



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

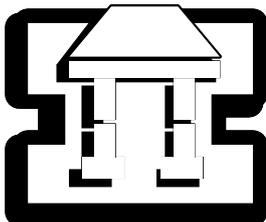
---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA**

**IDEACIÓN SUICIDA Y SU RELACIÓN CON ALGUNAS CARACTERÍSTICAS  
PSICOLÓGICAS: ACTITUD DISFUNCIONAL, LOCUS DE CONTROL,  
ESTADO EMOCIONAL, INTENTOS PREVIOS DE SUICIDIO Y  
PROBLEMAS FAMILIARES**

**TESIS EMPÍRICA**  
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**  
**P R E S E N T A N :**  
**MARISOL SANDOVAL GONZÁLEZ**  
**R O C Í O S O L Í S L O R Á N**

**COMISIÓN DICTAMINADORA**  
**LIC. JOSÉ CARLOS ROSALES PÉREZ**  
**DRA. MARTHA HERMELINDA CÓRDOVA OSNAYA**  
**DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO**



**TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO**

**2008**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos el apoyo recibido para la realización de la presente investigación por parte del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) registro IN302506.  
**Gracias**

Al Licenciado José Carlos Rosales Pérez por su paciencia, apoyo y por habernos guiado en la realización de este trabajo.

**Gracias**

A las Doctoras del Proyecto de Investigación Riesgo y Salud en Jóvenes: Martha H. Córdova Osnaya y Luz de Lourdes Eguiluz Romo por habernos dado la oportunidad de participar en el proyecto.

**Gracias**

Al Colegio de Bachilleres Plantel 1, El Rosario por darnos la oportunidad de realizar la presente investigación, en especial a las autoridades del mismo y a los profesores Xóchitl y Antonio por su apoyo.

**Gracias**

## **MARY**

A mis papás: Carmen y Froylán, a mis hermanos: Alicia, Froylán y Marcos por estar a mi lado, apoyarme desde siempre y por confiar en mí, por el amor y motivación que nunca me han faltado y que son los que me han permitido seguir por el camino de la superación.

**Gracias**

A Israel, Alejandra Juárez, Sandra, Alejandra Sánchez, Froylán Alejandro, Ninoska, porque también forman parte de mi familia.

**Gracias**

Con mucho cariño a Chío por todo el tiempo que compartimos y por ser mi compañera de trabajo.

**Gracias**

A todos mis amigos: Pili, Denis, Cristina, Raúl, Miguel, Mary, Gretl, Gloria, Rafa, Myrna, Iván, Ricardo, Sergio, Martita, Víctor por estar conmigo en diferentes momentos de mi vida.

**Gracias**

## **ROCÍO**

A mis padres Joaquín y Rocío por su amor y apoyo, por acompañarme y motivarme a seguir en los momentos buenos y malos, por hacerme la persona que soy ahora, a mi hermana Ale por su cariño y alegría.

**Gracias**

A Max por haber llegado a mi vida, por motivarme a seguir adelante y por el amor que me ha dado.

**Gracias**

A mis tíos Ponciano, Clis, Eduardo, Ramón, Juanita, a mis primos Ulises, Ricardo y Magaly, a mis abuelos Eulogio y Julia por su cariño y apoyo.

**Gracias**

A mis suegros Emma y Filemón, a mis sobrinos Marcos, Uriel y José, por haberme hecho parte de su familia.

**Gracias**

A mis amigos Miguel, Saray, Cristina, Denis, Myrna, Gloria, Rafa, Karina, Eva, Gretl, Marisol Jacinto y muy especialmente a Mary, mi compañera de tesis y mi amiga de toda la carrera, gracias a todos por tantos momentos de alegría.

**Gracias**

## **INDICE**

### **1. EL SUICIDIO**

Definición y factores asociados

Factores de riesgo en la adolescencia

### **2. ASPECTOS PSICOLOGICOS ASOCIADOS AL RIESGO SUICIDA**

Actitudes disfuncionales

Locus de control (auto-eficacia ante situaciones estresantes)

Problemas emocionales

Intentos previos de suicidio

La familia

### **3. METODOLOGIA**

Pregunta de investigación

Objetivo

Hipotesis

Metodo

Poblacion

Muestra

Materiales

Instrumentos y a aparatos

Descripcion del lugar y situacion de aplicacion

Descripcion de variables

3.3. Procedimiento

Adecuacion del instrumento

Seleccion de la muestra

Aplicacion del instrumento

4. ANALISIS DE RESULTADOS

Datos generales

Propiedades estadisticas de las escalas

Sensibilidad de los reactivos

Discriminacion de los reactivos

Confiabilidad de las escalas

Factores obtenidos en cada escala y validez de los instrumentos

Criterios de calificacion de las escalas y descripcion de datos de acuerdo a los criterios

Descripcion de problemas

Analisis estadistico

5. CONCLUSIONES Y DISCUSION

REFERENCIAS

ANEXOS

## RESUMEN

Dentro del Modelo cognitivo-conductual podemos ver que los pensamientos influyen en las conductas de las personas de acuerdo con la interpretación que se haga de los eventos de la vida. Con base en ello, se sabe que tanto factores internos como externos a un individuo influirán en su manera de actuar en el medio, en el caso del suicidio, intervienen ambos factores. La familia, como factor externo, juega un importante papel en el desarrollo del individuo ya que procura la satisfacción de sus necesidades. Las características personales o factores internos ayudan a dar una interpretación al mundo en el que se vive, dentro de éstas se encuentran el tipo de locus de control, las actitudes disfuncionales, el estado emocional de la persona. El presente trabajo de investigación el objetivo fue identificar si jóvenes de Educación Media Superior del Distrito Federal con diferentes índices de actitudes disfuncionales, locus de control, problemas emocionales, intentos previos de suicidio y problemas familiares, presentan diferencias significativas en el registro de ideación suicida. Se trabajó con una muestra no aleatoria de 1282 adolescentes que cursaban el periodo escolar 2007-A en el Colegio de Bachilleres, Plantel 1, "El Rosario". Las edades de los participantes oscilaron entre 13 y 21 años con una edad promedio de 16.68 años. Para cumplir con el objetivo planteado se administró la Batería del "Proyecto De Investigación Riesgo y Salud a cada participante dentro de las aulas de clase, la cual contenía las escalas: Actitud disfuncional, locus de control, estado emocional, ideación suicida. La batería se sometió a diferentes análisis para verificar sus propiedades. El análisis de confiabilidad indicó que cada escala se encuentra dentro de los límites generalmente aceptados. Se encontró que el comportamiento de respuesta de los reactivos se ubicó en las tendencias esperadas para cada escala. Todos los reactivos de cada escala permitían discriminar entre puntuaciones bajas y altas. Además se confirmó la validez del instrumento. Dentro de los resultados se encontró que el hecho de enfrentarse a cualquier tipo de problema, ya sea familiar, social, escolar, personal u otro, marca una relación con la presencia de ideación suicida. Se encontró que sólo tres de los cuatro factores de Actitud disfuncional están relacionados con la presencia de ideación suicida. En el caso del tipo de locus de control, solo el locus externo tuvo relación con la presencia de ideación suicida. También el malestar emocional y los intentos previos están asociados con la ideación suicida.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los jóvenes se enfrentan a un bombardeo de opciones para formar su identidad, la problemática vivida en el mundo moderno, los cambios y el despertar a los nuevos roles sociales, a nuevas responsabilidades y actitudes, aunado con las relaciones interpersonales y las habilidades que desde pequeños han ido desarrollando para enfrentarse a las distintas circunstancias que se le presentan, constituyen la génesis por una parte de un individuo capaz de solucionar los problemas o por el contrario, un individuo enfermo, estresado o con algún tipo de trastorno psicológico, esto en algunos casos, en otros puede deteriorarse el deseo de vivir, ya que si el presente le resulta tan difícil de llevar, el futuro no le ofrece una mejor forma de vida, esto por supuesto, según las creencias que el sujeto se ha ido formando.

