

01962 2ef



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

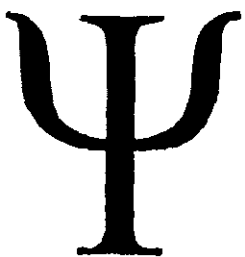
FACTORES DE RIESGO PARA LA IDEACION SUICIDA: ANALISIS RETROSPECTIVO DE FACTORES DE INTERACCION Y CRIANZA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE: MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA PRESENTA LIC. SILVIA AMALIA ARTASANCHEZ FRANCO

COMITE DE TESIS: MTRA. LUCY REIDL MARTINEZ
MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS
DRA. SUSAN PICK
MTRO. FLORENTE LOPEZ RODRIGUEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA



MEXICO, D. F. 1999

272877

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PAGINACION

DISCONTINUA.

Miguel, con todo mi cariño y amor te dedico esta tesis, que es el último paso que faltaba dar para poder iniciar con tranquilidad nuestras nuevas aventuras en otro país (:

El esfuerzo y la presión de tiempo con que se hizo este trabajo fueron grandes, pero lo logré y eso me da mucho gusto. Sé que a muchos también les da el mismo gusto y por eso les dedico con mucho cariño mi tesis y les doy las gracias por todo el amor, amistad, ayuda, apoyo y solidaridad que me dieron:

A mi abuelita, gracias por la velita: funcionó.

A mi mamá y a mis hermanos Mariana, Pepe y Quico.

A mis 'cuñaos': Citlali y Erik.

A mis amigos de siempre: Teté, Yolanda, Leonel, Cuic, Gretel, Claudia, Rodolfo, Mauricio A. y Chebo.

A los hermanitos adoptados: Mauricio F. y Marco.

A mi suegra - jefa - compañera de trabajo - etc., etc., Paty.

A mis compañeros y amigos de oficina: Fernando, Clarita, Blanca Estela, Daniel, Blanca, Mario, Gina, Roberto y Nivaldo.

A mi suegro Miguel.

A mi abuelita "postiza" Cristy.

A mi tío "adoptivo" Alejandro.

Aunque ya no están con nosotros, donde quiera que estén también les dedico esta tesis: A mi papá y a Joaquín Cravioto.

Esta tesis también la dedico a todas las personas cuyo dolor las ha orillado a pensar en suicidarse o a intentarlo. Espero que este esfuerzo y los que vengan contribuyan aunque sea un poquito a que se creen medios para que no tengan que expresar o terminar su sufrimiento de esta forma.

Dedico mi esfuerzo a la UNAM, que hasta el momento de imprimir esta tesis seguía en paro. Del caos surgen cosas buenas y eso es lo que deseo para La Universidad.

Gracias a todas los jóvenes que participaron contestando los cuestionarios, no solo por el tiempo que emplearon, sino porque esto implicó para muchos de ellos un esfuerzo emocional muy grande.

Gracias a todo el equipo del Centro de Intervención en Crisis (CIC) de Guadalajara, Jalisco, que no sólo participó buscando pacientes para esta investigación y aplicando cuestionarios, sino por su amabilidad y buena disposición para conmigo:

Mtro. Francisco José Rodríguez Gutiérrez, Director del CIC.
Psic. Talía Terpsicore Landeros Gallardo
Psic. José de Jesús Robles González
Psic. Elba Griselda González Bautista
Psic. Mirna Alicia Rivera González
Psic. Silvia Leticia Alvarez Ponce de León
Psic. María Verónica Jalomo Contreras

Gracias al Dr. Héctor Gallardo Rincón, Director de Servicios de Salud de Guadalajara, Jalisco, y al Dr. Benjamín Becerra, quienes me permitieron el acceso al Hospital Civil de Guadalajara. Gracias también al Psic. Roque Quintanilla, que en el Hospital también me brindó su apoyo y cooperación.

Gracias a las personas del Hospital Xoco por toda la libertad con que me permitieron aplicar los cuestionarios y por su amabilidad e interés:

Dr. René Castilleros, Director del Hospital
Dr. Martín Omar Valencia Valencia, Jefe de Enseñanza
Psic. Ramón Zendejas Martínez, Jefe de Psicología
Psic. Magdalena Ramírez Sánchez

A las personas del CONALEP plantel Ing. Bernardo Quintana Arriola, les doy las gracias por su amabilidad y por apoyarme de forma tan importante al darme tantas facilidades para recopilar la mayor parte de la muestra:

Ing. Miguel Ángel Ake Madera, Director del Plantel
Lic. Lucina Chía, Jefa de Proyectos Escolares

Muchas gracias al Dr. Miguel Betancourt Rule, Jefe de Laboratorio de Biología Celular, por el acceso a la Universidad Autónoma Metropolitana, plantel Iztapalapa, pero especialmente por su preocupación de que todo me saliera bien y lograra terminar mi tesis lo más pronto posible. Gracias también a todos los profesores de la UAM que cedieron sus horas de clases para que se aplicara el cuestionario.

Gracias al Dr. Alejandro Cravioto Quintana, Director de la Facultad de Medicina de la UNAM, por su apoyo para la aplicación de cuestionarios en el Departamento de Salud Mental y también en la captura de los cuestionarios, pero sobre todo por su constante empuje y su interés en mis logros.

Al equipo de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, gracias:

Dr. Alejandro Díaz, Director del Departamento de Salud Mental
Dra. Silvia Ortíz, Departamento de Salud Mental

A las personas de la Facultad de Medicina de la UNAM que me ayudaron con la captura de los datos, por su apoyo y buena disposición, muchas gracias:

Dr. Antonio Cerritos, Jefe del Departamento de Cómputo
Lic. Noemí Romero, Departamento de Cómputo

A la Lic. María de Lourdes Monroy Tello, muchas gracias por la parte del análisis estadístico y por tranquilizarme en mis momentos de desesperación, ya fuera en persona o a través de la red.

Gracias al Ing. Daniel Vilchis por su ayuda para contactar al CONALEP y por echarme porras para que acabara pronto la tesis.

Gracias a la Mtra. Patricia Cravioto por orientarme con respecto a la metodología y por inyectarme siempre de entusiasmo y energía para hacer la tesis.

Gracias al Lic. Fernando Galván por su ayuda y asesoría con la estadística, ya fuera con los programas de cómputo o con el análisis de los datos, además de su preocupación por ver terminada mi tesis.

A la Dra. Guadalupe García de la Torre, muchas gracias por su ayuda con la interpretación de los datos y por su amistad.

Gracias a mi comité de tesis por su asesoría y guía:

Dr. Juan José Sánchez Sosa
Dra. Lucy Reidl
Mtro. Samuel Jurado
Dra. Susan Pick
Mtro. Florente López

Gracias a la Dirección General de Apoyo al Personal Académico (DGAPA) por la beca que me otorgaron; esto me permitió que con tranquilidad estudiara la maestría y realizara buena parte de la tesis.

Gracias al Proyecto de Análisis de Riesgo Interactivo para el Deterioro de la Salud Psicológica en Adolescentes, de la Facultad de Psicología de la UNAM, a través del cual se adquirió la Escala de Beck para la Ideación Suicida y se imprimió el material necesario para el levantamiento de la información.

INDICE

PÁGINAS

RESUMEN	i
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Conceptos Básicos	3
1.2 El Suicidio	4
1.3 Epidemiología	12
1.3.1 Factores de Riesgo Epidemiológicos	15
1.4 Psicodinamia del Suicidio	17
1.5 Justificación	19
II. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	23
III. OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo General	24
3.2 Objetivos Específicos	24
IV. HIPÓTESIS	24
V. METODOLOGÍA	25
5.1 Tipo de Estudio	25
5.2 Criterios de Selección	25
5.3 Población Objetivo	26
5.4 Definición de Variables	26
5.4.1 Variables Dependientes	26
5.4.2 Variables Independientes	27
5.5 Instrumentos	28
5.6 Procedimiento	35
5.7 Plan de Análisis	39

VI. RESULTADOS 41

VII. DISCUSIÓN 69

BIBLIOGRAFÍA 84

ANEXO 1. INVENTARIO DE INTERACCIÓN Y PATRONES DE CRIANZA (IINPAC).

ANEXO 2. ESCALA DE BECK PARA LA IDEACIÓN SUICIDA.

ANEXO 3. RESULTADOS GENERALES: DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

**ANEXO 4. CORRELACIÓN DE SPEARMAN PARA LOS REACTIVOS DE CRIANZA,
DE IDEACIÓN SUICIDA Y ASOCIADOS AL SUICIDIO EN GENERAL.**

RESUMEN

Este trabajo buscó determinar la distribución de la intensidad de la ideación suicida y ciertas variables de interacción, crianza y sociodemográficas que caracterizan a cuatro grupos de estudio: Grupo 1 sujetos con ideación y con intento suicida, Grupo 2 sujetos con ideación y sin intento suicida, Grupo 3 sujetos sin ideación y con intento suicida, Grupo 4 sujetos sin ideación y sin intento suicida. También se buscó determinar si existe correlación entre la intensidad de la ideación suicida y las variables ya mencionadas, a fin de establecer cuáles de éstas son factores de riesgo o protectores para la gravedad o seriedad de la ideación suicida. Después de reunir a una muestra de 423 estudiantes de ambos sexos de entre 15 y 25 años de edad, que contestaron el Inventario de Interacción y Patrones de Crianza (INPAC) y la Escala de Beck para la Ideación Suicida (EBIS), se procedió a realizar la estadística descriptiva de la muestra en general, para posteriormente realizar una prueba de X^2 que determinara si las distribuciones de los grupos de estudio eran o no similares con respecto a las variables de interacción y crianza. Después se realizó una correlación de Spearman, para determinar en qué grado los rangos de las variables de interacción y crianza estaban de acuerdo o en desacuerdo con los de ideación suicida. Por último, se realizó una regresión múltiple, con el fin de conocer qué tan bien los patrones de crianza e interacción, así como otras variables, podían en conjunto predecir o explicar la variabilidad de la intensidad de la ideación suicida y cuáles eran factores de riesgo y protectores para la ideación. Se encontró que los cuatro grupos eran diferentes con respecto a diversas variables y que la intensidad de la ideación suicida fue mas alta en el Grupo 1 y el Grupo 2. Ciertas variables relacionadas con una mejor crianza e interacción correlacionaron con puntuaciones más bajas de diversas variables de ideación suicida. Con respecto a la regresión, ciertos patrones de crianza e interacción positivos mostraron ser factores protectores para la ideación suicida, mientras que los patrones negativos se comportaron como factores de riesgo; así mismo, se crearon varios modelos que explicaron en diferente medida la variabilidad de la intensidad de la ideación suicida.

I. INTRODUCCIÓN.

El suicidio es una compleja expresión de la conducta humana que a lo largo de la historia ha despertado diversas actitudes, desde su aceptación como un acto elogiable, hasta su condenación y repudio.

Han pasado más de 100 años desde la publicación del libro de Emil Durkheim "El suicidio" y casi 90 años desde la reunión en la que la Sociedad Psicoanalítica de Viena discutió los problemas del suicidio (Pfeffer, 1986). Sin embargo, al mostrar los estudios que existe una tendencia ascendente del problema, sobre todo entre los jóvenes (Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1995; Borges et al, 1996), se hace patente que, a pesar de las investigaciones y discusiones que se han realizado desde hace tanto tiempo, la prevención de este fenómeno no ha sido del todo satisfactoria.

Es cierto que se han realizado esfuerzos para prevenirlo, pero éstos aun se ven superados por su magnitud y alcance, no sólo en términos de incidencia, sino por la pérdida innecesaria y prematura de muchas vidas, que deja una dolorosa y profunda huella entre aquellos que rodean a los suicidas, llegando incluso a alterar la salud mental de la comunidad (Heman, 1984).

El intento de suicidio y el suicidio consumado son actos que representan la culminación de un fenómeno sumamente complejo que los precedió y precipitó. Son conductas que abarcan múltiples dimensiones y que sugieren que el abordaje del problema debe tener una orientación multidisciplinaria, que incluya componentes psicológicos, biológicos, filosóficos, sociales y culturales (Pfeffer, 1986).

Esta multidimensionalidad no sólo ocurre con respecto del suicidio, sino con los problemas de salud mental en general, pues éstos no se asocian directamente a un solo factor que los desencadena: es la interacción entre factores y componentes de un sistema, la combinación de elementos que interactúan de diversas maneras, lo que puede desestabilizar a un organismo.

Los factores que interactúan con mayor cercanía al individuo, son los que se encuentran en el ámbito familiar. La conducta y la personalidad son el resultado de diversas relaciones y características organizacionales de la familia, que interactúan entre sí

formando un todo. Así, el individuo resulta determinado y moldeado de manera significativa por las características organizacionales de la familia con la que ha convivido. El sistema familiar tiene una serie de elementos arreglados de tal forma, que guardan una relación consistente y duradera; esto es, los elementos tienen un arreglo que suele seguir un patrón (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1991).

Todo esto hace importante analizar al suicidio y a los elementos asociados a él, como la ideación suicida, haciendo énfasis en la naturaleza de las propiedades organizacionales de la familia, así como de sistemas que también son cercanos al individuo, como la escuela y el trabajo. El ubicar el problema del suicidio en el contexto de este enfoque sistémico ofrece, además, otras ventajas. Por un lado, la apreciación del fenómeno mejora al considerar todas las propiedades sistemáticas del problema bajo estudio y por otro, el tratamiento y la prevención pueden planearse y llevarse a cabo mas efectivamente al tomar en cuenta la interacción de diversos factores que afectan al individuo como un sistema (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1991).

Otro elemento importante en el análisis del suicidio y la ideación suicida, es el enfoque del desarrollo. A lo largo de su vida, el ser humano atraviesa por varias etapas, cada una de las cuales tiene características y problemática específicas, que se manifiestan de diferentes formas, dependiendo del bagaje físico e intelectual con que cuente el individuo, así como de la interacción familiar. Una de estas etapas es la adolescencia, período en el cual se lucha por alcanzar una plena madurez social, a través de la elaboración de las diversas exigencias de la vida, de tal modo que se logre desarrollar un Yo estable y una organización del impulso adecuada (Artasánchez, 1995).

Este es un momento decisivo, en el que la capacidad para valorar, reconciliar y acomodar los estímulos que actúan tanto interna como externamente, permitirá o no al Yo mantenerse en armonía relativa con los impulsos, el Superyo y el ambiente. Es un momento de crisis y por tanto, de riesgo para presentar diferentes problemas, desde una detención en el desarrollo, hasta la ideación y realización del acto suicida.

Conforme avanza la adolescencia, el suicidio ocurre con una frecuencia cada vez mayor. Por ejemplo, desde hace varios años constituye la segunda causa más común de muerte entre los adolescentes en los Estados Unidos (Kolb, 1983) y González-Forteza

(1995) señala que en las últimas décadas la tasa de suicidio en adolescentes se ha incrementado en varios países, incluyendo a México.

El suicidio no solo es trágico por la pérdida de las personas que lo realizan y por el impacto que tiene en la sociedad, sino por el hecho de que es un acto que se puede prevenir. El 50% de los suicidas habían visto a un médico un mes antes de suicidarse y el 80% de los casos, al menos seis meses antes, habían tenido consultas por alguna manifestación psicopatológica relacionada con el mismo (Rochin, 1997).

Una intervención adecuada podría prevenir el intento o el acto mismo que conduce a la muerte (Kolb, 1983). Pero para lograrlo, es necesario entre otras cosas, identificar a estos sujetos. Una forma de detección puede ser a través del estudio de la ideación suicida, síntoma que parece tener un alto índice predictivo del intento suicida (Mondragón, 1997).

Las personas que tienen ideación suicida son individuos que tienen planes y deseos de cometer suicidio; la ideación precede al intento suicida o al suicidio consumado. En la valoración del grado de riesgo de suicidio, Goldman (1989) menciona en orden creciente de riesgo los tipos de conducta suicida, entre los que se encuentran en primer lugar pensamientos transitorios sobre la muerte y en segundo pensamientos sostenidos sobre la muerte y deseos recurrentes de morir, precediendo a las conductas impulsivas, la consideración de la muerte como una manera de evitar la angustia y a la decisión final de morir. Es así que parece adecuado enfocarse en la intensidad, penetración y características de la ideación, de manera que se pueda evaluar la intención suicida y potencialmente predecir y evitar el riesgo suicida (Beck et al, 1979).

A medida que se aprendan a reconocer las señales de peligro de un suicidio inminente y que se pongan en marcha recursos para ayudar al suicida en potencia, se empezará a lograr un progreso importante en la lucha contra este problema.

1.1 Conceptos básicos

El adentrarse en el estudio del suicidio requiere de una cuidadosa definición de algunos términos y delimitación de conceptos, ya que existe controversia en el campo de la suicidología con relación a cómo caracterizar a los sujetos bajo estudio.

El término “**comportamiento suicida**” es utilizado indistintamente, aunque suele incluir toda una gama de conceptos, como suicidio completado, intento suicida, gestos suicidas, daño auto-inflingido, auto-mutilación con o sin intento suicida, amenazas suicidas e ideación suicida, parasuicidio, auto-envenenamiento deliberado, etc. (Cohen et al, en DiClemente et al, 1996) Así mismo, como ya se había señalado, existe una importante distinción entre lo que es el suicidio *per se* y los trastornos mentales y del comportamiento relacionados con el suicidio (Borges et al, 1995). El suicidio presenta problemas para su medición, puesto que decidir si alguien se suicidó o no, implica elementos de inferencia y juicio (por ejemplo, una muerte por auto-envenenamiento puede deberse a una equivocación no intencionada o a un daño auto-inflingido deliberadamente). Una definición de caso recientemente propuesta para el **suicidio completado** es: “muerte originada por un acto infligido sobre uno mismo, *con la intención de matarse*” (Borges et al, 1995). En el análisis sociológico clásico sobre el suicidio de Durkheim (1987), se encuentra una definición similar al respecto: “Todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado”. Schneidman define el suicidio como un “acto consciente de aniquilación autoinducida” (Almanza et al, 1997).

Un comportamiento que trata de lograr el suicidio, pero que no resulta en la muerte, es llamado “**intento de suicidio**” o “**gesto suicida**”. La “**ideación suicida**” se refiere a la presencia de ideas recurrentes e intrusivas sobre matarse. El término “**parasuicidio**” se ha utilizado para referirse al comportamiento análogo al suicidio, cuando no se está seguro sobre la orientación psicológica y la intención real de morir y de auto lesionarse del sujeto (Borges et al, 1995).

1.2 El suicidio.

Uno de los mayores enigmas que existen es la relación del hombre con su vida y, consecuentemente, con su muerte; la muerte es parte de la vida y la manera de morir es una parte integral de la manera de vivir. Una de las maneras de morir, el suicidio, es una práctica más o menos frecuente en todos los grupos humanos. Como se mencionaba en la

introducción, se le ha juzgado de diferentes maneras según las épocas y las civilizaciones, pero nunca ha sido contemplado con indiferencia.

En el Imperio Romano, por ejemplo, hombres como Séneca y Marco Aurelio elogiaron el suicidio y ellos mismos dieron el ejemplo. En algunas civilizaciones orientales, el suicidio es objeto de respeto, sobre todo cuando se realiza por un motivo socialmente justificado. Otras veces, se le ha repudiado por considerarlo un acto cobarde o impío; por ejemplo, durante los siglos en que en Occidente reinó el cristianismo, el suicidio fue considerado un crimen horrible. Al considerar que al menos en teoría la vida no pertenecía al individuo, sino a Dios, y que sólo éste podía disponer de ella, no era muy común su ocurrencia, y si llegaba a darse, era condenado con mayor severidad que la muerte dada a otro; hoy en día todavía lo es (Lepp, 1967). Hacia 1823, un suicida en Londres era enterrado en un cruce de caminos en Chelsea, con el cuerpo atravesado por una estaca (Carstairs, en Stengel, 1965); aún hoy en algunos lugares, los sobrevivientes de un intento de suicidio están sujetos a proceso judicial, como es el caso de México.

Actualmente, las actitudes de repudio y represalia comienzan a ser sustituidas por la comprensión de que alguien que trata de quitarse la vida, es alguien que sufre y que necesita ayuda. Quien realiza un acto suicida no es -no debe ser- considerado un “pecador”, un “loco”, o un “enfermo mental”. Anteriormente, se asumía que el suicidio era un componente de desórdenes depresivos, pero actualmente se le reconoce como un componente de muchos síndromes psiquiátricos no depresivos (Mann y Stanley, 1986). De hecho, para Stengel (1965) el acto suicida *per se* no se debe tomar como un criterio de trastorno mental, sino que se debe presumir la presencia de un trastorno solamente si se pueden establecer otros síntomas, además de la conducta suicida; este abordaje clínico permite la posibilidad de que una persona libre de trastorno mental cometa un acto suicida, aunque entre quienes son considerados “anormales”, puede existir una más alta disposición al suicidio.

Otros puntos de vista al respecto del suicidio son, por ejemplo, considerar toda clase de conducta hostil a la salud y a la vida como la expresión del instinto de muerte dirigida contra el Yo, de la cual el suicidio se considera una manifestación extrema. Los que rechazan el concepto del instinto de muerte, opinan que la mente humana es incapaz de concebir la muerte. En este sentido, el suicidio se consideraría como un acto de

autoperpetuación antes que uno de autoextinción, en el que el individuo niega la frontera que separa la vida y la muerte (Stengel, 1965).

Stengel (1965) menciona que la predisposición suicida podría estar basada en ciertos rasgos de personalidad que forman parte del bagaje innato del individuo, o sobre experiencias previas que inclinarían al individuo a reaccionar así, o bien las dos. Con respecto a lo primero, algunos autores conciben la posibilidad de una agresión innata anormalmente poderosa. En cuanto a lo segundo, las experiencias previas han recibido más atención por parte de los psicoanalistas; se ha encontrado que muchos que han intentado suicidarse o que lo lograron presentaban en su historia un hogar deshecho en la infancia, por lo que la internalización de experiencias tempranas traumáticas pueden tener en el futuro consecuencias auto-destructivas.

En esta vertiente, Adam (1986) argumenta que eventos relativamente específicos en el ambiente social temprano, contribuyen a una vulnerabilidad para el comportamiento suicida y que eventos tardíos parecidos a éstos, reactivan las memorias y disparan el comportamiento suicida evidente. Este autor propone que aquellos que se suicidan no son diferentes de los que lo intentan, sino que son los mismos individuos en diferentes puntos de un continuo. La ideación suicida se ubicaría también en un continuo de pensamientos, motivos y acciones, siendo el suicidio uno de sus posibles resultados (Cohen et al, 1996).

El ambiente social temprano desorganizado parece ser característico de los suicidas. Los estudios sociológicos señalan hacia una fuerte asociación entre los índices de desorganización social y el comportamiento suicida (Adam, 1986). Algunos estudios clínicos que investigan el ambiente social temprano, enfocados en la familia, encuentran que entre los suicidas existían “hogares rotos” y la pérdida de algún padre. Los efectos de esto pueden diferir de sujeto a sujeto, dependiendo de una gama de factores que incluyen no sólo la edad y estadio de desarrollo del niño, sino también el contexto en que ocurre la pérdida, la presencia o ausencia de cuidado parental alternativo y las consecuencias a largo plazo para la familia de un deterioro en su situación económica y social. Por ejemplo, al examinar a sujetos suicidas con hogares técnicamente intactos, en los que no se había dado ninguna pérdida, se ha encontrado que de cualquier forma estos hogares eran sumamente desorganizados e inseguros (Adam, 1986).

Otros investigadores, al igual que Adam, confirman que no sólo es importante la pérdida, sino el hacer énfasis en la calidad del ambiente temprano. La inestabilidad familiar en la niñez, más que la pérdida temprana *per se*, puede asociarse con el comportamiento suicida en la adultez. Aquéllos que intentan el suicidio tienden más a venir de un hogar roto, reportan frecuentes peleas entre los padres y desacuerdos entre ellos, y perciben más que los no suicidas el carácter de sus padres como negativo (Goldney, en Ross et al, 1983). En un estudio se encontró que el comportamiento suicida es más marcado en un grupo de pérdida temprana, en el que la pérdida resultaba en una alteración a largo plazo en la estabilidad de la familia, mientras que era mínimo en grupos donde a pesar de la pérdida temprana, la estabilidad familiar se mantuvo (Cross y Hirschfeld, 1986). Otro estudio mostró que, cuando uno de los padres sufre una enfermedad crónica durante la adolescencia y la latencia del adolescente, éste se vuelve altamente suicida y deprimido, tal vez dado a que el acercamiento emocional y la comunicación y afecto disminuido, fueron factores importantes que produjeron a un padre funcionalmente no accesible al niño. Esto señala la importancia de la continuidad y accesibilidad del cuidado paterno y del apoyo emocional (Adam, 1986).

Un solo factor psicosocial no es causa suficiente para cometer un acto suicida. Muchos suicidios se intentan y completan por personas que no experimentaron un evento de vida reconocible, que no tienen historia de pérdidas, que tienen apoyo de un confidente, lo cual sugiere cierta vulnerabilidad en algunos individuos (Cross y Hirschfeld, 1986). Así mismo, personas que han vivido situaciones terribles, como el vivir en un campo de concentración, a pesar de que no se vieron libres del terror de la experiencia, ni la olvidaron, pudieron continuar con su vida, llegando a casarse, criar hijos, trabajar constructivamente y ser padres responsables, sin llegar al suicidio, al uso de drogas o a sufrir algún trastorno psiquiátrico, siendo importante en este sentido el concepto de resiliencia (Garmezy, en Haggerty et al, 1996) y la importancia de identificar y reforzar factores protectores que pueden prevenir el suicidio y otros problemas.

Todas las concepciones mencionadas hasta aquí y otras, tienen algo en común: Contemplan las acciones del individuo como el resultado de fuerzas poderosas sobre las cuales él tiene sólo un control limitado; algunos localizan dichas fuerzas en la sociedad,

otros en la interacción de diversos factores y el inconsciente, y otros en lo genético y lo biológico.

No obstante, se pueden enumerar algunas variables comunes en niños y adolescentes con comportamiento suicida: Desorganización familiar con conflicto marital; hospitalización o alcoholismo de un padre y enfermedad mental, además de muertes, separaciones, divorcio, hostilidad encubierta, aislamiento y rechazo de los padres (Adam, 1986).

Algunos otros factores tanto de riesgo como protectores, son los mencionados por Stengel (1969), quien señala que no tienen el mismo efecto en todos los grupos de edad. Entre esos factores se encuentran:

Factores Positivamente Relacionados	Factores Inversamente Relacionados
Sexo masculino	Sexo femenino
Edad avanzada	Juventud
Viudez	Baja densidad de población
Soltería	Ocupación rural
Divorcio	Religiosidad
Carencia de hijos	Estado matrimonial
Alta densidad de población	Gran número de hijos
Residencia en grandes ciudades	Nivel socioeconómico bajo
Alto estándar de vida	
Crisis económica	
Consumo de alcohol	
Historia de un hogar roto en la infancia	
Enfermedad mental	
Enfermedad física	

González-Forteza (1992) encontró que la dimensión de ideación suicida está principalmente relacionada, en las mujeres, con la dimensión de estrés cotidiano social.

También se ha observado que la identidad, la autonomía, la independencia intelectual y emocional, la socialización, la solución de conflictos, los hábitos y costumbres, las actitudes y conductas anormales (Oropeza, 1995), todos estos factores que pueden influir en la presencia o ausencia de la ideación suicida, se relacionan con el estilo de interacción peculiar de cada familia en la cual una persona se desarrolló.

Existen diversos modelos que categorizan los estilos de crianza o de interacción familiar. Muzquiz y Aranda (1997), por ejemplo, citan cuatro tipos de estilos de crianza:

- a) **Autoritario-Autocrático:** En este estilo, los padres colocan límites rígidos en la expresión de las necesidades de los niños. Establecen reglas sin discusión previa con los niños, son dominantes, distantes, fríos y controladores. Los hijos suelen volverse introvertidos, temerosos, inseguros, rígidos, irritables, conservadores, ansiosos y propensos a sentirse culpables, provocando una inhabilidad para interactuar exitosamente en sus relaciones con otros.

- b) **Autoritario-Recíproco:** Los padres combinan un estrecho control, con la cordialidad, la receptividad y la motivación. Se les permite a los niños discutir sus necesidades y tratar de negociar las reglas. Los padres tratan de responder a los requerimientos razonables de sus hijos, pero se reservan la decisión final. Este estilo de crianza aumenta la autoestima, orienta al niño hacia sentimientos de competencia, control, extroversión, espontaneidad, vitalidad y estado de ánimo positivo, que lo conducen a adecuadas adaptaciones personales y sociales.

- c) **Indulgente-Permisivo:** Los padres adoptan una actitud tolerante hacia la expresión de necesidades de sus hijos, utilizan castigos esporádicos y minimizan el control sobre ellos. Tienden a ser muy afectuosos. Los niños toman sus propias decisiones, pero tienden a confundirse y a sentirse inseguros a este respecto, dado su nivel de madurez. Pueden llegar a experimentar resentimiento hacia los padres al sentir que éstos no se preocupan por ellos. Este estilo puede tener un efecto en dos direcciones. Por una parte, puede ser que los hijos sean rebeldes, agresivos, impulsivos e inadaptados socialmente; por otra, pueden ser activos, con empuje y creativos.

- d) **Indiferente-No involucrado:** Los padres son poco restrictivos y cariñosos, además de que están mínimamente involucrados en conocer las necesidades afectivas y de orientación de sus hijos. Pueden incluso ser hostiles. Los hijos liberan fácilmente sus

impulsos destructivos cuando son criados bajo este estilo, llegando incluso a la delincuencia.

Otros factores familiares que influyen en el comportamiento y el desarrollo de los individuos durante los primeros años de vida y la adolescencia, incluyen la incompatibilidad entre la conducta de los hijos y las expectativas de los padres, la salud y la nutrición, el número de hijos, etc. El abandono físico de alguno de los progenitores así mismo, afecta profundamente al individuo en su integración social, provocando entre otras cosas, timidez, vergüenza, sentimientos de inferioridad, culpa, deficiencia en el desarrollo moral e intelectual, baja autoestima, desadaptación social y desajuste emocional. Resultados similares sobrevienen cuando el niño es golpeado, además de otros como agresividad y desesperanza (Oropeza, 1995). Muchos de estos elementos son, a su vez, factores de riesgo que predisponen al sujeto a la ideación suicida y al suicidio mismo.

Benjaminsen et al (1990), en un estudio realizado con pacientes de entre 18 y 29 años, admitidos al departamento de psiquiatría de un hospital por haber realizado un intento suicida, encontraron que éstos difieren de los sujetos normales en que experimentaron más factores negativos que positivos en el comportamiento de crianza de sus padres, mientras que comparados con pacientes psiquiátricos sin intentos de suicidio, no muestran diferencias significativas. Esto es que, quienes intentaron suicidarse, en contraste con los sujetos normales, experimentaron por parte de sus padres privación, rechazo, generación de culpa, poco afecto, poca estimulación, intolerancia y que favorecían más a sus hermanos que a ellos. Sin embargo, al compararlos con los pacientes psiquiátricos que no habían intentado suicidarse, no se encontraron diferencias. Esto sugiere que no es específico de los que intentan suicidarse el tener experiencias negativas del comportamiento de crianza de sus padres.

Otro dato encontrado en el estudio es que, comparada con los pacientes sin intento de suicidio, hubo una frecuencia significativamente mayor de pérdida paterna debida al divorcio entre los que intentaron suicidarse, lo que es consistente con el argumento de que el intento de suicidio está asociado con la separación paterna temprana, aunque la relación no es directamente causal, ya que existen muchas variables potencialmente confusoras.

Ross et al (1983), hipotetizaron que quienes reportan ideación suicida tuvieron una peor relación con sus padres que aquéllos sin ideación suicida. Encontraron que, al parecer, la ideación suicida está asociada con un patrón de crianza negativo del padre del mismo sexo, que se caracteriza por el que ambos padres favorecen a los hermanos más que al sujeto y el que ambos son no estimulantes, generadores de culpa, rechazantes y no afectivos.

El rol de los padres por separado mostró que madres intolerantes y padres abusivos, deprivantes y castigadores, también se asocian a la ideación suicida. Según los autores, este patrón, asociado con los pensamientos suicidas en los adultos jóvenes y maduros, implica la percepción por parte del sujeto de que no es valorado por los padres en relación con sus hermanos y que no es deseado ni amado. Este patrón de crianza paterno puede llevar a una falta de auto-estima, depresión y/o a la ideación suicida.

Straus y Kaufman (1994) encontraron que existe una fuerte y significativa asociación del castigo corporal por parte de los padres, con la probabilidad de pensar en el suicidio en un periodo de 12 meses cubiertos por el estudio. La ideación suicida se incrementaba marcadamente con la frecuencia del castigo corporal en la adolescencia, tanto en hombres como en mujeres, aunque es más prevalente entre las mujeres.

Así, como se mencionó en la introducción, la interacción constante de la persona con su ambiente social y físico desde el nacimiento y a lo largo de su crecimiento, dan como resultado un característico funcionamiento del individuo, le proveen de ciertos estilos y características personales que se suman a las congénitas y heredadas. La interacción familiar puede estar mediada por diversas condiciones, tales como la estructura familiar, la relación de pareja de los padres, y/o el abuso de sustancias por parte de éstos (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1997).

Aunque los patrones de crianza *percibidos* por un sujeto no pueden ser distinguidos fácilmente de los patrones de crianza *reales* (problema que es común a todas las áreas de la psicología y psiquiatría), la constelación de patrones de crianza paternos asociada con la ideación suicida es coherente, y sugiere que puede ser generalizada a aquellos que intentan el suicidio (Ross et al, 1983).

Se puede decir que en general, cuando los padres tienen una relación más adecuada con sus hijos, mostrándoles afecto, escuchándolos, siendo cercanos, empáticos y

apoyándolos, contribuyen a la salud psicológica de éstos. Por el contrario, cuando la relación es deficiente y los padres son rechazantes, maltratadores, autoritarios, hipercríticos, desinteresados y se comunican poco, ponen en riesgo la presente y futura salud psicológica del individuo.

