipótesis nula, se emplean *pruebas de significancia* basadas en la *distribución de probabilidad* de los valores posibles de asociación generados al azar. Las *distribuciones de probabilidad* correspondientes a los datos medidos en escala de intervalo son la distribución *t de Student* y la *distribución Z*. Si los datos son medidos en escala nominal, se emplea la *distribución Ji cuadrada*. Donde los *niveles de significancia* para probar el valor del *coeficiente de correlación* son; .001, .01, y .05. Cuya elección dependerá del riesgo aceptado de cometer el *Error tipo I* o el *Error tipo II*. Motivo por el cual, el nivel de .05 es el *nivel de significancia* que generalmente se usa para probar la hipótesis de asociación entre variables. Ya que refiere a un grado medio de riesgo.

De acuerdo con Meyer (1976), las condiciones que se deben tener en cuenta para la valoración correcta de la asociación entre variables son:

- ✎ Linealidad de la relación. Ya que si la *correlación* existe, pero no es lineal. El análisis de *correlación* no identificará la relación entre variables. Ya que a excepción del *coeficiente Eta*, el análisis de *correlación* responde al supuesto de *linealidad de la correlación* entre variables
- ✎ Datos con valores extremos. En razón de que los datos que exceden los valores de los registros normales de una población, incidirán en el decremento del valor de la relación
- ✎ *Tamaño de la muestra*. Ya que si la muestra no es lo suficientemente grande, entonces probablemente no se registrará asociación entre variables, aunque exista

En esta investigación se empleó el *análisis de correlación* como primer procedimiento de análisis, para reconocer las variables que registrasen asociación con la manifestación de la ideación suicida. Y con ello separar las variables que serían incorporadas en los análisis posteriores. Para ello y con base en la escala de medición de las variables que integraron el instrumento —nominal y de intervalos aparentemente iguales— se planteó el uso de dos coeficientes de correlación, el *coeficiente r de Pearson* y el *coeficiente C de Contingencia*. Con criterio de un *valor de significancia* de 0.05 para probar la *hipótesis nula* en cada

caso. Ya que es un valor conveniente cuando se tiene un error de medida que, de no considerarse, puede incidir en la ocurrencia del *Error tipo II* —aceptar la *hipótesis nula* cuando es falsa. Y por otro lado, es un valor que refleja un riesgo conveniente del *Error tipo I* —rechazar *H₀* cuando es verdadera.

Regresión Múltiple

El análisis de *regresión múltiple* es una técnica estadística cuyo propósito es estimar los valores de los parámetros de relación entre una o más variables explicativas $X_1, X_2, X_3, \dots, X_k$ y una variable criterio Y , con fines descriptivos o de pronóstico. Bajo el supuesto de la existencia de relación lineal entre variables, cuando su escala de medida es al menos en intervalos. Cuya ecuación general es:

$$Y_i = b_0 + b_1 X_{1n} + b_2 X_{2n} + \dots + b_n X_{kn} + e_n$$

Donde Y_i simboliza los valores de la variable criterio para cada combinación de valores de las variables explicativas. X , los valores de cada variable criterio. b_0, b_1, \dots, b_n , el coeficiente de regresión que relaciona a cada variable explicativa con la variable criterio. Que además es un referente del *coeficiente de correlación parcial*. b_0 representa al valor de intercepción de la recta estimada con el eje de las ordenadas Y , cuando los demás parámetros valen 0. Y e , el error que registra la diferencia entre el valor pronosticado y el valor real.

El *análisis de regresión múltiple* se basa en un sistema de ecuaciones como el siguiente:

$$Y_1 = B_0 + B_1 X_{11} + B_2 X_{21} + \dots + B_k X_{k1} + e_1$$

$$Y_2 = B_0 + B_1 X_{12} + B_2 X_{22} + \dots + B_k X_{k2} + e_2$$

$$Y_n = B_0 + B_1 X_{1n} + B_2 X_{2n} + \dots + B_k X_{kn} + e_n$$

Que por medio matrices se expresa de la siguiente forma:

$$\begin{pmatrix} Y_1 \\ Y_2 \\ \vdots \\ Y_n \end{pmatrix} = \begin{pmatrix} 1 & X_{11} & X_{21} & \dots & X_{k1} \\ 1 & X_{12} & X_{22} & & X_{k2} \\ \vdots & \vdots & \vdots & & \vdots \\ 1 & X_{1n} & X_{2n} & & X_{kn} \end{pmatrix} \begin{pmatrix} B_0 \\ B_1 \\ \vdots \\ B_k \end{pmatrix} + \begin{pmatrix} e_1 \\ e_2 \\ \vdots \\ e_n \end{pmatrix}$$

Para arribar a la siguiente ecuación:

$$[Y] = [Xb] + [e]$$

Ecuación, que por medio del algebra lineal, conlleva a la siguiente solución para encontrar el valor estimado de los *parámetros B*:

$$\hat{B} = [X' X]^{-1} * X' Y$$

Donde X' es la transpuesta de la matriz X , y $[X' X]^{-1}$ es la inversa de la matriz $[X' X]$. Y que representa la estimación de los valores de los parámetros B con base en el error mínimo de estimación de los parámetros o método de mínimos cuadrados o (Bowerman y O'Connell, 1979).

Kleinbaum y Kupper (1978), señalan dos aspectos que deben ser considerados cuando se usa la regresión para explicar el comportamiento de una variable Y . Primero, que los resultados solo indican relación entre variables y no causalidad de la(s) variable(s) X sobre la variable Y . Segundo, que las estimaciones obtenidas no son determinísticas sino probabilísticas, motivo por el cual se incorpora el término de error en la ecuación de regresión.

Los supuestos para obtener un modelo robusto de regresión son los siguientes:

☞ *Linealidad.*

Significa que el valor medio de $Y_{i|X_i}$ es una función lineal de X_i . Por lo que si se conectan, por medio de una línea todos los promedios de los diferentes valores de $Y_{i|X_i}$, se debe obtener una línea con aproximación a una recta, si la ecuación consta de una variable criterio y una variable explicativa. Pero si es más de una

variable explicativa, entonces la unión de los valores de U_{y/x_i} dará lugar a un plano con tendencia lineal.