El aumento del índice de suicidios en México, ha movido el interés de muchos investigadores, ya que resulta alarmante que la edad en la que se cometen ha disminuido, es decir, se ha encontrado un aumento en el índice de suicidios en adolescentes y en niños. Los primeros se han identificado como una población vulnerable, es por ello que resulta necesario conocer y entender el fenómeno suicida ya que de esta manera se podrán prevenir las conductas autodestructivas fatales. Se sabe la complejidad de este fenómeno, debido a las diferencias de un individuo a otro, sin embargo, ha sido posible hallar rasgos comunes que pueden ser indicadores de que una persona en algún momento puede intentar dañarse o terminar con su vida.

Es así como los hallazgos obtenidos en esta investigación muestran un panorama sobre las características de los jóvenes con riesgo suicida de manera que con los resultados de este trabajo, aquellos quienes trabajan con adolescentes como profesores, psicólogos educativos y clínicos, así como estudiantes de esta disciplina que comienzan el estudio del suicidio, tengan información que los ayude a identificar a jóvenes con riesgo suicida, del mismo modo, se espera que el trabajo que aquí se presenta de pie a investigaciones que profundicen en cada una de las variables estudiadas en esta investigación.

En el capítulo 1 se abordan los conceptos básicos relacionados con el suicidio, aclarando la diferencia entre ideas, conductas, intentos y suicidio consumado, entendiéndose este como un proceso y no como un acto aislado debido a que va de un continuo que comienza con ideas vagas, un deseo de terminar con la vida hasta el suicidio consumado, que viene acompañado de múltiples factores que interrelacionados dejan al sujeto en una situación vulnerable y de riesgo. Además se puntualizan los principales factores de riesgo asociados al suicidio, los cuales resultan importantes para entender cuáles son las circunstancias que rodean al sujeto que piensa o intenta quitarse la vida.

En el capítulo 2 se tratan algunos aspectos psicológicos asociados al comportamiento suicida, entre estos esta la actitud disfuncional, ya que la forma en que interpreta lo que le acontece afecta directamente el comportamiento de las personas. El locus de control es un aspecto importante que ha sido poco abordado en relación al suicidio, sin embargo, se ha encontrado que puede ser un factor participante en el proceso suicida, especialmente el tipo de locus de control externo, ya que este está relacionado con un déficit en el manejo de las situaciones que enfrenta el sujeto. Otro aspecto estudiado, es el estado emocional, ya que se ha encontrado que el malestar emocional es una característica de las personas que intentan quitarse la vida. Los problemas interpersonales que vive el individuo también son causa de estrés, lo que puede llevarlo a desear terminar con su vida, en este caso nos enfocamos a la familia que es una fuente de apoyo o por el contrario de estrés importante para el adolescente. En este capítulo se destaca la importancia de los intentos previos de suicidio como un predictor del suicidio a futuro.

En el capítulo 3 se describe el método utilizado para llevar a cabo esta investigación, la descripción de la muestra y el procedimiento llevado a cabo para la recolección de datos, la definición de cada una de las variables con las cuales se trabajó así como de las escalas utilizadas. En el capítulo 4 se presenta el análisis de los resultados obtenidos en la muestra correspondiente al bachiller 1 “El Rosario”, en primer lugar se describen los datos sociodemográficos más relevantes para este estudio, en segundo lugar se tratan las propiedades estadísticas de las escalas como son: sensibilidad de los reactivos, discriminación de los reactivos, confiabilidad y validez, factores obtenidos en cada escala y

los criterios de calificación de las escalas para determinar cuales son los puntajes que se ubican dentro de la norma y cuáles están fuera y por lo tanto, corresponde a aquellos jóvenes que están en riesgo. Estos análisis se realizaron con la finalidad de ver si el instrumento utilizado fue el adecuado y darle una mayor confiabilidad a los resultados obtenidos. Al final del capítulo se incluye el análisis estadístico de la comparación realizada de las variables actitud disfuncional, locus de control, problemas emocionales, problemas familiares e intentos previos de suicidio con la ideación suicida, en donde se plantea la diferencia existente según cada una de las variables mencionadas con respecto al índice de ideación suicida.

Por último, en el capítulo 5 se pueden encontrar la discusión y conclusiones que generaron los resultados obtenidos en esta investigación, además se abordan las principales limitantes de este trabajo con sugerencias para posteriores investigaciones que amplíen el conocimiento del suicidio junto con las variables y factores asociadas a este, así como medidas de prevención y tratamiento.

## 1. EL SUICIDIO

### 1.1. Definición y factores asociados

El estudio del suicidio abarca aspectos que incluyen las diferentes actitudes y formas en las que se manifiesta el deseo de muerte, dicho fenómeno ha tomado gran importancia sobre todo en los jóvenes, por tanto, a continuación se abordarán de forma breve algunos de los conceptos y modelos explicativos del suicidio, conductas e ideación, así como la puntualización en que el suicidio implica un proceso que ha de ser observado en los individuos con ideas y conductas autodestructivas.

La palabra suicidio proviene de las expresiones latinas *sui* y *occidere*, expresión que podría entenderse como matarse a sí mismo. Se ha encontrado que la intencionalidad del comportamiento suicida no siempre es la de quitarse la vida o hacerse daño, ya que puede tener la intención de obtener de otros lo que no se ha podido obtener por otros medios (chantaje); demandar atención ante una situación vivida como desesperada – real o irreal, presente o futura, física o social -; agredir vengativamente a otros con la responsabilidad de su muerte, etc. (Díaz, Bousoño y Bobes, 2004).

No en todos los comportamientos suicidas hay una decisión consciente de morir, muchas veces ni siquiera se pretende un daño personal sino expresar y comunicar sentimientos de desesperación, desesperanza y enojo (Casullo, 2003).

Según la definición de Durkheim (1975) “*el suicidio es todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado*” (p. 60.).

Heeringen (2001) define algunos conceptos básicos en el estudio del suicidio, el primero de ellos es el de *suicidabilidad* que describe las características cognitivas y conductuales que podrían llegar a manifestarse con la conducta suicida.

Otro concepto utilizado para entender la conducta autodestructiva es el *síndrome presuicida* que describe las fases en el proceso que puede anteceder al suicidio. La *primera fase* se caracteriza por un aislamiento, pérdida de fuerzas, estancamiento, pasividad y carencia de ideas, carencia de independencia y perplejidad, la visión del mundo llega a ser muy injusta. La *segunda fase* es caracterizada por agresión de varios tipos, esencialmente dirigidos hacia sí mismo. El síndrome presuicida algunas veces incluye una actitud serena y de calma que puede ser malinterpretada como una mejora. La *tercera fase* incluye una huida de la realidad bajo la forma de fantasías e ilusiones pero también con sueños y fantasías sobre cometer suicidio (Herringen, 2001).