1.3 Epidemiología

En los últimos años se ha observado alrededor del mundo un incremento constante de la conducta suicida en los adolescentes. México no es la excepción y aunque sus tasas de suicidio y de intento de suicidio no son las más altas del mundo, la naturaleza incipiente del problema requiere de consideraciones cuidadosas.

El suicidio en México es hasta hoy una causa de muerte infrecuente, comparado con otros países. En el perfil epidemiológico del país, el suicidio no se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte para el total de la población. En 1993 representó apenas el 0.5% de todas las muertes (Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1995); para 1994, la mortalidad por suicidio representó poco más del 0.62% del total de las muertes (Borges et al, 1996).

Sin embargo, en los últimos años el suicidio ha presentado una tendencia ascendente. Como ejemplo, tras los sucesos económicos que sumieron en crisis a México en 1995, y aún faltando tres meses para concluir ese año, ya se habían reportado según la prensa 419 casos de suicidio en el Distrito Federal, mientras que en 1993 las estadísticas oficiales reportaron 284 muertes por suicidio en todo el año en el mismo lugar (Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1995). De 1970 a 1994, la tasa de suicidios en ambos sexos pasó de 1.13 a 2.89 por cien mil habitantes: Un aumento del 156% (Cuadro 1).

Los cambios en la tasa de suicidio no se han dado de manera uniforme, sino que han habido momentos de cambios dramáticos. Así, entre 1973 y 1974, se dio un incremento en la mortalidad por suicidio para ambos sexos del 222.05% y, a partir de 1974, la tasa se mantuvo relativamente constante hasta 1983. De 1984 a 1985, la tasa de suicidio para la población total se incrementó un 64.56% (Cuadro 1).

El suicidio consumado en México es un problema que ocurre predominantemente en el sexo masculino. Mientras que en 1970 la razón de tasas masculina/femenina fue de 4.10 (1.82 / 0.44), para 1994 fue de 5.63 (4.9 / 0.87); esto quiere decir que el diferencial de

mortalidad hombres/mujeres no solo no ha disminuido, sino que se ha ampliado durante el periodo (Cuadro 1).

**Cuadro 1. Tasas* de Mortalidad por Suicidios en Ambos Sexos
México, 1970-1994.**

Año	Mortalidad Proporcional	Total		Hombres		Mujeres		Razón Hombre / Mujer
		n	tasa	n	tasa	n	tasa	
1970	0.11	554	1.13	445	1.82	109	0.44	4.10
1971	0.08	358	0.7	289	1.14	69	0.27	4.22
1972	0.08	365	0.69	296	1.13	69	0.26	4.33
1973	0.08	368	0.68	296	1.09	72	0.26	4.16
1974	0.28	1,231	2.19	989	3.54	242	0.86	4.14
1975	0.23	1,006	1.73	819	1.85	188	0.64	4.42
1976	0.23	1,029	1.72	823	2.78	206	0.68	4.06
1977	0.26	1,147	1.86	914	3.00	235	0.76	3.96
1978	0.27	1,136	1.79	900	2.87	240	0.75	3.83
1979	0.26	1,125	1.72	897	2.72	228	0.70	3.88
1980	0.22	976	1.45	780	2.31	196	0.59	3.93
1981	0.28	1,199	1.74	934	2.69	265	0.78	3.47
1982	0.29	1,184	1.68	925	2.61	259	0.74	3.53
1983	0.25	1,044	1.45	832	2.29	212	0.59	3.88
1984	0.23	937	1.27	788	2.12	149	0.40	5.25
1985	0.38	1,584	2.09	1,312	3.45	272	0.72	4.78
1986	0.44	1,743	2.25	1,467	3.78	275	0.72	5.28
1987	0.43	1,731	2.19	1,439	3.63	291	0.74	4.89
1988	0.42	1,722	2.14	1,440	3.56	281	0.7	5.08
1989	0.44	1,879	2.29	1,588	3.85	290	0.71	5.42
1990	0.46	1,939	2.33	1,657	3.97	281	0.68	5.88
1991	0.52	2,120	2.49	1,804	4.24	316	0.74	5.71
1992	0.54	2,246	2.59	1,903	4.38	343	0.79	5.54
1993	0.56	2,358	2.67	2,027	4.58	331	0.75	6.12
1994	0.62	2,603	2.89	2,210	4.90	393	0.87	5.63

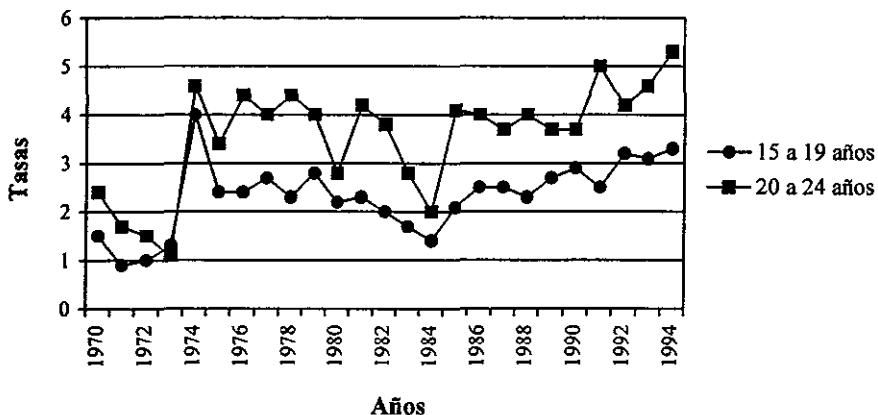
* Tasas por 100,000 habitantes.

Fuente: Borges et al., 1996.

Aunque de 1970 a 1994 los porcentajes de variación más elevados en la tasa de mortalidad por suicidio se observaron en las poblaciones de más de 65 años, se observa un aumento en la tasa para la población más joven (menor de 19 años). Por ejemplo, la tasa del grupo de edad de 85 y más años, aumentó de 2.37 a 18.58, siendo el grupo con la más alta tasa de suicidio. Sin embargo, en el grupo de menos de 14 años, mientras que de 1970 a 1975 no se reportaron casos de suicidio, para 1994 se registró una tasa de 0.23. En el grupo

de 15 a 19 años la tasa ha aumentado de 1.49 a 3.30, es decir, aumentó 2.2 veces, al igual que el grupo de 20 a 24 años, que pasó de 2.38 en 1970, a 5.32 en 1994 (Gráfica 1) (Borges et al, 1996). En 1990, el suicidio fue la cuarta causa de muerte para el grupo de edad de 15 a 24 años (González-Forteza et al, 1996).

**Gráfica 1. Tasas* de Mortalidad por Suicidio según Grupos de Edad
México, 1970 – 1994.**



* Tasas por 100,000 habitantes.

Fuente: Borges et al, 1996.

La distribución del suicidio no es homogénea para todo el país. En 1994, la zona centro del país, específicamente Tlaxcala y el Estado de México, registraron las tasas más bajas (1.17 y 1.19, respectivamente), con excepción del Distrito Federal (3.64), que tiene una tasa por encima del promedio nacional, mientras que las más altas se reportaron en Tabasco (9.74) y Campeche (7.78), y en general en todo el sureste del país, así como en Colima, Tamaulipas y Chihuahua (Borges et al, 1996).

Con respecto al medio utilizado para llevar a cabo el suicidio, se encontró que en 1994, entre los hombres, el ahorcamiento fue el medio más utilizado (53% de las muertes), seguido por el uso de armas de fuego y explosivos (33%), mientras que las mujeres

utilizaron casi en la misma proporción el ahorcamiento y la ingestión de sustancias (33% y 32% respectivamente) (Borges et al, 1996).

1.3.1 Factores de Riesgo Epidemiológicos

Existen múltiples factores que dan cuenta del incremento del suicidio entre los jóvenes, como la desorganización social, la migración, la desorganización familiar, la debilitación de valores morales, el incremento en el uso de drogas y alcohol, la influencia de la exposición a la violencia a través de los medios, etc. Esto hace que el suicidio y la ideación suicida no sean entidades aisladas a las que se pueda abordar de manera particular, sino a través de los diversos factores implicados. La prevención exitosa del suicidio en los jóvenes requiere no sólo de una idea clara de su epidemiología, sino también del conocimiento de sus factores de riesgo, por lo que se mencionarán los más sobresalientes:

Género

La información que se ha acumulado en los últimos 50 años, indica que los hombres se suicidan cinco veces más frecuentemente que las mujeres, mientras que éstas intentan suicidarse tres a cuatro veces más frecuentemente que los hombres. Estas tendencias son válidas para todas las edades y para gran número de países, con pocas excepciones (Cohen et al, en DiClemente et al, 1996). Al respecto, se ha hipotetizado que el estereotipo del rol sexual está asociado en el sentido de que es más aceptado en las mujeres expresar afecto y actuar sus sentimientos, mientras que se espera que los hombres controlen sus sentimientos. El no expresar los sentimientos suicidas o tardar mucho en hacerlo, permite que en ese tiempo el hombre planea y encuentre métodos más letales para realizar el intento suicida.

Religión

La religión se ha considerado tanto como un factor protector, como un factor de riesgo. Por ejemplo, en Israel, los judíos se suicidan más que los árabes, tal vez porque el Islam considera al suicidio un homicidio. Aunque este factor no queda muy claro, los estudios parecen sugerir que la religión y las comunidades religiosas pueden afectar las actitudes hacia el suicidio (Cohen et al, en DiClemente et al, 1996).

Método

El método más comúnmente usado en los Estados Unidos en los intentos de suicidio en todas las edades es la ingestión de drogas. Los suicidios completados se realizan más frecuentemente con armas de fuego (60.4% en 1985). El suicidio por sobredosis es más común en las mujeres que en los hombres adolescentes. Se ha calculado que cuando las armas de fuego son accesibles al adolescente, el riesgo se incrementa 75 veces más que cuando no están accesibles (Cohen et al, en DiClemente et al, 1996). En México hasta 1994, como ya se había mencionado, entre los hombres fue común el ahorcamiento, al igual que entre las mujeres, aunque estas utilizaron también, casi en la misma proporción, la ingestión de sustancias.

Exposición al comportamiento suicida

La exposición puede incrementar la probabilidad de suicidio a través de la familiaridad con la idea de que el suicidio es una opción aceptable para los problemas de la vida. El riesgo de cometer suicidio se incrementa si se tiene un familiar que ha cometido suicidio y el riesgo de intentar suicidarse se incrementa sustancialmente si hay una historia familiar de intentos de suicidio. La exposición también puede ser indirecta, a través de la televisión o periódico (Cohen et al, en DiClemente et al, 1996).

Consumo de drogas y enfermedades mentales

Se ha encontrado que factores tales como la conducta antisocial, depresión y abuso de sustancias forman un patrón común entre los suicidas. Las drogas y el alcohol son considerados como factores de riesgo significativos tanto para el suicido como para el intento, dado a que tienen múltiples efectos en diversos dominios, como el afectivo, el cognitivo, el social, el familiar y el conductual. Un estudio en 1988 reportó que al menos 30% de los adolescentes suicidas estaban intoxicados en el momento de la muerte (Cohen et al, en DiClemente et al, 1996). Otro tipo de suicidas, sin una enfermedad psiquiátrica aparente, pueden ser aquellos descritos como perfeccionistas, rígidos y que parecen ser vulnerables en momentos de cambio.

Intentos previos

Este es uno de los mejores predictores del suicidio exitoso. Algunos autores estiman que los que intentan suicidarse tienen 8.1 veces más probabilidades de intentarlo otra vez que aquéllos que nunca lo han intentado (Cohen et al, en DiClemente et al, 1996).

Otros

Dos de los más significativos factores son la desesperanza y una historia de abuso sexual/físico. También lo son el abandonar el hogar y la homosexualidad.

1.4 Psicodinamia del suicidio

Se han expuesto hasta aquí diversos aspectos que predisponen y que aumentan las probabilidades de presentar ideación suicida y de suicidarse. Estos son en su mayoría elementos que pueden identificarse por observación directa o a través de entrevistas, cuestionarios y encuestas, pero resulta interesante, con el fin de ampliar la comprensión de los mecanismos que llevan al suicidio, revisar muy brevemente a algunos autores que desde el punto de vista psicodinámico permiten tratar de comprender de qué forma se conjugan estos elementos dentro de una persona para que intente quitarse la vida, cuáles son los mecanismos intrapsíquicos que se activan y que dan como resultado conductas de autólisis, como el deseo de morir y el intento suicida, y qué procesos se desencadenan en la psique del individuo a partir de la combinación de factores genéticos y biológicos predisponentes, de ciertos patrones de crianza y de interacción familiar, y otros factores de riesgo.

Algunos comportamientos suicidas han sido explicados desde el punto de vista de la depresión. En su escrito de 1917, Freud comunica sus observaciones y reflexiones acerca de la melancolía, mencionando entre otras cosas que el estado primordial del que parte la vida pulsional es una amor enorme por uno mismo. Cuando alguien ve amenazada su vida, su persona, el monto enorme de libido narcisista hace que se luche por la supervivencia, por lo que cuesta trabajo entender que en alguien pueda haber la idea de autodestrucción. Sin embargo, desde el análisis de la melancolía Freud propone que una persona que tiene el propósito de suicidarse, lo hace a partir del impulso de matar a otro. Es decir, el Yo sólo puede darse muerte en virtud del retroceso de la investidura de objeto, pudiéndose tratar a sí

mismo como tal: dirige a sí mismo la hostilidad hacia un objeto. En la regresión de la elección narcisista de objeto, éste fue cancelado pero probó ser más poderoso que el Yo mismo. El suicidio del depresivo es una expresión del hecho de que la terrible tensión producida por el Superyo se ha hecho insoportable; siendo en parte un asesinato de los objetos originales incorporados, es al mismo tiempo un intento desesperado de cesar la presión del Superyo.

Existen así mismo fantasías de suicidio con características evidentes de extorsión para obtener cariño ("cuando me muera, se arrepentirá de todo lo que me ha hecho y me va a querer otra vez"). En muchos casos, las esperanzas e ilusiones de una gratificación tranquilizadora se hallan vinculadas a la idea de suicidio (Fenichel, 1994), lo cual hace pensar que ciertas fantasías no están necesariamente relacionadas con la depresión. En algunos casos la tentativa de suicidio lo que busca son ciertos fines libidinosos que, por desplazamiento, quedaron vinculados a ideas referentes a la autodestrucción, aún cuando esa no fue la intención original, como pueden ser la esperanza de reunirse con una persona fallecida, una identificación libidinosa con un muerto o con alguien que se suicidó, el anhelo oceánico de unión con la madre, un renacimiento para recomenzar la vida de una manera más satisfactoria, o incluso el orgasmo mismo, que puede haber llegado a tener su representación en la idea de morir (Fenichel, 1994; Kolb, 1983). Las fantasías pueden ser conjeturadas por el método con que se ha planeado o intentado el suicidio. Por ejemplo, alguien que intenta el suicidio tomando una sobredosis de píldoras somníferas, tal vez equipare a la muerte con un sueño prolongado, en tanto que el empleo de armas de fuego, sugiere ira violenta (MacKinnon y Michels, 1973).

Laufer y Laufer (1996) mencionan que en el adolescente, el intento de suicidio representa siempre una pérdida temporal de la capacidad de mantener un vínculo con la realidad externa y debe considerarse como un episodio psicótico agudo. La acción está determinada por la fantasía, que excluye cualquier conocimiento de la realidad de su muerte. El hecho de que el comportamiento suicida ocurra con más frecuencia a partir de los 14 o 15 años y no antes, está asociado con la entrada a la pubertad. En esta etapa se resalta la barrera del incesto por lo que el niño busca otras relaciones que no incluyan a los padres. Sin embargo, algunos adolescentes no encuentran el camino para una resolución

efectiva de su ansiedad o tensión, provocada por las fantasías incestuosas y el cuerpo sexual físicamente maduro, por lo que éste es experimentado como fuente de ansiedad y odio.

En este contexto, el intento de suicidio es el signo de una crisis aguda en el establecimiento de una identidad sexual estable. El adolescente siente que ya no hay posibilidad para el desarrollo progresivo, ni para un movimiento regresivo de dependencia. Es un estado de estancamiento (Laufer y Laufer, 1996).

El estado de despersonalización en el momento del suicidio, explica por qué luego el adolescente dice que su intento de suicidio fue una “tontería” que no repetirá: darse cuenta de que tiene la capacidad de llevar a cabo sus pensamientos suicidas, se convierte en una fuente secreta de fortaleza, algo que siempre está disponible para aliviar el dolor. Siente que por fin hay algo que está bajo su control (Laufer y Laufer, 1996).

En otros individuos, el intento de suicidio puede tener que ver con negar toda responsabilidad por su existencia, liberándose de este modo a sí mismos de una pesada carga. Ponen su vida en manos del destino actuando en forma que atrae el peligro, pero acaso permitiendo la posibilidad de escape. Si se salva, la persona podrá interpretarlo como un signo mágico de que está perdonado y será atendido, y la intensidad de sus impulsos suicidas disminuirán (MacKinnon y Michels, 1973).

En otros casos, el Superyo punitivo del sujeto considera que aún la profundidad de la depresión no ha sido suficiente, que no se ha liberado enteramente de la culpa, por lo que la única forma de lograrlo es matándose para lograr redimirse. Esto se asocia con el sentimiento de alivio después de un intento fallido, donde en el fondo, el paciente siente que ya se ha castigado lo suficiente y ahora puede vivir pacíficamente (Arieti, 1974).

1.5 Justificación

El panorama que se ha expuesto hasta aquí con relación al suicidio, demuestra ampliamente que éste es un problema de primera importancia; es un evento que arrebató a algunos de los miembros más productivos de la comunidad. La manera más positiva de enfocar el problema del suicidio, su único enfoque práctico, es la prevención (Farberow y Shneidman, 1969).

El enfoque en los factores de riesgo, como una serie de factores etiológicos que pueden provocar desviaciones del desarrollo normal, es un acercamiento eficaz para el diseño de estrategias de intervención terapéutica, educativa, e incluso comunitaria, dirigidas a la población adolescente.

La aplicación del concepto de riesgo a los programas de intervención con jóvenes, supone que así como existen riesgos orgánicos, existen también riesgos psicosociales, muchos de los cuales no se pueden eliminar, pero tal vez sí neutralizar a través de la presencia de factores protectores que disminuyan su impacto (Castro, 1992).

Dentro del contexto de la prevención primaria en salud mental, los factores de riesgo están representados por patrones de interacción familiar y social, estilos de vida y situaciones o condiciones desarrollados a lo largo de la vida del individuo (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1991). Por desgracia, durante mucho tiempo se ha supuesto que la prevención primaria en salud mental es una tarea imposible, por tratarse de problemas en los que las causas específicas son aparentemente poco conocidas, lo que ha provocado que se desarrollen acciones de naturaleza terapéutica, más que la búsqueda sistemática de factores de riesgo interactivos en la familia y la comunidad (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1991).

Sin embargo, es de suma importancia el ampliar este tipo de conocimiento, ya que la interacción entre factores externos (ambiente familiar, escolar y social) y el mundo interno (fantasías, necesidades, deseos e impulsos), es tan intensa durante la adolescencia, que ciertas conductas y/o eventos como una baja autoestima, el divorcio de las padres, problemas psicológicos, etc., pueden alterar o poner en riesgo al adolescente, inclusive tanto como para que éste llegue a intentar o lograr terminar con su vida (Castro, 1992; Laufer y Laufer, 1996).

A causa de sus efectos sobre otras personas, la amenaza de suicidio actúa como uno de los reguladores de las relaciones humanas en todas las sociedades en las que el suicidio es temido y reprobado; es un medio de dominar y controlar a otras personas. La única vía para despojarlo de su efecto de llamado, es hacer innecesario el llamado mismo. Lo ideal sería crear las condiciones psicológicas que impedirían la ocurrencia de riesgos que pueden llevar al suicidio. Para hacer tal cosa, la sociedad tendría que desarrollar un nuevo abordaje

a la responsabilidad social y una nueva moralidad social. Esto tiene que ser complementado por el conocimiento que las investigaciones con respecto al tema pueden proporcionar.

Existen muchas preguntas cuyas respuestas proporcionarían una completa comprensión de las motivaciones del suicidio: ¿Existen personas propensas al suicidio? ¿Pueden estas personas ser identificadas, pronosticadas? ¿Puede prevenirse su acción? ¿Porqué algunas personas lo hacen y otras no? ¿Cuál es el perfil que lleva a un ser humano a la acción y a otro sólo a la ideación?. Los profesionales de la salud mental tienen que prestar aun más atención al problema del suicidio, a través del mejoramiento de los programas o procedimientos terapéuticos ya existentes para evitarlo, así como de la creación de nuevos procedimientos.

El clínico -psicoanalista, psicólogo, psiquiatra o médico general- trata, por supuesto, con casos de ideación e intento suicida y solo secundariamente tiene que ver con el suicidio consumado. Sin embargo, ambos fenómenos están muy relacionados y el óptimo manejo de los intentos de suicidio tiene una gran importancia en la ocurrencia de posteriores desenlaces negativos. Si se considera que la intención de suicidarse es un continuo desde pensar que la vida no vale la pena vivirse, hasta un exitoso intento de suicidio, el estudiar los factores antecedentes en aquellos en quienes se observa ideación suicida, puede ser una forma válida de investigar las características de quienes intentan suicidarse y de aquéllos que lo logran (Ross et al, 1983). La ideación suicida y las conductas suicidas son fenómenos relativamente comunes en muestras de la población general, y también poderosos predictores de futuros intentos de suicidio. Así, el estudio de ambas adquiere una particular relevancia en la prevención del suicidio consumado.

Si logramos conocer y actuar sobre los factores de riesgo de estas conductas, estaremos interviniendo también en las fases más tardías y peligrosas del fenómeno. Muchas veces no se reconoce el riesgo suicida del paciente, ni se le trata o refiere a una atención psicológica especializada. Todo intento de suicidio debe ser considerado con la máxima atención. El paciente que ingresa por un intento, por manipulador y poco riesgoso que parezca, debe ser tomado con seriedad y su seguimiento resulta indispensable. Una gran cantidad de los suicidios consumados, en aquellos pacientes que ingresaron por un intento fallido de suicidio, se presentó a los 6 meses o al año de realizado el intento previo (Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1995; González-Forteza et al, 1998).

Nuestro país presenta una de las tasas más bajas de suicidio comparado tanto con el continente americano, como con varios países de Europa; no abundan en México los estudios acerca del suicidio en los adolescentes, por lo que es urgente la necesidad de orientar una mayor atención a este problema. Aunque la tasa de suicidios es baja, hay pocos problemas de salud pública que hayan crecido con tanta constancia en el país. Año con año, la mortalidad por suicidio se ha incrementado y por lo que se conoce sobre el problema en otros países, así como sobre los cambios en el perfil poblacional y epidemiológico de México, este incremento no será pasajero. La evolución ascendente del suicidio, así como los cambios sociales concomitantes, tales como el incremento en la urbanización, la migración, la disolución de redes familiares tradicionales, el aumento en el consumo de drogas entre los jóvenes y los cambios en el perfil epidemiológico del país (Borges et al, 1996), obligan a iniciar acciones preventivas y de investigación.

Podría considerarse que el concepto subyacente que justifica todos los esfuerzos de prevención del suicidio es que muchas, si no todas las personas que piensan cometerlo o lo intentan, desean que se les impida (Adam, 1986; Merck Manual, 1992). Sea la intensidad del deseo de morir baja o alta, o la persona ni siquiera tenga claro si quiere morir o no, cualquier intento, por débil que parezca o por manipulador que sea para los demás, debe ser considerado como un acto desesperado. Cualquier acción en este sentido es una llamada de atención, una comunicación. Hay muchas formas de reaccionar ante los problemas; para cuando una persona llega al punto de utilizar el suicidio, o inclusive al solo pensar o decir que se va a suicidar, es que está sufriendo mucho, intolerablemente.

Podría decirse que en todo intento suicida existe la fantasía de ser salvado. La mayoría de las personas que se suicidan o tienen impulsos suicidas, consultan a sus médicos antes y al menos 20% de los suicidas estuvieron bajo tratamiento psiquiátrico en el año previo (Kolb, 1983; Merck Manual, 1997). En nuestro país, el 8.9% de todas las consultas de primera vez en centros de salud de la ciudad de México, contienen quejas de naturaleza psicológica (Gutiérrez y Barilar, 1986, en Sánchez-Sosa et al, 1992); una parte de éstas quejas seguramente está relacionada con la ideación suicida. El comportamiento suicida es un grito de ayuda, una expresión de la necesidad y deseo de cambiar, una súplica en parte real y en parte fantaseada de transformación de una situación intolerable.

II. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

A pesar de que se han realizado esfuerzos para evaluar, predecir y prevenir el suicidio entre los jóvenes, la magnitud de este problema es preocupante. Existe una considerable urgencia de intervención con respecto al fenómeno del suicidio, el cual no sólo es devastador por la terminación tan prematura de vidas, sino también porque frecuentemente destruye las vidas de muchos otros cercanos a quien se suicida. Sin embargo, poco se sabe sobre qué acercamientos de intervención y tratamiento pueden establecerse como definitivos para en primer lugar, prevenir que existan jóvenes suicidas (prevención primaria), para detectar a los suicidas potenciales (prevención secundaria), y para terminar una crisis suicida una vez que ha comenzado o para reducir la recidiva una vez que el intento suicida ha ocurrido (prevención terciaria).

Desde el enfoque de la prevención primaria se hace necesario establecer medidas para evitar la presencia de factores que originen riesgos para los sujetos, como podría ser en el caso del suicidio crear programas dirigidos a educar a la población, como a los profesores o a los padres, de modo que puedan aprender mejores y más positivos modos de criar a sus hijos, favoreciendo factores que los protejan. Desde el punto de vista de la prevención secundaria, en primer lugar es necesario saber cómo identificar a los sujetos suicidas. A medida que se aprendan a reconocer las señales de peligro de un suicidio inminente y que se pongan en marcha recursos y elementos para detectar y ayudar al suicida en potencia, se empezará a lograr un progreso importante en la lucha contra este problema.

Las preguntas a contestar en este sentido son: ¿cuáles son los patrones de interacción y crianza, cuáles las variables asociadas a la presencia e intensidad de la ideación suicida? ¿cuáles de estos patrones y variables funcionan como factores de riesgo y cuáles como factores protectores?. Contestar estas preguntas y proporcionar a los psicólogos, maestros, médicos, etc., un instrumento que detecte la ideación suicida (EBIS) y un perfil de riesgo del adolescente y del joven potencialmente suicidas, obtenido a partir de otro instrumento (IINPAC), proveerá de nuevas herramientas tanto para identificar a esta población de manera sencilla, eficaz y eficiente para poder actuar a tiempo, como para utilizar la información que se genere con el fin crear programas de prevención primaria. A

pesar de que existen investigaciones que han abordado el tema de manera similar, se debe considerar que en general se han estudiado solo algunas variables de interacción familiar con respecto al tema del suicidio, mientras que el IINPAC cubre muchas de ellas en un solo instrumento, además de que el EBIS no ha sido muy utilizado en nuestro país.

III. OBJETIVOS.

3.1 Objetivo General.

↳ Determinar cuáles son los patrones de interacción y de crianza evaluados por el Inventario de Interacción y Patrones de Crianza (IINPAC) y cuáles las variables que caracterizan a los jóvenes que reportan ideación suicida e intentos de suicidio, evaluados por la Escala de Beck para la Ideación Suicida (EBIS).

3.2 Objetivos Específicos.

- Validar y confiabilizar la versión en español del EBIS.
- Determinar la distribución de la intensidad de la ideación suicida y de las variables de interacción, de crianza y sociodemográficas de cuatro diferentes grupos de estudio que se definen como:
 - Grupo 1: Sujetos Con ideación y Con intento suicida.
 - Grupo 2: Sujetos Con ideación y Sin intento suicida.
 - Grupo 3: Sujetos Sin ideación y Con intento suicida.
 - Grupo 4: Sujetos Sin ideación y Sin intento suicida.
- Determinar si existe correlación entre la intensidad o grado de severidad de la ideación suicida y las diferentes variables de interacción y de crianza, a fin de establecer cuáles de éstas son factores de riesgo y protectores para la intensidad de la ideación suicida.

IV. HIPOTESIS.

1. La intensidad o el grado de severidad de la ideación suicida, las diversas variables

pesar de que existen investigaciones que han abordado el tema de manera similar, se debe considerar que en general se han estudiado solo algunas variables de interacción familiar con respecto al tema del suicidio, mientras que el IINPAC cubre muchas de ellas en un solo instrumento, además de que el EBIS no ha sido muy utilizado en nuestro país.

III. OBJETIVOS.

3.1 Objetivo General.

↳ Determinar cuáles son los patrones de interacción y de crianza evaluados por el Inventario de Interacción y Patrones de Crianza (IINPAC) y cuáles las variables que caracterizan a los jóvenes que reportan ideación suicida e intentos de suicidio, evaluados por la Escala de Beck para la Ideación Suicida (EBIS).

3.2 Objetivos Específicos.

- Validar y confiabilizar la versión en español del EBIS.
- Determinar la distribución de la intensidad de la ideación suicida y de las variables de interacción, de crianza y sociodemográficas de cuatro diferentes grupos de estudio que se definen como:
 - Grupo 1: Sujetos Con ideación y Con intento suicida.
 - Grupo 2: Sujetos Con ideación y Sin intento suicida.
 - Grupo 3: Sujetos Sin ideación y Con intento suicida.
 - Grupo 4: Sujetos Sin ideación y Sin intento suicida.
- Determinar si existe correlación entre la intensidad o grado de severidad de la ideación suicida y las diferentes variables de interacción y de crianza, a fin de establecer cuáles de éstas son factores de riesgo y protectores para la intensidad de la ideación suicida.

IV. HIPOTESIS.

1. La intensidad o el grado de severidad de la ideación suicida, las diversas variables

pesar de que existen investigaciones que han abordado el tema de manera similar, se debe considerar que en general se han estudiado solo algunas variables de interacción familiar con respecto al tema del suicidio, mientras que el IINPAC cubre muchas de ellas en un solo instrumento, además de que el EBIS no ha sido muy utilizado en nuestro país.

III. OBJETIVOS.

3.1 Objetivo General.

↳ Determinar cuáles son los patrones de interacción y de crianza evaluados por el Inventario de Interacción y Patrones de Crianza (IINPAC) y cuáles las variables que caracterizan a los jóvenes que reportan ideación suicida e intentos de suicidio, evaluados por la Escala de Beck para la Ideación Suicida (EBIS).

3.2 Objetivos Específicos.

- Validar y confiabilizar la versión en español del EBIS.
- Determinar la distribución de la intensidad de la ideación suicida y de las variables de interacción, de crianza y sociodemográficas de cuatro diferentes grupos de estudio que se definen como:
 - Grupo 1: Sujetos Con ideación y Con intento suicida.
 - Grupo 2: Sujetos Con ideación y Sin intento suicida.
 - Grupo 3: Sujetos Sin ideación y Con intento suicida.
 - Grupo 4: Sujetos Sin ideación y Sin intento suicida.
- Determinar si existe correlación entre la intensidad o grado de severidad de la ideación suicida y las diferentes variables de interacción y de crianza, a fin de establecer cuáles de éstas son factores de riesgo y protectores para la intensidad de la ideación suicida.

IV. HIPOTESIS.

1. La intensidad o el grado de severidad de la ideación suicida, las diversas variables

relacionadas a la ideación suicida, al suicidio y sociodemográficas, así como las variables de los patrones de interacción y crianza, son diferentes entre los cuatro grupos de estudio.

2. Existe correlación entre ciertas variables sociodemográficas, de crianza y de interacción familiar y las variables de ideación suicida y otras relacionadas al suicidio.
3. Existen patrones de interacción y crianza y variables sociodemográficas que explican la variabilidad de la intensidad de la ideación suicida y que son factores de riesgo y protectores para la misma.

V. METODOLOGIA.

5.1 Tipo de Estudio.

Se trata de un estudio epidemiológico transversal analítico con las siguientes características: Por su temporalidad, es retrospectivo, ya que se buscó establecer cuáles son las causas del evento que ya sucedió; es transversal, pues se realizó una sola medición de las variables en un momento dado; es un estudio comparativo, ya que se contrastaron las variables entre varios grupos; es un estudio observacional ya que no se realizaron modificaciones en ninguno de los factores intervinientes.

El diseño utilizado es el de comparación de más de dos muestras independientes, ya que se estudiaron cuatro grupos diferentes.

5.2 Criterios de Selección.

Criterios de Inclusión.

- * Sujetos que tengan entre 15 y 25 años de edad, de cualquier sexo y que actualmente sean estudiantes de preparatoria (o equivalente), o universidad.

relacionadas a la ideación suicida, al suicidio y sociodemográficas, así como las variables de los patrones de interacción y crianza, son diferentes entre los cuatro grupos de estudio.

2. Existe correlación entre ciertas variables sociodemográficas, de crianza y de interacción familiar y las variables de ideación suicida y otras relacionadas al suicidio.
3. Existen patrones de interacción y crianza y variables sociodemográficas que explican la variabilidad de la intensidad de la ideación suicida y que son factores de riesgo y protectores para la misma.

V. METODOLOGIA.

5.1 Tipo de Estudio.

Se trata de un estudio epidemiológico transversal analítico con las siguientes características: Por su temporalidad, es retrospectivo, ya que se buscó establecer cuáles son las causas del evento que ya sucedió; es transversal, pues se realizó una sola medición de las variables en un momento dado; es un estudio comparativo, ya que se contrastaron las variables entre varios grupos; es un estudio observacional ya que no se realizaron modificaciones en ninguno de los factores intervinientes.

El diseño utilizado es el de comparación de más de dos muestras independientes, ya que se estudiaron cuatro grupos diferentes.

5.2 Criterios de Selección.

Criterios de Inclusión.

- * Sujetos que tengan entre 15 y 25 años de edad, de cualquier sexo y que actualmente sean estudiantes de preparatoria (o equivalente), o universidad.

Criterios de exclusión.

- * Sujetos que muestren algún tipo de comportamiento disruptivo que impida su adecuada concentración y la de los demás participantes para contestar el cuestionario.

Criterios de eliminación.

- * Sujetos que dejen incompleta la hoja de respuestas con respecto a uno o ambos instrumentos (esto no incluye algunas preguntas del IINPAC que pueden quedar en blanco por no aplicarse en absoluto al sujeto), o cuyas hojas de respuesta contengan marcas confusas o ilegibles.