Se prueba por medio del diagrama de dispersión, si se cuenta con menos de tres variables explicativas. Pero si el modelo integra más de tres variables explicativas, la opción es el estadístico *F de Snedecor*. Y que se dirige a la contrastación de la hipótesis nula de no linealidad del modelo.

✎ *Independencia.*

Alude a que los valores de *Y* deben ser estadísticamente independientes unos de otros. Lo que se reconoce por la independencia entre los residuos.

Se prueba con el *estadístico Durbin-Watson*, cuya fórmula es:

$$DW = \sum_{i=2}^n \frac{(e_i - e_{i-1})^2}{\sum_{i=1}^n e_i^2}$$

Estadístico que prueba, por medio de la evaluación de los errores, la independencia entre los valores de *Y* o *correlación serial*. Cuyo valor estimado debe ser de 2, para concluir que hay independencia en los valores de *Y*. Por lo que si el valor es menor de 2, se reconoce auto-correlación positiva. Y si el valor es mayor de 2, se refiere *auto-correlación negativa* (Bowerman y O'Connell, 1979).

✎ *Homocedasticidad.*

Indica que la varianza de *Y* debe ser similar para cualquier *X*, es decir distribución tendiente a la normal, con media igual al valor del pronóstico estimado para el valor correspondiente de *X*.

Se examina por medio del gráfico de residuos o diagrama de residuos vs. valores predichos. Bajo el criterio de *distribución homogénea* de los puntos para declarar no una tendencia, y por consiguiente *homocedasticidad*.

☞ *Normalidad.*

Expresa que para cada valor de X , Y observe una distribución normal. En otras palabras, que para cada valor de X , los residuos o errores se distribuyan normalmente con media cero.

Se revisa por medio de los gráficos de residuos. En este caso los gráficos adecuados serían el histograma de los residuos tipificados, el cual deberá mostrar una distribución cercana a la normal con media cero. Y el gráfico de probabilidad normal de los residuos, que es una figura que describe el ajuste de los residuos con respecto al modelo lineal —*probabilidad acumulada vs. probabilidad teórica* de cada residuo tipificado. Y que deberá observar una tendencia de alineación de los puntos sobre la diagonal del gráfico, para establecer que se cumple el criterio de *normalidad*.

☞ *No-colinealidad.*

Enuncia el principio de no relación lineal entre las variables independientes.

Se prueba por medio del *nivel de tolerancia* para cada variable explicativa. Estadístico que registra la proporción de varianza no asociada al resto de las variables explicativas. Por lo que un valor bajo de este índice señala que es una variable que comparte *varianza* con otras variables. Otro estadístico corresponde al *factor de inflación de la varianza (FIV)*, que registra el excedente de la *varianza* del *coeficiente de regresión*. Y que es el inverso del *nivel de tolerancia*, por lo que un valor alto o mayor que el de tolerancia, indica *colinealidad*. Un estadístico más es el *eingivalor* o *auto-valor*, que registra el valor de la dimensión de cada *coeficiente*. Cuyo valor se espera sea igual o mayor de 1, por lo que un valor cercano a cero señalará *colinealidad*. Finalmente, se cuenta con el *índice de condición*, que proporciona información acerca de la razón de cada *auto-valor*, con respecto al *auto-valor* con más peso. En cuyo caso se espera que el índice no sea mayor de 15 para referir no *colinealidad*. Por lo que valores mayores de 30 indicarán alta *colinealidad*.

El *análisis de regresión múltiple* se define por la estimación de cada uno de los parámetros del modelo. El método que generalmente se emplea generalmente para tal efecto, es el de *introducir* o el método de *eliminar*. Métodos que son similares y que consisten en detectar cada variable que es significativa para integrarse en el modelo, en forma ordenada. Para el método de *introducir* se procede integrando una por una las variables, desde la primera hasta la última significativa. Para el método de *eliminar*, se introducen todas las variables, y se van eliminando hasta que queden las variables significativas para el modelo. En cada método se evalúa el modelo total y cada *parámetro*, para finalmente proceder a la interpretación de los resultados. La prueba del modelo total se efectúa por medio del *análisis de varianza (F)*, bajo la hipótesis nula de que el conjunto de variables explicativas no se relaciona linealmente con la variable criterio. En tanto que la prueba de cada parámetro, se realiza por medio de se utiliza la *prueba t de Student*, bajo la hipótesis nula de que el valor del parámetro es igual a 0, o que no se relaciona linealmente con la variable Y. Con criterio del registro de un valor de *probabilidad* dentro del rango establecido (.0001, .001, .01, .05), para rechazar la *hipótesis nula* en cada caso, y aceptar el modelo general y cada parámetro del modelo.

Una vez obtenido el *modelo de regresión múltiple*, se registra el *coeficiente de determinación*. Que consiste en el cuadrado de la *correlación múltiple (R^2)*. Y que refiere al porcentaje de varianza de Y, que es explicado por el conjunto de variables explicativas en el modelo. Por lo que a mayor valor del coeficiente de determinación se reconocerá mayor grado de explicación de las variables implicadas en el modelo con respecto a la variable criterio.

La relevancia de la *regresión múltiple* para la explicación estadística del comportamiento de las variables de interés es incuestionable. Ya que por medio de este análisis se explica en que medida participa cada variable explicativa reconocida, en el comportamiento de la variable criterio.

En este trabajo se decidió usar la técnica de *regresión múltiple*, para examinar la importancia y el orden del peso de cada variable, en la explicación de la variabilidad de la ideación suicida.