Pérez (1999) señala los aspectos básicos del comportamiento suicida. Como la *amenaza suicida* que consiste en expresiones de tipo verbal o escrita donde la persona manifiesta su deseo de morir; cuando la amenaza se manifiesta y los medios para llevarla a cabo están presentes o disponibles, pero sin llevarla a cabo, se dice que es un *gesto suicida*, por ejemplo “*tener las pastillas en la mano sin tomarlas*”. La *idea de autodestrucción o ideación suicida*, la cual se puede evidenciar en la amenaza, el gesto, el intento y el hecho propiamente. Ideación que puede presentarse desde: *un deseo de morir* donde la persona cree que vivir ya no vale la pena; *la representación suicida* que implica imágenes relacionadas con quitarse la vida; *la idea de autodestrucción sin haber planeado aún el procedimiento para hacerlo*; *la idea suicida con un plan inespecífico* donde la persona puede mencionar varias posibilidades para suicidarse pero ninguna de manera concreta; y finalmente, la idea suicida planificada, conocida como *plan suicida* donde la persona ha pensado cómo, cuándo, dónde y en qué momento llevar a cabo el plan para suicidarse. Por lo tanto la *ideación suicida* se refiere a aquellos pensamientos acerca de una conducta autodestructiva, que puede ir de ideas vagas sobre la posibilidad de quitarse la vida hasta el punto de tener planes muy concretos para cometerlo.

En cuanto al *intento suicida*, este hace referencia a conductas autodestructivas sin un resultado fatal (deseo de morir). Se ha manejado el término *gesto suicida* en la que los actos autodestructivos no son serios, la condición de vida no es amenazante y los pacientes en realidad buscan ayuda. El *autodaño* (self harm) es una clase distintiva en el que hay una

conducta directa de autodaño con baja letalidad y con un patrón repetitivo. Por otra parte se pueden encontrar conductas autodestructivas directas con letalidad alta (evento-único) o mediana (eventos múltiples). Se ha identificado que algunos individuos llevan a cabo un intento de suicidio en el que no se llega a un daño físico debido a que éste se arrepiente. Una historia de intentos suicidas es un fuerte predictor del suicidio, sin embargo, también se observan pacientes que tienen un intento frustrado sin una historia (Herringen, 2001).

Así, se ha indicado que el *intento suicida o parasuicidio* es todo acto que comete algún individuo, de manera deliberada, para dañarse a sí mismo pero sin resultado de muerte. Siendo más frecuente entre las jóvenes, que suelen emplear métodos blandos o no violentos como ingestión de fármacos u otras sustancias tóxicas. Finalmente, el *suicidio consumado* implica “*todos aquellos actos lesivos autoinflingidos con resultado de muerte*” (Pérez, 1999).

Heeringen (2001) ha planteado el término *pirámide del suicidio* para organizar los componentes principales del comportamiento suicida. Donde la base, describe la proporción de la población general que reporta haber experimentado *ideación suicida* en una o más ocasiones. Esto, entre adolescentes, es extremadamente común e incluso se le ha considerado como algo normal y en algunos casos es una forma común de reaccionar a los eventos adversos. En el segundo estrato la *ideación suicida es recurrente* o puede tomar la forma concreta de *planes* de conducta suicida. El tercer estrato es constituido por individuos que se ocupan de conductas suicidas no fatales una o más veces. Se pueden encontrar uno o más subestratos, compuestos por individuos con conductas suicidas no fatales pero que son definidos por la letalidad o la conducta, o por los llamados “primerizos” o en los que lo han hecho en repetidas ocasiones. Se ha encontrado que la letalidad y el intento suicida incrementan en los individuos que intentan el suicidio repetidamente. Al parecer los repetidores constituyen una subclase de la pirámide que es más estrechamente vinculado con el estrato del suicidio consumado. Donde se supone que el proceso suicida puede comenzar con un pensamiento pasajero sobre el suicidio, con un deseo temporal e inconsciente o como una posibilidad de escape a situaciones que se consideran insoportables. Tales pensamientos pueden desaparecer después de un tiempo y

de hecho desaparecen o ya no son relevantes para la mayoría de las personas que los padecen, pero en un reducido número de personas pueden reactivarse con una nueva confrontación con circunstancias adversas. Lo que puede dar lugar al intento o al suicidio consumado.

Así, se supone que el comportamiento suicida implica un proceso que comienza con ideas acerca de la muerte en donde la calidad de vida de la persona comienza a deteriorarse, implica una serie de ideas sobre abandono, fracaso, pesimismo, desesperanza, se llega al punto de creer que el suicidio es la única salida a los problemas. Empieza con ideas pasajeras sobre quitarse la vida que llegan al punto de volverse persistentes en el individuo, de tal manera que sin una fuente de apoyo, llegará a la búsqueda de opciones para realizar el acto suicida hasta intentarlo, lo cual en muchos casos conlleva al suicidio consumado. De este modo, se puede afirmar que el suicidio difícilmente será una decisión que se tome de un momento a otro, la persona puede ir gestando con el tiempo la forma y la posibilidad de acabar con su vida si no encuentra otra salida; sin embargo, en el proceso suicida juega un papel muy importante la percepción que el individuo tiene de sí mismo, de los demás y de su futuro.

El suicidio se ha convertido en una de las primeras causas de muerte en algunos países como los Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y varios países de Europa. A partir de un análisis realizado con base en el National Longitudinal Survey of Adolescent Health (AddHealth) en el que se incluyen aspectos relacionados con los pensamientos suicidas, e intentos de suicidio se llegó a algunas conclusiones importantes. La primera de ellas es que existe una diferencia fundamental entre el suicidio y el intento suicida, ya que el suicidio se lleva a cabo con la intención de acabar con la vida, en tanto que el intento de suicidio, sobre todo entre los adolescentes, se realiza para resolver conflictos personales, problemas con sus padres o con otras personas. En segundo lugar que se tiende a cometer más intentos de suicidio cuando se ha conocido a alguien que lo ha llevado a cabo. Finalmente, que una de las variables más importantes que tiene que ver con las conductas de suicidio o de intento de suicidio, especialmente hogares con padres separados, hogares con problemas entre y con los padres (Cutler, Glaeser y Norberg, 2001).

En el ser humano existen múltiples factores que influyen en su desarrollo biológico, psicológico y social, factores que asimismo pueden incidir en la génesis de ideas suicidas, así como de otros trastornos mentales. Es así como a continuación se abordarán los principales factores que a lo largo de las investigaciones se han encontrado asociados a la ideación suicida, teniendo presente que ninguno de ellos por sí solo implica un riesgo o una predisposición a tener una conducta suicida, pero que si interaccionan varios en una misma persona ello aumentará la probabilidad de riesgo.

Cabe aclarar algunos puntos en relación con el estudio del suicidio en México. Primero, los datos de suicidio están sujetos a los estigmas sociales y religiosos pues no se reportan como suicidios propiamente sino como accidentes; segundo, los registros oficiales cuentan con datos de los suicidios consumados pero no de los intentos de suicidio y el tercer punto es que la mayor parte de los estudios que se han realizado en servicios de urgencias de hospitales públicos lo que hace imposible conocer la situación de pacientes que se atienden en hospitales privados. Un último factor a tomar en cuenta es que, según Hernández (2006) la mayor parte de los estudios realizados se han hecho en el Distrito Federal y en Guadalajara y son pocos los llevados a cabo en los demás Estados de la República Mexicana. Ortega y Rivera (2006) mencionan que en el análisis nacional realizado de 1995 a 2004 del total de Certificados de Defunción de suicidios que ocurrieron en el país, de un total de 77,879, un 82.4% ocurrió en hombres y el 17.8% lo cometieron mujeres y las edades oscilaron entre los 5 y los 115 años, de acuerdo con lo cual Guanajuato quedó identificado como una de los Estados de la república con mayor tasa de mortalidad por suicidios. En este análisis y a partir también de otros estudios se ha podido identificar que los suicidios están ocurriendo en gente cada vez más joven.

### *Factores sociales*

En este apartado nos referimos a la familia, la escuela, los medios de comunicación, principalmente como agentes externos que influyen en el comportamiento y manera de pensar del adolescente.