5.3 Población Objetivo.

La muestra final comprendió a 423 sujetos de entre 15 y 25 años de edad, de sexo femenino o masculino, estudiantes del Colegio Nacional de Educación Popular (CONALEP), plantel Ing. Bernardo Quintana Arrijoja, y de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), plantel Iztapalapa. El muestreo en la UAM fue no aleatorio por cuotas, hasta cubrir un total de al menos 100 sujetos (al final se obtuvieron 147), ya que no hubo posibilidad de hacerlo de manera aleatoria. El muestreo en el CONALEP fue aleatorio, ya que todos los sujetos tuvieron la misma probabilidad de quedar incluidos en el estudio. A partir de la muestra obtenida, se formaron cuatro grupos de estudio:

1. Grupo 1: Sujetos CON ideación suicida y CON intento de suicidio (n= 23).
2. Grupo 2: Sujetos CON ideación suicida y SIN intento de suicidio (n= 40).
3. Grupo 3: Sujetos SIN ideación suicida y CON intento de suicidio (n= 33).
4. Grupo 4: Sujetos SIN ideación suicida y SIN intentos de suicidio (n=327).

5.4 Definición de Variables.

5.4.1 Variables Dependientes.

- a) *Ideación suicida*: Presencia de pensamientos, planes y deseos de cometer suicidio (Beck

y Steer, 1993). Operacionalmente es la puntuación relativa a pensamientos activos y/o pasivos de suicidio medida a través del EBIS.

- b) *Intensidad de la ideación suicida*: Grado de severidad de la ideación suicida (Beck, 1993). Operacionalmente, es el grado de extremidad o severidad de la ideación suicida evaluado por el EBIS, que puede ir desde 0 hasta 38 puntos.

5.4.2 Variables Independientes.

- a) *Interacción y patrones de crianza*: Patrón o patrones de relación entre el individuo y su familia; forma en que interactúan las características propias del individuo con los factores dados por el sistema familiar al que pertenece (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1991). Operacionalmente, son los estilos o tipos de interacción familiar y patrones de crianza medidos por el IINPAC.
- c) *Características sociodemográficas*: Variables relacionadas a condiciones sociales, culturales, demográficas, ocupacionales, de vivienda, etc. (Encuesta Nacional de Adicciones, 1993). Operacionalmente se definen como: edad, sexo, estado civil, escolaridad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, religión, ingreso mensual familiar, personas dependientes del ingreso, ocupación, vivienda, propiedad de la vivienda, número de recámaras de la vivienda, número de personas que habitan la misma vivienda, espacio de la vivienda.
- d) *Variables asociadas al suicidio*: Diversas variables que la literatura señala que se asocian al fenómeno del suicidio, como el consumo de bebidas alcohólicas, de drogas, intentos de suicidio previos, personas cercanas al sujeto que se hayan suicidado o que tengan alguna enfermedad mental (Stengel, 1969; Rosen, 1970; Adam, 1986). Operacionalmente, se definen como: consumo de alcohol, consumo de drogas ilegales, consumo de drogas médicas fuera de prescripción (sin receta médica, o en mayor cantidad o tiempo de lo indicado por el médico), intento de suicidio previo, temporalidad del último intento, personas cercanas que se hayan suicidado, personas

cercanas con enfermedad mental.

5.5 Instrumentos.

Analizar cuáles patrones de interacción familiar y social contribuyen a que las personas presenten ideación suicida o intenten suicidarse y cuáles las protegen de esto, es un acercamiento eficaz para el diseño de estrategias de intervención. Con respecto a éstas ideas, se recopiló información a través de dos instrumentos que fueron seleccionados debido a que abarcaban ampliamente los aspectos fundamentales de la investigación: el Inventario de Interacción y Patrones de Crianza (IINPAC), que investiga múltiples aspectos de los factores de crianza y la Escala de Beck para la Ideación Suicida (EBIS), la cual no sólo detecta la presencia de ideación sino que permite calcular su intensidad.

1. INVENTARIO DE INTERACCIÓN Y PATRONES DE CRIANZA (IINPAC):

El IINPAC está basado en la segunda sección del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento, el SEVIC (Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán, 1993). Contiene 159 reactivos con formato de escala con cinco opciones de respuesta para cada uno (aunque algunos reactivos tienen 4, 3 y 2 opciones de respuesta), los cuales recolectan datos sobre variables de interacción familiar, de crianza y otras variables interactivas, como interacción en la escuela, en el trabajo y sexualidad. Una última parte comprende reactivos que exploran las principales características sociodemográficas de los sujetos, seguidos por otros que estudian variables relacionadas con el orden de nacimiento, consumo de drogas y otras variables que la literatura señala como asociadas al fenómeno del suicidio.

La primera hoja del IINPAC es de instrucciones, donde además de explicar cómo contestar el inventario y mostrar un ejemplo, se explica muy brevemente para qué sirve y se aclara que es completamente anónimo. A lo largo del inventario, hay varias instrucciones resaltadas en negritas, que van señalando al individuo con cuál número de reactivo debe continuar, dependiendo de si cumple o no con ciertas características.

El sujeto no responde directamente en el inventario, sino en una hoja de respuestas de lectura óptica que se le proporciona, lo cual se le explica en las instrucciones.

El instrumento original tiene como fuentes de validación de contenido la literatura

de investigación y un procedimiento de validación por expertos (jueces independientes) mostrando un grado de consistencia no menor a 80%, como se describe en Sánchez-Sosa, Hernández-Guzmán y Jurado-Cárdenas, (1992).

Se realizó un estudio piloto para esta investigación, gracias al cual se evaluaron algunos aspectos del IINPAC. Aunque básicamente el piloteo se concentró en el EBIS por las razones que se exponen en la sección del procedimiento, a través de los IINPAC que si se pudieron aplicar, se realizaron algunos cambios en la forma final de éste. Algunos reactivos fueron modificados en los casos en los que varios sujetos referían que no les quedaban claros o en los que surgían dudas de cómo contestarlo. Las modificaciones no fueron radicales; en algunos casos tan solo se incluía una palabra, como por ejemplo, en el caso del reactivo 4 de la forma A-B, sólo se mencionaban las palabras “preferido-preferían”, pero debido a que varios sujetos no comprendían a qué se referían éstas, se añadieron las palabras “consentido-consentían”:

4. Pienso que mis padres han preferido (preferían) o consentido (consentían) a alguno(s) de mis hermanos(as) más que a mí.

La versión final que se utilizó en esta investigación se puede consultar en el ANEXO 1.

2. LA ESCALA DE BECK PARA LA IDEACIÓN SUICIDA (EBIS):

Es un instrumento auto-aplicable para medir la presencia, intensidad, duración y especificidad de los pensamientos y planes sobre cometer suicidio (ANEXO 2). El EBIS mide un amplio espectro de actitudes y comportamientos que los clínicos consideran rutinariamente al evaluar pacientes con riesgo suicida, además de mostrar características suicidas específicas que requieren un mayor escrutinio clínico (Beck y Steer, 1993).

En las instrucciones se pide al sujeto que lea los grupos de oraciones y elija una de las oraciones de cada grupo, la que mejor describa como se ha sentido en la última semana, incluyendo el día de hoy, marcando su elección en la hoja de respuestas de lectura óptica que se le proporciona.

El EBIS está compuesto por 21 grupos de afirmaciones. Cada grupo a su vez se compone de tres oraciones que se califican en orden ascendente de severidad de la ideación

suicida, en una escala del 0 al 2, que en la versión utilizada en esta investigación se clasificaron de la siguiente forma: 0 = a; 1 = b; 2 = c.

Los primeros cinco grupos de oraciones funcionan como filtro de las actitudes del paciente hacia el vivir o morir, pero el cuarto y quinto grupo en específico funcionan como filtros que señalan la presencia o ausencia de ideación suicida. Solo los pacientes que manifiestan la contemplación de intentos suicidas activos o pasivos a través de estos reactivos, responden los demás ítems. Esto es, que si el sujeto responde con valor "0" (a) en el grupo 163 de afirmaciones (lo que indica que no existe intención suicida activa) y en el grupo 164 (señalando que no existe ideación suicida pasiva), el recuadro de instrucciones le indica que no responda los siguientes 14 grupos, los cuales recopilan información sobre planes y actitudes sobre el intento de suicidio, sino que continúe con el grupo 20. Si por el contrario el sujeto responde con el valor "1" (b) ó "2" (c) a los grupos de afirmaciones 163 y/o 164, se le indica que conteste todo el instrumento, pues esto quiere decir que existe ideación suicida activa y/o pasiva. Todos los sujetos deben responder el grupo 20, y si corresponde, según otro cuadro de instrucciones, el 21.

Las primeras 19 afirmaciones miden la severidad de los deseos, actitudes y planes suicidas. En orden, los 19 ítems miden las siguientes facetas de la ideación suicida:

- 1) Deseo de vivir: qué tanto el sujeto desea vivir.
- 2) Deseo de morir: qué tanto el sujeto desea morir.
- 3) Razones para vivir o morir: qué tantas razones se tienen para vivir o para morir.
- 4) Intento suicida activo: deseo de suicidarse.
- 5) Intento suicida pasivo: acciones que se tomarían en caso de estar entre la vida o la muerte.
- 6) Duración de los pensamientos suicidas: qué tanto duran las temporadas en que se piensa en el suicidio.
- 7) Frecuencia de la ideación: qué tan seguido surgen las ideas de suicidio.
- 8) Actitud hacia la ideación: grado de aceptación de la idea de suicidarse.
- 9) Control sobre la acción suicida: grado de control para evitar suicidarse.
- 10) Disuasivos del intento: grado de preocupación por las diversas razones del sujeto para no suicidarse.

- 11) Razones para el intento: diferentes tipos de razones para suicidarse (relacionados con la gente, relacionados con la gente y con los problemas, relacionados con los problemas).
- 12) Avances de la planeación: qué tan avanzados están los planes para el intento suicida.
- 13) Disponibilidad del método: qué tanta accesibilidad al método de suicidio y oportunidad para llevarlo a cabo hay.
- 14) Capacidad para llevar a cabo el intento: qué tanto valor y habilidad se tiene para suicidarse.
- 15) Expectativas de realizar el intento real: qué tanto realmente el sujeto considera que sí se va a suicidar.
- 16) Avances de los preparativos: qué tantos preparativos ha hecho el sujeto para suicidarse.
- 17) Nota suicida: existencia o ausencia de una nota suicida escrita por el sujeto.
- 18) Actos finales: qué tantos arreglos ha hecho el sujeto con respecto a lo que sucederá después de que se suicide.
- 19) Ocultamiento y mentira: qué tanto el sujeto ha evitado decir o mostrar a los demás que piensa en suicidarse.

Los últimos dos ítems del EBIS indagan sobre el número de intentos previos de suicidio y la seriedad de la intención con respecto al último intento, ayudando al clínico a descubrir importantes características antecedentes, pero no se usan para calcular la puntuación final.

La severidad o intensidad de la ideación suicida se calcula sumando los puntos de los primeros 19 grupos, por lo que la puntuación total puede ir de 0 a 38 puntos. No existe evidencia empírica que apoye el uso de un punto de corte específico, aunque puntuaciones más altas reflejan más alto riesgo de suicidio. El EBIS identifica a pacientes que desean reconocer su ideación y deseo de suicidarse, y provee de una estimación del grado del riesgo suicida indicado por la intensidad de lo que mide cada grupo. Sin embargo, los pacientes suicidas pueden deliberadamente ocultar sus intenciones y distorsionar sus respuestas. Al sopesar el riesgo suicida, el clínico debe considerar otros aspectos del funcionamiento psicológico exhibido por la persona, como podrían ser síntomas de depresión y desesperanza.

Para este estudio se hizo una traducción y adaptación de la versión original en inglés

del EBIS, por lo que se hizo necesario llevar a cabo un estudio piloto para hacer un análisis de su validez y confiabilidad. En la sección del procedimiento se pueden consultar algunos puntos que hacen referencia a cómo se recopiló la información para este análisis, pero en esta sección se describirán solamente cuál fue la validez y la confiabilidad que se encontró.

En todos los lugares donde se llevó a cabo el estudio piloto, el margen de edad que originalmente se había establecido entre los 15 y 25 años de edad tuvo que ampliarse ante la dificultad de encontrar suficientes sujetos con ideación suicida con esas edades, así que se estableció como nuevo límite superior los 45 años de edad (esto solo se hizo para el estudio piloto; para el estudio final se mantuvo el margen originalmente establecido).

En primer lugar, se debe mencionar que la muestra estuvo compuesta por 61.8% de mujeres y 38.2% de hombres. La media de edad fue de 23.62 años. La duración de la aplicación de los dos instrumentos en la muestra del estudio piloto fue de alrededor de una hora y quince minutos, aunque algunos sujetos llegaron a tardar una hora y media.

Del total de la muestra del piloto el EBIS mostró que 50% tuvieron ideación suicida (pasiva y/o activa), de los cuales 82.4% tuvieron ideación activa, mientras que 76.5% tuvieron ideación pasiva. Comparando entre sexos, las mujeres fueron quienes en mayor porcentaje tuvieron ideación suicida, con un 64.7%.

La media de la puntuación del EBIS de la muestra total fue de 8.76 puntos. La media de la puntuación para los sujetos sin ideación fue de 0.88 y para los que sí tenían ideación fue de 16.65 puntos. El EBIS mostró que 26.5% de los sujetos habían intentado suicidarse una vez y 20.6% de ellos más de una vez.

Después de realizar este análisis descriptivo, se procedió a revisar los aspectos de validez y confiabilidad del EBIS. Averiguar esto era sumamente importante, pues como se mencionó, el EBIS fue traducido y adaptado para esta investigación de la versión original en inglés; se quería (y debía) tener la seguridad de que el instrumento funcionara de manera adecuada.

Con respecto a su validez interna, es decir, su habilidad para identificar la ideación suicida como entidad clínica (o caso) separado de los no casos, al comparar con un punto de referencia o estándar de oro (determinación de la presencia o ausencia de ideación suicida por profesionales), los resultados del EBIS debían permitir identificar correctamente casos y no casos de ideación suicida. Su validez dependía de cuántos

resultados positivos en individuos sanos daría (falsos positivos) y cuántos resultados negativos en casos de enfermedad (falsos negativos).

Cabe recordar aquí que los grupos de frases filtro del EBIS son el 163 (intento suicida activo) y el 164 (intento suicida pasivo). Son éstos los que determinan si el sujeto tiene o no ideación suicida, ya sea activa o pasiva, en el caso de que contesten con el inciso b (valor=1) y/o con el inciso c (valor=2) cualquiera de los dos reactivos, por lo cual éstos fueron los que se analizaron.

En primer lugar, se analizó la sensibilidad de cada uno de éstos dos grupos de frases, es decir, se trató de averiguar cómo funciona la escala en individuos enfermos observando cuántos resultados positivos se obtienen con la prueba en ellos.

Tomando en cuenta solamente el resultado positivo de la prueba, indistintamente de que los sujetos contestaron b o c en los reactivos 163 y 164 (es decir, considerando en general a los sujetos que tenían ideación suicida), la sensibilidad fue del 100%. De esta forma, la sensibilidad fue mucho más alta que considerando por separado a los dos grupos de frases filtro, donde para el grupo de frases 163 fue del 82.35%, esto es, que un 17.65% de los casos no fueron detectados con éste reactivo y para el grupo de frases 164 fue del 75%, así que un 25% de los casos no fueron detectados con este reactivo. (Tabla 1).

La especificidad de la prueba, es decir, cuántos resultados negativos se obtienen en individuos sin ideación suicida, o sea, cuántos sanos se confirmarán por el resultado negativo de la escala, fue muy alta (Tabla 1). Analizando todos los EBIS negativos, sin importar si los sujetos contestaban el grupo 163 o 164, con b o c, fue del 94.44%, arrojando un 5.56% de falsos positivos. Para el grupo de frases 163, fue del 100%, mientras que para el grupo 164 fue del 94.44%, donde tan solo 5.56% fueron falsos positivos.

Con respecto a los valores predictivos, al considerar en conjunto el resultado positivo de la prueba, indistintamente de si fue detectada la ideación como activa o pasiva, con los valores b o c, el valor predictivo positivo fue alto, aunque fue mayor el valor predictivo negativo. Analizando los reactivos por separado, el valor predictivo positivo fue excelente para el grupo de ideación activa (reactivo 163) y aunque no tanto, fue alto también para el grupo de ideación pasiva (reactivo 164). El valor predictivo negativo fue alto especialmente para la ideación activa y en menor medida para la ideación pasiva (Tabla 1).

TABLA 1. Sensibilidad y Especificidad del EBIS.

	Ideación Activa (grupo 163)	Ideación Pasiva (grupo 164)	Ideación activa y/o pasiva (gpos. 163 y 164)
Sensibilidad	82.35% (EE*=9.32%)	75.0% (EE=10.83%)	100%
Especificidad	100%	94.44% (EE=5.42%)	94.44% (EE=5.42%)
Valor predictivo positivo	100%	92.30% (EE=7.39%)	94.11% (EE=5.71%)
Valor predictivo Negativo	85% (EE=7.98%)	80.95% (EE=8.58%)	100%

* EE: Error Estándar.

Por otra parte, el análisis de confiabilidad del EBIS mostró un coeficiente de Cronbach de $\alpha = 0.95$, lo que sugiere una alta consistencia interna. Este análisis se realizó considerando solamente los primeros 19 ítems, que son los que se toman en cuenta para la calificación de la escala. La alta consistencia interna de esta adaptación del EBIS es similar (mayor, incluso) a la obtenida por Beck y Steer (1993) con la versión original de una muestra de pacientes internos con ideación suicida ($\alpha = 0.90$) y una de pacientes externos ($\alpha = 0.87$).

Así, la versión del EBIS creada para esta investigación tuvo una excelente validez y confiabilidad.

Por último, cabe mencionar que el IINPAC y el EBIS se unieron presentándose como un solo cuestionario, aunque manteniendo separados los contenidos uno del otro. La unión se dio en el sentido de que la que numeración de los reactivos se continuaba de un instrumento al siguiente, ya que solo se proporcionaba una hoja de respuestas a cada sujeto. Se crearon dos versiones que presentaban ambos instrumentos en diferente orden, con fines de contrabalancear los resultados:

- a) Versión AB: IINPAC seguido del EBIS.
- b) Versión BA: EBIS seguido del IINPAC.

5.6 Procedimiento.

Uno de los primeros pasos que se siguieron en esta investigación, fue conseguir los dos instrumentos que se iban a utilizar. El IINPAC se elaboró a partir de la tercera edición del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento, el SEVIC (Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán, 1993), facilitado por uno de los autores del mismo. Se añadieron reactivos sobre la interacción con los profesores en la escuela y se modificó el nombre del cuestionario. También se realizaron algunas modificaciones al contenido del cuestionario, para que se adecuara más a los objetivos de este estudio. Para la elaboración del IINPAC solo se utilizó la segunda sección del SEVIC.

Los reactivos que se agregaron a la versión modificada, el IINPAC, están relacionados con la interacción escolar, con los profesores y los compañeros de escuela. Estos nuevos reactivos tienen una estructura idéntica a los reactivos originales del SEVIC que se refieren a los padres y al trabajo. Además de estas preguntas agregadas, se incluyeron más sobre datos sociodemográficos y otras que exploran variables relacionadas con el suicidio, basadas en la literatura de investigación, como por ejemplo, el consumo de drogas y antecedentes familiares de suicidio.

El otro instrumento, el EBIS, se adquirió en la compañía The Psychological Corporation, con financiamiento del Proyecto de Análisis de Riesgo Interactivo para el Deterioro de la Salud Psicológica en Adolescentes, de la Facultad de Psicología de la UNAM. Fue traducido y adecuado por la investigadora para aplicarse en México. Esta traducción fue revisada varias veces por diferentes investigadores para verificar que el lenguaje fuera apropiado para nuestro país y la población a quien iba dirigida la investigación.

Una vez preparados ambos instrumentos, la primera etapa de la investigación inició con un estudio piloto, el cual no sólo pretendía probar el tiempo de administración y los reactivos nuevos y modificados del IINPAC, sino que también pretendía probar la claridad de los reactivos del EBIS, su validez y confiabilidad. Para lograr esto, se requería de una muestra de pacientes de quienes se supiera de antemano que tenían ideación suicida, como un estándar de oro para determinar la sensibilidad y especificidad de la prueba. Se realizó el estudio piloto en cuatro diferentes lugares. Los primeros dos lugares donde se llevó a cabo

fueron el Hospital Civil de San Miguel de Belén de Guadalajara, Jalisco, en el Servicio de Psiquiatría “Dr. Wenceslao Orozco y Sevilla” y en el Centro de Intervención en Crisis (CIC) del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, en la Ciudad de Guadalajara, Jalisco. El personal de ambos lugares, conformado por psiquiatras y psicólogos (en total fueron 2 psiquiatras y 7 psicólogos), se encargó de identificar, evaluando a través de entrevistas clínicas, a los pacientes que tuviesen ideación suicida de entre aquéllos que acudían a sus servicios.

En el caso del Hospital Civil, una vez que se identificaba a algún paciente con ideación suicida, los psiquiatras del servicio le invitaban a participar en el estudio. Una vez que éste aceptaba participar, si se encontraba internado en el Servicio de Psiquiatría o en cualquier otro servicio del hospital, la investigadora acudía a la cama del paciente para aplicar tanto el EBIS como el IINPAC. Las causas de internamiento de los pacientes seleccionados en el área de Psiquiatría eran diversas, pero si a juicio del psiquiatra el paciente mostraba aspectos psicóticos y había una ruptura del contacto con la realidad, lo cual era corroborado en una breve entrevista con el paciente por la investigadora, se consideraba que era un criterio de exclusión. Los pacientes seleccionados de otros servicios se encontraban internados por varios motivos, como traumatismo por accidentes, cirugía, etc. Si el paciente era externo, se le administraban los instrumentos ya fuere después de la entrevista con el psiquiatra que lo examinaba, o en una cita concertada para una fecha posterior, dependiendo del tiempo con el que el paciente contaba. En estos casos, la aplicación se realizaba en una pequeña sala de comedor del servicio de Psiquiatría, cuando ésta no se encontraba en uso, o en el jardín del servicio, ya que no se contaba con otro lugar más privado, aunque había lugar donde sentarse y era un sitio tranquilo.

Además de los criterios de selección mencionados anteriormente, otro criterio de exclusión que se tomó en cuenta en el piloteo fue no incluir a los pacientes en quienes la administración de algún medicamento dificultara su comprensión y concentración para contestar los instrumentos (esto se preguntaba al médico que atendía al paciente).

En el caso del CIC, los psicólogos del lugar eran quienes se encargaban de la aplicación. Sólo administraban el EBIS, ya que no contaban con suficiente tiempo para administrar los dos instrumentos, y no estaba permitido a la investigadora aplicar ella misma los instrumentos.

Posteriormente, la aplicación continuó en la ciudad de México, tanto en el Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, como en el Hospital General Xoco. En el primero, de los pacientes que acudían a consulta, los psiquiatras que dan consulta en el lugar identificaban a los que tuvieran ideación suicida, a través de entrevista clínica, y si aceptaban participar en el estudio, se acordaba con ellos una cita, se le avisaba a la investigadora y ésta acudía para aplicar el EBIS (aquí también solo se administró este instrumento, pues tampoco era posible emplear más tiempo con el paciente).

En el Hospital Xoco, dos psicólogos del Departamento de Psicología informaban a la investigadora de los casos con ideación suicida y ésta acudía a la cama donde se encontraba el paciente, cuidando también en estos casos no incluir a los pacientes cuya medicación impidiera una concentración y comprensión adecuadas. También se incluyó a pacientes no hospitalizados que acudían a consulta psicológica al Hospital. Se aplicó solamente el EBIS.

Así mismo, en todos los lugares se administraron también las pruebas en sujetos normales, es decir, en quienes no se había detectado ideación suicida y que se encontraban en esos sitios por otros motivos.

Dada la prevalencia relativamente baja de sujetos con ideación suicida, la selección de los lugares de estudio tuvo como fundamento trabajar en sitios con las más altas concentraciones posibles de los mismos. El hecho de que dos de estos sitios se ubicaran en Guadalajara se debió a que en ese momento la investigadora radicaba ahí.

Una vez que se logró cubrir la muestra necesaria para el piloteo, se procedió a desarrollar los resultados de esta parte del estudio.

Gracias a los IINPAC que sí se pudieron aplicar en el Hospital Civil de Guadalajara, se hizo manifiesto que algunos reactivos éste, tanto nuevos como viejos, eran un poco confusos, por lo que fueron modificados y mejorados para su mejor comprensión. Una vez modificados, se hizo una aplicación en una pequeña muestra y se confirmó que con las modificaciones los reactivos se comprendían claramente.

También se confirmó que los reactivos del EBIS eran claros y se comprendían bien. La excepción fue el cuadro de instrucciones que aparece después del grupo de preguntas 164, el cual fue modificado. Por otra parte, el análisis de la sensibilidad y especificidad para

detectar la ideación suicida que se describe en la sección de instrumentos, mostró un adecuado funcionamiento de la escala, por lo que no fue necesario hacer modificaciones en este sentido.

Una vez realizadas todas las modificaciones necesarias a los instrumentos y ya analizada la información obtenida en el piloteo, se continuó con la siguiente fase. Esta inició aplicando el cuestionario en estudiantes de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) de Iztapalapa. Los sujetos no pudieron ser elegidos al azar, sino que dependiendo de la disponibilidad de los profesores de ceder su clase para la administración del cuestionario, ésta se llevó a cabo. Sólo se pudo tener acceso al área de carreras Químico-Biológicas y no a otras áreas; cabe señalar que casi todos los estudiantes pertenecían a los semestres menos avanzados, donde se lleva un tronco común de materias, aunque los jóvenes provienen de diversas carreras dentro del área mencionada.

Una vez que un profesor cedía su clase, éste les decía a los alumnos que, en cierta fecha acordada, no habría clase, sino que una persona les invitaría a participar en una investigación. Llegada la fecha, la investigadora se presentaba en el salón de clases (que en algunas ocasiones fue un laboratorio) y les decía (poco más o menos) lo siguiente a los estudiantes:

“Buenos días (tardes). Mi nombre es (nombre del que aplica). Estamos haciendo una investigación y con su ayuda estamos tratando de averiguar cuáles son algunos de los problemas que le suceden a la gente y de encontrar formas de cómo mejorar nuestro bienestar y el de nuestra familia. Se trata de un cuestionario que es completamente anónimo, así que no tienen que escribir su nombre ni nada que los identifique, además de que su participación es voluntaria. Todos ustedes fueron escogidos al azar y la información que se obtenga de los cuestionarios es confidencial y sólo se va a utilizar para la investigación; nada tiene que ver con (se mencionaba el nombre del lugar).”

“Algunas de las preguntas del cuestionario son personales, pero les recuerdo que toda la información es estrictamente confidencial, anónima y únicamente para fines estadísticos. Si alguno de ustedes tiene una inquietud o preocupación en especial, si quiere puede escribir su nombre y teléfono, de manera que yo me podría comunicar directamente con ustedes después de revisar su cuestionario y hacerles comentarios acerca de éste, en caso de que se detecte alguna situación que requiera de apoyo o ayuda. Junto con el cuestionario, les entregaré una hoja con datos de centros de atención y orientación psicológica, la cual se pueden quedar para que, en caso de que alguno de ustedes sienta que requiere de ayuda, o conoce a alguien que la necesite, llame o vaya a cualquiera de estos lugares”.

“Esto nos tomará aproximadamente 1 hora y media. Gracias por aceptar nuestra invitación para participar en este estudio. Ahora, les explicaré qué es lo que haremos; voy a darles un cuestionario, una hoja de respuestas y un lápiz a cada uno de ustedes. Por favor, no lo abran hasta que yo se los indique”. (Se repartían cuestionarios, hojas de respuestas y lápices. Una vez distribuidos, se pedía que lo abrieran en la primera página).

“El cuestionario tiene dos partes. La primera, es el Inventario de Interacción y Patrones de Crianza y la segunda es la Escala de Beck (o viceversa). Vamos a leer las instrucciones”. (Se leían las instrucciones. Después, se averiguaba si había preguntas y se aclaraban todas las dudas).

“Van a ir encontrando algunas instrucciones a lo largo del cuestionario: es muy importante que no se

salten ninguna y que las lean con cuidado. Si alguno de ustedes tiene alguna duda conforme vaya contestando el cuestionario, por favor levante la mano y yo me acercaré a su lugar para aclararla. Pueden comenzar'

En el CONALEP los alumnos seleccionados al azar fueron reunidos en el auditorio de la escuela, los del turno matutino y los del vespertino por separado. Se siguieron las mismas instrucciones.

Una vez recolectada la información, se hizo una depuración siguiendo los criterios de eliminación; también se marcaron adecuadamente las respuestas que estaban borrosas en las hojas de respuestas para que pudieran ser leídas adecuadamente por el lector óptico, y se hizo una lista de las personas que dejaron sus nombres y teléfonos en los cuestionarios. Se llamó por teléfono a todas estas personas después de revisar sus respuestas, haciéndoles comentarios sobre puntos importantes, especialmente en los casos en los que se había detectado ideación suicida y/o intentos de suicidio. Así mismo, se les preguntaba si tenían alguna inquietud o preocupación en especial por la cual hubiesen dejado sus datos, y se les orientaba al respecto, recomendándoles que asistieran a alguno de los centros de apoyo y orientación de los cuáles se les habían dado datos.

Una vez que se tuvieron los cuestionarios depurados y listos, se capturó la información con el lector óptico de la Facultad de Medicina de la UNAM. La base original está en lenguaje ASCII, que después se convirtió a Dbase-IV y por último a SPSS 7.5. Con esta última versión de la base fue con la que finalmente se llevaron a cabo todos los análisis estadísticos.

5.7 Plan de Análisis.

Para el estudio piloto, se realizó un análisis con estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, medias). Para hacer el diagnóstico cualitativo del EBIS y conocer su validez y confiabilidad para detectar la ideación suicida, se realizó un análisis de sensibilidad y especificidad y se obtuvo el coeficiente α de Cronbach.

Para la segunda parte del estudio se utilizó también estadística descriptiva, además de estadística inferencial:

a) Prueba de Ji cuadrada (X^2), con el fin de determinar si los grupos eran o no

homogéneos, es decir, si las distribuciones de los datos eran similares con respecto a las variables de crianza, interacción e ideación suicida.

- b) Correlación de Spearman, para determinar en qué grado o medida los rangos de las variables de crianza e interacción familiar y las de ideación suicida estaban de acuerdo o en desacuerdo uno de otro.
- c) Regresión múltiple, con el fin de conocer qué tan bien los patrones de crianza e interacción, como variables independientes, podían en conjunto predecir o explicar la variabilidad de la intensidad (o puntuación) de la ideación suicida, como variable dependiente.

Para realizar de manera adecuada los análisis estadísticos, las respuestas de algunos reactivos del IINPAC se recodificaron, de modo que en la correlación y en la regresión tuviera sentido la interpretación de que, en los casos que correspondía, a mayor puntuación de cada reactivo mejor crianza e interacción, y viceversa.

VI. RESULTADOS.

La información que se obtuvo a través del IINPAC y del EBIS fue analizada de diversos modos, describiéndose en este capítulo los resultados obtenidos. Los resultados descriptivos de la muestra se comentan en el ANEXO 3, mientras que en este apartado, se comentan tres aspectos fundamentales:

- a) los resultados descriptivos que se refieren a las variables de ideación de la muestra general y de los cuatro grupos de estudio,
- b) las diferencias entre cuatro grupos de estudio con respecto a los patrones de crianza medidos y las variables de ideación suicida,
- c) la correlación entre los reactivos de crianza y los de ideación suicida, y
- d) los factores de interacción y crianza que predicen la variación de la intensidad de la ideación suicida.

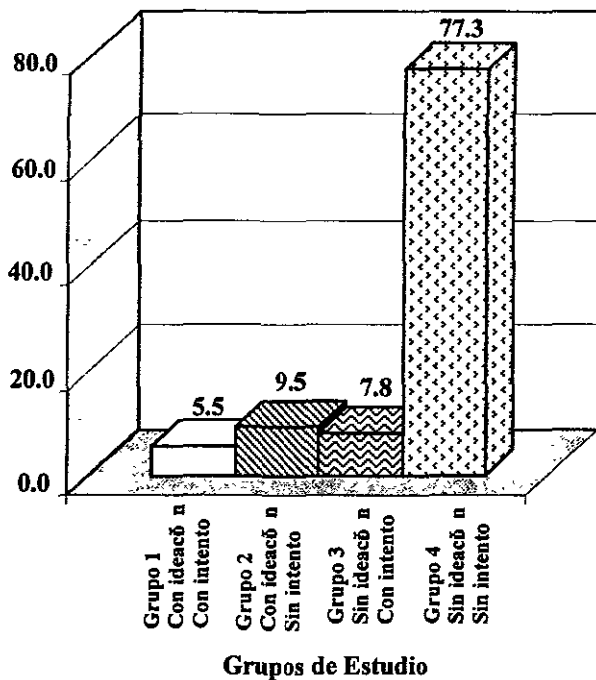
Del total de la muestra, se encontró que 13.3% de los sujetos habían intentado suicidarse alguna vez y que 14.9% tenían ideación suicida (activa y/o pasiva). Considerando solo a los sujetos que tuvieron ideación suicida, el 69.8% tuvo ideación suicida activa y el 71.4% tuvieron ideación suicida pasiva.

Teniendo en cuenta las variables de ideación suicida e intento suicida, se formaron cuatro diferentes grupos de estudio; resultaba interesante dividir a la muestra así para poder observar en lo descriptivo y posteriormente con respecto a las diferencias significativas, cómo se comportaban los grupos (Gráfica 1):

- Grupo 1: sujetos CON ideación suicida y CON intento suicida (n= 23).
- Grupo 2: sujetos CON ideación suicida y SIN intento suicida (n= 40).
- Grupo 3: sujetos SIN ideación suicida y CON intento suicida (n= 33).
- Grupo 4: sujetos SIN ideación suicida y SIN intento suicida (n= 327).