Regresión Logística Binaria

El análisis de *regresión logística* es una derivación del *análisis de regresión múltiple*, solo que en este caso la variable dependiente o criterio es nominal. Es una técnica enfocada para el análisis de grupos, específicamente para registrar la *probabilidad* de pertenencia a cada uno de los grupos relativos a la clasificación de la variable criterio. Motivo por el cual la *regresión logística* puede aplicarse cuando la variable criterio es dicotómica (*regresión logística binaria*) o cuando es politómica (*regresión logística multinomial*). El caso más simple es cuando la variable criterio es dicotómica, con valores 0 y 1. Donde el modelo se orienta a la estimación de la *probabilidad* de pertenencia a la categoría identificada como 1 o de riesgo, conforme a la siguiente ecuación:

$$P(Y=1) = \frac{1}{1+e^{-(b_0+b_1X_2+\dots+b_nX_n)}} = \frac{e^{b_0+b_1X_2+\dots+b_nX_n}}{1+e^{b_0+b_1X_2+\dots+b_nX_n}}$$

Cuando la variable criterio presenta más de dos categorías, se modelan tantas ecuaciones como alternativas presenta la variable dependiente con *parámetros* $Y-1$, y con una categoría de referencia, la cual generalmente es la primera, de acuerdo al siguiente sistema de ecuaciones:

$$P(Y=0) = \frac{1}{1+\sum_{i=1}^{j-1} e^{b_{kj}X_{ji}}} = \text{para } j = 0$$

$$P(Y=j) = \frac{e^{b_{kj}X_{j1}}}{1+\sum_{i=1}^{j-1} e^{b_{kj}X_{ji}}} = \text{para } j = 1,2, \dots, (j-1)$$

Una de las características definitorias de este análisis es la generación de un *índice de riesgo*, por cada *parámetro* identificado, denominado *odds ratio*. Y que refiere a un *cociente probabilidades de odds*. En cuyo caso, cada *odd* refiere a la *probabilidad* de que un suceso (p) ocurra con respecto a la *probabilidad* de que no ocurra ($1-p$):

$$odds = \frac{p}{1 - p}$$

Se determina que un valor *odd ratio* positivo es indicador de que la variable correspondiente es de riesgo, Y que un valor *odd ratio* negativo, es referencia de que la variable es protectora, con respecto al problema, condición, padecimiento o enfermedad que se identifique con la variable criterio.

La valoración del modelo total se efectúa por medio de una prueba de bondad de ajuste. Siendo la más usual la *prueba Hosmer-Lemeshow*, que es un estadístico basado en la agrupación de los casos en *deciles* de riesgo. Y que compara la *probabilidad* observada con la *probabilidad esperada* en cada caso. En cuyo caso se espera un valor de prueba mínimo de 0.30, para referir ajuste adecuado.

Otro estadístico usado para examinar el ajuste del modelo, es el *coeficiente de determinación (R^2)*. Dicho cociente estima la proporción de *varianza* de la variable criterio que es explicada por las variables incorporadas en el modelo. Por lo que se espera un valor arriba de 0.5 para considerar un ajuste adecuado. Para tal efecto se emplea el *coeficiente de determinación* de *Cox y Snell*, que se basa en la función del modelo obtenido vs. un modelo de línea base, pero que proporciona un valor de ajuste perfecto que tiende a ser menor de 1. Motivo por el cual se usa otro *coeficiente de determinación* de *Nagelkerke*, que es un ajuste del *coeficiente de Cox y Snell*. Con lo que obtienen valores de ajuste entre 0 y 1 (Hosmer y Lomeshow, 1989).

En el análisis de regresión logística se utiliza el estadístico X^2 de *Wald* para registrar la significancia de cada parámetro del modelo. El estadístico de *Wald* prueba que el *parámetro* sea significativamente distinto de cero, y por tanto su pertinencia para pertenecer o no al modelo.

Otro dato importante para la valoración del ajuste del modelo es el porcentaje de pronósticos correctos de asignación a cada uno de los grupos. En el caso de la *regresión logística binaria*, el porcentaje de pronóstico para el grupo

de riesgo y para el grupo de no riesgo. Donde se espera un porcentaje arriba de pronóstico arriba del 70 % para señalar un ajuste adecuado del modelo.

En esta investigación se empleó el análisis de *regresión logística binaria*, para obtener información de las variables cuya presencia incrementa o disminuye la probabilidad de manifestación de ideación suicida. Resultados que serían pertinentes para la elaboración del modelo de explicación de ideación suicida.

Modelamiento con Ecuaciones Estructurales

La autoría del *Modelamiento con Ecuaciones Estructurales* (*SEM* por sus siglas en inglés) corresponde a diversos investigadores, pero es Karl Jöreskog (1973) a quien se le atribuye la paternidad del *SEM*, por ser el autor principal del programa de cómputo *Linear Structural Relations* (*LISREL*), primer programa estadístico para aplicar el *SEM* (Jöreskog y Sörborn, 1988).

El *SEM* es un procedimiento estadístico que integra las ventajas del *Análisis de Regresión*, el *Análisis Factorial* y el *Análisis de Trayectorias* (*path analysis*), y cuyo empleo se orienta hacia la comprobación del modelo que el investigador supone describe los datos obtenidos en su investigación. Se le denomina *modelo de ecuaciones estructurales* debido a que las relaciones de causalidad, dependencia y mediación planteadas por el investigador, incluyendo el error de cada variable, se estructuran en ecuaciones simultáneas representadas por dos *matrices de varianza-covarianza*; una correspondiente a los *parámetros* de las relaciones establecidas en el modelo (*matriz δ*). Y otra referida a los *parámetros* teóricos o poblacionales del modelo (*matriz S*) (Shumacker y Lomax, 2004).

Dada la complejidad estadística del *SEM*, es prácticamente imposible su aplicación sin un programa de cómputo adecuado para tal efecto. Afortunadamente existen varios programas excelentes, entre los más importantes se tiene el programa *LISREL* (*Linear Structural Relations*), el programa *AMOS* (*Analysis of Modeling Structural*) y el programa *EQS* (*Equations Structural*). Y algunos programas como el *STATISTICS*, que incorpora entre sus módulos el *SEM*.