La familia juega un papel importante en el desarrollo afectivo, cognitivo y conductual del adolescente, ya que funge como un órgano de modelado, aprendizaje y socialización y por tanto influye de manera casi directa en la pautas de conducta de los adolescentes. Se considera un factor de riesgo para el adolescente el hecho de proceder de un hogar roto pues se ha concluido que vivir en dichas condiciones afecta al adolescente a nivel emocional, afectivo, cognitivo y conductual (Saldaña, 2001). También se considera un factor de riesgo para los adolescentes el hecho de haber abandonado el hogar antes de los 15 años, la identificación con familiares que presentan conductas suicidas, depresivas o de alcoholismo, convivir con familiares u otras personas con alguna enfermedad mental, las dificultades socioeconómicas a las que se enfrenta, la permisividad de conductas antisociales, convivir con familiares de personalidad antisocial o criminal, así como cuando se enfrenta con la falta de apoyo social, la disponibilidad de drogas o armas de fuego. Además de que el riesgo suicida puede aumentar cuando el adolescente lo identifica con hechos heroicos, con el amor o la amistad o cualquier otra cualidad positiva (Pérez, 1999).

Hernández-Cervantes y Lucio (2006) en un estudio con 341 adolescentes de escuelas secundarias y preparatorias del DF y de la Ciudad de Morelia, encontraron una correlación importante entre los sucesos de vida estresantes y el riesgo suicida. Ya que al aumentar el número de sucesos estresantes el riesgo suicida aumenta. Los sucesos más asociados con la ideación suicida son los familiares y personales, también se encontraron las desilusiones amorosas, el abuso sexual, las dificultades con los maestros. Donde las dimensiones personal y familiar son las más vinculadas con el comportamiento autodestructivo entre los adolescentes.

La escuela genera ansiedad en el adolescente por las dificultades de adaptación a las que es sometido pues se enfrenta a un medio en el que el nivel de competitividad es muy alto y las normas de evaluación son muy exigentes (Saldaña, 2001).

Se considera que los medios de comunicación representan cierto riesgo para los adolescentes ya que emplean pautas agresivas de comportamiento que han sido asociadas al comportamiento agresivo y delincuente de los adolescentes. Los medios de comunicación masiva ejercen influencia sobre los roles que han de cumplir los adolescentes en la sociedad así como en las expectativas que han de tener sobre sí mismos. Hay una censura más relajada, se justifican contenidos de violencia y el mantenimiento de modelos o estereotipos para los jóvenes los cuales pueden influir en el cambio de actitudes de éstos, por ejemplo, para las mujeres adolescentes, se pone énfasis en la adopción de papeles más asertivos en la sociedad, conseguir una figura delgada, ser sexualmente atractivas, asumir el papel de la maternidad y familia (Saldaña, 2001).

### *Factores biológicos*

La explicación biológica para las conductas suicidas y las conductas violentas o impulsivas que caracterizan a las conductas suicidas se ubica especialmente en los niveles de serotonina y de fluido cerebroespinal (Williams y Pollok, 2001). Sin embargo, se puede hablar de que la intensidad y naturaleza de las respuestas biológicas ante situaciones estresantes de una persona pueden ser determinadas por la historia de aprendizaje de la misma en situaciones similares.

El modelo estrés-diátesis para explicar la conducta suicida considera que los estresores vitales precipitan el acto suicida, por otra parte, la diátesis es la vulnerabilidad donde hay una tendencia al pesimismo y la desesperanza, a la agresividad o impulsividad, este modelo sugiere la existencia de un factor hereditario tanto en la conducta suicida como en los trastornos afectivos; considera la alteración serotoninérgica como la principal evidencia relacionada con la conducta suicida sin nulificar la importancia de los factores psicosociales (Téllez, 2005).

Según este modelo la conducta suicida es resultado de la compleja interacción entre los marcadores clínicos como la impulsividad, el neuroticismo, el pesimismo, la desesperanza, con marcadores neuroquímicos como el aumento en los niveles de

norepinefrina y de dopamina o la disminución en la actividad del sistema serotoninérgico, interacción que puede ser modificada por otros factores como alteraciones genéticas o neuroendocrinas (Colimón, Téllez-Vargas y Cisneros, 2005).

Se han encontrado concentraciones bajas del ácido 5-hidroxi-indol-acético (5HIAA), un metabolito de la serotonina considerado como el indicador de la actividad serotoninérgica, en el líquido cefalorraquídeo de los suicidas con trastornos depresivos. La serotonina es el neurotransmisor responsable de inhibir la impulsividad y es modulador de varios procesos de la conducta y de la relación con otras personas (Colimón, Téllez-Vargas y Cisneros, 2005).

Según Colimón, Téllez-Vargas y Cisneros (2005), en la conducta autoagresiva está implicado el circuito órbito-frontal, que corresponde a las áreas 9 y 10 de Brodmann de donde parten proyecciones que se dirigen a la porción ventromedial del núcleo caudado. El funcionamiento anormal de este circuito da lugar a una incapacidad en el control de los impulsos y a la presentación de episodios de explosividad, ira e irritabilidad. También, la conducta agresiva en los suicidas puede originarse en fallas en la inhibición córtico-prefrontal ventral producida por un déficit en el aporte de serotonina.

Colimón, Téllez-Vargas y Cisneros (op cit.) mencionan que se ha encontrado que en adolescentes suicidas una mayor densidad en los receptores  $5HT_{2A}$  y aumento en la expresión proteica del RNA mensajero en la corteza prefrontal y en el hipocampo, áreas relacionadas a la expresión de emociones, la respuesta al estrés y las funciones cognoscitivas. También se ha encontrado en las víctimas del suicidio mayores concentraciones de norepinefrina y disminución de la unión del neurotransmisor con los receptores alfa2. La norepinefrina participa en los sistemas de recompensa y activación de los sistemas de estrés.

Otro marcador implicado en la conducta suicida es la dopamina, neurotransmisor de la motivación, la concentración y la apetencia, cuyos niveles normales permiten al individuo iniciar un plan de acción y evitar las interferencias de otros estímulos. Su

disminución produce desinterés general, apatía, desmotivación, insatisfacción de la necesidad interna, déficit de atención y depresión (Colimón, Téllez-Vargas y Cisneros op. cit.).

Ya que durante el estrés se estimula la secreción de decortropina (CRH) hormona que estimula la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA), y la producción de glucocorticoides, que inciden en la presencia de respuestas automáticas e inespecíficas y que en pacientes suicidas se ha encontrado hipercorticosolemia comprobándose la presencia de una hipersecreción crónica de CRH y la sensibilización de los receptores de glucocorticoides y mineralocorticoides de tipos I y II en el hipocampo. Lo anterior indica una relación entre el estrés crónico que provoca el aumento en la secreción de aquellas hormonas implicadas en la regulación del organismo ante el estrés, lo cual a su vez ha sido encontrado en pacientes suicidas.

Asimismo se ha identificado que ciertas variables características de personalidad relacionadas con las conductas suicidas, se vinculan con cambios biológicos específicos. Se ha encontrado, por ejemplo, que los tipos excitables versus rígidos, impulsivos y no reflexivos, extravagantes y no reservados, desordenados en oposición a ordenado muestran importantes variaciones en la actividad dopaminérgica. Y que los temerosos en oposición a optimistas, se relacionan por cambio en la actividad serotoninérgica. Que en los dependientes se presenta una alta variación en la actividad basal noradrenérgica. (Williams y Pollok, 2001). Por lo que esto indica que la personalidad y el comportamiento tienen un contenido biológico, de tal manera que el sistema nervioso central actúa al verse estimulado en su actividad por factores ambientales o psicológicos.