Con respecto a la distribución por sexo, en el Grupo 1 60.0% fueron mujeres y el resto hombres; en el Grupo 2 52.5% fueron mujeres; en el Grupo 3 66.7% fueron mujeres; solo en el Grupo 4 predominaron los hombres, con un 53.9% (Gráfica 2).

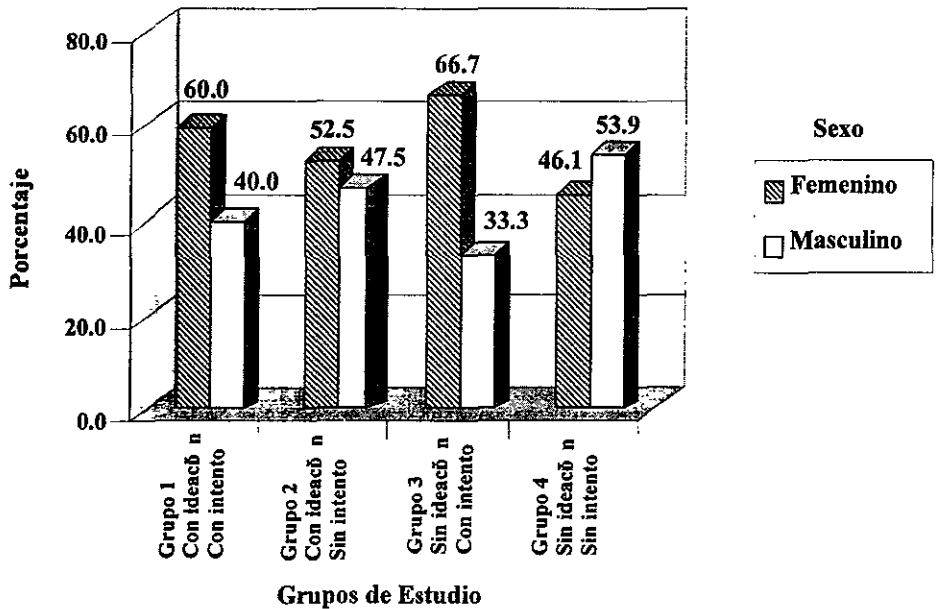
Gráfica 1. Distribución de los Grupos de Estudio



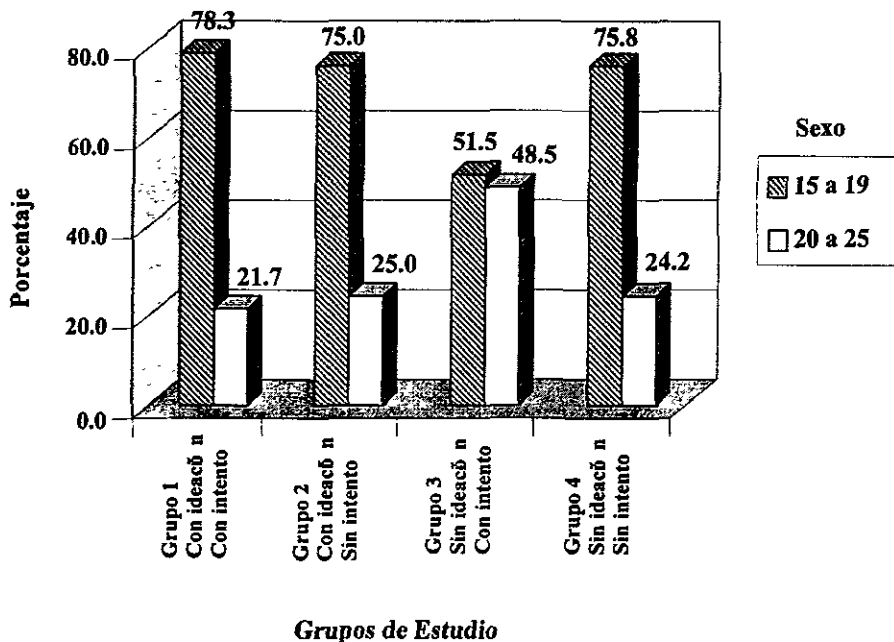
Con respecto a la edad, se observó que la media de edad de todos los grupos se mantuvo alrededor de los 18 años. En todos los grupos de estudio predominó el grupo de 15 a 19 años (78.3% en el Grupo 1, 75.0% en el Grupo 2, 51.5% en el Grupo 3, y 75.8% en el Grupo 4) (Gráfica 3).

En todos los grupos predominaron los solteros, aunque en el Grupo 1 la unión libre tuvo un porcentaje bastante alto (14.3%), en comparación de un 2.6% del Grupo 2 y 0.9% del Grupo 4. En el Grupo 3 solo se encontraron sujetos solteros. También se encontró que en el Grupo 1 una mayor cantidad de sujetos tenían hijos (21.7%), en comparación con los demás grupos (3.4% en el Grupo 2, 3.2% en el Grupo 3 y 4.9% en el Grupo 4).

Gráfica 2. Distribución de los Grupos de Estudio por Sexo.



Gráfica 3. Distribución de los Grupos de Estudio por Grupos de Edad.



En la Tabla 2 se muestran los porcentajes obtenidos de todos los reactivos del EBIS, tanto de la muestra general como de cada grupo de estudio, resaltándose en negritas los resultados más sobresalientes (los porcentajes más altos de cada reactivo dentro de cada grupo).

Tabla 2. Porcentajes de los reactivos del EBIS para cada valor de respuesta, por grupos de estudio y muestra general.

Reactivos	Valor	Respuestas	Grupo 1 ¹	Grupo 2 ²	Grupo 3 ³	Grupo 4 ⁴	General
Deseo de vivir	0	Muchos deseos	34.8	35.0	78.8	86.8	78.5
	1	Medianos deseos	47.8	62.5	21.2	12.6	19.9
	2	No tiene deseos	17.4	2.5	0	0.6	1.7
Deseo de morir	0	No tiene deseos	34.8	32.5	75.8	86.5	77.8
	1	Pocos deseos	39.1	62.5	24.2	12.3	19.4
	2	Muchos deseos	26.1	5.0	0	1.2	2.8
Razones para vivir o morir	0	Más razones vivir	26.1	50.0	78.8	78.5	73.0
	1	Igual razones vivir-morir	39.1	50.0	21.2	20.6	24.3
	2	Más razones morir	34.8	0	0	0.9	2.6
Ideación activa	0	No tiene deseos suicidarse	26.1	32.5	100.0	100.0	89.6
	1	Pocos deseos suicidarse	47.8	55.0	0	0	7.8
	2	Fuertes deseos suicidarse	26.1	12.5	0	0	2.6
Ideación pasiva	0	Haría todo por salvarse	43.5	20.0	100.0	100.0	89.4
	1	Se la jugaría entre opciones	43.5	70.0	0	0	9.0
	2	No trataría de salvarse	13.0	10.0	0	0	1.7
Duración de la ideación	0	Poca duración ideación	39.1	67.5	.	.	57.1
	1	Medía duración ideación	26.1	20.0	.	.	22.2
	2	Larga duración ideación	34.8	12.5	.	.	20.6
Frecuencia de la ideación	0	Poca frecuencia ideación	56.5	82.5	.	.	73.0
	1	Frecuente ideación	34.8	15.0	.	.	22.2
	2	Siempre tiene ideación	8.7	2.5	.	.	4.8
Actitud de la ideación	0	No acepta idea suicidio	26.1	42.5	.	.	36.5
	1	Ni acepta ni rechaza idea	56.5	55.0	.	.	55.6
	2	Acepta idea suicidio	17.4	2.5	.	.	7.9
Control sobre la acción	0	Control para suicidarse	52.2	87.5	.	.	74.6
	1	Regular control para suicidarse	43.5	10.0	.	.	22.2
	2	Sin control para suicidarse	4.3	2.5	.	.	3.2
Disuasorios del intento	0	Con motivos para no suicidarse	43.5	52.5	.	.	49.2
	1	Pocos motivos	47.8	35.0	.	.	39.7
	2	Sin motivos	8.7	12.5	.	.	11.1

* El punto representa que no corresponde.

1. Grupo 1: Con ideación Con intento 3. Grupo 3: Sin ideación Con intento
 2. Grupo 2: Con ideación Sin intento 4. Grupo 4: Sin ideación Sin intento

Reactivos	Valor	Respuestas	Grupo 1 ¹	Grupo 2 ²	Grupo 3 ³	Grupo 4 ⁴	General
Razones para el intento	0	Relacionadas con la gente	52.2	52.5	.	.	52.4
	1	Relacionadas gente-problemas	26.1	20.0	.	.	22.2
	2	Escapar de los problemas	21.7	27.5	.	.	25.4
Especificidad de la planeación	0	No tiene un plan	30.4	70.0	.	.	55.6
	1	No ha pensado detalles	65.2	27.5	.	.	41.3
	2	Tiene plan concreto	4.3	2.5	.	.	3.2
Accesibilidad y oportunidad	0	No tiene la forma	39.1	80.0	.	.	65.1
	1	La forma es difícil	34.8	12.5	.	.	20.6
	2	Tiene la forma	26.1	7.5	.	.	14.3
Capacidad para realizar el intento	0	No tiene el valor	30.4	57.5	.	.	47.6
	1	Inseguro de tener valor	52.2	32.5	.	.	39.7
	2	Tiene el valor	17.4	10.0	.	.	12.7
Expectativas de realizar el intento	0	No lo intentará	26.1	70.0	.	.	54.0
	1	Inseguro de intentarlo	69.6	27.5	.	.	42.9
	2	Sí lo intentará	4.3	2.5	.	.	3.2
Extensión de los preparativos	0	No tiene preparativos	47.8	87.5	.	.	73.0
	1	Algunos preparativos	43.5	10.0	.	.	22.2
	2	Terminó preparativos	8.7	2.5	.	.	4.8
Nota suicida	0	No tiene nota	65.2	92.5	.	.	82.5
	1	Ha pensado en la nota	30.4	7.5	.	.	15.9
	2	Tiene una nota	4.3	0	.	.	1.6
Actos finales	0	No tiene arreglos	65.2	87.5	.	.	79.4
	1	Ha pensado arreglos	30.4	10.0	.	.	17.5
	2	Tiene arreglos	4.3	2.5	.	.	3.2
Ocultamiento y mentira	0	No ha ocultado	43.5	42.5	.	.	42.9
	1	Ha evitado decirlo	34.8	45.0	.	.	41.3
	2	Lo ha ocultado	21.7	12.5	.	.	15.9
Intentos previos	0	Nunca lo ha intentado	69.6	100.0	.	100.0	86.7
	1	Ha intentado una vez	30.4	.	90.9	.	10.9
	2	Ha intentado dos o más veces	0	.	9.1	.	2.4
Deseo de morir en intentos previos	0	Pocos deseos de morir	21.7	.	51.5	.	38.6
	1	Medianos deseos de morir	43.5	.	21.2	.	31.6
	2	Muchos deseos de morir	34.8	.	27.3	.	29.8

* El punto representa que no corresponde.

1. Grupo 1: Con ideación Con intento 3. Grupo 3: Sin ideación Con intento
2. Grupo 2: Con ideación Sin intento 4. Grupo 4: Sin ideación Sin intento

Por otra parte, se observó que la media de la puntuación que se obtuvo del EBIS (recuérdese que el EBIS proporciona el grado o la intensidad de la ideación suicida, que puede ir desde cero hasta 38 puntos) para la muestra en general fue de 2.06 puntos. Contrastando con esto, la media de la puntuación para los sujetos que sí tuvieron ideación suicida fue de 10.83 puntos.

La media de puntuación del EBIS para el Grupo 1 fue de 14.22; para el Grupo 2 fue de 8.88; para el Grupo 3 fue de 0.67, y para el Grupo 4 fue de 0.51.

La media de la puntuación de la población de mujeres fue mayor que la de la población de hombres (2.31 y 1.71 puntos, respectivamente). La media de puntuación para el sexo femenino, considerando solo a las que tuvieron ideación suicida fue de 11.06, mientras que en los hombres fue de 10.15.

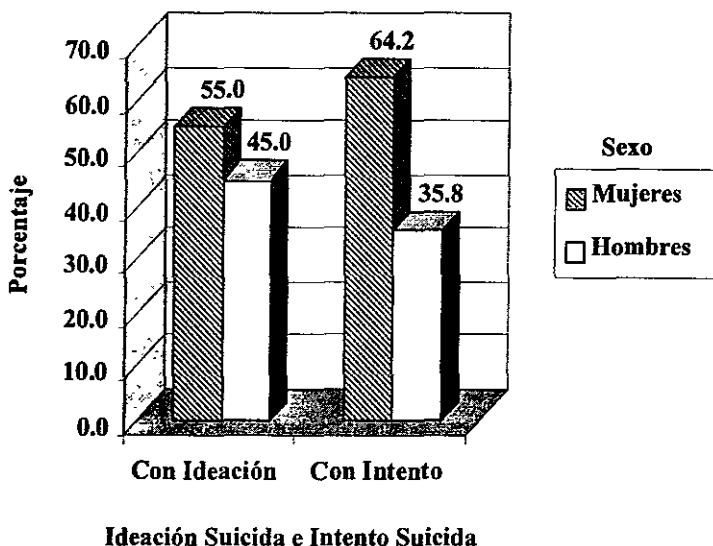
Al observar los resultados de la puntuación del EBIS dividiendo por grupos de edad, se encontró que la media de puntuación de la muestra general fue mayor entre los sujetos de 15 a 19 años, que entre los de 20 a 25 (2.16 y 1.75 puntos, respectivamente).

En contraste, al considerar tan solo a quienes tuvieron ideación suicida, los sujetos de 15 a 19 años tuvieron una media de puntuación de 11.23 y los de 20 a 25 una media de 9.53. De hecho, los sujetos de 15 a 19 años tuvieron un porcentaje mucho más alto de sujetos con ideación suicida que los de 20 a 25 años (76.2% y 23.8%, respectivamente).

Algo similar ocurre con respecto a quienes han intentado suicidarse, donde también la mayoría de los sujetos (62.5%) pertenecían al grupo de 15 a 19 años y el resto (37.5%) al de 20 a 25 años.

En lo que respecta al género, más mujeres que hombres tuvieron ideación suicida (55.0% y 45.0%, respectivamente). También más mujeres que hombres han intentado suicidarse (64.2% y 35.8%, casi dos mujeres por cada hombre: 1.7:1) (Gráfica 7).

Gráfica 7. Porcentajes de Ideación Suicida e Intento Suicida por Sexo.



Posteriormente, con el fin de verificar si existían diferencias estadísticamente significativas entre el Grupo 1 (Con ideación Con intento suicida), el Grupo 2 (Con ideación Sin intento suicida), el Grupo 3 (Sin ideación Con intento suicida), y el Grupo 4 (Sin ideación Sin intento suicida)* con respecto a las variables de estudio, se realizó un análisis a través de la prueba de X^2 . Las variables donde los grupos tuvieron diferencias estadísticamente significativas se muestran en varias tablas donde se agruparon aquéllas que la literatura y la práctica clínica señalan que tienen relación unas con otras. En la tabla 3, es de llamar la atención que mientras que los sujetos del Grupo 1 refieren estados civiles como viudo (4.8%), unión libre (14.3%), divorciado (4.8%) y separado (4.8%), los del Grupo 2 tuvieron a solo un sujeto que vivía en unión libre, mientras que el resto eran solteros, en el Grupo 3 todos refirieron ser solteros y en el Grupo 4, casi todos los sujetos fueron solteros, y aunque los otros estados civiles estuvieron representados, fue en mucho menor medida que en el Grupo 1. Incluso al comparar solamente a los grupos 1, 2 y 3 la diferencia es estadísticamente significativa ($X^2= 17.38, p=0.026$).

* Al tratarse de muestras independientes, no es necesario que los grupos sean del mismo tamaño para realizar el análisis de X^2 (Siegel, 1986).

Tabla 3. Diferencias estadísticamente significativas (valor de X^2 y significancia)

Factores de Crianza	Reactivos	X^2 / Sig. *
Demográficas	P**111. Estado civil	56.40 / 0.000
Demográficas	P103. Número de hijos	36.20 / 0.001
Economía	P1. Economía familiar pasada	28.97 / 0.016
Economía	P2. Economía familiar presente	31.59 / 0.007
Economía	P128. Espacio percibido vivienda	18.24 / 0.032
Economía	P130. Número personas dependientes ingreso familiar	24.59 / 0.055
Relaciones familiares	P105. Con quién vive actualmente	27.84 / 0.022

* Ji cuadrada y significancia $p \leq 0.05$

** P= pregunta

En la tabla 4, el patrón de escolaridad mostró diferencias significativas con respecto a varios reactivos al comparar los grupos. La mayoría de los sujetos del Grupo 1 refieren tener frecuentemente malas calificaciones (34.8%); la mayoría del Grupo 2 refiere tener malas calificaciones a veces sí y a veces no (41.0%); mientras que la mayoría del Grupo 3 solo tiene malas calificaciones pocas veces (33.3%) y la mayor parte del Grupo 4 casi nunca (28.1%). Aunque en todos los grupos de estudio los sujetos refirieron en su mayoría nunca haberse cambiado de escuela por problemas, el Grupo 1 presenta en mayor proporción sujetos que se han cambiado dos veces (17.4%), tres, cuatro y cinco o más veces (4.3% cada uno), mientras que el resto de los grupos tiene porcentajes más o menos altos pero para la categoría de haberse cambiado una sola vez. Después del Grupo 4, el Grupo 1 es el que reporta en mayor medida, dentro de la categoría de siempre o casi siempre, tener estrés provocado por la escuela (52.6% y 26.3%, respectivamente).

Tabla 4. Diferencias estadísticamente significativas (valor de X^2 y significancia)

Factores de Crianza	Reactivos	X^2 / Sig. *
Rel. con autoridades y superiores	P**64. Relaciones con los profesores	34.03 / 0.000
Escolaridad	P58. Cambios de escuela por problemas	45.36 / 0.000
Escolaridad	P66. Estrés provocado por la escuela	37.29 / 0.001
Amigos y relaciones interpersonales	P64. Relaciones con compañeros escuela	34.03 / 0.001
Rel. con autoridades y superiores	P74. Comentarios denigrantes de los profesores	35.16 / 0.002
Escolaridad	P61. Satisfacción escolar	32.41 / 0.005
Escolaridad	P57. Malas calificaciones	32.66 / 0.005
Amigos y relaciones interpersonales	P60. Capacidad para hacer amistades en la escuela	25.43 / 0.012
Escolaridad	P62. Pensamientos de abandonar la escuela	27.44 / 0.025
Rel. con autoridades y superiores	P70. Pláticas con los profesores	25.08 / 0.048

* Ji cuadrada y significancia $p \leq 0.05$

** P= pregunta

En lo que se refiere al patrón de relación con los hermanos, se encontraron diferencias en aspectos importantes, como puede observarse en la tabla 5. Con respecto a estas diferencias, se puede comentar por ejemplo, que la relación con los hermanos, la cual podría depender de tener una familia donde las relaciones sean adecuadas o inadecuadas, muestra que la mayoría de los sujetos del Grupo 1 y del Grupo 3 refirieron tener relaciones regulares (55.6% y 45.2%, respectivamente), mientras que el Grupo 2 y el 4, refirieron en su mayoría tener buenas relaciones (46.2% y 43.1%, respectivamente). Esto se podría relacionar también con el hecho de que los padres consientan o prefieran más a algún hermano que al sujeto, encontrándose que aunque en los Grupos 1 y 3 predominaron los que refirieron que se consentía más a algún hermano a veces sí y a veces no (33.3% y 32.3%, respectivamente), en el Grupo 2 predominaron los que refirieron que nunca (25.6%) y en el Grupo 4 los que reportaron que casi nunca (45.7%) se consentía más a algún hermano. A su vez, podría haber relación con el orden de nacimiento; en los dos grupos con intento suicida (Grupos 1 y 3) predominaron los primogénitos (34.8% y 33.3%, respectivamente); por el contrario, entre los sujetos del Grupo 2, predominaron los que ocupaban el segundo lugar (30.0%).

Tabla 5. Diferencias estadísticamente significativas (valor de X^2 y significancia)

Factores de Crianza	Reactivos	X^2 / Sig. *
Relación con los hermanos	P**3. Relación con hermanos	34.64 / 0.000
Relación con los hermanos	P4. Hermanos consentidos	44.85 / 0.000
Demográficas	P121. Número de hermanos	33.74 / 0.003
Demográficas	P122. Orden de nacimiento	27.86 / 0.022

* Ji cuadrada y significancia $p \leq 0.05$

** P= pregunta

Varios reactivos de relaciones familiares y de relación de pareja de los padres mostraron diferencias estadísticamente significativas, lo cual se puede observar en la tabla 6. Al observar a los sujetos que sufrieron la ausencia de alguno de los padres, se encontró que entre los sujetos del Grupo 1 la ausencia de algún padre por separación o divorcio fue de un 28.6%, al igual que con respecto al abandono (28.6%) y otras razones (28.6%). Por su parte, en el Grupo 2 el 66.7% de los sujetos sufrieron el abandono de alguno de ellos. En los Grupos 3 y 4, la mayoría de los sujetos que refirieron la ausencia de alguno de los padres fue por separación o divorcio (75.0% y

41.9%, respectivamente), mientras que por abandono no se reportaron casos en el Grupo 3, y en el Grupo 4 tan sólo fue del 6.5%.

Así, los dos grupos con ideación suicida refirieron más haber sido abandonados por alguno de los padres, en contraste con los otros dos grupos. Esto puede estar asociado con problemas más graves en la relación de pareja de los padres, encontrándose por ejemplo que en el Grupo 1, el 60.8% de los sujetos refirieron que sus padres han tenido discusiones a gritos frecuentemente y a veces sí, a veces no, mientras que en los demás grupos, la mayoría reportaban que casi nunca ha habido discusiones a gritos entre los padres (Grupo 2= 35.1%; Grupo 3= 38.7%; Grupo 4= 32.9%), y por otra parte, aunque tres grupos reportaron en su mayoría que nunca (Grupo 3= 67.9% y Grupo 4= 61.5%) o casi nunca (Grupo 2= 37.1%) había amenazas de divorcio o separación entre los padres, el porcentaje del Grupo 1 es menor en la primera categoría (“nunca” = 31.8%), para ser seguido de cerca por el porcentaje de la categoría de siempre, con un 27.3%.

Tabla 6. Diferencias estadísticamente significativas (valor de X^2 y significancia)

Factores de Crianza	Reactivos	X^2 / Sig. *
Relaciones familiares	P**5. Con quién se crió	40.21 / 0.000
Relaciones familiares	P72. Prefiere trato en escuela que en casa	43.78 / 0.000
Relaciones familiares	P119. Estado civil de los padres	39.00 / 0.000
Pareja padres	P47. Amenazas de separación o divorcio entre padres	41.48 / 0.000
Relaciones familiares	P42. Reconocimiento de esfuerzos por los padres	36.04 / 0.001
Pareja padres	P43. Muestras de cariño entre los padres	37.12 / 0.001
Pareja padres	P44. Discusiones a gritos entre los padres	31.16 / 0.008
Relaciones familiares	P49. Quién era adulto importante	30.78 / 0.009
Pareja padres	P45. Violencia física entre los padres	28.45 / 0.018
Relaciones familiares	P12. Causa de la ausencia del padre o madre	25.11 / 0.048

* Ji cuadrada y significancia $p \leq 0.05$

** P= pregunta

Relacionada con la tabla 6, la tabla 7 muestra factores sobre la relación con la madre y el padre y se incluyeron también aquí a los profesores, dada su similitud con los padres como figuras de autoridad y superiores. Una tendencia del Grupo 1 a tener malas relaciones con los padres se observa con respecto a estas diferencias; por ejemplo, mientras que entre el Grupo 4 y en el Grupo 3 se reporta en un mayor porcentaje el tener una buena relación con el padre (42.9% y 41.9%, respectivamente), en el Grupo 2 se observa el mismo porcentaje para una buena relación y una relación regular (37.5%), y en el Grupo 1 el 50.0% de los sujetos reportaron una

relación regular, además de que de los cuatro grupos son quienes más reportan tener una mala relación con el padre (4.5%).

En lo que respecta a la madre, los Grupos 2, 3 y 4 reportan en su mayoría una muy buena relación (52.5%, 48.5% y 57.6%, respectivamente), mientras que el Grupo 1 reporta en su mayoría una buena relación (43.5%).

Tabla 7. Diferencias estadísticamente significativas (valor de X^2 y significancia)

Factores de Crianza	Reactivos	X^2 / Sig. *
Padre	P**10. Edad en que se ausentó el padre	38.61 / 0.000
Padre	P23. Pláticas con el padre	42.76 / 0.000
Padre	P40. Apoyo en dificultades del padre	46.88 / 0.000
Consumo del padre	P14. Consumo de drogas del padre	47.45 / 0.000
Madre	P29. Comentarios denigrantes de la madre	52.27 / 0.000
Madre	P33. Mandatos ofensivos de la madre	43.66 / 0.000
Madre	P35. Confianza en la madre	54.14 / 0.000
Madre	P39. Muestras de afecto de la madre	55.63 / 0.000
Rel. con autoridades y superiores	P64. Relaciones con los profesores	34.03 / 0.000
Madre	P24. Pláticas con la madre	63.37 / 0.000
Padre	P15. Relación con el padre	31.23 / 0.001
Madre	P20. Relación con la madre	32.05 / 0.001
Rel. con autoridades y superiores	P74. Comentarios denigrantes de los profesores	35.16 / 0.002
Madre	P22. Interés en opiniones de la madre	33.57 / 0.003
Amigos	P36. Libre elección de amistades	33.20 / 0.004
Madre	P41. Apoyo en dificultades de la madre	30.19 / 0.011
Consumo de la madre	P19. Consumo de drogas de la madre	25.80 / 0.011
Padre	P38. Muestras de afecto del padre	30.14 / 0.011
Rel. con autoridades y superiores	P90. Relaciones con jefes en el trabajo	24.59 / 0.016
Padre	P34. Confianza en el padre	27.63 / 0.023
Madre	P11. Edad en que se ausentó la madre	27.59 / 0.024
Padre	P28. Comentarios denigrantes del padre	27.20 / 0.027
Rel. con autoridades y superiores	P70. Pláticas con los profesores	25.08 / 0.048

* Ji cuadrada y significancia $p \leq 0.05$

** P= pregunta

El castigo físico es un elemento muy importante asociado con la ideación suicida y el intento suicida, por lo que las diferencias significativas de algunos reactivos del factor del castigo físico, que se observan en la tabla 8 podrían estar mostrando una tendencia hacia la ideación suicida cuando se ha recibido castigo físico. Los sujetos del Grupo 1 reportaron en un 30.0% recibir castigo físico de la madre una vez a la semana, y en un 20.0% una vez al mes; en contraste, los Grupos 2, 3 y 4 en su mayoría reportaron recibir castigo físico de la madre una vez

al año o menos (62.2%, 53.3% y 58.3%, respectivamente). Otro dato que llama la atención, es que al observar la categoría de duración por meses del dolor, el grupo 1 es el que reportó un mayor porcentaje (60.0%).

Tabla 8. Diferencias estadísticamente significativas (valor de X^2 y significancia)

Factores de Crianza	Reactivos	X^2 / Sig. *
Castigo físico	P**27. Duración del dolor	42.97 / 0.000
Castigo físico	P27PADRE. Duración del dolor del castigo del padre	42.97 / 0.000
Castigo físico	P27 MADRE. Duración del dolor del castigo de la madre	42.97 / 0.000
Castigo físico	P27PAMA. Duración del dolor del castigo del padre o madre	42.97 / 0.000
Castigo físico	P26. Castigo físico madre	29.54 / 0.013

* Ji cuadrada y significancia $p \leq 0.05$

** P= pregunta

Los sujetos de todos los grupos refirieron en su mayoría no haber tenido nunca relaciones sexuales, esto posiblemente por la corta edad de muchos de los sujetos; pero aun así la tabla 9 muestra diferencias significativas entre los grupos de estudio. Si se observa el segundo porcentaje en importancia, pueden encontrarse los aspectos que podrían estar marcando las diferencias, pues mientras que los Grupos 2 y 3 iniciaron su vida sexual entre los 17 y 19 años (30.0% y 28.1%, respectivamente), y los Grupos 1 y 4 entre los 14 y 16 años (26.1% y 17.6%, respectivamente), el Grupo 1 refiere un porcentaje importante de sujetos que iniciaron su vida sexual activa entre los 11 y 13 años (17.4%). Con respecto a la preferencia sexual, no hubieron referencias de preferencia homosexual ni bisexual en el Grupo 1, pero sí en los otros tres grupos.

Tabla 9. Diferencias estadísticamente significativas (valor de X^2 y significancia)

Factores de Crianza	Reactivos	X^2 / Sig. *
Pareja	P**102. Relaciones extra-matrimoniales	25.47 / 0.012
Sexualidad	P93. Edad de primera relación sexual	27.76 / 0.023
Sexualidad	P97. Satisfacción de la vida sexual	22.90 / 0.028
Sexualidad	P99. Preferencia sexual	17.90 / 0.036
Sexualidad	P95. Situación de ocurrencia de primer orgasmo	24.94 / 0.050

* Ji cuadrada y significancia $p \leq 0.05$

** P= pregunta

La tabla 10, que aparece a continuación, muestra las diferencias entre los grupos con respecto a las variables de ideación suicida. La variable que se refiere a la suma de la puntuación del EBIS mostró diferencias significativas entre los grupos, como era de esperarse. Para cada Grupo, los valores de respuesta de las variables del EBIS pueden consultarse en la Tabla 2, en la que se aprecian resultados interesantes como por ejemplo, que el Grupo 1 refiere en cuanto al reactivo p160 en solo 34.8% tener muchos deseos de vivir, mientras que el Grupo 4 refiere un 86.8%, o que el Grupo 1 refiere en 26.1% tener fuertes deseos de suicidarse en contraste con 12.5% referido por el Grupo 2.

Tabla 10. Diferencias estadísticamente significativas (valor de X^2 y significancia)

Factores de Crianza	Reactivos	X^2 / Sig. *
Suicidio	P**160. Deseo de vivir	109.60 / 0.000
Suicidio	P161. Deseo de morir	119.29 / 0.000
Suicidio	P162. Razones para vivir o morir	123.06 / 0.000
Suicidio	P163. Ideación activa	291.28 / 0.000
Suicidio	P164. Ideación pasiva	300.16 / 0.000
Suicidio	P179. Intentos previos	453.72 / 0.000
Suicidio	P175. Avances de los preparativos	11.69 / 0.002
Suicidio	P174. Expectativas de realizar el intento	11.40 / 0.003
Suicidio	P172. Disponibilidad del método	9.30 / 0.004
Suicidio	P168. Control sobre la acción	9.96 / 0.006
Suicidio	P171. Avances de la planeación	9.30 / 0.009
Suicidio	P176. Nota suicida	7.89 / 0.019
Suicidio	P153. Tiempo del último intento	26.83 / 0.030
Suicidio	Suma de las puntuaciones	30.72 / 0.043
Suicidio	P165. Duración de la ideación	5.81 / 0.054
Suicidio	P149. Número de intentos suicidas	24.37 / 0.058

* Ji cuadrada y significancia $p \leq 0.05$

** P= pregunta

Por último en lo que respecta a las diferencias estadísticamente significativas, también las hubo en lo que se refiere al consumo de drogas, como se observa en la tabla que se presenta a continuación (tabla 11). Al observar los datos que se refieren a estos reactivos, llama la atención que los sujetos del Grupo 1 son quienes comparados con los otros grupos, han consumido marihuana, cocaína y anfetaminas en mayor proporción en el último mes (13.3%, 9.7% y 20.0%, respectivamente), por lo que se podría tratar de usuarios activos de estas drogas. 21.1% de los sujetos del Grupo 1 y 9.5% del Grupo 3 se encontraban bajo el influjo de alguna droga al

momento de realizar su más reciente intento suicida. Así, el consumo de drogas aparece como un elemento muy importante en la ideación y el intento suicida.

Tabla 11. Diferencias estadísticamente significativas (valor de X² y significancia)

Factores de Crianza	Reactivos	X ² / Sig. *
Consumo	P**144. Consumo de marihuana	42.29 / 0.000
Consumo	P145. Consumo de cocaína	42.85 / 0.000
Consumo	P142. Consumo de anfetaminas	22.16 / 0.008
Consumo	P154. Consumo alcohol-drogas en último intento suicida	20.98 / 0.012
Consumo	P147. Consumo de alucinógenos	20.32 / 0.015

* Ji cuadrada y significancia $p \leq 0.05$

** P= pregunta

En la siguiente sección de los resultados, se analizó a través de una correlación de Spearman el grado o medida en que los reactivos del IINPAC y los reactivos del EBIS estaban de acuerdo o en desacuerdo uno con el otro, es decir, se analizaron las posibles relaciones entre los reactivos de crianza y las variables de ideación suicida, intento suicida y otras asociadas al suicidio. Se consideraron para el estudio aquéllas correlaciones que fuesen > 0.20 y con un valor de significancia ≤ 0.05 . Se describirán únicamente los resultados más sobresalientes, pero se puede consultar el ANEXO 4, que contiene todos los datos de las correlaciones significativas que se obtuvieron.

Diversas variables de los factores de crianza revelaron correlaciones importantes con las de suicidio. En primer lugar, cabe hacer referencia a la suma de la puntuación del EBIS, con respecto a la cual se encontraron varios reactivos de interacción y crianza que correlacionaron de manera significativa con una tendencia a la disminución en la puntuación de la ideación suicida, es decir, a la disminución de la intensidad de ésta: una menor frecuencia en preferir a algún hermano más que al sujeto por parte de los padres (-.2052 / 0.000); mayor interés de los padres en las opiniones del sujeto (-0.2076 / 0.000); mayor confianza en la madre (-.2052 / 0.000); mayor reconocimiento de los padres a los esfuerzos (-.2052 / 0.000); menores amenazas de separación o divorcio entre los padres (-.2099 / 0.000) y mayor facilidad para hacer amistades en la escuela (-.2208 / 0.000).