El primer aspecto a considerar cuando se decide utilizar el *SEM*, es la clasificación de las variables implicadas. En el *SEM* se identifican cuatro tipos de *variables*; *variables observadas* (indicadores), *variables latentes* (constructos); *variables exógenas* (independientes), y *variables endógenas* (dependientes). Las variables observadas se identifican con el registro directo del dato, y se les conoce también como indicadores de las *variables latentes*. Las *variables latentes*, por su parte, se identifican con los constructos teóricos que sustentan la construcción del modelo. Las *variables exógenas*, corresponden a los factores causales en el modelo. En tanto que las *variables endógenas* refieren a los factores que se pretende explicar a partir del efecto de otras variables. Por lo que es esencial en el *SEM*, clasificar a las *variables exógenas (independientes)*, la o las *variables endógenas puras (dependientes)*, y la o las *variables latentes*. Lo que evidentemente dependerá de los supuestos teóricos subyacentes al modelo que se desea probar o encontrar. Condición que, una vez clarificada, permitirá la representación del modelo por medio de ecuaciones o de esquemas gráficos. En donde las *variables latentes* se describirán en elipses, las *variables exógenas* en rectángulos, la relación de afectación con flechas con dirección de la *variable independiente* hacia la *dependiente*, y la *covarianza* por flecha con doble sentido.

Las aproximaciones que definen la utilización del *SEM* en la investigación, son las siguientes:

1. Aproximación confirmatoria. Cuyo propósito es probar un modelo planteado por el investigador, por medio de la confirmación o rechazo de que el *modelo de varianza-covarianza* esperado es igual al modelo observado.
2. Aproximación de modelos alternativos. Cuyo fin es probar dos o más modelos propuestos por el investigador, para determinar cuál de ellos se ajusta mejor a los datos obtenidos en la investigación.
3. Aproximación de desarrollo de modelo. Cuya meta es encontrar el mejor modelo para describir la estructura de relación en los datos obtenidos. Para lo cual se propone un modelo inicial, el cual se va probando y ajustando hasta encontrar el mejor modelo que se ajusta al planteamiento teórico de la investigación.

Elegida la aproximación bajo la cual se aplicará el *SEM*, el siguiente paso será la aplicación del *SEM*. Lo que conforme a Anderson y Gerbing (1988), se efectúa en dos pasos. El primero, dirigido hacia la validación del modelo de medida; y el segundo, orientado hacia el ajuste del modelo estructural. A continuación se describen ambos pasos.

Validación del modelo de medida.

La validación del modelo de medida es la parte del *SEM* que trata con las *variables latentes* y sus indicadores. El propósito de este paso es comprobar, por medio del *Análisis Factorial confirmatorio (CFA)* con el método de máxima probabilidad (*LM*), que el conjunto de indicadores elegidos para explicar cada una de las variables latentes en el modelo, registran valores significativos de explicación, con error mínimo. Lo que se busca con la validación del modelo es comprobar que cada variable latente responde a los supuestos teóricos que subyacen a la construcción del modelo con el *SEM*.

Ajuste del modelo estructural.

Shumacker y Lomax (2004) establecen que para lograr el ajuste del modelo estructural es necesario seguir cinco pasos: 1. Especificación del modelo; 2. Identificación del modelo; 3. Estimación del modelo; 4. Prueba del modelo, y 5. Modificación del modelo. En lo que consiste cada uno de estos pasos, se describe a continuación.

Especificación del modelo estructural.

La especificación del modelo refiere a la selección de las variables que integraran el modelo, y a la definición de las relaciones que se pretende reconocer o comprobar con los datos de la investigación. En este paso lo que se pretende es la especificación precisa del modelo por medio de las ecuaciones estructurales que formarán la *matriz de varianza-covarianza muestral (S)*, que a su vez permitirá la conformación de la *matriz teórica (Σ)*. Para lo cual se diseña el modelo por medio de las ecuaciones o del diseño gráfico de las relaciones. Formato que dependerá del programa de cómputo que se use. Un aspecto a cuidar en este

paso es observar que no ocurra la omisión de variables fundamentales en la explicación. Y que no se introduzcan variables espurias para el modelo.

Identificación del modelo estructural.

La identificación del modelo estructural consiste en determinar las características de restricción de los parámetros que delimitará el conjunto de soluciones posibles para el sistema de ecuaciones. Lo que se logra por medio de la especificación de los *parámetros* que serán libres, fijos o restringidos. Donde la restricción corresponde a la asignación de un valor en el *parámetro* que, por razones teóricas, debe ser restringido hacia un valor específico, que aunque puede variar, generalmente es 1. Cuando se decide no asignar un valor de restricción al parámetro, debido a que teóricamente no es posible estimar su valor, entonces el *parámetro* es libre.

Un aspecto más a considerar en la identificación del modelo, refiere a la determinación de la condición de orden para asegurar que el número de *parámetros libres* sea igual o menor al número de valores distintos de la *matriz S*. En cuyo caso el número de valores distintos en la matriz S se determina por la fórmula: $p(p+1)/2$. En tanto que el número de *parámetros libres* se estima por medio de la fórmula: $p(p+3)/2$, donde p es el número de variables observadas. Así, un modelo con tres variables observadas supondrá 6 valores distintos [$3(3+1)/2 = 6$] y 9 *parámetros libres* a ser estimados [$3(3+3)/2 = 9$]. Lo que corresponderá a un modelo saturado, es decir, un modelo sin posibilidad de estimación de los *parámetros*. Situación en la que es necesario establecer las condiciones de restricción adecuadas. Cuando no se tiene una condición de orden correcta, el programa de cómputo usado señala que no fue posible estimar el valor de los *parámetros* y que es necesario efectuar n restricciones en los *parámetros*, sugiriendo incluso las restricciones posibles.

En este paso, puede ocurrir uno de tres resultados; sobre-identificación, sub-identificación o identificación justa del modelo. Sobre-identificación cuando hay más de una solución para estimar el valor de los *parámetros* en el modelo, debido al exceso de información en la *matriz*. Sub-identificación cuando uno o

más *parámetros* no pueden ser determinados debido a que no existe suficiente información, ya que no se especificaron las condiciones de restricción suficientes. E identificación justa cuando se plantearon las restricciones suficientes de información para la *matriz S* y por tanto se identifican todos los *parámetros* especificados en el modelo con una única solución.