### *Factores psicológicos*

Los factores psicológicos comprenden diversos comportamientos que pueden corresponder tanto a respuestas disfuncionales a problemas tales como la ruptura de un romance, abuso físico, sexual o emocional, pérdida de un padre, suicidio de un ser querido, a comportamientos de riesgo tales como abuso de drogas y alcohol, a ciertos

estados como la carencia de confianza y autoestima, enfermedades físicas, homosexualidad, soledad, desesperanza, decepción o pérdida, peleas o conflictos dentro de la familia (White, 1999).

De acuerdo con los factores interpersonales se encuentran las respuestas ante los problemas, las cuales pueden ser sentirse derrotado, no hallar salida y no hallar rescate, lo que hace vulnerable a la persona para responder con conductas impulsivas y escapar de la situación por medio de la autodestrucción. Este tipo de respuestas depende de la percepción del apoyo emocional e instrumental recibido que es guiada por mecanismos psicológicos negativos relacionados con la situación que se vive; otra respuesta ante las situaciones de la vida es la desesperanza, donde las personas son incapaces de evocar soluciones a sus conflictos actuales y se sienten atrapados e incapaces de generar expectativas positivas en relación con su futuro (Williams y Pollok, 2001).

La importancia del estrés y las habilidades de afrontamiento juegan un papel importante en la ideación suicida, prueba de ello es el estudio realizado por Serrano y Flores (2005) con adolescentes para determinar la relación entre el estrés, el afrontamiento de los problemas y la ideación en jóvenes de Mérida, identificó que en los hombres, a mayor estrés con la pareja, con la familia y en el área social se produce mayor ideación suicida. Lo que se relaciona también con una mayor respuesta agresiva. Y que en las mujeres a mayor estrés social, y con la pareja, también se da mayor ideación suicida. Lo que también se relaciona con mayor uso de respuestas agresivas en el afrontamiento de problemas interpersonales.

### *Factores psiquiátricos*

Dentro de la población general, muchos adolescentes experimentan sentimientos de infelicidad, mismos que pueden ser expresados en términos de pensamientos o actos suicidas, asimismo en diversos estudios asociados con el suicidio, se han encontrado trastornos psiquiátricos que afectan la conducta y la percepción del individuo, entre los

cuales están los trastornos emocionales como la depresión, la esquizofrenia, desórdenes de conducta y alimenticios, trastornos de personalidad y abuso de sustancias.

En esta etapa de la vida son también frecuentes otros problemas de conducta o emocionales, respecto a lo cual se han hecho diversos estudios como al que se refiere Wilde (2000), en Nueva Zelanda, en el que se encontró que el desorden más frecuente en adolescentes de 15 años es la ansiedad seguido por los desórdenes de conducta; a los 18 años el desorden que prevalece comprende episodios de depresión mayor, dependencia al alcohol y fobia social, todos relacionados con algún tipo de conducta suicida.

Spirito, Plumier, Gispert, Levy, Kurkjian, Lewander, Hagberg y Devost (1992) realizaron un estudio con jóvenes de entre 13 y 18 años, identificando que quienes habían estado en el hospital o en el psiquiátrico presentaban mayor frecuencia de intentos de suicidio, además de conductas de alto riesgo como peleas, sexo sin protección, consumo de bebidas alcohólicas y manejar de forma imprudente. Esto indica que quienes padecen trastornos psiquiátricos tienen una mayor probabilidad de manifestar intentos suicidas.

En otra investigación, Saucedo, Lara y Fócil (2006) encontraron en una muestra de 68 adolescentes (56 mujeres, 9 hombres) con intentos de suicidio de entre 12 y 17 años, llevados durante un semestre del año 2002 al Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro de la Secretaría de Salud, que todos los participantes presentaban al menos un diagnóstico psiquiátrico, en la mayoría de los casos (75%) de tipo depresivo, y que el intento de suicidio presentó una constante asociación con psicopatología como predisponente al intento.

Según Apter y Freudenstein (2002) hay un incremento en la prevalencia de la conducta suicida en los jóvenes con una historia de tratamiento o desórdenes psiquiátricos. Entre los trastornos psiquiátricos que principalmente se relacionan con la conducta suicida, se encuentran los siguientes.

*Depresión.* Para detectar la depresión se deben tener al menos cinco de los siguientes síntomas: alteraciones del sueño, incapacidad para concentrarse, sentimientos de desesperanza, cambios en el hábito alimenticio, hiperactividad o pérdida de energía, correr riesgos altos, cambio en el desempeño escolar, pensamientos suicidas, anorexia o bulimia, aburrimiento, interés por música o expresiones artísticas con temas de muerte, promiscuidad o pérdida del interés sexual, y síntomas físicos como dolor de cabeza o estómago (White, 1999).

La mayoría de los intentos suicidas y los suicidios consumados son precedidos por síntomas depresivos, que en el caso de los jóvenes generalmente se relacionan con familias rotas, con parientes que han intentado o cometido suicidio, con escape del hogar, con abuso sexual, con abuso de alcohol y drogas, y con conducta impulsiva y antisocial. Sucede también que en muchos casos los trastornos depresivos no son identificados porque son atípicos o porque los adultos no los reconocen así, lo cual incrementa el riesgo ya que en estos casos la depresión nunca es tratada (Apter y Freudenstein, 2002).

*Esquizofrenia.* La esquizofrenia presenta sus primeras manifestaciones durante la adolescencia, aunque durante la niñez ya se pueden presentar algunos signos como la ansiedad, preocupaciones excesivas, los miedos y la timidez. Por lo regular el intento de suicidio es un primer síntoma palpable del trastorno esquizofrénico como respuesta ante la devastación que se avecina a causa de la enfermedad. Algunos síntomas esquizofrénicos son: la presencia de ideas delirantes, desorden en el pensamiento y la capacidad asociativa, alucinaciones, afectividad aplanada o inadecuada, trastorno o falta de conciencia de la identidad, dificultad para ejecutar y concluir actividades habituales, problemas en las relaciones interpersonales y desorden en la psicomotricidad. Otras características pueden ser: trastorno en las relaciones emocionales, preocupación excesiva por objetos que no son del uso habitual, resistencia e intolerancia a los cambios ambientales que producen ansiedad o miedo agudos, repuestas ante estímulos sensoriales ya sean nulos, impredecibles o excesivos, manierismos, posturas extrañas o estereotipias, deterioro del lenguaje, preocupaciones por temas como la religión, el sexo, temas filosóficos u otros no usuales (Pérez, 1999).

Muchos jóvenes esquizofrénicos pueden ser depresivos y suicidas, y si a la esquizofrenia se le suma el abuso de alcohol y drogas, se incrementa el riesgo de cometer suicidio (Apter y Freudenstein, 2002).

Según Téllez (2005) el suicidio es la principal causa de muerte prematura en los pacientes con esquizofrenia, ocurre en los primeros años de la enfermedad, en el periodo posterior a una hospitalización o durante un episodio de depresión post-psicosis. Se han ubicado factores de riesgo del suicidio en pacientes esquizofrénicos como la cronicidad del trastorno, las exacerbaciones de los episodios psicóticos, la intensidad de los síntomas positivos (delirios y suspicacia), el número de hospitalizaciones y la pérdida de confianza o las actitudes negativas hacia el tratamiento. El mayor riesgo de suicidio se encuentra en los pacientes con un buen funcionamiento cognoscitivo antes de la enfermedad, debido al deterioro sufrido.