Otro aspecto que llama la atención, tiene que ver con el factor de relaciones con los hermanos (Tabla 12):

**Tabla 12. Correlaciones significativas entre reactivos de crianza y de ideación suicida.
Relaciones con los Hermanos**

Reactivo de crianza	Reactivos de Ideación Suicida y asociados al suicidio	Correlación y significancia* entre los reactivos
p3. Relación con los hermanos	p**172 - disponibilidad del método	-.4041 / 0.002
	p175 - avances de los preparativos	-.3443 / 0.009
	p171 - avances de la planeación	-.3265 / 0.013
	p173 - capacidad para realizar el intento	-.2660 / 0.045
	p179 - intentos previos	-.2157 / 0.000

* significancia ≤ 0.05

** p= pregunta

Los datos de la Tabla 12 sugieren que conforme más se acercó la relación entre los hermanos a ser muy buena, el grado de avance de la planeación, disponibilidad del método y avance de los preparativos, disminuyó sensiblemente. Correlaciones similares se observan, aunque con menor fuerza, en cuanto a la relación con el padre y la relación con la madre con los mismos reactivos de ideación suicida (ver ANEXO 4).

Otro resultado sobresaliente es la correlación positiva existente entre la edad en que se ausentó el padre, y la disponibilidad del método del método para suicidarse; se puede suponer que mientras más edad tenía el sujeto al ausentarse el padre, la disponibilidad del método aumentó (Tabla 13).

**Tabla 13. Correlaciones significativas entre reactivos de crianza y de ideación suicida.
Relación con el Padre**

Reactivo de crianza	Reactivos de Ideación Suicida y asociados al suicidio	Correlación y significancia* entre los reactivos
p10. Edad en que se ausentó el padre	p**172 - disponibilidad del método	.3812 / 0.004

* significancia ≤ 0.05

** p= pregunta

En el caso del reactivo 6, se encontró una fuerte correlación positiva, donde conforme mayor fue la edad de los sujetos cuando el padre murió, la capacidad para realizar el intento y el número de intentos previos aumentaron. En la misma tónica, se encontró que mientras mayor fue

la edad de los sujetos cuando su madre murió y cuando ésta se ausentó, se incrementó el grado de avance de los preparativos (Tabla 14).

Tabla 14. Correlaciones significativas entre reactivos de crianza y de ideación suicida. Relación con el Padre y Relación con la Madre

Reactivo de crianza	Reactivos de Ideación Suicida y asociados al suicidio	Correlación y significancia* entre los reactivos
p6. Edad al morir el padre	p**173. Capacidad para realizar el intento p179. Intentos previos	.7634 / .010 .3185 / .023
p8. Edad al morir la madre	p175. Avances de los preparativos	.8839 / .047
p11. Edad de ausencia de la madre	p175. Avances de los preparativos	.3272 / .018

* significancia ≤ 0.05

** p= pregunta

Otro elemento asociado al padre, tiene que ver con el reactivo 13; existe una correlación negativa que sugiere que mientras más se aproximó a “nunca” el consumo excesivo de alcohol del padre, menor fue el ocultamiento y mentira acerca de la ideación suicida. Una tendencia similar se encontró en cuanto al consumo de drogas del padre; mientras menor fue éste, disminuyó el no deseo de vivir, es decir, habían más deseos de vivir y se tenían menos arreglos para después de morir (actos finales) (Tabla 15).

Con respecto a la madre, tanto su consumo excesivo de alcohol, como el uso de drogas, se correlacionaron negativamente con el deseo de vivir y los avances de los preparativos. Esto es, que cuando aquéllos tendían a ser menores, había un mayor deseo de vivir, y los avances de los preparativos para suicidarse eran menores (Tabla 15).

Tabla 15. Correlaciones significativas entre reactivos de crianza y de ideación suicida. Consumo del Padre y Consumo de la Madre

Reactivo de crianza	Reactivos de Ideación Suicida y asociados al suicidio	Correlación y significancia* entre los reactivos
p13. Consumo de alcohol padre	p**178. Ocultamiento y mentira	-.3226 / .011
p14. Consumo de drogas padre	p160. Deseo de vivir p177. Actos finales	-.3365 / .009 -.4159 / .001
p18. Consumo de alcohol madre	p160. Deseo de vivir p175. Avances de los preparativos	-.4065 / .001 -.2792 / .027
p19. Consumo de drogas madre	p160. Deseo de vivir p175. Avances de los preparativos	-.4359 / .000 -.5169 / .000

* significancia ≤ 0.05

** p= pregunta

La tendencia a un mayor interés en las opiniones del sujeto por parte del padre y de la madre, correlacionó con una menor disponibilidad del método para suicidarse, y con un menor ocultamiento y mentira sobre las intenciones suicidas. En relación con esto, a mayor frecuencia de tener pláticas amistosas con la madre, la disponibilidad del método también disminuyó y la tendencia a una mayor frecuencia de pláticas con el padre influyó en tener más disuasivos para no suicidarse (Tabla 16).

Tabla 16. Correlaciones significativas entre reactivos de crianza y de ideación suicida. Relación con el Padre y Relación con la Madre

Reactivo de crianza	Reactivos de Ideación Suicida y asociados al suicidio	Correlación y significancia* entre los reactivos
p17. Interés en opiniones padre	p**172. Disponibilidad del método p178. Ocultamiento y mentira	-.2946 / .019 -.3481 / .005
p22. Interés en opiniones madre	p172. Disponibilidad del método p178. Ocultamiento y mentira	-.2862 / .023 -.2587 / .041
p23. Pláticas con el padre	p169. Disuasivos del intento	-.3645 / .004
p24. Pláticas con la madre	p172. Disponibilidad del método	-.2563 / .044

* significancia ≤ 0.05

** p= pregunta

El castigo físico por parte de la madre tuvo una correlación negativa moderada con la disponibilidad del método para cometer el intento suicida (-.3442 / .009) y con el número de intentos suicidas (-.3678 / .005); es decir, si ser golpeado por la madre ocurría con menor frecuencia, había una mayor tendencia a no tener una forma accesible ni oportunidad para intentarlo, y el número de intentos suicidas era menor.

Las muestras de afecto del padre y de la madre tenían moderada correlación con los actos finales, observándose que al incrementarse la frecuencia con que los padres muestran afecto a los hijos, se tenían menos arreglos con respecto a lo que ocurrirá después de suicidarse. La mayor frecuencia de muestras de afecto de la madre también correlacionó con un mayor deseo de vivir y con una menor disponibilidad del método (Tabla 17).

**Tabla 17. Correlaciones significativas entre reactivos de crianza y de ideación suicida.
Relación con el Padre y Relación con la Madre**

Reactivo de crianza	Reactivos de Ideación Suicida y asociados al suicidio	Correlación y significancia* entre los reactivos
p38. Muestras de afecto del padre	p**177. Actos finales	-.3461 / .006
p39. Muestras de afecto de madre	p177. Actos finales	-.3944 / .001
	p160. Deseo de vivir	-.3558 / .004
	p172. Disponibilidad del método	-.3656 / .003

* significancia ≤ 0.05

** p= pregunta

En lo que se refiere a la frecuencia con la que se han vivido experiencias emocionalmente fuertes y negativas, se encontró que a menor frecuencia de estas experiencias, hubo menos *gravedad del intento suicida* (.3002 / .025), *menores avances de la planeación del suicidio* (-.3726 / .003) y *menor disponibilidad del método para llevarlo a cabo* (-.4881 / .000).

Con relación al aspecto escolar, se observó que tener con menor frecuencia malas calificaciones, menos cambios de escuelas por problemas y mayor satisfacción escolar, *correlacionó con la ausencia de arreglos para después de suicidarse*, *menor disponibilidad del método*, y *menor avance de los preparativos*, entre otras variables. Por otra parte, al igual que lo que sucedía con el interés en las opiniones por parte de los padres, a mayor interés por parte de los profesores, *había menor ocultamiento y mentira sobre las intenciones suicidas* (Tabla 18).

**Tabla 18. Correlaciones significativas entre reactivos de crianza y de ideación suicida.
Escolaridad**

Reactivo de crianza	Reactivos de Ideación Suicida y asociados al suicidio	Correlación y significancia* entre los reactivos
p57. Malas calificaciones	p**177. Actos finales	-.3050 / .016
	p172. Disponibilidad del método	-.2740 / .031
p58. Cambios de escuela por problemas	p177. Actos finales	-.5205 / .000
	p172. Disponibilidad del método	-.3448 / .006
	p175. Avances de los preparativos	-.3141 / .012
p61. Satisfacción escolar	p177. Actos finales	-.3245 / .009
	p172. Disponibilidad del método	-.2825 / .025
	p175. Avances de los preparativos	-.2892 / .022
p69. Interés en opiniones profesores	p178. Ocultamiento y mentira	-.3623 / .004

* significancia ≤ 0.05

** p= pregunta

Cuando existió la presencia actual de un amigo cercano, la frecuencia de la ideación tendió a ser menor (-.3949 / .002), el valor o la capacidad de realizar el intento suicida disminuyó (-.3185 / .013), la idea del suicidio se aceptó menos (-.3084 / .017) y hubo un mayor control sobre la acción del suicidio (-.2972 / .021).

Con relación al grado de religiosidad, aunque las correlaciones son débiles, se encontró que mientras más religiosidad hubo, más se tendió a tener razones relacionadas con la gente para suicidarse (.2663 / .036), a no tener valor o capacidad para suicidarse (-.2565 / .044), y a no tener una nota suicida escrita (-.2469 / .053).

Entre algunas de las correlaciones más altas (aunque todavía se considerarían como moderadas), se encontró que mientras más tiempo ha pasado desde que los padres se separaron, divorciaron, quedaron viudos o se volvieron a casar, las razones para considerar el intento suicida se relacionaron más con resolver problemas, se tendió a tener un menor avance de la planeación del intento y de los preparativos (Tabla 19).

Tabla 19. Correlaciones significativas entre reactivos de crianza y de ideación suicida. Relaciones Familiares

Reactivo de crianza	Reactivos de Ideación Suicida y asociados al suicidio	Correlación y significancia* entre los reactivos
p120. Tiempo de separación, divorcio, viudez, vuelta a casar de los padres	p**170. Razones para el intento	.5529 / .009
	p171. Avances de la planeación	-.5449 / .011
	p175. Avances de los preparativos	-.4713 / .031

* significancia ≤ 0.05

** p= pregunta

El análisis sugiere que mientras más hermanos se tenían, menor era la frecuencia de la ideación (-.3145 / .012), se tenían más razones para vivir que para morir (-.3756 / .002), menos arreglos para después de morir (-.3803 / .002) y menos preparativos para el intento (-.3902 / .002).

A mayor diferencia en años con el hermano que nació después del sujeto, se tenía un menor control sobre la acción del suicidio (.4154 / .005), mayores avances de la planeación (.3422 / .021), mayor disponibilidad del método (.5073 / .000), se tendía a tener más expectativas

de llegar a realizar el intento suicida (.3144 / .035), y se tenían más elaborados los actos finales (.5320 / .000).

El uso de drogas médicas mostró resultados sobresalientes con respecto a su consumo dentro o fuera de prescripción médica (Tabla 20). Con respecto a los opiáceos, si el consumo era con prescripción médica, habían menos avances de la planeación del suicidio; usar tranquilizantes bajo prescripción médica sugirió una menor aceptación de la idea de suicidarse, menor disponibilidad del método, menor capacidad para realizar el intento, menores expectativas de realizar el intento y menores avances de los preparativos. El consumo de sedantes bajo prescripción médica correlacionó con un menor número de intentos suicidas (Tabla 20). El consumo de anfetaminas bajo prescripción médica correlacionó con una menor gravedad del último intento suicida, con tener motivos para no suicidarse y con una menor disponibilidad del método (Tabla 20).

Tabla 20. Correlaciones significativas entre reactivos de crianza y de ideación suicida. Consumo

Reactivo de crianza	Reactivos de Ideación Suicida y asociados al suicidio	Correlación y significancia* entre los reactivos
p137. Prescripción opiáceos	p**171. Avances de la planeación	-.3765 / .017
p139. Prescripción tranquilizantes	p167. Actitud hacia la ideación	-.6444 / .013
	p172. Disponibilidad del método	-.5185 / .057
	p173. Capacidad para realizar el intento	-.5292 / .052
	p174. Expectativas de realizar el intento	-.6422 / .013
	p175. Avances de los preparativos	-.5528 / .040
p141. Prescripción sedantes	p149. Número de intentos suicidas	-.5834 / .036
p143. Prescripción anfetaminas	p152. Gravedad del intento	.4557 / .001
	p169. Disuasivos del intento	-.6428 / .010
	p172. Disponibilidad del método	-.8018 / .000

* significancia ≤ 0.05

** p= pregunta

A partir de los resultados de la correlación, se eligieron los más importantes que conforman los patrones de crianza teóricos¹, para llevar a cabo una regresión múltiple, con el fin de encontrar cuáles variables de crianza, agrupadas en factores, podían explicar de mejor manera la variabilidad de la intensidad de la ideación suicida y cuáles factores de interacción y crianza aparecían como factores protectores y de riesgo. De esta manera, los resultados de beta (β) positivos implicaban factores protectores y los negativos factores de riesgo. Se describen los resultados de este análisis multivariado a continuación.

Uno de los modelos obtenidos muestra que el patrón de relaciones familiares se compuso de las variables p42, p72, p49, p12MADRE, p119 y p48, explicando éstas en conjunto un 13.68% de la variación de la puntuación en el EBIS, especialmente p42, que resultó ser la más significativa, además de expresar un elemento de protección para la ideación suicida, dado su valor de β positivo, siendo así que el tener un mayor reconocimiento de los esfuerzos por parte de los padres disminuye la puntuación de la ideación suicida (Modelo 1).

Modelo 1. RELACIONES FAMILIARES

F= 12.15290 Signif F= 0.0000 R²= 0.13687 Variable Dependiente: Puntuación del EBIS

Reactivos de Crianza	Beta (β)	Sig. (t \leq 0.05)
P42. Mayor reconocimiento de esfuerzos padres	-.626223	0.0002
P72. Prefiere trato en escuela que en casa	-.477296	0.0010
P49. Quién era ese adulto importante	.493734	0.0042
P12MADRE. Causa de separación madre	.806396	0.0073
P119. Estado civil de los padres	.508842	0.0039
P48. Existencia de otros adultos importantes	.884598	0.0347

¹ No fue posible llevar a cabo un análisis factorial para determinar cómo se conformaban los patrones de crianza en esta investigación en particular, debido a que el análisis de los reactivos mostró muy poca variabilidad, además de que varios reactivos arrojaban muchos datos como 'missing'.

El Modelo 2 mostró que el patrón de relación con el padre se compuso por p23 y p7, que en conjunto explican en un 7.67% la proporción de la variación en la puntuación del EBIS. Una mayor frecuencia de pláticas amistosas con el padre es un factor protector de que se incremente la puntuación de ideación suicida.

Modelo 2. RELACIÓN CON EL PADRE

F= 18.54150 Signif F= 0.0000 R²= 0.07675 Variable Dependiente: Puntuación del EBIS

Reactivos de Crianza	Beta (β)	Sig. ($t \leq 0.05$)
P23. Mayor frecuencia de pláticas con el padre	-0.615455	0.0000
P7. Causa de muerte del padre	1.393856	0.0017

Un tercer modelo fue para el patrón de consumo del padre, que se compuso solo por un reactivo, el p14, que explica tan solo un 5.62% de la variabilidad en la puntuación del EBIS. La puntuación positiva de beta señala que cuando el padre no consume drogas es un factor protector.

Modelo 3. CONSUMO DEL PADRE

F= 25.08792 Signif F= 0.0000 R²= 0.05624 Variable Dependiente: Puntuación del EBIS

Reactivos de Crianza	Beta (β)	Sig. ($t \leq 0.05$)
P14. Menor consumo de drogas del padre	-3.078414	0.0000

El patrón de relación con la madre se conformó con los reactivos p39, p24 y p33, que en conjunto explican en un 15.78% la variabilidad de la puntuación. Especialmente p39 fue el más significativo. Todos los reactivos que conformaron el modelo tuvieron un valor positivo de beta, por lo que una mayor frecuencia de muestras de afecto por parte de la madre, al igual que una mayor frecuencia de pláticas amistosas con ésta y una menor frecuencia de mandatos ofensivos de su parte, aparecen como factores protectores de una mayor intensidad de la ideación suicida (Modelo 4).

Modelo 4. RELACIÓN CON LA MADRE

F= 26.16792 Signif F= 0.0000 R²= 0.15780 Variable Dependiente: Puntuación del EBIS

Reactivos de Crianza	Beta (β)	Sig. (t ≤ 0.05)
P39. Mayores muestras de afecto de la madre	-.805558	0.0000
P24. Más pláticas con la madre	-.602738	0.0010
P33. Menos mandatos ofensivos de la madre	-.509475	0.0138

El patrón de consumo de la madre estuvo compuesto, al igual que en el consumo del padre, por un solo factor, en este caso p19, que explica solo en un 3.22% la variabilidad en la puntuación del EBIS. Al igual que ocurría con el padre, un menor consumo o ausencia de consumo de drogas de la madre es un factor protector (Modelo 5).

Modelo 5. CONSUMO DE LA MADRE

F= 14.03837 Signif F= 0.0002 R²= 0.03227 Variable Dependiente: Puntuación del EBIS

Reactivos de Crianza	Beta (β)	Sig. (t ≤ 0.05)
P19. Menor consumo de drogas de la madre	-1.895111	0.0002

El Modelo 6 del patrón de relaciones con los hermanos quedó conformado por las variables p4 y p3, explicando en conjunto un 7.45% de la variabilidad de la puntuación del EBIS. Que los padres no prefieran más a algún hermano que al sujeto, al igual que una mejor relación con los hermanos, son factores protectores para presentar mayor intensidad o puntuación de ideación suicida.

Modelo 6. RELACIÓN CON LOS HERMANOS

F= 17.99606 Signif F= 0.0000 R²= 0.07675 Variable Dependiente: Puntuación del EBIS

Reactivos de Crianza	Beta (β)	Sig. (t ≤ 0.05)
P4. Menos frecuencia de hermanos preferidos	-0.728028	0.0000
P3. Mejor relación con los hermanos	-0.616820	0.0111

El modelo 7 muestra como las variables p82 y p37 son las que componen el patrón de amigos, prediciendo en un 3.79% la variabilidad de la puntuación. En este modelo, se observa que contar con un amigo cercano actualmente y tener permisividad para escoger qué hacer con el tiempo libre, son factores protectores.

Modelo 7. AMIGOS

F= 9.33296 Signif F= 0.0001 R²= 0.03799 Variable Dependiente: Puntuación del EBIS

Reactivos de Crianza	Beta (β)	Sig. (t ≤ 0.05)
P82. Tener un amigo cercano actualmente	-1.604917	0.0009
P37. Mayor permisividad de elección del tiempo libre	-0.356577	0.0088

Las variables p60 y p91 conformaron en este modelo el patrón de amigos y relaciones interpersonales, explicando en conjunto un 7.58% de la variabilidad. En este caso, se observa que dados los valores positivos de beta de los dos reactivos, una mayor facilidad para hacer amistades y tener buenas relaciones con los compañeros en la escuela, son factores protectores (Modelo 8).

Modelo 8. AMIGOS Y RELACIONES INTERPERSONALES

F= 18.31049 Signif F= 0.0000 R²= 0.07582 Variable Dependiente: Puntuación del EBIS

Reactivos de Crianza	Beta (β)	Sig. (t ≤ 0.05)
P60. Mayor capacidad hacer amistades en la escuela	-0.951465	0.0000
P91. Mejores relaciones con compañeros al supervisar	-0.987793	0.0040

La variable p47 conformó al patrón pareja de los padres, explicando solo en un 3.93% la variabilidad de la puntuación del EBIS, y apareciendo como un factor protector, donde en un ambiente familiar con pocas o ningunas amenazas de separación o divorcio de los padres, los sujetos presentan menor intensidad de ideación suicida (Modelo 9).

Modelo 9. PAREJA PADRES

F= 18.29016 Signif F= 0.0000 R²= 0.03936 Variable Dependiente: Puntuación del EBIS

Reactivos de Crianza	Beta (β)	Sig. ($t \leq 0.05$)
P47. Menores amenazas de separación/divorcio padres	-0.578779	0.0000

Explicando tan solo un 2.82% de la variabilidad de la puntuación, el patrón de relaciones con autoridades y superiores estuvo compuesto únicamente por la variable p74, el cual, teniendo un valor positivo, implica que la tendencia a que no hayan comentarios denigrantes por parte de los profesores funciona como un factor protector (Modelo 10).

Modelo 10. RELACIONES CON AUTORIDADES Y SUPERIORES

F= 13.26451 Signif F= 0.0003 R²=0.02824 Variable Dependiente: Puntuación del EBIS

Reactivos de Crianza	Beta (β)	Sig. ($t \leq 0.05$)
P74. Menos comentarios denigrantes de los profesores	-0.657308	0.0003

La variable p50 fue la única que conformó al patrón emoción en el modelo, explicando en un 3.91% la variabilidad de la puntuación. La ausencia de experiencias emocionales negativas se presenta como un factor protector para la ideación suicida (Modelo 11).

Modelo 11. EMOCIÓN

F= 18.18533 Signif F= 0.0000 R²= 0.03913 Variable Dependiente: Puntuación del EBIS

Reactivos de Crianza	Beta (β)	Sig. ($t \leq 0.05$)
P50. Menos experiencias emocionales fuertes/negativas	-0.592367	0.0000

El modelo que conforma al patrón de escolaridad, se compuso por las variables p61 y p66, explicando en un 6.12% la variabilidad de la puntuación del EBIS. Tanto una mayor satisfacción escolar como el no sentir estrés por la escuela, son factores protectores (Modelo 12).

Modelo 12. ESCOLARIDAD

F= 13.69909 Signif F= 0.0000 R²= 0.06124 Variable Dependiente: Puntuación del EBIS

Reactivos de Crianza	Beta (β)	Sig. (t \leq 0.05)
P61. Mayor satisfacción escolar	-0.574926	0.0010
P66. Menos estrés provocado por la escuela	-0.489032	0.0026

El patrón de sexualidad se compuso por las variables p93 y p54, que en conjunto explicaron el 3.84% de la puntuación del EBIS. Iniciar la vida sexual a mayores edades es un factor protector (Modelo 13).

Modelo 13. SEXUALIDAD

F= 9.43162 Signif F= 0.0001 R²= 0.03842 Variable Dependiente: Puntuación del EBIS

Reactivos de Crianza	Beta (β)	Sig. (t \leq 0.05)
P93. Mayor edad de la primera relación sexual	-0.469282	0.0006
P54. Quién abusó sexualmente	-0.919591	0.0030

El modelo 14 del patrón de empleo, se compuso por una sola variable, p86, que explica únicamente 2.22% de la variabilidad de la puntuación.

Modelo 14. EMPLEO

F= 9.59414 Signif F= 0.0021 R²= 0.02228 Variable Dependiente: Puntuación del EBIS

Reactivos de Crianza	Beta (β)	Sig. (t \leq 0.05)
P86. Número de trabajos en el último año	0.720931	0.0021

El último modelo, que se refiere al patrón de aspectos sociodemográficos, fue conformado por las variables p111 y p121, explicando en un 5.89% la variabilidad de la puntuación del EBIS. El valor de beta de la variable p121 muestra que un mayor número de hermanos es un factor protector de la ideación suicida.

Modelo 15. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

F= 14.22673 Signif F= 0.0000 R²= 0.05899 Variable Dependiente: Puntuación del EBIS

Reactivos de Crianza	Beta (β)	Sig. ($t \leq 0.05$)
P111. Estado civil	1.495688	0.0000
P121. Mayor número de hermanos	-0.351881	0.0165

VII. DISCUSIÓN

Se comenzará por discutir lo que se refiere a la primera hipótesis de investigación, la cual afirma que existen diferencias entre los cuatro grupos de estudio en cuanto a la intensidad o grado de ideación suicida, las variables de interacción y crianza, y diversas variables sociodemográficas y asociadas al suicidio; se encontraron varios elementos que confirman ésta hipótesis.

En cuanto a la intensidad de la ideación suicida ésta mostró, efectivamente, diferencias significativas. Los grupos con ideación suicida (el Grupo 1 y el Grupo 2) tuvieron puntuaciones altas en mayor porcentaje que los otros grupos. De hecho, estos fueron los únicos dos grupos que contestaron todos los reactivos del EBIS, ya que como las instrucciones del mismo lo señalaban, solo fue contestado completo por aquellos sujetos con ideación pasiva y/o activa, así que de entrada la tendencia de éstos era a tener más puntuación, excepto en el caso de los que respondieron con valor cero al resto de los reactivos.

Las diferencias significativas también se encuentran con respecto a casi todos los reactivos del EBIS. Tal vez aquí lo interesante tiene que ver con los reactivos que no tuvieron diferencias significativas, que pertenecen a la sección solo contestada por los Grupos 1 y 2: a) la frecuencia de la ideación, b) la actitud hacia la ideación, c) los disuasivos del intento, d) las razones para el intento, e) la capacidad para realizar el intento, f) los actos finales y g) el ocultamiento y mentira. Esto es, que el hecho de que estos reactivos hayan sido similares entre los dos grupos, puede indicar que son otros los decisivos para llegar a intentar suicidarse. Por ejemplo, el Grupo 2, que no tiene intentos suicidas, refirió en mayor proporción que el Grupo 1 - que sí tiene intentos suicidas-, que no tienen la disponibilidad de la forma para suicidarse, y lo mismo ocurre con el control sobre la acción, donde también el Grupo 2 refirió en mayor proporción que el Grupo 1 sí tener control para no suicidarse. No solo con respecto al EBIS existen ciertas variables que se asocian más al suicidio, sino también con respecto al IINPAC, y de aquí la importancia de introducir otros elementos que señalen diferencias entre los grupos de estudio.

Algunas de las más importantes diferencias significativas halladas fueron:

- a) *las malas calificaciones y el estrés causado por la escuela, más frecuentes en el Grupo 1,*

- b) la relación con los hermanos, reportada como regular más los Grupos 1 y 3, a diferencia de las buenas relaciones referidas mas frecuentemente por los Grupos 2 y 4,
- c) la preferencia de los padres por algún hermano, referido en mayor proporción por los Grupos 1 y 3,
- d) el orden de nacimiento, donde el orden más referido por los Grupos 1 y 3 fue ser primogénito, además de encontrarse un porcentaje alto de hijos únicos en el Grupo 1,
- e) la causa de ausencia de los padres, con respecto a la cual los dos grupos con ideación suicida (Grupos 1 y 2) refirieron más que los otros grupos haber sido abandonados por alguno de los padres,
- f) las discusiones a gritos entre los padres, referidas como más frecuentes por el Grupo 1,
- g) la relación con el padre, que la mitad del Grupo 1 reportó como regular,
- h) la edad de inicio de la vida sexual, donde el Grupo 1 refirió en un porcentaje más alto que los otros grupos el inicio a edades más tempranas (11 a 13 años),
- i) y el consumo de drogas, con respecto al cual se observó que el consumo en el último mes de marihuana, cocaína y anfetaminas tuvo mayor proporción en el Grupo 1, además de que un considerable porcentaje de quienes intentaron suicidarse alguna vez, estaban bajo el influjo de alguna droga durante el último intento.

Otra de las hipótesis afirma que existe correlación entre algunas variables de crianza, interacción familiar y sociodemográficas, y las variables de ideación suicida; ésto se confirmó en diversos aspectos.

En general, se pudo observar que ciertas variables del IINPAC, al mostrar mejor crianza e interacción familiar, tenían una correlación con puntuaciones más bajas en varios reactivos de ideación suicida del EBIS. Estas variables fueron: la tendencia a una mejor relación con los hermanos, menor consumo de alcohol y drogas del padre y de la madre, mayor interés en las opiniones del sujeto por parte del padre y la madre, mayor frecuencia de pláticas amistosas con el padre y la madre, menor frecuencia de castigo físico por parte de la madre, mayor frecuencia de muestras de afecto de la madre, menor frecuencia de experiencias emocionales fuertes y negativas, menor frecuencia de tener malas calificaciones y cambios de escuela, mayor satisfacción escolar, mayor interés en las opiniones de los sujetos por parte de los profesores, tener actualmente un amigo cercano, mayor tiempo de separación, divorcio, viudez o vuelta a

casar de los padres, mayor número de hermanos y uso de drogas médicas bajo prescripción médica y no fuera de ella.

Otras variables del IINPAC, por el contrario, correlacionaron con puntuaciones más altas de algunos reactivos del EBIS, como fueron: edad temprana del sujeto al ausentarse el padre, mayor edad del sujeto cuando el padre o la madre murió, mayor diferencia de años entre el sujeto y su hermano menor.

Finalmente, a partir del análisis de las correlaciones, se procedió a indagar lo que se refería a la última hipótesis de la investigación, esto es, que existen patrones de interacción y de crianza, así como ciertas variables sociodemográficas que explican de manera significativa la variabilidad de la puntuación del EBIS, es decir, la intensidad o grado de la ideación suicida, mostrando factores que protegen disminuyendo ésta y otros que favorecen su incremento.

Esta hipótesis se confirmó, pues se pudieron armar modelos de diversos patrones de interacción y crianza, cada uno de los cuales se compuso de ciertos reactivos del IINPAC que explican la variabilidad de la puntuación y muestran los factores de protección o de riesgo para el incremento de la intensidad de la ideación suicida.

El patrón que mejor explicó la variabilidad de la puntuación fue el de relación con la madre; este modelo mostró que una mayor frecuencia de muestras de afecto por parte de la madre, una mayor frecuencia de pláticas amistosas con ella y una menor frecuencia de mandatos ofensivos de su parte, son factores que protegen de un incremento en la intensidad de la ideación suicida.

El segundo mejor modelo fue el del patrón de relaciones familiares, donde por ejemplo, un mayor reconocimiento de los esfuerzos del sujeto por parte de los padres disminuye la puntuación de la ideación suicida.

El resto de los modelos que se obtuvieron explicaban con menor fuerza la variabilidad de la puntuación del EBIS, pero cada uno de éstos mostró ciertos factores protectores, que se mencionan a continuación: mayor frecuencia de pláticas con el padre, menor consumo de drogas por parte del padre y de la madre, menor frecuencia de preferencia por los hermanos, mejor relación con los hermanos, tener un amigo cercano actualmente, mayor facilidad para hacer amistades, mejores relaciones con los compañeros en la escuela, menores amenazas de separación o divorcio entre los padres, menor frecuencia de comentarios denigrantes por parte de los profesores, menor frecuencia de experiencias emocionales fuertes y negativas, mayor

satisfacción escolar, menor estrés por la escuela, mayor edad de inicio de la vida sexual, mayor número de hermanos.

Como puede apreciarse, muchos de estos factores protectores de la ideación suicida aparecieron de manera consistente tanto en el análisis de diferencias significativas como en el de las correlaciones.

De manera general, los resultados mostraron que los patrones de crianza e interacción negativos o menos adecuados, tienen influencia en la presencia de la ideación suicida y en la gravedad o intensidad de ésta, mientras que por el contrario, los patrones de crianza e interacción familiar positivos protegen a los sujetos. Estos hallazgos se relacionan con lo que señala la literatura sobre ciertas variables que son características de los sujetos con ideación suicida y/o con intentos suicidas, que los hacen diferentes de los sujetos sin ideación y sin intentos suicidas y que se mencionan a continuación.

Dentro de los factores que influyen en la presencia de la ideación suicida encontrados en el estudio llama la atención la importancia de la relación con la madre. Como se había comentado, este patrón fue el modelo de regresión que explicó en mayor medida la puntuación de la ideación protegiendo de la ideación suicida y también se le observa correlacionando con una menor puntuación en ciertos aspectos de la misma. La crianza de un niño es y ha sido en muchas épocas y culturas (lo es en la nuestra), conferida a la figura materna, por lo que la relación que se establece entre la madre y el hijo cobra una gran importancia. El hecho de que una relación positiva con la madre proteja de la ideación, tiene que ver con uno de los factores más importantes en dicha relación: la calidez, que entre otras cosas, implica establecer una interacción afectiva con el hijo y dirigir a éste demostraciones afectivas (Monroy y Moreno, 1994).

Aunque en menor medida, dada la mayor preponderancia de la relación con la madre que se desprende de lo arriba mencionado, las mismas consideraciones podrían extenderse en cuanto a la relación con el padre. En el estudio se encontró en general que una mejor relación con el padre, con una mayor frecuencia de pláticas y mayor interés en las opiniones del sujeto por parte de él, proporciona una mayor protección para presentar ideación suicida. Esto es consistente con lo que algunas investigaciones han encontrado en el sentido inverso, en que los padres que muestran poco interés por los hijos y establecen una comunicación deficiente o ésta es inexistente, ponen en mayor riesgo psicológico a los hijos (Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán, 1992).

Un punto interesante con respecto al padre y la madre, tiene que ver con un elemento que podría ser crucial para lograr detectar o no a un ideador suicida: tener con mayor frecuencia pláticas amistosas con los padres y que éstos muestren con mayor frecuencia interés en las opiniones de los hijos, correlaciona con un menor ocultamiento y mentira acerca de la ideación (lo mismo ocurre con respecto a un mayor interés en las opiniones por parte de los profesores). Es más probable detectar a un posible suicida si éste no trata de esconder sus pensamientos sobre el suicidio; de hecho, un factor de alto riesgo para el suicidio es tomar precauciones para no ser descubierto en las intenciones suicidas (Merck Manual, 1992). Ya se ha mencionado por ejemplo, que el EBIS puede dejar de detectar a quienes deliberadamente ocultan su ideación suicida. En este sentido, que los padres muestren al menos algún interés por lo que los hijos piensan y que tengan con mayor frecuencia pláticas con ellos, podría marcar la diferencia entre quienes manifiestan sus ideas suicidas y quienes no lo hacen, y por ende entre los suicidios que se pueden prevenir con mayor eficacia y los que no.

Otro aspecto más de la interacción con los padres tiene que ver con el consumo de sustancias por parte de éstos, que ha sido descrito como un factor de riesgo asociado con la depresión (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1997), la cual a su vez, aparece como un fuerte predictor de la ideación suicida (Petersen et al, 1993). Además de que el consumo de sustancias por parte de uno de los padres o los dos podría implicar un ambiente familiar disfuncional y favorecedor de muchos riesgos para los hijos, el mensaje que estos reciben es de permisividad y apoyo abiertos para el consumo (Ortíz, 1992). Es decir, el consumo es en cierta forma promovido y si finalmente los hijos se dan al consumo de sustancias, esto es señalado como un muy importante factor de riesgo para la ideación suicida y el intento suicida en múltiples investigaciones, como por ejemplo, en Medina-Mora et al, 1994 y Adam, 1986. En este sentido, el presente estudio mostró que efectivamente, un ausente o menor consumo de drogas por parte de los padres es un factor que protege de la ideación suicida.