Se considera que un modelo es identificado cuando es justamente identificado o sobre-identificado. Y que no es identificado, si ocurre la sub-identificación. Sin embargo, un modelo sub-identificado puede ser identificado si se llevan a cabo restricciones adicionales a los *parámetros*, hasta que los *grados de libertad* sean igual a 1 o mayores.

Sin embargo, haber logrado la identificación del modelo no significa que se haya encontrado el mejor modelo, solo que fue posible la estimación de todos los *parámetros* del modelo.

Estimación del modelo estructural.

La estimación del modelo estructural refiere a la identificación de los *parámetros* del modelo. Lo cual se logra por diferentes métodos cuya elección dependerá de los datos con los que se cuente en la investigación. Así, el método no ponderado de *mínimos cuadrados (ULS u OLS)* se dirige hacia datos cuyos valores son dependientes de las transformaciones en la escala de medida, y es un método raramente empleado. En tanto que el método de *mínimos cuadrados generalizados (GLS)* y el *método de máxima probabilidad (ML)*, se usa cuando los datos no son dependientes en sus valores de la transformación de la escala, pero que demandan *normalidad multivariada* y, por tanto, *tamaño de muestra grande*. Por su parte, el método de *mínimos cuadrados ponderados (WLS)* es un método de *escalas libres* para datos que no presentan *distribuciones multivariadas normales*, pero con *tamaño de muestra grandes*. Y el *método de estimación bayesiana* dirigido a datos con *escalas libres*, que incluso pueden ser ordinales,

sin requerimiento de tamaño de *muestra* grande¹, pero si lo suficiente para la estimación de los *parámetros* (Shumacker y Lomax, 2004).

Prueba del modelo estructural.

La prueba del modelo corresponde dos tareas. La primera, referida a la evaluación de la bondad de ajuste de *los parámetros* de la *matriz S* con respecto a los *parámetros de la matriz δ* . La segunda, relativa a la revisión de las condiciones de ajuste específicas del modelo por medio de la evaluación de que el valor estimado de cada *parámetro* sea conforme a lo esperado.

En la prueba del *modelo estructural*, se registran tres resultados del modelo, los cuales son:

1. El *modelo saturado*. Que señala estructuración incorrecta del modelo, en razón de que se registran diferentes soluciones para las ecuaciones estructurales, lo que da por resultado un modelo no parsimonioso.
2. El *modelo de independencia*. Que indica el modelo contrario al esperado, un modelo donde las relaciones indicadas son nulas con registro de diferencia significativa entre las *matrices S* y δ .
3. El *modelo por default*. Que es el modelo estructural que se pretende probar en la investigación, y donde se espera bondad de ajuste entre las *matrices S* y δ .

¹ Un tamaño de muestra grande corresponde al tamaño que permita obtener una distribución normal, y que generalmente se obtiene por medio de la fórmula: $n = (Zs/e)^2$; donde Z es el valor de tablas para el grado de significancia elegido; s es el valor estimado de desviación estándar poblacional, y e el error aceptado. Sin embargo, en ecuaciones estructurales por la cantidad de estimadores a obtener no existe un acuerdo definido de la cantidad que significaría un tamaño de muestra adecuado, ya que se ha recomendado desde un tamaño mínimo de 100 o 150 (Anderson y Gerbing, 1988), hasta un tamaño de 5000 (Hu, Bentler y Kano, 1992). Sin embargo, como Shumacker y Lomax (2004) indican, lo conveniente es tener entre 10 y 20 sujetos por indicador para tener una muestra con tamaño mínimo.

Si se registra bondad de ajuste en el modelo, el siguiente paso es revisar las condiciones generales de ajuste del modelo. Para lo cual se examinan los índices de ajuste correspondientes, los cuales dependen del programa que se use. Los principales índices son los siguientes.

Índices de bondad de ajuste. Que se basan en la comparación del modelo de investigación con el modelo de independencia. En donde lo que se espera es que la diferencia entre ambos modelos sea máxima. Motivo por el cual el valor aceptado es de 1 o cercano a 1 para señalar un buen ajuste del modelo. Entre los principales índices de este grupo se encuentra; el *Índice Comparativo de Ajuste (CFI)*, el *Índice General de bondad de ajuste (GFI)*, y el *Índice de ajuste relativo (RFI)*.

Índices basados en la evaluación de la cercanía de la matriz S con respecto a la matriz δ . En cuyo caso se espera que la cercanía entre ambas matrices sea máxima y por tanto que el valor de comparación sea cercano a cero. Por lo que el valor registrado con estos índices debe ser cercano a cero para indicar ajuste correcto del modelo. Entre los principales índices de este grupo se cuenta con la *Raíz Cuadrada Media del Error de Aproximación (RMSEA)*, y la *Raíz Media Cuadrada de los R (RMR)*.

Índices para la comparación de los dos modelos. En cuyo caso lo que se espera es que la diferencia entre ambos modelos sea mínima. Por lo que se espera el registro de valores cercano a cero para declarar que los modelos son similares. Entre los índices más usados en este grupo se cuenta con el *Criterio de Información Akaike (AIC)*, y el *Índice Esperado de Validación Cruzada (ECVI)*.

Índices dirigidos a la evaluación de la complejidad del modelo. En donde se esperan valores menores a 0.9 para señalar complejidad adecuada del modelo. Entre los índices más comunes de este grupo se cuenta con el *Parámetro de no Centralidad (NCP)*, y el *Índice de Centralidad (CI)*. Índices que sin embargo son poco empleados ya que la complejidad del modelo depende de los propósitos del investigador, y es difícil estimar un valor confiable de complejidad, aunque se

debe considerar que por principio un modelo con demasiada complejidad tenderá a no ser funcional.