*Abuso de sustancias.* Se ha encontrado un elevado riesgo de suicidio en adolescentes que abusan de sustancias psicoactivas, además de que en estos jóvenes se puede observar con frecuencia síntomas psiquiátricos severos, peleas, arrestos y una historia de conflicto interpersonal, abuso sexual, entre otros. La intoxicación conlleva a una crisis que dispara el suicidio en quienes se sienten humillados o frustrados (Apter y Freudenstein, 2002).

*Desórdenes de conducta.* Se habla de un trastorno de conducta cuando un individuo actúa de acuerdo con “un patrón repetitivo y persistente contra los derechos básicos de las personas y de las normas socialmente establecidas y en un deterioro significativo de todas las facetas de la vida del joven, incluyendo la familia, la escuela, los compañeros, etc.”(Saldaña, 2001). Donde la conducta agresiva-impulsiva es la de mayor riesgo de suicidio en adolescentes, especialmente en jóvenes delincuentes que han regresado a casa después de haber estado en la cárcel o aquellos que aún están en prisión. (Apter y Freudenstein, 2002).

*Desórdenes alimenticios.* Cuando se habla de trastornos o desórdenes de la alimentación nos referimos a un patrón alimentario que persiste durante un periodo prolongado y que provoca daños emocionales, personales, cognitivos y conductuales en el adolescente. De acuerdo con Saldaña (2001) un patrón alimentario determinado se va a considerar como trastorno cuando en el adolescente existe una preocupación de cómo es y como se ve físicamente, en la mayoría de los casos hay insatisfacción con la imagen corporal, el peso y la figura, en especial entre las mujeres. Entre los trastornos que generalmente presentan los adolescentes son anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), el trastorno por atracón (TA) y la obesidad.

La anorexia nerviosa (AN) se desarrolla generalmente en la pubertad, y se sabe que más de 90% de los casos de adolescentes con anorexia nerviosa son mujeres, en fase puberal o pre-puberal. Este trastorno se caracteriza por una pérdida exagerada de peso, por seguir dietas restrictivas y por la presencia de conductas purgativas como el vómito, exceso de ejercicio físico, uso de laxantes; además de miedo a ganar peso que altere la imagen corporal. A nivel emocional la anorexia se asocia con baja estima, deseo de ser aprobado, perfeccionismo, relaciones distantes en la familia (Saldaña, 2001).

La bulimia nerviosa se entiende como *“un ciclo repetitivo de atracones-acción purgativa con el objeto de mantener el peso corporal”* (pp. 115). El adolescente con bulimia come grandes cantidades de alimento en periodos moderados de tiempo y experimenta una pérdida de control en su manera de comer; una vez que termina la ingesta de alimento realiza conductas compensatorias como: inducirse el vómito, tomar laxantes y diuréticos, realizar ayunos, hacer ejercicio para evitar ganar peso. Se da entre jovencitos de peso normal con una exagerada preocupación por subir de peso. Este trastorno está presente en un 2 y 3% de la población femenina adolescente y juvenil, la edad promedio de inicio es entre los 16 y los 18 años de edad (Saldaña, 2001).

El trastorno por atracón (TA) se desarrolla por lo regular en hombres y mujeres al inicio de la adolescencia y en las últimas etapas de la infancia. Quienes lo padecen, por lo regular, tienen obesidad comen grandes cantidades de alimento en periodos relativamente

cortos de tiempo, especialmente al final del día, con una pérdida de control en la manera de comer. Está relacionado con la presencia de problemas emocionales como la depresión, otros sentimientos asociados son la tristeza, el enojo, son personas que tienen pocos amigos y un funcionamiento deficiente a nivel social (Saldaña, 2001).

Finalmente, la obesidad se refiere a la “acumulación excesiva de grasa corporal” la cual puede afectar el desempeño social del adolescente cuando éste es rechazado o marginado por tal motivo, incidiendo en una autoestima y autoconcepto negativo (Saldaña, 2001).

De acuerdo a Apter y Freudenstein (2002), en los desórdenes alimenticios se puede hablar de un deseo de auto-daño donde la pérdida de peso puede estar expresando un deseo de morir, lo que puede estar relacionado con el riesgo suicida.

*Trastorno de personalidad.* Existe una división de los tipos de trastornos de personalidad, pero de acuerdo con el DSM-IV (2000) sólo el trastorno antisocial de la personalidad se presenta al inicio de la adolescencia. Ahora bien, el DSM-IV define el trastorno antisocial de la personalidad como “*un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de los 15 años*” (pp. 805). La persona con este desorden suele ser impulsiva y temeraria, de acuerdo con ello se establece la posible relación de las conductas agresivas e impulsivas con una alteración del funcionamiento de la serotonina cerebral. Las principales características incluyen el fracaso para adaptarse a las normas sociales, al extremo de cometer actos de violación flagrante de la ley, una marcada deshonestidad ya que mienten constantemente y suelen estafar a otros para obtener beneficios personales, excesiva impulsividad y agresividad, irresponsabilidad persistente lo que redundaría en que la persona no puede hacerse cargo de un trabajo o de obligaciones económicas, y ausencia de remordimientos ante actos que afectan seriamente a otros.

El trastorno límite de personalidad está relacionado con intentos suicidas no fatales. Estos pacientes pueden sufrir depresión, desesperanza, sentirse despreciables, culpables y desamparados, enojados y violentos (Apter y Freudenstein, 2002).

Casullo (2003), en un estudio realizado con 339 alumnos de enseñanza media para evaluar el riesgo suicida encontró que en aquellos alumnos que tenían riesgo 45% manifestaron características de personalidad borderline, 40% presencia de síntomas depresivos, 10% problemas con el consumo de drogas y 5% difusión de la identidad.

Por lo que se puede concluir que los principales factores asociados al riesgo suicida en jóvenes son: problemas familiares, problemas interpersonales, sociales, psicológicos y psiquiátricos; los distintos cambios y problemas que se le presentan al sujeto en dichas áreas pueden ser fuente de estresores importantes pero también podrían funcionar como fuentes de apoyo. El proceso suicida está conformado por diversos aspectos que conforman al individuo, por lo que el riesgo está en lo biológico, psicológico y social. De tal manera que la interacción de dos o más factores mencionados en este capítulo, como es estrés social, las habilidades de afrontamiento, la desesperanza, así como las relaciones interpersonales disfuncionales con la familia, los amigos o la pareja, la carencia de fuentes de apoyo, la pérdida de algún ser querido, del empleo, entre otros tipos de pérdida, el abuso sexual o físico; es importante también tener en cuenta que los trastornos psiquiátricos pueden implicar una mayor probabilidad de manifestar conductas suicidas, además de la implicación biológica, respecto a la manera que el organismo tiene para responder ante los estresores o los cambios que sufre el individuo. Cuando se habla de un factor de riesgo no se afirma que este sea suficiente para manifestar ideas o intentos suicidas, más bien, la aparición de varios de los aspectos tratados anteriormente pueden implicar el deseo de muerte cuando una persona no encuentra solución a los eventos de la vida.

## **2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL RIESGO SUICIDA**

De acuerdo a lo revisado anteriormente, son múltiples los aspectos relacionados al comportamiento suicida, entre ellos los psicológicos. En este segundo capítulo se presentan tres aspectos vinculados al factor psicológico: actitudes disfuncionales, locus de control, problemas emocionales, y un aspecto que tiene relación directa con los mismos en los jóvenes: los problemas familiares.

### **2.1. Actitudes disfuncionales**

En el modelo cognitivo se parte del supuesto de que los pensamientos influyen sobre las emociones y sobre los comportamientos de las personas, es decir que los sentimientos son precedidos por el modo en que las personas interpretan las situaciones, aceptando los pensamientos como ciertos, sin ser sometidos a ninguna clase de crítica (Beck, 2000).