El consumo de sustancias también se asocia con lo que se mencionaba sobre el afecto y la *cercanía de los padres, especialmente el de la madre, como factores protectores para que los hijos no consuman sustancias psicoactivas* (Pérez-Gómez y Mejía Motta, 1998); en este estudio se observó por ejemplo, que había un mayor consumo en el último mes de algunas sustancias adictivas en el grupo de ideación y de intento suicida, y que el consumo de algunas drogas médicas, cuando es bajo prescripción médica y no fuera de ella, es un factor que correlaciona con

menor puntuación de algunos aspectos de la ideación. Además, se debe considerar que tener acceso a las drogas y consumirlas no solo puede precipitar el suicidio dada la desinhibición y efectos depresores que pueden provocar algunas sustancias, sino que facilita el tener un buen medio para suicidarse por sobredosis.

Otro de los factores encontrados en el estudio tiene que ver con la organización del ambiente social. En todos los grupos se encontraron porcentajes relativamente altos de padres divorciados o separados, pero los dos grupos con ideación suicida refirieron más haber sido abandonados por alguno de los padres, en contraste con los otros dos grupos. Esto puede estar asociado con problemas más graves en la relación de pareja de los padres, en comparación con las parejas de padres que se separan o divorcian, donde al menos se puede suponer que media un acuerdo en la pareja para dejarse, además de la posibilidad de un mayor acercamiento con los hijos por parte del progenitor que se va del hogar, a diferencia de un padre que simplemente se va para no regresar. Estos ambientes desorganizados, donde se ha perdido a algún padre por muerte o abandono, son referidos por varios autores como factores de riesgo para la ideación suicida (Adam, 1986; Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán, 1992). Los ambientes desorganizados no necesariamente implican separación, divorcio o abandono; la pareja de los padres puede permanecer junta y aun así ser considerablemente conflictiva. La evidencia de las investigaciones sugiere fuertemente que los niveles altos de conflicto entre los padres se asocian con más dificultades psicológicas entre los hijos (Haggerty et al, 1996; Goldney, en Ross et al, 1983), lo cual es consistente con algunos hallazgos de esta investigación, como por ejemplo, la mayor frecuencia de discusiones a gritos entre los padres de los sujetos del Grupo I y menores amenazas de separación o divorcio entre los padres como factor protector del incremento en la puntuación de la ideación suicida.

En un ambiente familiar que presenta diversos aspectos negativos como los que se han ido mencionando, se puede presumir que la relación entre los hermanos no será de lo más adecuada. Una buena relación con los hermanos posiblemente depende de tener una familia donde las relaciones sean más adecuadas o positivas. En este estudio se encontró que una mejor relación con los hermanos es un factor protector para la ideación suicida. Las relaciones con los hermanos podrían influir, entre otros aspectos, en que la simple presencia de éstos es un factor que protege a los sujetos por ejemplo, del estrés del divorcio o de los conflictos entre los padres. Los niños de padres divorciados que no tienen hermanos demuestran más problemas psicológicos que los que

sí tienen hermanos, lo cual sugiere que los hermanos se proporcionan apoyo unos a otros (Haggerty et al, 1996). Esto tal vez tenga relación con el hallazgo de este estudio de que un mayor número de hermanos se correlaciona con menor puntuación de algunas variables del EBIS y se manifiesta como un factor protector de la puntuación global. Así mismo, se encontró un alto porcentaje de hijos únicos en el Grupo 1 y el orden de nacimiento más referido por este Grupo y por el Grupo 3 fue el de primogénito. El orden de nacimiento desde esta perspectiva podría tener que ver con el que los primogénitos y los hijos únicos comparten experiencias similares, ya que de hecho, el hijo mayor es el único hasta que llega otro hermano (Artasánchez, 1995). En el caso de los hijos únicos por ejemplo, la atención pero también los conflictos de la familia se centran en ellos, no hay con quien compartir o “distribuir” éstos. En el caso de los hijos primogénitos, algunos estudios reportan que éstos refieren a sus padres como más estrictos que los nacidos después (Rule, 1991).

Las relaciones con los hermanos podrían tener puntos de similitud con las relaciones con los amigos por parte del sujeto. El estudio mostró que tener un amigo en la actualidad es un factor protector para la ideación suicida. Al igual que en las relaciones con los hermanos, el tener un amigo podrían influir entre otros aspectos, en la posibilidad de recibir apoyo ante situaciones o emociones conflictuantes. Laufer y Laufer (1996) mencionan que para tratar con los sentimientos de sumisión ante los intentos de independizarse de los padres en la etapa de adolescencia, los jóvenes buscan ayuda dirigiéndose a alguien fuera de la familia y, aunque muchas veces la ayuda no es suficiente para contrarrestar su sentimiento interno de maldad y anormalidad sexual y pueden de cualquier forma realizar un intento suicida, puede suponerse que es mucho peor la situación de un sujeto que no tenga ni siquiera la opción de acudir a algún amigo.

Otro factor protector que se encontró en esta investigación relacionado con los hermanos, es que los padres muestren con menos frecuencia preferir a algún hermano, lo cual podría sugerir que las familias en las que los padres no muestran preferencias por algún hijo son menos disfuncionales, pues existe evidencia de que cuando existen conflictos entre la pareja o los padres son depresivos e irritables, y actúan de manera hostil o crítica, no lo hacen de igual manera con todos los hijos. Muy frecuentemente, hay una tendencia a escoger a uno de los hijos como chivo expiatorio; a la larga, puede ser peor para el desarrollo psicológico de un sujeto ser tratado sistemáticamente peor que los demás hermanos, a que las condiciones generales de la familia en conjunto no sean muy buenas (Haggerty et al, 1996).

Al observar la variable del castigo físico por parte de los padres, se encontraron algunos aspectos interesantes. En todos los grupos la duración del dolor causado por el castigo fue referida como de minutos en un mayor porcentaje, pero el Grupo 1 reportó una mayor frecuencia. Esto es, que aunque el castigo puede no ser tan grave, pues la duración del dolor es de poco tiempo, el hecho de que ocurra con una mayor frecuencia podría ser un elemento que influya negativamente, pues habla de una constante interacción agresiva entre los miembros de la familia y de dinámicas sociales y psicológicas similares a otras formas de victimización violenta, respecto a las cuales se ha encontrado que se da un proceso traumático que puede resultar entre otras cosas, en una disminución de la auto-estima, depresión, abuso de alcohol y pensamientos suicidas (Straus y Kaufman, 1994; Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1997; Oropeza, 1995). Además, dentro de la categoría de duración de meses del dolor, que implica que el castigo físico recibido fue muy fuerte, el Grupo 1 mostró un alto porcentaje a diferencia de los demás grupos.

Otros factores protectores para la ideación suicida que se encontraron en este estudio estuvieron relacionados con la escolaridad: tener con menor frecuencia malas calificaciones, mayor satisfacción escolar y menos estrés provocado por la escuela. Quizás esto se relacione con el hecho de que los estudiantes que tienen más logros en la escuela suelen provenir de familias con padres que los apoyan y nutren emocionalmente, a diferencia de los que no tienen buenos logros (Haggerty et al, 1996). Por otra parte, tener dificultades en la escuela, además de las dificultades en casa, puede agravar la situación del sujeto y sus probabilidades de presentar ideación suicida. Desde el punto de vista de un ideador suicida la situación podría apreciarse incluso como un círculo vicioso, en el que al haber ideación suicida el aprovechamiento escolar disminuye y a su vez, un pobre aprovechamiento incrementa sentimientos de baja auto-estima, provoca problemas con los profesores, etc., factores que podrían agravar la ideación. En general, las experiencias escolares exitosas se consideran como factores protectores o de apoyo extra-familiares que se han identificado en varias investigaciones (Haggerty et al, 1996).

A modo de resumen, puede decirse que el presente estudio encontró factores protectores y de riesgo similares a los de otras investigaciones relacionadas con el tema del suicidio, por lo que permite extender y añadir especificidad a la investigación sobre éste. Los resultados señalan que los factores de interacción familiar, mediados por la relación entre los padres, la relación de los hijos con los padres y la relación con los hermanos, el consumo de sustancias y el ambiente escolar entre otros aspectos, son elementos que consistentemente aparecen como fuentes de

factores de riesgo y de protección. Esto sugiere que es conveniente que las medidas de intervención para prevenir la ideación suicida y el suicidio mismo se enfoquen no solamente en el individuo, sino en la familia y en otros sistemas, como el escolar. Es decir, dado que la conducta del individuo surge de una secuencia de interacciones con el medio social, es importante tomar en cuenta al sistema o sistemas que lo rodean y no concretarse al individuo aislado de su contexto.

Se podría considerar a la población de adolescentes y adultos jóvenes estudiantes como una población de riesgo, dado el incremento de la tasa de suicidios en el grupo de edad que abarca a éstos. Además, la escuela es un lugar adecuado para implementar programas preventivos y de detección temprana de casos de ideación suicida, creando por ejemplo programas de sensibilización y capacitación para los profesores, donde se les expongan cuáles son las características o el perfil de riesgo de los ideadores suicidas, historias de casos, información sobre cómo identificar y referir a los estudiantes a tratamiento, etc. Programas similares podrían diseñarse también para los padres. Así mismo, se debe señalar la importancia de que los profesores sean capaces de brindar una atmósfera de interacción positiva, pues si un sujeto con dificultades psicológicas importantes no encuentra afecto, apoyo y comprensión en su casa, al menos podría tener la posibilidad de hallarlo en el ambiente escolar, que le podría ofrecer algo de contención. La investigadora comprobó la importancia de al menos abrir el tema entre los jóvenes, pues como se explicó en el procedimiento, en el momento de la aplicación de los instrumentos se mencionaba que aunque el cuestionario era anónimo y confidencial, los sujetos podían si lo deseaban escribir su nombre y teléfono, con el fin de que se pudiera establecer comunicación con ellos para unos minutos de apoyo psicológico telefónico y referirlos a un lugar donde pudieran ser atendidos en caso de ser necesario. De aproximadamente quinientos sujetos que participaron en la investigación, más de cincuenta dejaron sus datos en los cuestionarios, esto es, alrededor del 10%; el porcentaje puede no sonar muy impresionante, además de que no todos los que dejaron sus datos presentaban problemas de ideación suicida, pero la posibilidad de que con el simple hecho de haber contestado un cuestionario y dejado sus datos en éste, uno solo de esos jóvenes no intente quitarse la vida por haber sentido a través de esto algún tipo apoyo, es ya un logro importante por sí mismo.

Otro aspecto sobre estos mismos comentarios, tiene que ver con el hecho de que prácticamente todos los sujetos a quienes se contactó telefónicamente refirieron que desde hacía tiempo pensaban en buscar ayuda, pero no tenían conocimiento alguno de a dónde o a quién

podían acudir. Esto habla de una carencia muy importante de accesibilidad al apoyo y orientación psicológica; suponiendo que existan suficientes lugares a donde acudir para buscar este apoyo, los jóvenes aparentemente no tienen la menor idea de cuáles son, por lo que sería de suma importancia no solo promover que busquen ayuda, sino que se les den opciones e información de dónde pueden buscarla.

Lo ideal en cuanto a prevención primaria es reducir la prevalencia de los factores de riesgo en la población, más que identificar a los adolescentes y adultos jóvenes en riesgo de tener ideación suicida, que no es estrictamente prevención primaria, aunque a veces así se le considera. En este sentido, poder enseñar de alguna forma a los padres a tener mejores patrones de interacción y crianza, como no golpear a los hijos, no denigrarlos, no compararlos negativamente con otros, mostrarles más afecto, tener más comunicación con ellos, reforzando los factores protectores, podría realizarse a través de programas televisivos, radiofónicos o programas educativos en las escuelas de sus hijos, que busquen potencializar el que las familias mejoren su habilidad para afrontar los problemas que enfrentan en la actualidad, como podrían ser la pobreza, ser madre o padre soltero, el abuso de sustancias, etc.

Es importante enseñar a los padres que especialmente la entrada a la adolescencia puede desatar muchos conflictos en los hijos. Se había mencionado en la introducción que el comportamiento suicida ocurre con más frecuencia a partir de los 14 o 15 años y no antes, por estar asociado con la entrada a la pubertad, etapa en la que se resalta la barrera del incesto, por lo que el niño busca otras relaciones que no incluyan a los padres. Sin embargo, aquéllos adolescentes cuya relación con los padres se caracterice por aspectos negativos como los que se han mencionado en este estudio encontrarán difícil el camino para establecer una identidad sexual estable, para una resolución efectiva de su ansiedad o tensión, provocada por las fantasías incestuosas y el cuerpo sexual físicamente maduro, por lo que éste es experimentado como fuente de ansiedad y odio. En los casos de comportamiento suicida, el adolescente se siente atrapado en un conflicto insoportable, totalmente indefenso para encontrar recursos activos y salir del conflicto (Laufer y Laufer, 1996). No solo los jóvenes entran en conflicto al llegar a la adolescencia sino también los padres, por lo que sería importante crear programas que ayuden a los padres a lidiar tanto con las dificultades del adolescente como con los conflictos que también se generan en ellos.

Otra propuesta es que se haga un monitoreo temprano de sujetos en riesgo, es decir, estudiarlos desde la primaria y no esperar a que lleguen a las edades de más riesgo para presentar ideación suicida.

Como prevención secundaria, la alternativa es identificar a los ideadores suicidas. Ya se mencionaron algunas propuestas de intervención, pero otra sugerencia se refiere al uso de los instrumentos utilizados en esta investigación, por lo cual se discutirán en primer lugar los resultados obtenidos de la validez y confiabilidad del EBIS. Tal como fue descrito en el procedimiento y en la sección de instrumentos, se analizó la sensibilidad y la especificidad de la prueba en general (presencia o ausencia de ideación suicida) y por separado para los reactivos de ideación suicida activa y de ideación suicida pasiva.

En lo que se refiere a la sensibilidad, al observar por separado los dos grupos de afirmaciones que detectan la ideación suicida, esto es, la activa y la pasiva, se encontró que no es óptima para ninguno de los grupos, especialmente para el de ideación pasiva, ya que hay una pérdida considerable de sujetos que bien podrían tener ideación. Esto es grave con respecto al problema de la ideación suicida, pues si ésta no es detectada, no es posible intervenir a tiempo en la eventualidad de que el sujeto intente suicidarse y de que lo logre.

No obstante, la escala no está diseñada para detectar la ideación suicida solo por uno de estos dos reactivos. Es por ello que se realizó el análisis considerando el resultado positivo del EBIS, sin importar que los sujetos hubiesen contestado con los valores 1 o 2 ya fuera en el grupo de ideación activa o en el de ideación pasiva. Este tipo de análisis muestra que la sensibilidad de la escala para detectar la ideación suicida, ya sea activa o pasiva, es excelente.

En cuanto a la especificidad, se encontró que esta fue muy alta, lo cual resulta muy conveniente, pues poder identificar claramente quién no tiene ideación, evita dar tratamiento o seguir estudiando a sujetos sanos y se pueden encauzar los recursos adecuadamente hacia quienes sí lo requieren. Sólo 5.56% de los sujetos que son positivos al EBIS, no tienen en realidad ideación suicida, o en todo caso, son sujetos que tienen que ser explorados más a fondo para confirmar la presencia de ideación, como se explicará más adelante con relación a las pruebas en paralelo.

La escala mostró, en cuanto a sus valores predictivos, que la probabilidad en el caso de un resultado positivo de que el sujeto realmente tenga ideación suicida es excelente, así como la

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

probabilidad, en el caso de un resultado negativo, de que el paciente realmente no tenga ideación, ya sea observando el resultado global como la ideación activa y pasiva por separado.

En conclusión, la adaptación y traducción que se hizo del EBIS para esta investigación permitiría considerarlo como una prueba diagnóstica, cuyo resultado positivo es indicativo de tratamiento dirigido al problema de la ideación suicida; sin embargo, es de suma importancia no perder de vista que un sujeto que conscientemente quiere ocultar que tiene pensamientos suicidas y planes para suicidarse, puede mentir y contestar la escala negando que tiene ideación, o ésta se puede mantener en el plano de lo inconsciente y no manifestarse en la escala (de aquí posiblemente la menor sensibilidad y especificidad del reactivo de ideación pasiva, pues el de ideación activa no podría ser inconsciente). Lo mismo ocurre con las personalidades impulsivas, pues puede suceder que no aparezca ideación, sino que se realice el acto suicida impulsivamente, sin un antecedente aparente. Es importante buscar otros indicadores para identificar este tipo de casos, por ejemplo, a través de la observación de ciertos comportamientos, como que alguien comience a hacer arreglos para cuando muera, o que regale cosas que le son muy queridas y valiosas; otra opción es realizar otras pruebas, como en el caso de este estudio, en el que se utilizó el IINPAC.

El mismo autor de la Escala de Ideación Suicida hace una serie de observaciones sobre algunas limitaciones al respecto (Beck, 1993):

- a) El EBIS mide la ideación suicida, por lo que no debe ser usado como la única fuente de información en la evaluación del riesgo suicida. Cualquier puntuación positiva de cualquier grupo de afirmaciones, puede reflejar la presencia de intención suicida y debe ser investigado por el clínico.
- b) Es un auto-reporte y no contiene mecanismos para detectar mentiras o confusión. Los pacientes pueden deliberadamente ocultar sus intenciones y distorsionar sus respuestas.
- c) No es un reemplazo para la evaluación clínica experta.

Por otra parte, con respecto a la confiabilidad, la versión creada de la escala de Beck para este estudio fue adecuada, obteniéndose un excelente grado en que los elementos del EBIS se relacionan entre sí así como un buen índice global de la replicabilidad o consistencia interna de la escala en su conjunto.

La excelente validez y confiabilidad de la versión del EBIS creada para esta investigación es importante no solo por haber mostrado resultados favorecedores, sino porque permite considerar que la escala puede ser utilizada adecuadamente en adolescentes. Este hallazgo es importante dado que el EBIS ha sido utilizado principalmente en adultos.

Como herramienta para detectar la ideación suicida en sujetos que no intenten ocultar sus pensamientos suicidas o que estos pensamientos no se mantengan en el plano de lo inconsciente, el EBIS positivo puede ser indicativo de tratamiento per se.

En el caso de aquéllos sujetos que podrían no ser identificados por el EBIS, se pueden considerar las llamadas pruebas en paralelo (Jenicek, 1996), esto es, que se efectúen dos o más pruebas. Cualquiera de ellas con un resultado positivo identifica un caso; es decir, se tiene en cuenta el resultado de cualquiera de las pruebas. Por ejemplo, después de aplicar el EBIS, se podría continuar con otra prueba o se podría utilizar el juicio clínico, o bien, se realizaría una serie de entrevistas clínicas. La segunda prueba o entrevista clínica refinaría los resultados de la sensibilidad de un programa de detección o de intervención.

En el caso que interesa a este estudio, la prueba en paralelo que se propone utilizar es el IINPAC; el análisis de los diferentes patrones de interacción y crianza y de variables *sociodemográficas específicas*, permitiría que en conjunto con el EBIS se realice un diagnóstico confirmatorio del riesgo de suicidio. Descubrir a través del IINPAC el perfil de riesgo del suicida con las características que se han descrito a lo largo del estudio, permitiría que aunque el EBIS resultara negativo, se prestara mayor atención a aquéllos sujetos que cumplen con este perfil, para seguir explorándolos ya sea con respecto a la ideación suicida o a otro tipo de problemas.

Sin embargo, la aplicación de pruebas debe ser manejada con sumo cuidado, pues clasificar a alguien como un posible suicida, o peor aun, equivocarse y clasificar como caso a quien en realidad es un falso positivo, tiene serias implicaciones, dado el estigma asociado al suicidio. Por esto la importancia de no enfocarse solamente a la conducta suicida, sino de tomar en cuenta los factores de riesgo y protectores involucrados que pueden ser proporcionados por el IINPAC.

Con respecto a este estudio, se puede argumentar que muchos de los factores de riesgo que surgieron en esta investigación con respecto a la ideación suicida pueden ser comunes a muchos otros padecimientos y problemas como la delincuencia, el abuso de sustancias, el abandono de la escuela, etc., pero precisamente por eso los programas de prevención primaria

podrían tener efectos de largos alcances. El abuso de sustancias, por ejemplo, permea todos los problemas mencionados y afecta a un mayor número de adolescentes y adultos jóvenes que la ideación suicida o el suicidio en sí, cuya prevalencia no es tan alta. Por lo tanto, los esfuerzos para reducir la prevalencia del uso de sustancias serían una excelente intervención preventiva para el suicidio, así como para otros problemas. Por otro lado, esta concepción de que los problemas de salud mental no se presentan aislados, sino que se inter-relacionan, sugiere que resultaría mucho más práctico y costo-efectivo hacer programas integrales de salud psicológica, que muchos programas dirigidos cada uno a cierto problema en específico. Esta es la ventaja del uso de instrumentos como el IINPAC, que contemplan toda una serie de factores protectores y de riesgo que aparecen en diversos padecimientos y problemas de salud mental.

Con respecto a las mejoras que se podrían incorporar a estudios similares en el futuro, se debe considerar que la generalización de los resultados de esta investigación se limitan a los sujetos que se estudiaron, esto es, estudiantes del área de carreras químico-biológicas de la Universidad Autónoma Metropolitana y estudiantes del CONALEP Cuatitlán-Izcalli, por lo que para estudios futuros se puede considerar otro tipo de muestreo y ampliar el universo para tener una mayor representatividad de la problemática del suicidio en nuestro país. La dificultad para obtener la muestra también creó varios sesgos, como el hecho de que solo en el CONALEP se pudo hacer la selección de la muestra de manera aleatoria y que en el estudio piloto se tuvo que ampliar el margen de edad de la muestra. Aún así, los hallazgos son consistentes con otras investigaciones, lo que permite suponer que los resultados se pueden generalizar.

La validez y confiabilidad del EBIS mostraron ser en este estudio muy favorecedoras, pero debe de realizarse un estudio mucho más profundo en este sentido, como por ejemplo, que además del resultado del α de Cronbach, que es un resultado global, se analice cada reactivo al interior del EBIS.

Los modelos de regresión que aquí se obtuvieron dejan de explicar un buen porcentaje de la variabilidad de la puntuación de la ideación suicida. Por lo común es difícil afirmar con certeza si un modelo matemático es adecuado o no antes de obtener algunos datos. Para verificar la validez de un modelo, se deducen un cierto número de consecuencias del mismo y luego se comparan con las observaciones esos resultados (Meyer, 1970). Los resultados preliminares de la regresión múltiple en este estudio mostraron ser consistentes con la literatura sobre el tema, por

lo que no fue descartado el modelo matemático elegido, aunque otro tipo de modelos matemáticos podrían ser probados para llevarse a cabo en estudios posteriores.

El estudio de la ideación suicida entre los adolescentes y adultos jóvenes es importante en el sentido de que en los últimos años este grupo ha mostrado una tendencia al incremento del suicidio y por el impacto en cuanto a los años de vida potencial perdidos que representa, pero se debe ampliar el horizonte de investigación a otros grupos de edad en los que incluso la prevalencia de suicidio es mucho mayor. La ventaja del EBIS y del IINPAC es que se pueden utilizar tanto para la población adolescente como para la adulta. También debe considerarse el estudio de aquellos jóvenes que no son estudiantes.

En la medida en que se realicen más estudios de este tipo, que se proporcionen cada vez más herramientas e información a los psicólogos, médicos, padres, maestros, a quienes hacen la planeación y toma de decisiones en salud mental pública, más posibilidad habrá de diseñar, conducir y evaluar exitosamente programas preventivos que eviten o disminuyan el riesgo de suicidio. Algo que no se debe perder de vista es que *el suicidio es un fenómeno que puede prevenirse*, por lo que sería imperdonable que los esfuerzos de la investigación futura y para crear estrategias de intervención con respecto a este problema no progresen.

BIBLIOGRAFIA

1. Adam, K. (1986). Early Family Influences on Suicidal Behavior. En Psychobiology of Suicidal Behavior. (pp. 63-76). Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 487.
2. Almanza, J., Grain, P., Becerril, J. y Cuevas, C. (1997). Suicidio e Intento Suicida: Revisión Actualizada. Rev Sanid Milit Mex, 51(6), Nov-Dic:260-266.
3. Arieti, S. (1974). American Handbook of Psychiatry. New York: Basic Books.
4. Artasánchez, S. (1995). Agresión-Frustración en Hijos Únicos y en Hijos Primogénitos. Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Intercontinental, México.
5. Beck, A., Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47(2), 343-352.
6. Beck, A. y Steer, R. (1993). Beck Scale for Suicide Ideation: Manual. San Antonio: The Psychological Corporation.
7. Benjaminsen, S., Krarup, G. y Lauritsen, R. (1990). Personality, Parental Rearing Behaviour and Parental Loss in Attempted Suicide: a Comparative Study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 82, 389-397.
8. Borges, G., Anthony, J. y Garrison, C. (1995). Methodological Issues Relevant to Epidemiologic Investigations of Suicidal Behaviors of Adolescents. Epidemiologic Reviews, 17(1), 228-239.
9. Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C., Gutiérrez, R. (1996). Epidemiología del Suicidio en México de 1970 a 1994. Revista de Salud Pública de México, 38(3), 197-206.
10. Carstairs. En Stengel, E. (1965). Psicología del Suicidio y los Intentos Suicidas. Buenos Aires: Paidós.
11. Castro, M.E. (1992). Factores de Riesgo en el Desarrollo Psicosexual del Adolescente. Memorias del Simposium "Desarrollo de la Personalidad. Relaciones de Objeto". (pp. 85-91). México: Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica, A. C.
12. Cohen, Y., Spirito, A. y Brown, L. (1996). Suicide and Suicidal Behavior. En DiClemente, R., Hansen, W. y Ponton, L. Handbook of Adolescent Health and Risk Behavior (pp. 193-224). New York : Plenum Press.

13. **Cross, C. y Hirschfeld MA.** (1986). Life Events, Early Loss, and Personality. En Psychobiology of Suicidal Behavior (pp. 77-89). Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 487.
14. **Durkheim, E.** (1987). El Suicidio. México: Premiá.
15. **Encuesta Nacional de Adicciones** (1993). Protocolo. México: SSA.
16. **Farberow, N.L. y Shneidman, E.S.** (1969). !Necesito Ayuda!: Un Estudio sobre el Suicidio y su Prevención. México: Prensa Médica Mexicana.
17. **Fenichel, O.** (1994). Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. México: Paidós.
18. **Freud, S.** (1917). Duelo y Melancolía. Obras Completas. Vol. 14. México: Amorrortu.
19. **Garmezy, N.** (1996). Reflections and Commentary on Risk, Resilience, and Development. En Haggerty, R., Serrod, L., Garmezy, N. y Rutter, M. (Comp.), Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents: Processes, Mechanisms, and Interventions. Cambridge: Cambridge University Press
20. **Goldman, H.** (1989). Psiquiatría General. México: El Manual Moderno.
21. **Goldney, R.D.** (1981). Parental Loss and Reported Childhood Stress in Young Women who Attempt Suicide. En Ross, M.W., Clayer, J.R. y Campbell, R.L. (1983). Parental Rearing Patterns and Suicidal Thoughts. Acta Psychiatrica Scandinavica, 67:429-433.
22. **González-Forteza, C.** (1992). Estrés Psicosocial y Respuestas de Enfrentamiento. Impacto sobre el Estado Emocional en Adolescentes. Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
23. **González-Forteza, C.** (1995). Aspectos Psicosociales del Suicidio en Adolescentes Mexicanos. Psicopatología, 15(4), 157-161.
24. **González-Forteza, C., Borges, G., Gómez, C. y Jiménez, A.** (1996). Los Problemas Psicosociales y el Suicidio en Jóvenes. Estado Actual y Perspectivas. Revista de Salud Mental. 19, Abril, 33-38.
25. **González-Forteza, C., Berenzon-Gorn, S., Tello-Granados, A.M., et al.** (1998). Ideación Suicida y Características Asociadas en Mujeres Adolescentes. Revista de Salud Pública de México, 40(5), sept-oct, 430-437.
26. **Gutiérrez y Barilar** (1986). En Sánchez-Sosa, J.J., Jurado-Cárdenas, S. y Hernández-Guzmán, L. (1992). Episodios Agudos de Angustia Severa en Adolescentes: Análisis Etiológico de Predictores en la Crianza y la Interacción Familiar. Revista Mexicana de Psicología, 9(2), 101-116.

27. Haggerty, R., Sherrod, L., Garmezy, N. y Rutter, M. (1996). Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents. Processes, Mechanisms, and Interventions. Cambridge: Cambridge University Press.
28. Heman, A. (1984). Deseo de Morir y Realidad del Acto en Sujetos con Intento de Suicidio. Revista de Salud Pública de México, 26(1), enero-febrero, 39-49.
29. Hernández-Guzmán, L. y Sánchez Sosa J.J. (1991). Prevención Primaria del Deterioro Psicológico: Factores de Riesgo y Análisis Etiológico a través de un Modelo Interactivo. Revista Mexicana de Psicología, 8(1 y 2), 83-90.
30. Hernández-Guzmán, L. y Sánchez-Sosa, J.J. (1997). Factores de Riesgo Asociados con la Disfunción Psicológica en el Niño y el Adolescente. Revista Psicología Contemporánea, año 4, 4(1), 24-37.
31. Instituto Mexicano de Psiquiatría (1995). Información Clínica, 6(7), Julio, 37-39.
32. Jenicek, M. (1996). Epidemiología: La Lógica de la Medicina Moderna. Barcelona: Milos.
33. Kolb, L.C. (1983). Psiquiatría Clínica Moderna. México: Prensa Médica Mexicana.
34. Laufer, M. y Laufer, E. (1996). Adolescencia y Crisis del Desarrollo. Un Enfoque Psicoanalítico. Barcelona: ESPAXS Publicaciones Médicas.
35. Lepp, I. (1967). Psicoanálisis de la Muerte. Buenos Aires: Carlos Lohlé.
36. MacKinnon, R.A. y Michels, R. (1973). Psiquiatría Clínica Aplicada. México: McGraw-Hill.
37. Mann, J. y Stanley, M. (1986). Preface. En Psychobiology of Suicidal Behavior (pp. ix). Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 487.
38. Medina-Mora, M.E., López, E.K., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S., Rojas, E. (1994). La Relación Entre la Ideación Suicida y el Abuso de Sustancias Tóxicas. Resultado de una Encuesta en la Población Estudiantil. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Anal #5, febrero, IX Reunión de Investigación.
39. Merck Manual (1992). España: Océano.
40. Meyer, P. (1973). Probabilidad y Aplicaciones Estadísticas. México: Fondo Educativo Interamericano, S. A.
41. Mondragón, L. (1997). La Ideación Suicida en Relación con la Desesperanza, el Abuso de Drogas y Alcohol. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

42. **Monroy ML. y Moreno C.** (1994). Influencia de la Carencia Afectiva en el Desarrollo de la Personalidad de los Menores Institucionalizados (Investigación Documental). Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
43. **Muzquiz, M. y Aranda, E.** (1997). La Influencia de las Prácticas de Crianza y el Género en la Autoestima del Adolescente: Análisis Retrospectivo. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
44. **Oropeza, R.** (1995). Estilos de Crianza y Autoconcepto en Adolescentes. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
45. **Ortiz, A.** (1992). Aspectos Psicológicos de la Adicción. Las Adicciones en México: Hacia un Enfoque Multidisciplinario. México: SSA.
46. **Pérez-Gómez, A. y Mejía-Motta, I.E.** (1998). Patrones de Interacción de Familias en las que no hay Consumidores de Sustancias Psicoactivas. Adicciones, 10(2), 111-119.
47. **Petersen, A., Compas, B., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey Sydney y Grant K.** (1993). Depression in Adolescence. American Psychologist, 48(2), 155-168.
48. **Pfeffer, C.** (1986). Suicide Prevention. Current Efficacy and Future Promise. En Psychobiology of Suicidal Behavior (pp. 341-350). Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 487.
49. **Rochin, J.G.** (1997). La Valoración del Riesgo Suicida. CIJ, Organo Informativo de Centros de Integración Juvenil, A. C. Año 3 , #9, oct-dic, 82-84.
50. **Rosen, K.E.** (1970). The Serious Attempt: Epidemiological and Follow-up Study of 886 Patients. American Journal of Psychiatry. December.
51. **Ross, M.W., Clayer, J.R. y Campbell, R.L.** (1983). Parental Rearing Patterns and Suicidal Thoughts. Acta Psychiatrica Scandinavica, 67, 429-433
52. **Rule, W.R.** (1991). Birth Order and Sex as Related to Memory of Parental Strictness-Permissiveness. Psychological Reports, 68, 908-910.
53. **Sánchez-Sosa, J.J., Jurado-Cárdenas, S. y Hernández-Guzmán, L.** (1992). Episodios Agudos de Angustia Severa en Adolescentes: Análisis Etiológico de Predictores en la Crianza y la Interacción Familiar. Revista Mexicana de Psicología, 9(2), 101-116.
54. **Sánchez-Sosa, J.J. y Hernández-Guzmán, L.** (1993). Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC). Tercera edición.
55. **Siegel, S.** (1986). Estadística no Paramétrica. México: Trillas.

56. **Stengel, E.** (1965). Psicología del Suicidio y los Intentos Suicidas. Buenos Aires: Paidós.
57. **Straus, M. y Kaufman, G.** (1994). Corporal Punishment of Adolescents by Parents: a Risk Factor in the Epidemiology of Depression, Suicide, Alcohol abuse, Child Abuse, and Wife Beating. Adolescence, 29(115), Fall, 543-561.