Índices encaminados a la revisión de la parsimonia del modelo estructural. En cuyo caso se propone evaluar la pertinencia del número de *parámetros* estimados. Lo cual se logra mediante la razón entre los *grados de libertad* del modelo propuesto con relación a los *grados de libertad* del modelo de independencia modificación. Y se espera que el valor registrado sea mayor a .5 para especificar parsimonia del modelo. Entre los *índices* de este grupo se encuentra la *Razón de Parsimonia (PRATIO)*, el *Índice de Bondad de Ajuste de Parsimonia (PGFI)*. Índices que tampoco se usan regularmente dado que la *parsimonia* del modelo depende del propósito de la investigación, y es prácticamente imposible asignarle un valor numérico adecuado.

Índices encauzados a la evaluación del tamaño de muestra adecuado para la estimación del modelo. En este caso solo se pretende evaluar la pertinencia del *tamaño de muestra*. Para tal caso se cuenta con el *índice de Hoelter*, con un valor esperado mayor a 200 para señalar la pertinencia del *tamaño de muestra*.

Dada la amplia gama de índices para revisar las condiciones de ajuste del modelo, el investigador debe decidir cuáles utilizará para reportar su trabajo. Al respecto, Shumacker y Lomax (2004) señalan que el índice que invariablemente debe ser reportado es el índice *RMSEA*, al cual se puede sumar alguno de los índices complementarios tal como el *CFI*, el *GFI*, o el *RFI*. Y en cuyo caso, se debe tener en cuenta que el acceso a los distintos índices dependerá del programa de cómputo que se use.

Finalmente, para completar la prueba del *modelo estructural* se procede a la revisión del valor de los parámetros que integran el modelo. Para lo cual se inspecciona que cada parámetro presente efecto significativo, lo cual se realiza por medio de la observación de los resultados registrados con la *prueba t de Student* o *F* correspondiente. Se examina el signo de los parámetros para reconocer si son congruentes con lo planteado en la construcción del modelo. Y

se revisa que el valor o carga de los parámetros corresponda a lo esperado teóricamente.

Modificación del modelo estructural.

Una vez probado el modelo, es probable que la siguiente acción corresponda a la modificación del modelo para alcanzar el ajuste adecuado, ya que frecuentemente el modelo necesita modificaciones para ser ajustado.

Las modificaciones generalmente se limitan a cambios en el valor de restricción de los *parámetros*, o en añadir *parámetros de covarianza*, cuidando no alterar los supuestos teóricos del modelo. Una vez realizadas las modificaciones pertinentes, se prueba la pertinencia de las modificaciones realizadas por medio de *índices de modificación* tal como los *multiplicadores de Lagrange (LM)*.

Validación del modelo estructural.

En este paso generalmente se aplica el modelo a una segunda muestra de la población. Para lo cual, si la muestra es lo suficientemente grande se podrá dividir la muestra en dos, para con la primera muestra ajustar el modelo y con la segunda realizar la validación (Shumacker y Lomax, 2004).

Si los resultados de validación señalan los mismos resultados encontrados con el primer modelo, entonces se podrá determinar que se ha identificado un modelo estructural que permite describir el comportamiento de las variables de acuerdo con los planteamientos que sustentaron su elaboración. Y que si bien existen otros modelos que pueden ser reconocidos, el modelo obtenido es una propuesta confiable que puede ser considerada para describir y explicar el comportamiento de las variables implicadas, con base en los principios teóricos y empíricos que acreditaron la elaboración de dicho modelo.

En la presente investigación se consideró como la mejor propuesta de análisis, al modelamiento con ecuaciones estructurales. Ya que con ello sería posible dar respuesta a los planteamientos teóricos del trabajo. Lo cual, como se presenta en los resultados, se logró.

Sección 5: Instrumento



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



¡Hola!

Lo que tienes en tus manos es un cuestionario cuyo propósito es conocer lo que viven, sienten y piensan jóvenes como tú, para proponer alternativas de ayuda y atención a aquellos que lo necesiten. Por ello te pedimos tu valiosa cooperación contestando las preguntas que integran este cuestionario.

Si estás de acuerdo en participar, contesta todas las preguntas tratando de reflejar lo más fielmente tú forma de pensar y de sentir. Si tienes dudas pregúntale al aplicador(a).

Por tu cooperación, de antemano te damos las gracias.

A T E N T A M E N T E

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN RIESGO Y SALUD EN JÓVENES



SECCIÓN 1. DATOS GENERALES

Instrucciones: Por favor, anota brevemente el dato que se te pide o marca (X) la opción que consideres responde a cada pregunta.

-
- 1.1. Edad: _____ () 1. No (pasa a la preg. 1.12)
1. 2. Sexo: () 2. Si
- () 1. Hombre
- () 2. Mujer
- 1.3. Año escolar _____
- 1.4. Promedio aproximado de calificación que tienes en este momento en la Escuela: _____
- 1.5. Lugar que ocupas como hijo(a):
- () 1. único(a) o primero(a)
- () 2. segundo(a)
- () 3. tercero(a) o más
- 1.6. Estado civil:
- () 1. Soltero(a)
- () 2. casado(a)
- () 3. Unión libre
- 1.7. ¿Trabajas?
- () 1. No
- () 2. Si
- 1.8. ¿Sostén económico de tú familia?
- () 1. Padre
- () 2. Madre
- () 3. Ambos padres
- () 4. Hermano(s)(as)
- () 5. Padres y hermanos
- () 6. Tú
- () 7. Esposo(a)
- () 8. Otros
- 1.9. ¿Tu infancia y adolescencia la viviste con?
- () 1. papá y mamá
- () 2. Papá, mamá y hermano(s)
- () 3. Solo mamá, o solo papá
- () 4. Solo hermano(s)
- () 5. Con ambos padres o algunos de los padres y otros familiares
- () 6. Solo tíos, abuelos, o hermanos
- () 7. Otras personas
- 1.10. ¿Padeces alguna enfermedad que requiera tratamiento continuo?
- 1.11. ¿Cuál enfermedad? _____
- 1.12. ¿Acostumbras o necesitas consumir alguna de las siguientes sustancias con frecuencia para sentirte bien? (puedes marcar más de una opción)
- () 1. Cigarros
- () 2. Café
- () 3. Bebidas energéticas
- () 4. Alcohol
- () 5. Drogas
- () 6. Medicamentos
- () 7. No consumo algo para sentirme bien
- 1.13. ¿En los últimos tres meses has vivido situaciones que han perturbado o alterado tú vida?
- () 1. No (pasa a la pregunta 1.15)
- () 2. Si, una
- () 3. Sí, más de una
- 1.14. Estas situaciones que han perturbado o alterado tú vida, ¿se relacionan con? (puedes marcar más de una opción):
- () 1. La familia
- () 2. La pareja
- () 3. Amistades
- () 4. Escuela
- () 5. Trabajo
- () 6. Otro ¿cuál? _____
- 1.15. ¿Tú religión es?
- () 1. Católica
- () 2. Evangélica (protestante)
- () 3. Otra, ¿cuál? _____
- () 4. Ninguna (pasa a la pregunta 1.17)

Anexo

1.16. ¿Qué tanto practicas tu religión?