De acuerdo con ello Neuringer (1976) menciona que es importante la manera en la cual la gente percibe, interpreta y reacciona a los estresores externos y a las presiones afectivas. Es decir, lo que diferencia a las personas es la manera en como interpretan lo que les induce al estrés.

Desde la infancia, las personas desarrollan creencias acerca de sí mismas, de las demás personas y del mundo, mismas que se tornan fundamentales y profundas y son consideradas por la persona como verdades absolutas, por ello se habla de creencias centrales y creencias subyacentes. Las creencias centrales inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias que consisten en actitudes, reglas y presunciones a menudo no expresadas. Estas creencias influyen en la forma de ver una situación lo cual influye en el modo como se piensa, siente y se comporta. Las creencias subyacentes de una persona afectan sus percepciones y esto se expresa por medio de pensamientos automáticos específicos para esa situación, estos pensamientos inciden sobre las emociones así como en la conducta (Beck, 2000).

Dichas creencias se denominan esquemas de pensamiento y por esquema se entiende a aquella estructura mental, la cual “*representa los primeros patrones de pensamiento, aquellos patrones mentales que se emplean para afrontar los eventos de la vida*” (pp. 44). De esta manera podemos entender que un esquema se refiere al filtro mediante el cual percibimos y evaluamos las experiencias de nuestra vida. Esto es posible ya que los esquemas configuran la percepción de estímulos, organizan los eventos, seleccionan estrategias para conseguir información, es decir, que los esquemas nos permiten decidir a qué tipo de información hemos de poner atención, nos ayudan en la manera en cómo hemos de estructurar dicha información, a nivelar la importancia que le daremos y lo haremos con respecto a ello (Feixas y Miró, 1993).

Elster (2002) menciona que cuando las creencias no están bien fundadas en la evidencia, éstas se llaman creencias irracionales, por ello las conductas basadas en tales creencias, son también irracionales. Las creencias irracionales son la base de las maneras erróneas de pensar que se vuelven habituales y concretas, dichas maneras erróneas de pensar se denominan distorsiones cognitivas, que las personas atribuyen a los acontecimientos de la vida, y que por lo general son aprendidas en la infancia.

La primera expresión de las distorsiones cognitivas corresponde a los pensamientos automáticos, lo cuales, según Semerari (2000) se presentan sin una reflexión y de forma breve, no hay una crítica, el sujeto tiene la impresión de captar con ellos el mundo tal y como es, sin hacer inferencias subjetivas de discusión y opinión, son un modo constante y característico de atribuir significado a los acontecimientos por parte de la persona. Existen estructuras estables que engloban los procesos de pensamiento y de actividad imaginativa, estas pueden recibir el nombre de modelo cognitivo o esquema cognitivo a través de los cuales se puede diferenciar, codificar y evaluar la información.

La segunda expresión de las distorsiones cognitivas corresponde a las *creencias intermedias* que son actitudes, reglas y presunciones a menudo no expresadas que influyen en la forma de ver una situación, y esa visión a su vez influye en el modo como piensa, siente y se comporta un individuo. Los pensamientos automáticos son nuestra charla

interna, son el diálogo que mantenemos con nosotros mismos a nivel mental y que son expresados por medio de imágenes mentales o como pensamientos, una de sus principales características es que se asocian con estados emocionales intensos como la ansiedad, la depresión, la ira o euforia. En función de los pensamientos automáticos solemos crear versiones subjetivas erróneas de las cosas que nos pasan, es decir, hacemos interpretaciones falsas de los acontecimientos o hechos de la vida.

Finalmente, se encuentran las *creencias centrales* que son ideas tan fundamentales y profundas que no se expresan ni ante uno mismo, se consideran verdades absolutas, se centran selectivamente en aquella información que confirma esta creencia, ignorando la información que la contradice aunque esta sea equivocada o disfuncional, y constituyen el nivel más esencial de creencia, las cuales tienden a ser globales, rígidas y generalizadas (Beck, 2000).

Un esquema se considera disfuncional cuando son reglas de inferencia implícita que dan lugar a falsos silogismos, los cuales gobiernan la producción de los pensamientos automáticos que distorsionan la realidad y provocan comportamiento disfuncional.

Los errores sistemáticos comunes que se generan de los esquemas disfuncionales son, de acuerdo a Semerari (2000):

*La deducción arbitraria (sistema de respuestas)* que se refiere al proceso por el que se extrae una conclusión determinada sin tener pruebas que la sustenten o cuando la prueba es contraria a la conclusión.

*La abstracción selectiva (sistema de estímulos)* que enfoca un detalle extrapolado de su contexto e ignora los aspectos más evidentes de la situación, conceptualizando toda la experiencia en función de este fragmento.

*La generalización excesiva (sistema de respuestas)* que extrae una regla o conclusión partiendo de uno o más episodios aislados y lo aplica a otras situaciones estén o no relacionadas con el caso específico.

*La ampliación o disminución (sistema de respuestas)* en donde hay error al valorar el significado o importancia de un suceso.

*La personalización (sistema de respuestas)* donde hay una tendencia a relacionar consigo mismo los sucesos externos cuando no existen elementos que puedan justificar esta asociación.

*El pensamiento absolutista, dicotómico (sistema de respuestas)* se tiende a colocar todas las experiencias en dos categorías opuestas: perfecto o defectuoso, inmaculado o sucio, santo o pecaminoso, la persona elige la categoría más negativa.

Las actitudes disfuncionales o esquemas son creencias tácitas y estructuras de memoria que orientan la codificación, recuperación y procesamiento de información, se desarrollan a temprana edad y son reforzadas y consolidadas por los eventos de la vida. En el caso de los individuos depresivos, se observa una percepción de inadecuación personal y pérdida, la creencia de que los otros son poco confiables, insensibles o indiferentes, que el futuro es sombrío y que carece de control sobre los resultados importantes de su vida (Reinecke y Franklin-Scott, 2005).

Así, el sistema de creencias de una persona depresiva se basa en ideas absolutistas, las cuales se creen como reales aunque sean falsas y se basan en pensamientos automáticos, por ejemplo, Ramos y González (1993) afirman que una persona que manifiesta distorsiones cognitivas y malinterpreta sus experiencias de forma negativa lo hace sin una base objetiva, anticipando un resultado negativo ante cualquier intento que le lleve a conseguir sus metas. Tiene un concepto negativo de sí mismo, se considera torpe, inútil, exagera cualquier dificultad. Por lo que es común que se asocie la desesperanza como una característica en estas personas, es decir las expectativas negativas sobre el futuro.

Las diferencias en las reacciones de las personas suicidas a eventos estresantes se relacionan con la forma en que ellos interpretan su mundo, donde la rigidez cognitiva y la deficiencia para resolver problemas hacen más duro el proceso para ajustarse a los eventos de la vida. La falta de habilidad para escapar a los sentimientos de incapacidad personal y separación social puede llevar a pensar que la opción del suicidio es la mejor y se torna más probable que cualquier otra (White, 1999).

Al respecto, Casullo (2003) describe un estudio realizado en Buenos Aires con alumnos que respondieron a un cuestionario de aislamiento y soledad, con respecto a orientaciones suicidas. Participaron 247 jóvenes con edad promedio de 15 años, el 10% presentó riesgo suicida alto y el 17% fue moderado. Los adolescentes con mayor riesgo suicida se autopercibieron más solos y con mayor comportamiento de aislamiento. Se hicieron entrevistas individuales donde se observó que en gran número de casos había una ausencia de proyectos de vida, no existía afectividad y comunicación con las figuras parentales y un notable desapego padre-hijo. Mencionaron además no sentirse apreciados por lo que son y con ausencia de valores que orientasen el proyecto hacia el futuro. Lo que pone de manifiesto que la manera en que se percibe e interpreta la situación influye en la manifestación de sentimientos negativos y en la toma de decisiones, tal como la tentativa suicida.