ANEXO 1

INVENTARIO DE INTERACCIÓN Y PATRONES DE CRIANZA (IINPAC)

INVENTARIO DE
INTERACCION Y PATRONES
DE CRIANZA
(IINPAC)



INVENTARIO DE

INTERACCION Y PATRONES DE CRIANZA

(INPAC)

Este cuestionario trata de investigar cómo algunos problemas de salud pueden deberse a muchas de las cosas que hacemos todos los días. También trata de buscar maneras de mejorar nuestro bienestar y salud y la de nuestra familia. El cuestionario es **completamente anónimo**, así que no escriba su nombre ni haga anotaciones que le puedan identificar. Esta información se usará exclusivamente con fines de análisis estadístico y para diseñar programas preventivos o de ayuda. **No hay respuestas buenas ni malas**, por favor conteste las preguntas con toda franqueza, diciendo la verdad. Trate de no dejar ninguna pregunta sin contestar, a menos que sienta que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto.

El cuestionario consta de enunciados o preguntas seguidas de varias posibilidades de respuesta para escoger. Por favor, escoja la opción que refleje mejor su propio caso, **rellenando completamente el circulito correspondiente en la hoja de respuestas**, como se muestra en el ejemplo más adelante. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, por tanto, no se preocupe por puntuaciones ni calificaciones. Por favor lea cuidadosamente cada pregunta o enunciado y conteste con la verdad. Recuerde que de este estudio se podrán derivar recomendaciones muy útiles para usted mismo(a) o para otras personas y familias.

Si tiene alguna pregunta o duda, con toda confianza pregunte y con mucho gusto se le orientará. **No escriba ni haga marcas en este cuestionario, conteste en la hoja de respuestas.**

EJEMPLO:

En un día normal yo como:

(En la hoja de respuestas)

Recuerde rellenar completamente el circulito:

- a) Una vez.
- b) Dos veces.
- c) Tres veces.
- d) Cuatro veces.
- e) Cinco veces.
- f) Seis veces o más.



Marca correcta Marcas incorrectas

Si llenó en la hoja de respuestas el círculo del inciso c, esto significaría que en un día normal, come tres veces.

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: **Con toda confianza, conteste con la verdad.**

1. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), la situación económica de mi familia podría describirse como:

- a) De asistencia social o beneficencia.
- b) Clase trabajadora.
- c) Clase media-baja.
- d) Clase media.
- e) Clase media-alta.
- f) Clase alta.

2. En la actualidad, yo diría que la situación económica de mi familia es:

- a) De asistencia social o beneficencia.
- b) Clase trabajadora.
- c) Clase media-baja.
- d) Clase media.
- e) Clase media-alta.
- f) Clase alta.

3. En general, mi relación con mi(s) hermano(s)(as) ha sido:

- a) Muy mala.
- b) Mala.
- c) Regular.
- d) Buena.
- e) Muy buena.

4. Pienso que mis padres han preferido (preferían) o consentido (consentían) a alguno(s) de mis hermanos(as) más que a mí:

- a) Nunca.
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo).
- d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo).
- e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo).
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).

5. De chico(a) (como hasta los 14 años de edad) me crié principalmente con:

- a) Mis padres naturales.
- b) Mi padre.
- c) Mi madre.
- d) Uno de mis padres y mi padrastro o madrastra.
- e) Mis padres adoptivos, con unos familiares o amigos.
- f) En un orfanato, casa hogar u otra institución.

**SI SUS DOS PADRES VIVEN, SALTESE HASTA LA PREGUNTA 10.
SI LOS DOS O ALGUNO DE ELLOS HA MUERTO, CONTINUE CON LA
PREGUNTA 6.**

6. Mi edad al morir mi padre era:

- a) De cero a 5 años.
- b) De 6 a 10 años.
- c) De 11 a 15 años.
- d) De 16 a 20 años.
- e) De 21 a 25 años.
- f) 26 años o más.

7. La causa de su muerte fue:

- a) Edad avanzada o causas naturales.
- b) Enfermedad.
- c) Accidente.
- d) Agresión violenta.
- e) Suicidio.
- f) Otra.

8. Mi edad al morir mi madre era:

- a) De cero a 5 años.
- b) De 6 a 10 años.
- c) De 11 a 15 años.
- d) De 16 a 20 años.
- e) De 21 a 25 años.
- f) 26 años o más.

9. La causa de su muerte fue:

- a) Edad avanzada o causas naturales.
- b) Enfermedad.
- c) Accidente.
- d) Agresión violenta.
- e) Suicidio.
- f) Otra.

10. Mi padre dejó de vivir conmigo cuando yo tenía:

- a) Siempre vivió o ha vivido conmigo.
- b) De cero a 5 años.
- c) De 6 a 12 años.
- d) De 13 a 19 años.
- e) 20 años o más.
- f) A veces vivía conmigo y a veces no.

11. Mi madre dejó de vivir conmigo cuando yo tenía:

- a) Siempre vivió o ha vivido conmigo.
- b) De cero a 5 años.
- c) De 6 a 12 años.
- d) De 13 a 19 años.
- e) 20 años o más.
- f) A veces vivía conmigo y a veces no.

12. La causa por la que no he vivido con alguno de mis padres fue por:

- a) Separación o divorcio de mis padres.
- b) Muerte de alguno de mis padres.
- c) Por el trabajo de alguno de mis padres.
- d) Por la situación económica.
- e) Nos abandonó.
- f) Alguna otra razón.

13. Mi padre (o tutor) toma (tomaba) mucho alcohol:

- a) Nunca.
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- c) Pocas veces (20% al 40% del tiempo).
- d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo).
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).

14. Mi padre (o tutor) usa (usaba) drogas:

- a) Nunca.
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- c) Pocas veces (20% al 40% del tiempo).
- d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo).
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).

15. En general, la forma como llevo (llevaba) con mi padre (o tutor) es:

- a) Muy buena.
- b) Buena.
- c) Regular.
- d) Mala.
- e) Muy mala.

16. El más alto nivel escolar que alcanzó mi padre (o tutor) es:

- a) Ninguno.
- b) Primaria.
- c) Secundaria.
- d) Comercio o técnico.
- e) Bachillerato.
- f) Profesional o superior.

17. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), mi padre (o tutor) mostraba interés en mis opiniones:

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

18. Mi madre (o tutora) toma (tomaba) mucho alcohol:

- a) Nunca.
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- c) Pocas veces (20% al 40% del tiempo).
- d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo).
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).

19. Mi madre (o tutora) usa (usaba) drogas:

- a) Nunca.
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- c) Pocas veces (20% al 40% del tiempo).
- d) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- e) Frecuentemente (60% a 80% del tiempo).
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).

20. En general, la manera como llevo (llevaba) con mi madre (o tutora) es:

- a) Muy buena.
- b) Buena.
- c) Regular.
- d) Mala.
- e) Muy mala.

21. El más alto nivel escolar que alcanzó mi madre (o tutora) es:

- a) Ninguno.
- b) Primaria.
- c) Secundaria.
- d) Comercio o técnico.
- e) Bachillerato.
- f) Profesional o superior.

22. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), mi madre (o tutora) mostraba interés por mis opiniones:

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

23. En general, mi padre (o tutor) y yo platicamos (platicábamos) como buenos amigos:

- a) Casi diario.
- b) Como una vez a la semana.
- c) Como una vez al mes.
- d) Como cuatro veces al año.
- e) Como dos veces al año.
- f) Como una vez al año o menos.

24. En general, mi madre (o tutora) y yo platicamos (platicábamos) como buenos amigos(as):

- a) Casi diario.
- b) Como una vez a la semana.
- c) Como una vez al mes.
- d) Como cuatro veces al año.
- e) Como dos veces al año.
- f) Como una vez al año o menos.

25. Cuando mi padre (o tutor) me castiga (castigaba), ha usado el castigo físico (pegarme):

- a) Casi diario.
- b) Como una vez a la semana.
- c) Como una vez al mes.
- d) Como cuatro veces al año.
- e) Como dos veces al año.
- f) Una vez al año o menos.

26. Cuando mi madre (o tutora) me castiga (castigaba), ha usado el castigo físico (pegarme):

- a) Casi diario.
- b) Como una vez a la semana.
- c) Como una vez al mes.
- d) Como cuatro veces al año.
- e) Como dos veces al año.
- f) Una vez al año o menos.

27. El dolor físico producido por el castigo (de mi madre o padre) dura (duraba):

- a) Minutos.
- b) Horas.
- c) Días.
- d) Semanas.
- e) Meses.

28. Mi padre (o tutor) dice (decía) cosas de mí que quieren decir que yo soy “tonto(a)” o “inútil”, o me compara (comparaba) negativamente con otros(as):

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

29. Mi madre (o tutora) dice (decía) cosas de mí que quieren decir que yo soy “tonto(a)” o “inútil”, o me compara (comparaba) negativamente con otros(as):

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

30. Cuando mi padre (o tutor) me castiga (castigaba), yo sí me lo merezco (merecía):

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

31. Cuando mi madre (o tutora) me castiga (castigaba), yo sí me lo merezco (merecía):

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

32. Cuando mi padre (o tutor) me manda (mandaba) a hacer algo, me lo dice (decía) de modo duro u ofensivo:

- a) Nunca.
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo).
- d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo).
- e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo).
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).

33. Cuando mi madre (o tutora) me manda (mandaba) a hacer algo, me lo dice (decía) de modo duro u ofensivo:

- a) Nunca.
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo).
- d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo).
- e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo).
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).

34. Yo tengo (tenía) confianza con mi padre (o tutor) como para platicarle algo muy personal, de mi mismo(a):
- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
 - b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
 - c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
 - d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
 - e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
 - f) Nunca.

35. Yo tengo (tenía) confianza con mi madre (o tutora) como para platicarle algo muy personal, de mi mismo(a):
- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
 - b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
 - c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
 - d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
 - e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
 - f) Nunca.

36. Se me permite (permitía) escoger a mis propios amigos(as):
- a) Nunca.
 - b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
 - c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo).
 - d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo).
 - e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo).
 - f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).

37. Se me permite (permitía) decidir cómo pasar mi tiempo libre:
- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
 - b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
 - c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
 - d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
 - e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
 - f) Nunca.

38. Mi padre (o tutor) me muestra (mostraba) su afecto o cariño:
- a) Nunca.
 - b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
 - c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo).
 - d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo).
 - e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo).
 - f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).

39. Mi madre (o tutora) me muestra (mostraba) su afecto o cariño:
- a) Nunca.
 - b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
 - c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo).
 - d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo).
 - e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo).
 - f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).

40. Cuando me he enfrentado a una situación nueva o difícil mi padre (o tutor) me ha apoyado (apoyaba) o me ha reconfortado (reconfortaba):

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

41. Cuando me he enfrentado a una situación nueva o difícil mi madre (o tutora) me ha apoyado (apoyaba) o me ha reconfortado (reconfortaba):

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

42. Cuando yo he hecho un esfuerzo especial para hacer algo bien, mis padres (o tutores) me lo han reconocido (reconocían):

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

43. Mis padres (naturales o adoptivos) se muestran (mostraban) cariño o amor el uno al otro:

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

44. Mis padres (naturales o adoptivos) se pelean (peleaban) discutiendo o gritando:

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

45. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) pelean (peleaban), también usan (usaban) la violencia física (jalones, empujones, golpes, etc.):

- a) Nunca.
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo).
- d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo).
- e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo).
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).

46. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) pelean (peleaban), lo hacen (hacían) enfrente de mí y/o de mis hermanos(as):

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

47. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) pelean (peleaban), se amenazan (amenazaban) con dejarse, separarse o divorciarse:

- a) Nunca.
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo).
- d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo).
- e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo).
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).

48. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), aparte de mis padres (naturales o adoptivos), habían otro(s) adulto(s) que era(n) importante(s) para mí:

- a) Sí.
- b) No.

49. Si respondió "sí", este adulto era (señale sólo el más importante):

- a) Un hermano o hermana mayor.
- b) Un tío o tía.
- c) Un abuelo o abuela.
- d) Padrastro o madrastra.
- e) Un profesor o profesora.
- f) Otra persona.

50. Durante mi niñez o adolescencia temprana (como de los 5 a 14 años), tuve experiencias emocionalmente fuertes, *negativas o que me angustiaron mucho*:

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

51. La más importante de esas experiencias fue:

- a) Asalto, algún suceso violento o maltrato fuerte.
- b) Violación.
- c) Accidente o enfermedad.
- d) Suicidio de un familiar cercano.
- e) Muerte o pérdida de un ser querido.
- f) Cárcel.

52. Todavía siento ese miedo, o angustia, o sensación desagradable:

- a) Nunca.
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo).
- d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo).
- e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo).
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).

53. Alguien abusó sexualmente de mí:

- a) Nunca.
- b) Una vez.
- c) Pocas veces.
- d) Frecuentemente.

54. La persona que abusó de mí fue:

- a) Alguno de mis padres.
- b) Padrastro o madrastra.
- c) Pariente que vivía en la misma casa.
- d) Una persona conocida.
- e) Profesor(a).
- f) Desconocido(a).

55. Cuando abusaron de mí yo tenía:

- a) De cero a cinco años.
- b) De seis a diez años.
- c) De once a quince años.
- d) De dieciséis a veinte años.
- e) De veintiuno a veinticinco años.
- f) Veintiséis años o más.

56. Actualmente estudio:

- a) Sí.
- b) No.

57. En la escuela me saco (sacaba) malas calificaciones:

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

58. Me he cambiado de escuela por problemas de aprovechamiento y/o conducta:

- a) Nunca.
- b) Una vez.
- c) Dos veces.
- d) Tres veces.
- e) Cuatro veces.
- f) Cinco o más veces.

59. En general, tengo (tuve) dificultades para el estudio por:

- a) Flojera.
- b) Mala conducta.
- c) Me cuesta trabajo estudiar o aprender.
- d) Falta de interés por el estudio.
- e) Problemas personales.
- f) No he tenido dificultades.

60. En la escuela yo hago (hice) amistades:

- a) Con mucha dificultad.
- b) Con dificultad.
- c) Ni fácil ni difícilmente.
- d) Con facilidad.
- e) Con mucha facilidad.

61. Me siento (sentía) satisfecho(a) en la escuela:
- Nunca.
 - Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
 - Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo).
 - A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo).
 - Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo).
 - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
62. He pensado (pensé) en dejar la escuela:
- Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
 - Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
 - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
 - Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
 - Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
 - Nunca.
63. En general, las relaciones con mis compañeros(as) de escuela son (fueron) (cómo se ha llevado con ellos):
- Muy malas.
 - Malas.
 - Regulares.
 - Buenas.
 - Muy buenas.
64. En general, mis relaciones con mis profesores(as) en la escuela son (fueron):
- Muy malas.
 - Malas.
 - Regulares.
 - Buenas.
 - Muy buenas.
65. Cuando en la escuela yo soy (era) quien supervisa (supervisaba) o dice (decía) lo que hay que hacer, mis relaciones con mis compañeros(as) son (eran) (por ejemplo, qué tanto se quejan o quejaban de mí):
- Muy malas.
 - Malas.
 - Regulares.
 - Buenas.
 - Muy buenas.
66. La escuela me produce (producía) mucho estrés, desgaste o cansancio:
- Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
 - Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
 - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
 - Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
 - Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
 - Nunca.
67. Pienso que mis profesores(as) prefieren (preferían) o consienten (consentían) a algunos de mis compañeros(as) más que a mí:
- Nunca.
 - Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
 - Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo).
 - A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo).
 - Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo).
 - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).

68. En general, la forma como me llevo (llevaba) con mis profesores(as) ha sido:

- a) Muy buena.
- b) Buena.
- c) Regular.
- d) Mala.
- e) Muy mala.

69. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), mis profesores(as) mostraban interés en mis opiniones:

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

70. En general, mis profesores(as) y yo platicamos (platicábamos) como buenos amigos:

- a) Casi diario.
- b) Como una vez a la semana.
- c) Como una vez al mes.
- d) Como una vez cada tres meses.
- e) Como dos veces al año.
- f) Como una vez al año o menos.

71. Comparados con mis padres, mis profesores(as) me tratan (trataban):

- a) Mucho mejor que ellos.
- b) Mejor que ellos.
- c) Parecido a ellos.
- d) Peor que ellos.
- e) Mucho peor que ellos.

72. He preferido el trato que mis profesores(as) me dan (daban) en la escuela, que el trato que me dan (daban) en mi casa:

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

73. Cuando mis profesores(as) me castigan (castigaban), usan (usaban) el castigo físico (pegarme):

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

74. Mis profesores(as) dicen (decían) cosas de mí que quieren decir que yo soy "tonto(a)" o "inútil", o me comparan (comparaban) negativamente con otros(as):

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

75. Cuando mis profesores(as) me castigan (castigaban), yo sí me lo merezco (merecía):

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

76. Cuando mis profesores(as) me mandan (mandaban) a hacer algo, me lo dicen (decían) de modo duro u ofensivo:

- a) Nunca.
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo).
- d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo).
- e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo).
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).

77. Mis profesores(as) me muestran (mostraban) su afecto o cariño:

- a) Nunca.
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo).
- d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo).
- e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo).
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).

78. Cuando me he enfrentado a una situación nueva o difícil, mis profesores(as) me apoyan (apoyaban) o reconfortan (reconfortaban):

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

79. Cuando yo hago (hacía) un esfuerzo especial para hacer algo bien en la escuela, mis profesores(as) me lo reconocen (reconocían):

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

80. Actualmente practico un deporte o actividad física aproximadamente:

- a) Diario.
- b) Tres veces a la semana.
- c) Dos veces a la semana.
- d) Una vez a la semana.
- e) Ocasionalmente.
- f) Nunca.

81. Tuve algún amigo(a) muy cercano(a) o íntimo(a):

- a) Sí.
- b) No.

82. Actualmente, tengo algún(os) amigo(s) que considero cercano(s) o íntimo(s):

- a) Sí.
- b) No.

83. Mi ocupación es:

- a) Estudiante.
- b) Trabajo fijo.
- c) Trabajo ocasional.
- d) Ama de casa.
- e) Desempleado.

84. Actualmente:

- a) Trabajo por necesidad económica.
- b) Tengo necesidad económica de trabajar, pero no he *conseguido* trabajo.
- c) Tengo necesidad económica de trabajar, pero no he *buscado* trabajo.
- d) Trabajo por gusto.
- e) No trabajo pues no tengo necesidad económica de hacerlo.

85. Estoy desempleado desde hace:

- a) No estoy desempleado.
- b) Un mes.
- c) De dos a cinco meses.
- d) Seis meses.
- e) De siete a once meses.
- f) Un año o más.

86. ¿Cuántos trabajos ha tenido en el último año?:

- a) Ninguno.
- b) Uno.
- c) Dos.
- d) Tres.
- e) Cuatro o más.

**SI NUNCA HA TRABAJADO, SALTESE HASTA LA PREGUNTA 93.
SI HA TRABAJADO ALGUNA VEZ O TRABAJA ACTUALMENTE, CONTINUE
CON LA PREGUNTA 87.**

87. Me siento (sentía) satisfecho con mi trabajo:

- a) Nunca.
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo).
- d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo).
- e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo).
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).

88. Pienso (pensé) en dejar mi trabajo:

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

89. Mis relaciones con mis compañeros(as) de trabajo son (eran) (cómo se ha llevado con ellos):

- a) Muy malas.
- b) Malas.
- c) Regulares.
- d) Buenas.
- e) Muy buenas.

90. Mis relaciones con mis jefes en el trabajo son (eran):

- a) Muy malas.
- b) Malas.
- c) Regulares.
- d) Buenas.
- e) Muy buenas.

91. Cuando en el trabajo yo soy (era) quien supervisa (supervisaba) o dice (decía) lo que hay que hacer, mis relaciones con mis subordinados o compañeros han sido (eran) (por ejemplo, qué tanto se quejan o quejaban de mí):

- a) Muy malas.
- b) Malas.
- c) Regulares.
- d) Buenas.
- e) Muy buenas.

92. Mi trabajo me produce (producía) mucho estrés, desgaste o cansancio:

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

93. Tuve relaciones sexuales por primera vez como a los:

- a) Antes de los 10 años.
- b) Entre los 11 y 13 años.
- c) Entre los 14 y los 16 años.
- d) Entre los 17 y los 19.
- e) Después de los 20 años.
- f) Nunca he tenido relaciones sexuales.

94. Tuve mi primer orgasmo o eyaculación como a los:

- a) Antes de los 10 años.
- b) Entre los 11 y 13 años.
- c) Entre los 14 y los 16 años.
- d) Entre los 17 y los 19.
- e) Después de los 20 años.
- f) No he tenido.

95. La situación en la que la sucedió fue:

- a) Yo solo.
- b) Con mi novio(a).
- c) Con un pariente.
- d) Con mi esposo(a).
- e) Con un extraño o desconocido.
- f) Otro.

96. Prefiero masturbarme a tener relaciones sexuales con una persona:

- a) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).
- b) Frecuentemente (de 60% a 80% del tiempo).
- c) A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo).
- d) Pocas veces (20% a 40% del tiempo).
- e) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- f) Nunca.

97. Creo que mi vida sexual es:

- a) Muy satisfactoria.
- b) Satisfactoria.
- c) Poco satisfactoria.
- d) Insatisfactoria.
- e) Muy insatisfactoria.

98. De cada 10 encuentros sexuales, llego al orgasmo cuántas veces:

- a) Nunca.
- b) De 1 a 2 veces.
- c) De 3 a 4 veces.
- d) De 5 a 6 veces.
- e) De 7 a 8 veces.
- f) De 9 a 10 veces.

99. Mi preferencia sexual es:

- a) Homosexual (me atrae la gente de mi mismo sexo).
- b) Heterosexual (me atrae la gente del sexo contrario al mío).
- c) Bisexual (me atrae la gente tanto de mi mismo sexo como del contrario al mío).
- d) Otra.

SI NO ESTA CASADO NI VIVE EN UNION LIBRE, SALTESE HASTA LA PREGUNTA 103.

SI ESTA CASADO O VIVE EN UNION LIBRE, CONTINUE CON LA PREGUNTA 100.

100. Tuve relaciones sexuales antes de casarme o de vivir en unión libre (ya sea con su actual pareja o con otra):

- a) Sí.
- b) No.

101. La decisión de casarnos o vivir juntos fue:

- a) Principalmente mía.
- b) Por embarazo.
- c) Por razones de dinero.
- d) Ambos lo decidimos por igual.
- e) Principalmente de mi pareja.
- f) Otra.

102. He tenido relaciones sexuales fuera de mi matrimonio o unión libre:

- a) Nunca.
- b) Casi nunca (menos del 20% del tiempo).
- c) Pocas veces (del 20% al 40% del tiempo).
- d) A veces sí, a veces no (del 40% al 60% del tiempo).
- e) Frecuentemente (del 60% al 80% del tiempo).
- f) Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo).

103. Tengo:

- a) Un hijo.
- b) Dos hijos.
- c) Tres hijos.
- d) Cuatro hijos.
- e) Cinco o más hijos.
- f) Ninguno.

104. Hubiera preferido tener a mi(s) hijo(s) en otro momento de mi vida:

- a) Sí.
- b) No.

105. Actualmente vivo:

- a) Con mis padres (naturales o adoptivos).
- b) Con otros parientes o conocidos.
- c) Con mi pareja e hijos.
- d) Con mi pareja.
- e) Con mis hijos.
- f) Solo.

106. Creo que se me ha tratado mal por razón de mi (señale el más importante):

- a) Aspecto.
- b) Color.
- c) Religión.
- d) Nacionalidad.
- e) Sexo.
- f) Clase social.

107. Esto me ha pasado en (marque el más importante):

- a) El trabajo o la escuela.
- b) El vecindario, barrio o colonia.
- c) Los lugares donde hago compras.
- d) Reuniones sociales.
- e) Hoteles o restaurantes.
- f) Otro lugar o situación.

108. Soy:

- a) Nada religioso(a).
- b) Un poco religioso(a).
- c) Medianamente religioso(a).
- d) Religioso(a).
- e) Muy religioso(a).

109. Mi edad está entre:

- a) 15 y 16 años.
- b) 17 y 18 años.
- c) 19 y 20 años.
- d) 21 y 22 años.
- e) 23 y 24 años.
- f) 25 años o más.

110. Mi sexo es:

- a) Femenino.
- b) Masculino.

111. Mi estado civil es:

- a) Soltero(a).
- b) Casado(a).
- c) Viudo(a).
- d) Unión libre.
- e) Divorciado(a).
- f) Separado(a).

112. Si está divorciado, separado, o viudo, especifique desde cuando:

- a) Un mes o menos.
- b) De dos a cinco meses.
- c) De seis a 11 meses.
- d) Un año.
- e) De uno a dos años.
- f) Más de dos años.

113. Si es casado(a) o vive en unión libre, especifique desde cuando:

- a) Hace menos de un año.
- b) De uno a dos años.
- c) De dos a tres años.
- d) De tres a cinco años.
- e) Cinco años o más.

114. Mi escolaridad es de:

- a) Primaria.
- b) Secundaria.
- c) Preparatoria o vocacional.
- d) Comercio o técnico.
- e) Licenciatura.
- f) Posgrado.

115. Mi lugar de nacimiento es:

- a) El Distrito Federal.
- b) Un Estado de la República Mexicana.
- c) El Extranjero.

116. Si es de otro Estado de la República, especifique de qué región es:

- a) Norte.
- b) Centro.
- c) Sur.
- d) Sureste.

117. Mi lugar de residencia es:

- a) El Distrito Federal.
- b) El Estado de la República Mexicana donde nació.
- c) Otro Estado de la República Mexicana.
- d) El extranjero.

118. He residido o vivido ahí desde hace:

- a) Menos de seis meses.
- b) Entre seis meses y un año.
- c) De dos a tres años.
- d) De cuatro a cinco años.
- e) Más de seis años.
- f) Desde que nació.

119. Estado civil de sus padres:

- a) Casados.
- b) Divorciados o separados.
- c) Unión libre.
- d) Solteros.
- e) Viudo.
- f) Vueltos a casar (uno de ellos o los dos).

120. Si sus padres son divorciados, separados, viudos o vueltos a casar, especifique hace cuánto:

- a) Hace menos de un año.
- b) De uno a dos años.
- c) De dos a tres años.
- d) De tres a cinco años.
- e) Cinco años o más.

121. En total tengo:

- a) Ningún hermano(a).
- b) Un hermano(as).
- c) Dos hermanos(as).
- d) Tres hermanos(as).
- e) Cuatro hermanos(as).
- f) Cinco o más hermanos(as).

122. Mi lugar entre mis hermanos(as) en el orden de nacimiento es:

- a) Soy hijo(a) único(a).
- b) Soy el primero(a).
- c) Soy el segundo(a).
- d) Soy el tercero(a).
- e) Soy el cuarto(a), quinto, sexto o más.
- f) Soy el (la) último(a).

123. El hermano (a) que nació antes que yo me lleva:

- a) Un año.
- b) Dos años.
- c) Tres años.
- d) Cuatro años.
- e) Cinco años.
- f) Seis años o más.

124. Al hermano (a) que nació después de mí le llevo:

- a) Un año.
- b) Dos años.
- c) Tres años.
- d) Cuatro años.
- e) Cinco años.
- f) Seis años o más.

125. Actualmente vivo en:

- a) Casa propia.
- b) Casa rentada.
- c) Departamento o condominio propio.
- d) Departamento o condominio rentado.
- e) En ningún lugar en particular (donde puedo).
- f) Otro lugar.

126. El número de recámaras en mi vivienda actual es:

- a) Una.
- b) Dos.
- c) Tres.
- d) Cuatro.
- e) Cinco.
- f) Seis o más.

127. El número total de personas (incluyéndome) que viven en mi vivienda actual es:

- a) Una.
- b) Dos.
- c) Tres.
- d) Cuatro.
- e) Cinco.
- f) Seis o más.

128. En cuanto a mis (nuestras) condiciones de vida actuales pienso que:

- a) Nos sobra espacio.
- b) Tenemos suficiente espacio para todos.
- c) Estamos un poco amontonados.
- d) Estamos muy amontonados.

129. Aproximadamente, ¿cuál es el ingreso mensual familiar? :

- a) Un salario mínimo o menos (\$1,035.00 o menos).
- b) Dos a tres salarios mínimos (Entre \$2,070.00 y \$3,105.00).
- c) Cuatro a cinco salarios mínimos (Entre \$4,140.00 y 5,175.00).
- d) Seis a siete salarios mínimos (Entre \$6,210.00 y \$7,245.00)
- e) Ocho a nueve salarios mínimos (Entre \$8,280.00 y \$9,315.00).
- f) Diez o más salarios mínimos (\$10,350.00 o más).

130. De este ingreso mensual familiar dependen:

- a) Solo yo.
- b) Dos personas.
- c) Tres a cuatro personas.
- d) Cinco a seis personas.
- e) Siete a ocho personas.
- f) Más de nueve personas.

131. Mi religión es la:

- a) Católica.
- b) Protestante.
- c) Judía.
- d) Islámica.
- e) Otra.
- f) No tengo ninguna religión.

132. He consumido alguna vez cualquier bebida que contenga alcohol:

- a) Sí.
- b) No.

133. En los últimos doce meses, he tomado bebidas que contienen alcohol (como cerveza, pulque, vino, brandy, whisky, ron, tequila, coolers, Presidencola, etc.):

- a) *Diario o casi diario.*
- b) De una a cuatro veces por semana.
- c) De una a tres veces al mes.
- d) De tres a once veces en el año.
- e) De una a dos veces al año.
- f) Nunca en los últimos 12 meses pero sí antes.

134. Comencé a tomar bebidas alcohólicas hace:

- a) *Un mes o menos.*
- b) De dos a cinco meses.
- c) De seis meses a un año.
- d) De uno a dos años.
- e) De tres a cuatro años.
- f) Cinco o más años.

135. La última vez que me fumé un cigarrillo (cigarros de tabaco) fue hace:

- a) *No he fumado nunca.*
- b) Dentro del último mes (últimos 30 días).
- c) Más de 1 mes pero menos de 6 meses.
- d) Hace 6 meses o más, pero menos de 1 año.
- e) Hace 1 año o más, pero menos de 3 años.
- f) Hace más de 3 años.

136. He tomado, usado o probado medicamentos para aliviar el dolor, para evitar la tos, o para controlar la diarrea, como la morfina, Nubain, Darvon, Demerol, Roxanol, codeína, Talwin, láudano, etc.:

- a) *Nunca.*
- b) En el último mes.
- c) En el último año, pero no en el último mes.
- d) Hace más de un año.

137. Alguno de éstos lo tomé, usé o probé:

- a) *Con receta médica.*
- b) *Con receta, pero en más cantidad ó más tiempo del indicado en la receta.*
- c) *Sin receta médica.*

138. He tomado, usado o probado medicamentos para calmar a las personas, calmar los nervios o relajar sus músculos, como Librium, Valium, Diacepam, Ativan, Rohypnol, etc.:

- a) *Nunca.*
- b) En el último mes.
- c) En el último año, pero no en el último mes.
- d) Hace más de un año.

139. Alguno de éstos lo tomé, usé o probé:

- a) *Con receta médica.*
- b) *Con receta, pero en más cantidad ó más tiempo del indicado en la receta.*
- c) *Sin receta médica.*

140. He tomado, usado o probado medicamentos para ayudar a las personas a dormir o a relajarse, como Equanil, Mandrax, Sevenal, Sopor, etc.:

- a) *Nunca.*
- b) En el último mes.
- c) En el último año, pero no en el último mes.
- d) Hace más de un año.

141. Alguno de éstos lo tomé, usé o probé:

- a) Con receta médica.
- b) Con receta, pero en más cantidad ó más tiempo del indicado en la receta.
- c) Sin receta médica.

142. He tomado, usado o probado medicamentos para ayudar a perder peso o dar a la gente más energía, como *Benzedrina*, *Aktedron*, *Esbelcaps*, etc.:

- a) Nunca.
- b) En el último mes.
- c) En el último año, pero no en el último mes.
- d) Hace más de un año.

143. Alguno de éstos lo tomé, usé o probé:

- a) Con receta médica.
- b) Con receta, pero en más cantidad ó más tiempo del indicado en la receta.
- c) Sin receta médica.

144. He fumado, tomado o probado marihuana o hashish:

- a) Nunca.
- b) En el último mes.
- c) En el último año, pero no en el último mes.
- d) Hace más de un año.

145. He tomado, usado o probado cocaína (polvo, crack, pasta básica, pasta de coca):

- a) Nunca.
- b) En el último mes.
- c) En el último año, pero no en el último mes.
- d) Hace más de un año.

146. He oído inhalables (como thinner, pegamento, pintura, gasolina, activo, sprays):

- a) Nunca.
- b) En el último mes.
- c) En el último año, pero no en el último mes.
- d) Hace más de un año.

147. He tomado, usado o probado alucinógenos (como hongos, peyote, mezcalina, LSD, PCP):

- a) Nunca.
- b) En el último mes.
- c) En el último año, pero no en el último mes.
- d) Hace más de un año.

148. He tomado, usado o probado heroína (opio, arpón, ficción, la H):

- a) Nunca.
- b) En el último mes.
- c) En el último año, pero no en el último mes.
- d) Hace más de un año.

**SI NUNCA HA INTENTADO SUICIDARSE, SALTESE HASTA LA PREGUNTA 155.
SI ALGUNA VEZ HA INTENTADO SUICIDARSE, CONTINUE CON LA
PREGUNTA 149.**

149. Me he intentado suicidar:

- a) Una vez.
- b) Dos veces.
- c) Tres veces.
- d) Cuatro veces.
- e) Cinco veces.
- f) Seis veces o más.

150. El método que utilicé la última vez que intenté suicidarme fue:

- a) Pastillas.
- b) Arma de fuego.
- c) Cortarme las muñecas.
- d) Abrir el gas.
- e) Ahorcamiento.
- f) Otro.

151. Cuando intenté suicidarme la última vez, no morí porque:

- a) Me arrepentí, por lo que suspendí el intento y/o pedí ayuda.
- b) Me encontró alguien por casualidad (familiar, vecino, policía, rescate, etc.), antes de que muriera, cuando ya había realizado el intento.
- c) Utilicé un método para suicidarme que pensé que funcionaría, pero no funcionó.
- d) Me sorprendieron en el momento del intento y me convencieron de que no lo hiciera o me lo impidieron.
- e) Realmente no me quería morir y yo sabía que la forma y planes como intenté suicidarme no eran muy efectivos (por ejemplo, sabía que el método no era muy efectivo, o que era probable que alguien me rescatara o encontrara antes de morir).
- f) Otra razón o razones.

152. La última vez que intenté suicidarme, estuve a punto de morir por la gravedad de las lesiones o el daño:

- a) Sí.
- b) No.