- 1. nada
- 2. un poco
- 3. Regular
- 4. bastante
- 5. muchísimo

1.17. ¿Tu preferencia sexual es?

- 1. heterosexual
- 2. homosexual
- 3. Bisexual

1.18. ¿Tienes novia(o)?

- 1. No
- 2. Si

1.19. ¿Tienes relaciones sexuales
regularmente?

- 1. No
- 2. Si

1.20. ¿Has recibido atención psicológica o Psiquiátrica?

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

1.21. ¿La causa por la que recibiste
atención psicológica o psiquiátrica fue?

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

1.22. ¿Crees que has sido víctima de
situaciones humillantes?

- 1. No
- 2. Si

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

- 1. No
- 2. Si

PASA POR FAVOR A LA SECCIÓN 2

SECCIÓN 2. PENSAMIENTOS, ACTITUDES Y EMOCIONES

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

TD	D	N	A	TA
<i>Totalmente en Desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo Ni en desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de Acuerdo</i>

Ejemplo:

	TTD	DD	NN	AA	TA
<i>Soy una persona que cumple lo que dice</i>					X

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

	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni Acuerdo ni Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
	TD	D	N	A	TA
<i>2.1. La felicidad depende más de mi actitud hacía mi mismo que dé la impresión que los demás tengan de mi</i>	5	4	3	2	1
<i>2.2. La gente probablemente me considerará menos si cometo algún error</i>	1	2	3	4	5
<i>2.3. Si no hago siempre bien las cosas, la gente no me respetará</i>	1	2	3	4	5
<i>2.4. Es posible ganar la consideración de otra persona sin estar especialmente dotado(a) en algo</i>	5	4	3	2	1
<i>2.5. Para ser feliz necesito que me admire la mayor parte de la gente que conozco</i>	1	2	3	4	5
<i>2.6. Si una persona pide ayuda, es señal de debilidad</i>	1	2	3	4	5
<i>2.7. Si fracaso en mis estudios, seré un(a) fracasado(a)</i>	1	2	3	4	5
<i>2.8. Si no puedes hacer bien una cosa, es mejor no hacerla</i>	1	2	3	4	5
<i>2.9. Está bien cometer errores, porque de ellos puedo aprender</i>	5	4	3	2	1
<i>2.10. Si alguien no está de acuerdo conmigo, eso probablemente indica que no le agrado</i>	1	2	3	4	5
<i>2.11. Si fracaso en algo, eso lo considero tan malo como ser un completo fracaso</i>	1	2	3	4	5
<i>2.12. Si los demás saben cómo soy, me considerarán menos</i>	1	2	3	4	5
<i>2.13. No soy nada si no me quiere la persona a quien yo quiero</i>	1	2	3	4	5
<i>2.14. Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás piensen de mí</i>	1	2	3	4	5

Anexo

	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni Acuerdo ni Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
	TD	D	N	A	TA
2.15. <i>Para ser una persona valiosa, debo destacar por lo menos en algo importante</i>	1	2	3	4	5
2.16. <i>Las personas a quienes se les ocurren buenas ideas valen más que aquellas a quienes no se les ocurren</i>	1	2	3	4	5
2.17. <i>Las opiniones que tengo de mi mismo(a) son más importantes que las opiniones que los demás tienen de mi</i>	5	4	3	2	1
2.18. <i>Hacer una pregunta me hace parecer inferior</i>	1	2	3	4	5
2.19. <i>Puedo alcanzar metas importante sin esclavizarme a mi mismo(a)</i>	5	4	3	2	1
2.20. <i>Es posible ser reprendido y no sentirse molesto</i>	5	4	3	2	1
2.21. <i>No puedo confiar en otras personas porque podrían ser crueles conmigo</i>	1	2	3	4	5
2.22. <i>Si desagradas a los demás, no puedes ser feliz</i>	1	2	3	4	5
2.23. <i>Para agradar a otras personas, lo mejor es renunciar a los propios intereses</i>	1	2	3	4	5
2.24. <i>Estar aislado de los demás, termina por llevar a la Infelicidad</i>	1	2	3	4	5
2.25. <i>Puedo encontrar la felicidad aún sin ser amado(a) por otra persona</i>	5	4	3	2	1
2.26. <i>Mi éxito dependerá de lo agradable que soy</i>	1	2	3	4	5
2.27. <i>Los mejores alumnos son los que tienen suerte</i>	1	2	3	4	5
2.28. <i>Obtener lo que quiero depende de mi</i>	5	4	3	2	1
2.29. <i>Todo lo que hago me sale bien gracias a la suerte</i>	5	4	3	2	1
2.30. <i>Mis calificaciones dependen de mi</i>	5	4	3	2	1
2.31. <i>Es mejor tener suerte que ser inteligente</i>	1	2	3	4	5
2.32. <i>Mi éxito en la escuela dependerá de que tan agradable sea yo</i>	1	2	3	4	5
2.33. <i>El éxito depende de mi</i>	1	2	3	4	5

	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni Acuerdo ni Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
	TD	D	N	A	TA
2.34. Existe una persona especial que está cerca de mi cuando la necesito	5	4	3	2	1
2.35. Mi familia trata realmente de ayudarme	5	4	3	2	1
2.36. Tengo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia	5	4	3	2	1
2.37. Mis amigos tratan realmente de ayudarme	5	4	3	2	1
2.38. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal	5	4	3	2	1
2.39. Puedo hablar de mis problemas con mi familia	5	4	3	2	1
2.40. Hay una persona especial en mi vida que se preocupa de mis sentimientos	5	4	3	2	1
2.41. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos	5	4	3	2	1
2.42. Cuando hago planes, estoy seguro que puedo hacer que funcionen	5	4	3	2	1
2.43. Uno de mis problemas es que no puedo ponerme a trabajar cuando debería	1	2	3	4	5
2.44. Si no puedo hacer un trabajo la primera vez, sigo intentándolo hasta que puedo	5	4	3	2	1
2.45. Abandono las cosas antes de completarlas	1	2	3	4	5
2.46. Evito enfrentarme a las dificultades	1	2	3	4	5
2.47. Si algo me parece demasiado complicado no me molesto en intentarlo	1	2	3	4	5
2.48. Cuando tengo que hacer algo desagradable, me pongo a hacerlo hasta que lo acabo	5	4	3	2	1
2.49. Cuando decido hacer algo, voy directo a trabajar sobre Ello	5	4	3	2	1
2.50. Evito intentar aprender cosas nuevas cuando me parecen demasiado difíciles	1	2	3	4	5
2.51. El fracaso sólo hace que lo intente con mayor fuerza	5	4	3	2	1
2.52. Me siento inseguro(a) por mi incapacidad para hacer las cosas	1	2	3	4	5
2.53. Soy una persona que confía en sí misma	5	4	3	2	1

	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni Acuerdo ni Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
	TD	D	N	A	TA
2.54. <i>Cedo fácilmente</i>	1	2	3	4	5
2.55. <i>No parezco capaz de tratar con la mayoría de los problemas que surgen en la vida</i>	1	2	3	4	5
2.56. <i>Me es difícil hacer nuevos amigos</i>	1	2	3	4	5
2.57. <i>Cuando intento hacer amistad con alguien que no parece interesado en principio, no renuncio fácilmente</i>	5	4	3	2	1
2.58. <i>No me desenvuelvo bien en las reuniones sociales</i>	1	2	3	4	5
2.59. <i>He conseguido a mis amigos(as) gracias a mis habilidades personales para tratar con la gente</i>	5	4	3	2	1
2.60. <i>El dinero con el que cuento regularmente, me alcanza para satisfacer todas mis necesidades</i>	5	4	3	2	1
2.61. <i>Mis creencias personales me dan fuerza para enfrentar las dificultades</i>	5	4	3	2	1
2.62. <i>Mi condición económica me causa intranquilidad</i>	1	2	3	4	5
2.63. <i>Mis creencias personales me ayudan a entender las dificultades de la vida diaria</i>	5	4	3	2	1
2.64. <i>Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza</i>	5	4	3	2	1
2.65. <i>Más vale que abandone todo, porque no puedo conseguir que mi vida pueda mejorar</i>	1	2	3	4	5
2.66. <i>Cuando las cosas van mal, me ayuda saber que no pueden continuar así toda la vida</i>	5	4	3	2	1
2.67. <i>Mi futuro parece oscuro</i>	1	2	3	4	5
2.68. <i>Tengo bastante tiempo para realizar las cosas que más deseo hacer</i>	1	2	3	4	5
2.69. <i>No consigo oportunidades y no hay razón para creer que las tenga en el futuro</i>	1	2	3	4	5
2.70. <i>Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro</i>	5	4	3	2	1
2.71. <i>En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa</i>	5	4	3	2	1
2.72. <i>Es una estupidez desear algo, pues nunca consigo lo que quiero</i>	1	2	3	4	5

	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni Acuerdo ni Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
	TD	D	N	A	TA
2.73. Tengo gran fe en el futuro	5	4	3	2	1
2.74. Es muy poco probable que tenga verdadera satisfacción en el futuro	1	2	3	4	5
2.75. Preveo tiempos mejores que peores	5	4	3	2	1
2.76. Cuando tengo problemas, dudo de mi capacidad para enfrentarlos eficazmente	1	2	3	4	5
2.77. Para resolver un problema pongo en marcha todos los recursos que están a mi alcance	5	4	3	2	1
2.78. Cuando tengo problemas, no dejo de pensar en ellos y soy incapaz de prestar atención a otras cosas	1	2	3	4	5
2.79. Actúo impulsivamente, sin pensarlo	1	2	3	4	5
2.80. Me enfurezco sin motivo	1	2	3	4	5
2.81. Soy atrevido(a), impetuoso(a), arrebatado(a)	1	2	3	4	5
2.82. Soy demasiado agresivo(a)	1	2	3	4	5
2.83. Tengo con frecuencia ideas en la cabeza que no puedo evitar	1	2	3	4	5
2.84. Me cuesta trabajo expresar mis derechos (lo que pienso, siento, etc.) de modo eficaz y socialmente aceptable	1	2	3	4	5

Ahora, por favor señala que tanto del tiempo en el mes pasado te has sentido de la siguiente manera.

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

SECCIÓN 3. PROBLEMAS

Señala, en orden de importancia, cuáles son los dos principales problemas que te afectan en la actualidad.

3.1. _____

3.2. _____

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

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

3.7. ¿Has intentado suicidarte con anterioridad?

Si () (pasa a la pregunta 3.8) No () (entrega cuestionario al aplicador(a))

3.8. Si has intentado suicidarte, ¿cuántas veces lo has hecho?

1 () 2 () 3 () Más de 3 ()

3.9. ¿Te interesaría recibir ayuda?

Si () No ()

¡Tú eres muy importante, si necesitas ayuda no dudes en solicitarla!

Si quieres que nos comuniquemos contigo para recibir ayuda, puedes mandar un correo a:

riesgoysalud@campus.iztacala.unam.mx

O anotar tus datos para que nos comuniquemos contigo por teléfono.

Nombre: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

¡GRACIAS POR TU COOPERACIÓN!