153. La última vez que intenté suicidarme fue hace:

- a) Menos de un mes.
- b) Entre un mes y seis meses.
- c) Entre siete meses y un año.
- d) Entre más de un año y dos años.
- e) Entre tres y cuatro años.
- f) Cinco años o más.

154. La última vez que intenté suicidarme, en el momento del intento:

- a) Estaba bajo los efectos del alcohol.
- b) Estaba bajo los efectos de alguna droga o sustancia.
- c) No estaba bajo los efectos del alcohol, ni de ninguna droga o sustancia.
- d) Estaba bajo los efectos tanto del alcohol como de alguna droga o sustancia.

155. Si tuvo un familiar o conocido cercano que se suicidó, especifique quién era:

- a) Abuelo(a).
- b) Tío(a).
- c) Padre o madre.
- d) Hermano(a).
- e) Hijo(a).
- f) Otro.

156. Esta persona se suicidó hace:

- a) Menos de un mes.
- b) Entre uno y seis meses.
- c) Entre siete meses y un año.
- d) Entre uno y dos años.
- e) Entre tres y cuatro años.
- f) Cinco años o más.

157. Cuando esta persona se suicidó, yo tenía:

- a) De cero a 5 años.
- b) De 6 a 10 años.
- c) De 11 a 15 años.
- d) De 16 a 20 años.
- e) De 21 a 25 años.
- f) 26 años o más.

158. Alguien en mi familia tiene o tuvo una enfermedad mental:

- a) Sí.
- b) No.

159. Si contestó sí, especifique quién tiene o tuvo esta enfermedad mental:

- a) Padre y/o madre.
- b) Tío(a).
- c) Hermano(a).
- d) Abuelo(a).
- e) Hijo(a).
- f) Otro.

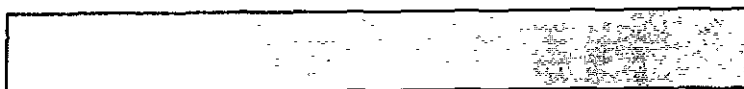
CONTINUE CON LAS SIGUIENTES HOJAS →

ANEXO 2

ESCALA DE BECK PARA LA IDEACIÓN SUICIDA

ESCALA DE BECK

(EBIS)



EBIS

Por favor, lea cuidadosamente cada uno de los grupos de frases que aparecen debajo. Marque con un círculo el número de la frase de cada grupo que **mejor** describa cómo se ha sentido en los **últimos siete días, incluyendo el día de hoy**. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de escoger una.

- 60 a Tengo muchos deseos de vivir.
b Mis deseos de vivir son medianos o moderados.
c No tengo deseos de vivir.

- 61 a No tengo deseos de morir.
b Tengo pocos deseos de morir.
c Tengo muchos deseos de morir.

- 62 a Tengo más razones para vivir que para morir.
b Tengo tantas razones para vivir como para morir.
c Tengo más razones para morir que para vivir.

- 63 a No tengo deseos de suicidarme.
b Tengo pocos deseos de suicidarme.
c Tengo de moderados a fuertes deseos de suicidarme.

- 64 a Si estuviera en una situación de vida o muerte, haría todo lo posible por salvar mi vida.
b Si estuviera en una situación de vida o muerte, me la jugaría entre las dos opciones.
c Si me encontrara en una situación de vida o muerte, no trataría de salvar mi vida.

ATENCIÓN! Lea estas instrucciones:

* Si en el grupo 163 y 164 marcó la a, sáltese hasta el 179.

* Si en el grupo 163 ó en el 164 marcó ya sea b ó c, continúe con el 165.

- 65 a Hay temporadas que me duran poco tiempo en que pienso en suicidarme.
b Hay temporadas que me duran un tiempo medio en que pienso en suicidarme.
c Hay temporadas que me duran un tiempo largo en que pienso en suicidarme.

- 166 a Rara vez o sólo muy de vez en cuando pienso en suicidarme.
b Frecuentemente pienso en suicidarme.
c Casi todo el tiempo estoy pensando en suicidarme.

- 167 a No acepto la idea de suicidarme.
b Ni acepto ni rechazo la idea de suicidarme.
c Acepto la idea de suicidarme.

- 168 a Me puedo controlar para evitar suicidarme.
b No estoy seguro de que me puedo controlar para evitar suicidarme.
c No me puedo controlar para evitar suicidarme.

- 169 a Mi familia, mis amigos, mi religión, el daño si fracasara en el intento, etc., son razones por las que no me suicidaría.
b Mi familia, mis amigos, mi religión, el daño si fracasara en el intento, etc., me preocupan un poco cuando pienso en suicidarme.
c Mi familia, mis amigos, mi religión, el daño si fracasara en el intento, etc., no me preocupan cuando pienso en suicidarme.

- 170 a Mis razones para suicidarme tienen que ver con la gente, como desquitarme de alguien, hacer feliz a alguien, hacer que me pongan atención, etc.
b Mis razones para suicidarme no sólo tienen que ver con la gente, sino que también son una forma de resolver mis problemas.
c Mis razones para suicidarme tienen que ver principalmente con escapar de mis problemas.

- 171 a No tengo ningún plan específico para suicidarme.
b He pensado en formas para suicidarme, pero no he considerado los detalles.
c Tengo listo un plan concreto para suicidarme.

- 2) a No tengo a la mano la forma ni la oportunidad para suicidarme.
b La forma en que me suicidaría es complicada, además de que no tengo una buena oportunidad para llevarla a cabo.
c Tengo a la mano o espero tenerla, la forma de suicidarme y también tengo o tendré la oportunidad de llevarla a cabo.

- 3) a No tengo el valor o la habilidad para suicidarme.
b No estoy seguro de tener el valor o la habilidad para suicidarme.
c Tengo el valor y la habilidad para suicidarme.

- 4) a Pienso que no intentaré suicidarme.
b No sé si intentaré suicidarme o no.
c Estoy seguro de que intentaré suicidarme.

- 5) a No he hecho preparativos para suicidarme.
b He hecho algunos preparativos para suicidarme.
c Casi he terminado o ya terminé los preparativos para suicidarme.

- 6) a No he escrito una carta o nota para que la encuentren si me suicido.
b He pensado en escribir una carta o nota para que la encuentren si me suicido, o he empezado a escribir una, pero no la he terminado.
c He terminado de escribir una carta o nota para que la encuentren después de suicidarme.

- 7) a No he hecho ningún arreglo con respecto a lo que pasará después de suicidarme.
b He pensado en hacer algunos arreglos con respecto a lo que pasará después de suicidarme.
c He hecho arreglos concretos con respecto a lo que pasará después de suicidarme.

- 8) a No he ocultado a la gente que me quiero suicidar.
b He evitado decirle a la gente que me quiero suicidar.
c He mentido o le he ocultado a la gente que me quiero suicidar.

- 179) a Nunca he intentado suicidarme.
b Intenté suicidarme una vez.
c He intentado suicidarme dos o más veces.

¡ATENCIÓN! Lea estas instrucciones:

Si usted ha intentado suicidarse alguna vez, por favor conteste la siguiente pregunta:

- 180) a La última vez que intenté suicidarme, mis ganas de morir eran pocas.
b La última vez que intenté suicidarme, mis ganas de morir eran medianas.
c La última vez que intenté suicidarme, mis ganas de morir eran muchas.

**¡MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACION
Y PACIENCIA!**

ANEXO 3

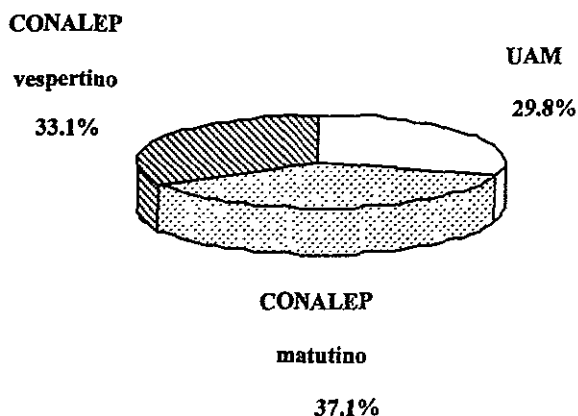
RESULTADOS GENERALES : DESCRIPCIÓN

DE LA MUESTRA

ANEXO 3. RESULTADOS GENERALES: DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

Se aplicaron en total 483 cuestionarios, del los cuales se descartó el 12.42% dados los criterios de eliminación, quedando una muestra final de 423 sujetos. El 29.8% de los cuestionarios fueron aplicados en la UAM Iztapalapa, mientras que el resto se aplicaron en el CONALEP Cuatitlán Izcalli, donde el 37.1% fueron contestados por alumnos del turno matutino y 33.1% por alumnos del turno vespertino (Gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución de la muestra en las diferentes escuelas



Se comprobó que entre los estudiantes de la UAM, la duración para contestar el cuestionario fue en promedio de 48.30 minutos, mientras que los estudiantes del CONALEP tardaron más tiempo en promedio para contestar el cuestionario (60 minutos).

Se contrabalancearon los cuestionarios, aplicándose la versión AB (IINPAC-EBIS) a la mitad de la muestra y la versión BA (EBIS-IINPAC) a la otra mitad (49.9% y 50.1%, respectivamente)

Los alumnos de la UAM fueron en su mayoría (87.3%) estudiantes del tercer semestre y en un menor porcentaje lo fueron del primer (10.3%) y noveno semestre (2.4%). Entre los jóvenes del CONALEP hubo una mayor representatividad de todos los semestres que abarca el

plan de estudios, aunque en su mayoría fueron estudiantes de segundo semestre (34.3%), seguidos por los de cuarto (21.2%) y los de tercero (19.2%).

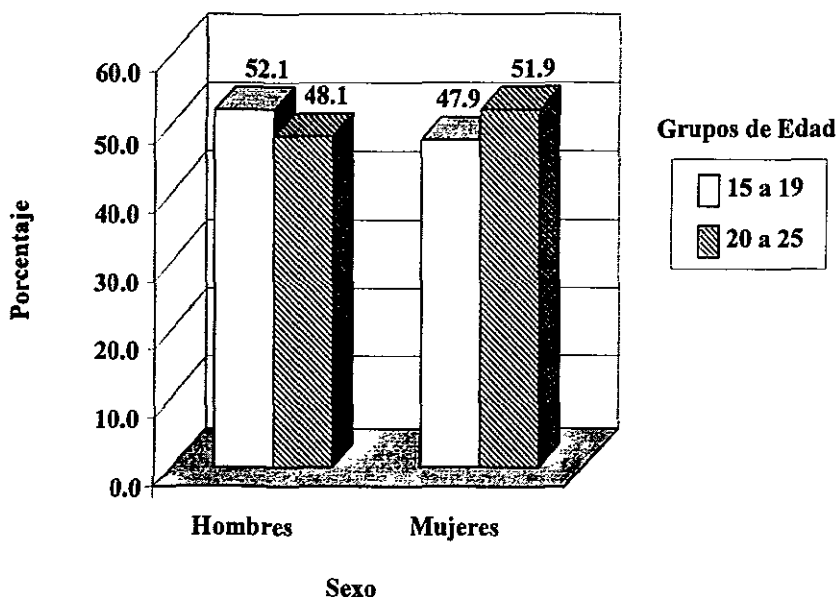
La edad de los sujetos fue de 17 años en su mayoría (19.4%), seguida por los 18 (18.0%), los 16 (14.2%) y los 19 años (13.7%). La media de edad fue de 18.30 años. Al dividir por grupos de edad, el grupo de 15 a 19 años abarcó un 74.0% de la muestra y el de 20 a 25 años un 26.0%. Un 48.9% de los sujetos era del sexo femenino y el resto del sexo masculino. En el grupo de edad de 15 a 19 años el porcentaje de hombres fue ligeramente mayor que el de mujeres (52.1%) y en el de 20 a 25 años las mujeres fueron quienes tuvieron un porcentaje más alto (51.9%) (Gráfica 2).

La religión predominante en la muestra fue la católica, con un 78.9%.

Aunque todos los sujetos de la muestra eran estudiantes, algunos de ellos refirieron tener otras ocupaciones, como trabajo fijo (1.4%), trabajo ocasional y ama de casa (1.0% respectivamente).

La mayor parte de los sujetos eran solteros (95.9%), mientras que 1.7% vivían en unión libre, 1.0% eran casados, 0.7% separados, 0.5% divorciados y 0.2% viudos. El 5.7% de los sujetos refirieron tener hijos.

Gráfica 2. Distribución por grupos de edad y sexo.



ANEXO 4

**CORRELACIÓN DE SPEARMAN PARA LOS REACTIVOS
DE CRIANZA, DE IDEACIÓN SUICIDA Y ASOCIADOS
AL SUICIDIO EN GENERAL**

ANEXO 3. CORRELACIÓN DE SPEARMAN PARA LOS REACTIVOS DE CRIANZA, DE IDEACIÓN SUICIDA Y ASOCIADOS AL SUICIDIO EN GENERAL

REACTIVOS DE CRIANZA	REACTIVOS DE IDEACION SUICIDA Y ASOCIADOS AL SUICIDIO	CORR. / SIG. *	PATRONES DE CRIANZA
p3 - relación con los hermanos	p171 - especificidad de la planeación	-.3265 / .013	relaciones con hermanos
	p172 - accesibilidad y oportunidad	-.4041 / .002	relaciones con hermanos
	p173 - capacidad para realizar el intento	-.2660 / .045	relaciones con hermanos
	p175 - extensión de los preparativos	-.3443 / .009	relaciones con hermanos
	p179 - intentos previos	-.2157 / .000	relaciones con hermanos
p4 - hermanos consentidos	SUM-PUNT - suma de puntajes	-.2052 / .000	relaciones con hermanos
	p160 - deseo de vivir	-.2398 / .000	relaciones con hermanos
	p157 - edad cuando se suicidó familiar	-.2414 / .000	relaciones con hermanos
	p172 - accesibilidad y oportunidad	-.2996 / .024	relaciones con hermanos
	p176 - nota suicida	-.3869 / .003	relaciones con hermanos
p6 - edad al morir el padre	p179 - intentos previos	-.2426 / .000	relaciones con hermanos
	p157 - edad cuando se suicidó familiar	.6521 / .057	padre
p8 - edad al morir la madre	p173 - capacidad para realizar el intento	.7634 / .010	padre
	p179 - intentos previos	.3185 / .023	padre
	p175 - extensión de los preparativos	.8839 / .047	madre
p10 - edad en que se ausentó padre	p152 - gravedad del intento	-.3056 / .037	padre
	p172 - accesibilidad y oportunidad	.3812 / .004	padre
p11 - edad de ausencia de la madre	p175 - extensión de los preparativos	.3272 / .018	madre
p13 - consumo de alcohol padre	p178 - ocultamiento y mentira	-.3226 / .011	consumo padre
p14 - consumo drogas padre	p153 - tiempo del último intento	.2897 / .030	consumo padre
	p158 - enfermedad mental de familiar	.2097 / .001	consumo padre
	p160 - deseo de vivir	-.3365 / .009	consumo padre
	p177 - actos finales	-.4159 / .001	consumo padre
p15 - relación con el padre	p160 - deseo de vivir	-.2077 / .000	padre
	p169 - disuasivos del intento	-.2414 / .059	padre
	p172 - accesibilidad y oportunidad	-.2518 / .048	padre

* Valores de la correlación y significancia.

REACTIVOS DE CRIANZA	REACTIVOS DE IDEACION SUICIDA Y VARIABLES ASOCIADAS AL SUICIDIO	CORR. / SIG.	PATRONES DE CRIANZA
p17 - interés en opiniones del padre	p172 - accesibilidad y oportunidad p178 - ocultamiento y mentira SUM-PUNT - suma de puntajes p157 - edad cuando se suicidó familiar p160 - deseo de vivir	-2946 / .019 -3481 / .005 -2076 / .000 -3129 / .013 -2178 / .000	padre padre padre padre padre
p18 - consumo de alcohol madre	p160 - deseo de vivir p175 - extensión de los preparativos	-4065 / .001 -2792 / .027	consumo madre consumo madre
p19 - consumo drogas madre	p160 - deseo de vivir p175 - extensión de los preparativos	-4359 / .000 -5169 / .000	consumo madre consumo madre
p20 - relación con la madre	p172 - accesibilidad y oportunidad p175 - extensión de los preparativos	-2435 / .054 -2694 / .033	madre madre
p22- interés en opiniones de la madre	p178 - ocultamiento y mentira p172 - accesibilidad y oportunidad	-2587 / .041 -2862 / .023	madre madre
p23 - pláticas con padre	p160 - deseo de vivir p157 - edad cuando se suicidó familiar p167 - actitud hacia la ideación p169 - disuasivos del intento	-2317 / .000 -2119 / .000 -2466 / .053 -3645 / .004	padre padre padre padre
p24 - pláticas con la madre	p172 - accesibilidad y oportunidad	-2563 / .044	madre
p25 - castigo físico del padre	p167 - actitud hacia la ideación	.3433 / .011	castigo físico
p26 - castigo físico madre	p172 - accesibilidad y oportunidad p177 - actos finales p149 - número de intentos suicidas p153 - tiempo del último intento	-3442 / .009 -2838 / .032 -3678 / .005 .3896 / .004	castigo físico castigo físico castigo físico castigo físico
p27 - duración del dolor	p175 - extensión de los preparativos	-2657 / .048	castigo físico
p27PADRE - duración del dolor padre	p175 - extensión de los preparativos	-2657 / .048	castigo físico
p27MADRE - duración del dolor madre	p175 - extensión de los preparativos	-2657 / .048	castigo físico
P27PADREMADRE - duración dolor pa-ma	p175 - extensión de los preparativos	-2657 / .048	castigo físico
p29 - comentarios denigrantes madre	p172 - accesibilidad y oportunidad p176 - nota suicida p179 - intentos previos	-2938 / .019 -2708 / .032 -2377 / .000	madre madre madre
p31 - percepción de merecer castigo madre	p175 - extensión de los preparativos	.2649 / .037	castigo

REACTIVOS DE CRIANZA	REACTIVOS DE IDEACION SUICIDA Y VARIABLES ASOCIADAS AL SUICIDIO	CORR. / SIG.	PATRONES DE CRIANZA
p33 - mandatos ofensivos de la madre	p153 - tiempo del último intento p172 - accesibilidad y oportunidad p175 - extensión de los preparativos p176 - nota suicida p157 - edad cuando se suicidó familiar p157 - edad cuando se suicidó familiar	.3386 / .009 -.2562 / .043 -.3035 / .016 -.2493 / .049 .2354 / .057 -.2146 / .000	madre madre madre madre madre castigo físico
p34 - confianza en el padre	p157 - edad cuando se suicidó familiar	-.2821 / .024	padre
p35 - confianza en la madre	p157 - edad cuando se suicidó familiar p158 - enfermedad mental de familiar p172 - accesibilidad y oportunidad p173 - capacidad para realizar el intento p179 - intentos previos SUM-PUNT - suma de puntajes	-.2279 / .000 -.2440 / .000 -.2442 / .054 -.2568 / .042 -.2015 / .000 -.2052 / .000	madre madre madre madre madre madre
p36 - libre elección de amistades	p152 - gravedad del intento p153 - tiempo del último intento p180 - deseo de morir en intentos previos	-.3057 / .022 .2610 / .048 -.2642 / .047	amigos amigos amigos
p37 - elección del tiempo libre	p156 - tiempo de suicidio del familiar	.2460 / .048	amigos
p38 - muestras de afecto del padre	p168 - control sobre la acción p172 - accesibilidad y oportunidad p177 - actos finales	-.2509 / .051 -.2946 / .021 -.3461 / .006	padre padre padre
p39 - muestras de afecto de la madre	p157 - edad cuando se suicidó familiar p160 - deseo de vivir p168 - control sobre la acción p172 - accesibilidad y oportunidad p174 - expectativas de realizar el intento p175 - extensión de los preparativos p177 - actos finales	-.2397 / .000 -.3558 / .004 -.2694 / .033 -.3656 / .003 -.2752 / .029 -.2635 / .037 -.3944 / .001	madre madre madre madre madre madre madre
p40 - apoyo en dificultades del padre	p157 - edad cuando se suicidó familiar p178 - ocultamiento y mentira	-.3079 / .014 -.2897 / .022	padre padre
p41 - apoyo en dificultades madre	p153 - tiempo del último intento p163 - ideación activa p164 - ideación pasiva p166 - frecuencia de la ideación p177 - actos finales	.2585 / .052 -.2352 / .000 -.2003 / .000 -.3522 / .005 -.2713 / .033	madre madre madre madre madre

REACTIVOS DE CRIANZA	REACTIVOS DE IDEACIÓN SUICIDA Y VARIABLES ASOCIADAS AL SUICIDIO	CORR. / SIG.	PATRONES DE CRIANZA
p42 - reconocimiento de esfuerzos padres	p160 - deseo de vivir p166 - frecuencia de la ideación p168 - control sobre la acción p172 - accesibilidad y oportunidad p174 - expectativas de realizar el intento p175 - extensión de los preparativos SUM-PUNT - suma de puntajes	-.2001 / .000 -.2950 / .019 -.3106 / .013 -.3713 / .003 -.2428 / .055 -.2518 / .047 -.2052 / .000	relaciones familiares relaciones familiares relaciones familiares relaciones familiares relaciones familiares relaciones familiares relaciones familiares
p43 - muestras de cariño entre los padres	p165 - duración de la ideación	.2585 / .046	pareja padres
p46 - peleas frente a los hijos	p165 - duración de la ideación p176 - nota suicida	.2811 / .031 .2575 / .049	pareja padres pareja padres
p47 - amenazas separación-divorcio padres	p160 - deseo de vivir p163 - ideación activa p164 - ideación pasiva SUM-PUNT - suma de puntajes	-.2025 / .000 -.2202 / .000 -.2277 / .000 -.2099 / .000	pareja padres pareja padres pareja padres pareja padres
p48 - existencia de otros adultos importantes	p177 - actos finales	.3273 / .010	relaciones familiares
p50 - experiencias emocionales fuertes-negativas	p152 - gravedad del intento p153 - tiempo del último intento p168 - control sobre la acción p171 - especificidad de la planeación p172 - accesibilidad y oportunidad p180 - deseo de morir en intentos previos	.3002 / .025 .3721 / .004 -.2789 / .031 -.3726 / .003 -.4881 / .000 -.2526 / .058	emoción emoción emoción emoción emoción emoción
p56 - actualmente estudia	p176 - nota suicida	.4272 / .001	escolaridad
p57 - malas calificaciones	p177 - actos finales p172 - accesibilidad y oportunidad	-.3050 / .016 -.2740 / .031	escolaridad escolaridad
p58 - cambios de escuela por problemas	p168 - control sobre la acción p172 - accesibilidad y oportunidad p175 - extensión de los preparativos p177 - actos finales	-.3913 / .002 -.3448 / .006 -.3141 / .012 -.5205 / .000	escolaridad escolaridad escolaridad escolaridad
p60 - capacidad para hacer amistades en escuela	p156 - tiempo de suicidio familiar p160 - deseo de vivir p161 - deseo de morir p172 - accesibilidad y oportunidad SUM-PUNT - suma de puntajes	.3009 / .020 -.2973 / .000 -.2200 / .000 -.3276 / .009 -.2208 / .000	amigos y rel. Interpersonale amigos y rel. Interpersonale amigos y rel. Interpersonale amigos y rel. Interpersonale amigos y rel. Interpersonale

REACTIVOS DE CRIANZA	REACTIVOS DE IDEACION SUICIDA Y VARIABLES ASOCIADAS AL SUICIDIO	CORR. / SIG.	PATRONES DE CRIANZA
p61 - satisfacción escolar	p153 - tiempo del último intento p156 - tiempo de suicidio familiar p172 - accesibilidad y oportunidad p174 - expectativas de realizar el intento p175 - extensión de los preparativos p177 - actos finales	.2659 / .044 .3245 / .009 -.2825 / .025 -.3046 / .015 -.2892 / .022 -.3245 / .009	escolaridad escolaridad escolaridad escolaridad escolaridad escolaridad
p62 - pensamientos de abandonar la escuela	p157 - edad cuando se suicidó familiar p176 - nota suicida p170 - razones para el intento	-.2583 / .036 -.2194 / .004 -.3390 / .007	escolaridad escolaridad escolaridad
p63 - relaciones con compañeros escuela	p156 - tiempo de suicidio familiar p170 - razones para el intento	.2412 / .057 -.2511 / .047	amigos y rel. Interpersonale amigos y rel. Interpersonale
p65 - quejas de compañeros de escuela	p169 - disuasivos del intento p170 - razones para el intento	.2541 / .052 -.2976 / .022	amigos y rel. Interpersonale amigos y rel. Interpersonale
p66 - estrés provocado por la escuela	p165 - duración de la ideación p166 - frecuencia de la ideación p175 - extensión de los preparativos p176 - nota suicida	-.2536 / .045 -.2946 / .019 -.2712 / .032 -.3376 / .007	escolaridad escolaridad escolaridad escolaridad
p69 - interés en opiniones de los profesores	p178 - ocultamiento y mentira	-.3623 / .004	rel. con autoridades y sup.
p71 - trato profesores comparado con padres	p168 - control sobre la acción	.2479 / .054	rel. con autoridades y sup.
p72 - prefiere trato en escuela que en casa	p161 - deseo de morir p163 - ideación activa p172 - accesibilidad y oportunidad p174 - expectativas de realizar el intento p176 - nota suicida	-.2095 / .000 -.2208 / .000 -.2678 / .035 -.2548 / .046 -.2412 / .059	relaciones familiares relaciones familiares relaciones familiares relaciones familiares relaciones familiares
p73 - castigo físico por profesores	p156 - tiempo de suicidio familiar	.3888 / .001	castigo físico
p74 - comentarios denigrantes profesores	p156 - tiempo de suicidio familiar p172 - accesibilidad y oportunidad p174 - expectativas de realizar el intento	.3109 / .012 -.3637 / .004 -.3046 / .017	rel. con autoridades y sup. rel. con autoridades y sup. rel. con autoridades y sup.
p75 - percepción de merecer castigo profesores	p156 - tiempo de suicidio familiar	-.2414 / .055	rel. con autoridades y sup.
p76 - mandatos ofensivos profesores	p177 - actos finales	-.2518 / .047	rel. con autoridades y sup.
p77 - muestras de afecto de profesores	p172 - accesibilidad y oportunidad	-.3155 / .012	rel. con autoridades y sup.
p79 - reconocimiento esfuerzo profesores	p175 - extensión de los preparativos	-.2391 / .059	rel. con autoridades y sup.
p80 - deporte o actividad física	p176 - nota suicida p178 - ocultamiento y mentira	.2751 / .029 -.2474 / .051	actividad y deporte actividad y deporte

REACTIVOS DE CRIANZA	REACTIVOS DE IDEACIÓN SUICIDA Y VARIABLES ASOCIADAS AL SUICIDIO	CORR. / SIG.	PATRONES DE CRIANZA
p81 - tuvo amigo cercano o íntimo	p174 - expectativas de realizar el intento	-.2713 / .036	amigos
p82 - tiene amigo cercano presente	p166 - frecuencia de la ideación	-.3949 / .002	amigos
	p173 - capacidad para realizar el intento	-.3185 / .013	amigos
	p175 - extensión de los preparativos	-.2792 / .031	amigos
	p177 - actos finales	-.2956 / .022	amigos
	p171 - especificidad de la planeación	-.2968 / .021	amigos
	p167 - actitud hacia la ideación	-.3084 / .017	amigos
	p168 - control sobre la acción	-.2972 / .021	amigos
	p180 - deseo de morir en intentos previos	-.3476 / .009	amigos
p86 - número de trabajos último año	p166 - frecuencia de la ideación	.3728 / .005	empleo
	p169 - disuasivos del intento	.3103 / .020	empleo
	p175 - extensión de los preparativos	.2674 / .046	empleo
	p177 - actos finales	.3175 / .017	empleo
p87 - satisfacción en el trabajo	p149 - número de intentos suicidas	.3237 / .044	empleo
p88 - pensamientos de abandonar el trabajo	p156 - tiempo de suicidio familiar	-.3321 / .051	empleo
	p169 - disuasivos del intento	-.3967 / .015	empleo
p89 - relaciones con compañeros trabajo	p156 - tiempo de suicidio familiar	.4590 / .006	amigos y rel. Interpersonales
	p157 - edad cuando suicidio familiar	-.3118 / .077	amigos y rel. Interpersonales
	p163 - ideación activa	-.2069 / .004	amigos y rel. Interpersonales
p90 - relaciones con jefes en trabajo	p158 - enfermedad mental familiar	.2200 / .024	rel. con autoridades y sup.
p91 - relaciones compañeros al supervisar	p156 - tiempo de suicidio familiar	.4543 / .005	amigos y rel. Interpersonales
	p158 - enfermedad mental familiar	.2130 / .028	amigos y rel. Interpersonales
	p166 - frecuencia de la ideación	-.3887 / .019	amigos y rel. Interpersonales
	p168 - control sobre la acción	-.4273 / .009	amigos y rel. Interpersonales
	p171 - especificidad de la planeación	-.4077 / .014	amigos y rel. Interpersonales
	p175 - extensión de los preparativos	-.4227 / .010	amigos y rel. Interpersonales
	p177 - actos finales	-.3262 / .052	amigos y rel. Interpersonales
p92 - estrés por el trabajo	p180 - deseo de morir en intentos previos	-.4065 / .015	empleo
p94 - primer orgasmo-eyaculación	p175 - extensión de los preparativos	-.2432 / .059	sexualidad
p96 - preferencia de masturbación a rel. Sexuales	p169 - disuasivos del intento	-.2542 / .056	sexualidad
p98 - cantidad de orgasmos de cada diez	p157 - edad cuando suicidio familiar	.3729 / .046	sexualidad
p100 - relaciones pre-matrimoniales	p160 - deseo de vivir	.5234 / .005	pareja
p102 - relaciones extra-matrimoniales	p165 - duración de la ideación	.8085 / .028	pareja
	p179 - intentos previos	-.5658 / .012	pareja

REACTIVOS DE CRIANZA	REACTIVOS DE IDEACION SUICIDA Y VARIABLES ASOCIADAS AL SUICIDIO	CORR. / SIG.	PATRONES DE CRIANZA
p103 - número de hijos	p175 - extensión de los preparativos p180 - deseo de morir en intentos previos	-.4186 / .002 .2701 / .046	demográficas demográficas
p104 - deseo haber tenido hijos en otro momento	p175 - extensión de los preparativos	1.000 / .000	relaciones familiares
p108 - grado de religiosidad	p170 - razones para el intento p173 - capacidad para realizar el intento p176 - nota suicida	.2663 / .036 -.2565 / .044 -.2469 / .053	religiosidad religiosidad religiosidad
p109 - edad aproximada	p169 - disuasivos del intento	.2902 / .021	demográficas
p112 - tiempo separación, viudez, divorcio	p152 - gravedad del intento	.6266 / .053	relaciones familiares
p114 - escolaridad	p153 - tiempo del último intento p169 - disuasivos del intento	.2795 / .037 .2679 / .039	demográficas demográficas
p120 - tiem. sep., div., viudez, vuelto casar padres	p158 - enfermedad mental familiar p170 - razones para el intento p171 - especificidad de la planeación p175 - extensión de los preparativos	.2710 / .038 .5529 / .009 -.5449 / .011 -.4713 / .031	relaciones familiares relaciones familiares relaciones familiares relaciones familiares
p121 - número de hermanos	p166 - frecuencia de la ideación p162 - razones para vivir o morir p165 - duración de la ideación p166 - frecuencia de la ideación p177 - actos finales p175 - extensión de los preparativos	-.3145 / .012 -.3756 / .002 -.2688 / .033 -.2705 / .032 -.3803 / .002 -.3902 / .002	demográficas demográficas demográficas demográficas demográficas demográficas
p122 - orden de nacimiento	p168 - control sobre la acción	-.2483 / .050	demográficas
p124 - diferencia en años hermano menor	p166 - frecuencia de la ideación p166 - frecuencia de la ideación p168 - control sobre la acción p171 - especificidad de la planeación p172 - accesibilidad y oportunidad p174 - expectativas de realizar el intento p177 - actos finales	.2924 / .051 .2924 / .051 .4154 / .005 .3422 / .021 .5073 / .000 .3144 / .035 .5320 / .000	demográficas demográficas demográficas demográficas demográficas demográficas demográficas
p127 - número de personas en vivienda	p176 - nota suicida	-.2572 / .042	economía
p129 - ingreso mensual familiar	p166 - frecuencia de la ideación	.2413 / .059	economía
p133 - bebedor actual y frecuencia	p156 - tiempo de suicidio familiar	.2910 / .028	consumo
p134 - tiempo inicio consumo alcohol	p157 - edad cuando suicidio familiar p165 - duración de la ideación p166 - frecuencia de la ideación	-.2941 / .028 .3314 / .013 .2607 / .055	consumo consumo consumo

REACTIVOS DE CRIANZA	REACTIVOS DE IDEACION SUICIDA Y VARIABLES ASOCIADAS AL SUICIDIO	CORR. / SIG.	PATRONES DE CRIANZA
p135 - tiempo último cigarrillo	p167 - actitud hacia la ideación	-.2747 / .034	consumo
p137 - prescripción opiáceos	p163 - ideación activa	-.2614 / .000	consumo
	p171 - especificidad de la planeación	-.3765 / .017	consumo
p139 - prescripción tranquilizantes	p167 - actitud hacia la ideación	-.6444 / .013	consumo
	p172 - accesibilidad y oportunidad	-.5185 / .057	consumo
	p161 - deseo de morir	-.2403 / .054	consumo
	p173 - capacidad para realizar el intento	-.5292 / .052	consumo
	p174 - expectativas de realizar el intento	-.6422 / .013	consumo
	p175 - extensión de los preparativos	-.5528 / .040	consumo
p141 - prescripción sedantes	p149 - número de intentos suicidas	-.5834 / .036	consumo
p143 - prescripción anfetaminas	p158 - enfermedad mental familiar	.4222 / .028	consumo
	p152 - gravedad del intento	.4557 / .001	consumo
	p169 - disuasivos del intento	-.6428 / .010	consumo
	p172 - accesibilidad y oportunidad	-.8018 / .000	consumo