Reinecke y Franklin-Scott (2005), han planteado que las distorsiones cognitivas pueden ser un factor de riesgo para la ideación y conducta suicida, por su relación con la conducta depresiva. Señalando que las personas con tendencia suicida pueden estar bajo una condición de distorsión negativa del presente, del pasado y del futuro que les conduzca a vivir en una eterna agonía, que consideren que sólo puede acabar con la muerte.

## **2.2. Locus de control (autoeficacia ante situaciones estresantes)**

Locus significa lugar, una persona que tiene un locus interno de control cree que la obtención de los reforzadores es controlada por sus propias acciones o de alguna habilidad, aquellas que tienen un locus externo suponen que la obtención de los reforzadores depende de algo fuera de ellos, más allá de sus propias acciones, tal vez tiene que ver con el azar (Carver y Sheier, 1997).

El locus o centro describe la percepción de una persona de la responsabilidad por los sucesos de la vida, explica si la persona dirige la responsabilidad en forma interna, dentro de sí misma, o externa, en el destino, la suerte o el azar. En el centro de control interno existe la expectación de que los sucesos reforzadores están bajo nuestro control y que uno es responsable de los resultados importantes de la vida. Las personas con centro de control interno alto creen que los resultados dependen sobre todo de sus propios esfuerzos

personales, quienes tienen un centro de control externo creen que los resultados dependen de fuerzas fuera de su control personal. Las personas podrían ser internas en un área (tal como la salud, los resultados académicos o el comportamiento) y externas en otra (Larsen y Buss, 2005).

Las personas con ideación suicida tienden a ser más controladas por los estímulos externos que internos, presentan pensamiento en extremo polarizado, el cual puede ser letal, ya que una persona al no estar satisfecha con su vida le resulta imposible modular las expectativas polarizadas, viviendo en un todo o nada, un siempre o nunca, y ante los problemas, con una perspectiva de irresolubilidad (Neuringer 1976). Por lo que un pensamiento rígido puede relacionarse con un locus de control externo, en la medida en que se actúa de acuerdo con una forma rígida negativa de pensar.

Se considera que la gente que cree en el control interno de reforzamiento son aquellas que han tenido éxito en el logro de sus metas después de haberse esforzado; por otra parte, las personas con expectativas en el control externo probablemente han tenido poco éxito y han concluido que sus esfuerzos son en vano. Las personas con locus de control interno reaccionan más apropiadamente a las demandas de la tarea y reflexionan sus decisiones, muestran una mejor actividad cognitiva en relación a las habilidades y aprenden por experiencia de sus éxitos y fracasos, mientras que aquellos con control externo son más susceptibles de ser influenciados por otras personas y se distraen fácilmente al realizar las tareas (Geen, 1976).

Zolanowicz, Janne y Reynaert (2004) realizaron un estudio para examinar las diferencias en tipo de locus de control de la salud en una población de jóvenes “sanos” y en una población con trastornos mentales. Los jóvenes del grupo sano cursaban educación secundaria general entre los 12 y 18 años de 3 colegios diferentes, contestaron dos cuestionarios; el grupo con trastornos mentales se constituyó con pacientes hospitalizados. Por otra parte, el grupo sano se compuso por 814 sujetos de entre 13 y 25 años; el grupo de jóvenes hospitalizados se constituyó por 358 sujetos con un rango de edad de 14 a 25 años. En el grupo sano participaron 329 hombres y 436 mujeres, en el grupo hospitalizado 129 hombres y 229 mujeres. Se encontró que el sentido de la responsabilidad hacia la salud fue

más bajo en adolescentes enfermos que en sanos, y que los sujetos enfermos atribuyeron al azar o a otras personas lo que les sucedía.

Por otra parte, Gil Castellón (2006) realizó un estudio de tipo exploratorio y correlacional con el fin de identificar los principales estilos de enfrentamiento a los problemas y el tipo de locus de control que predominaba en alumnos de educación media básica, así como la existencia o no de correlación entre estas dos variables. Encontrando que los estilos de afrontamiento más empleados por los hombres fueron el directo y el directo-revalorativo; y entre las mujeres el directo-revalorativo y el emocional negativo. En cuanto a la correlación se encontró que el locus de control externo se asoció mas fuertemente con el afrontamiento evasivo seguido del emocional negativo; por su parte, el locus de control interno mostró asociación con el estilo de enfrentamiento directo-revalorativo, lo que indica que el que actúa con un locus de control externo trata de evitar la situación en lugar de afrontarla y quien actúa con un locus interno intentará buscar una solución ante cualquier situación que se le presente.

En algunos adolescentes puede predominar el tipo de locus de control interno y tienen la sensación de control sobre sus vidas y acontecimientos que suceden en ella, por otro lado, en aquellos jóvenes en los que el locus de control externo es el que domina, atribuyen los principales acontecimientos de su vida única y exclusivamente al azar. Ambos tipos de locus son una manera de adoptar la responsabilidad de los eventos de la vida, unos hacia fuera y otros hacia sí mismos, pero lo que hay que recalcar es el hecho de que un adolescente en el que impere el tipo de locus de control externo dará un sentido diferente a las situaciones adversas por las que pase y su manera de actuar o responder a ellas será negativa y su sentido de responsabilidad ante ellas será mínimo ya sea ante las que impliquen situaciones gratificantes como a las que sugieran situaciones desfavorables. Esta situación acompañada de otros factores traerán consecuencias emocionales a su vida, ya sean positivas o negativas, por ello a continuación se habla de los problema emocionales que con mayor frecuencia están presentes en los adolescentes, mismos, que así como el locus de control, está relacionado de alguna manera con el riesgo de suicidio en esta población.

### 2.3. Problemas emocionales

Según Larsen y Buss (2005) las emociones pueden definirse por tres componentes: sentimientos o afectos, subjetivos asociados con ellas; cambios corporales, sobretodo en el sistema nervioso asociados con la respiración, el ritmo cardiaco, la tensión muscular, la química sanguínea y las expresiones faciales y corporales; y tendencias a la acción.

Los estados emocionales son transitorios, dependen de la situación y por lo general se origina fuera de la persona (algo sucede en el ambiente). Por otra parte, los rasgos emocionales son consistentes en la vida emocional de un individuo, son patrones en el comportamiento o experiencia de una persona (Larsen y Buss, 2005).

Elster (2002) menciona que *“las emociones son provocadas por la valoración cognitiva que se hace de una situación”* (pp. 298), es decir que las emociones son provocadas por creencias acerca de hechos o estados, donde dichas creencias pueden ser o no correctas, es decir, pueden o no estar fundadas en la evidencia que proporciona la realidad.

Beck (1976) indica que según el tipo de interpretación que una persona hace de una situación, se sentirá alegre, triste, asustada o enojada o puede tener una reacción poco particular. Una persona que tiene un significado irreal o extravagante de un evento, es probable que experimente una respuesta emocional inapropiada o excesiva. Una emoción particular puede no tener conexión con las circunstancias externas. Una persona sostiene significados especiales y se mueve por objetos que juzga tienen una relevancia particular para él, los objetos sobre los que envuelve su interés constituyen su dominio personal.

Beck (1976) afirma que la tristeza implica una pérdida particular como la pérdida de un objeto considerado como fuente de gratificación, una pérdida intangible por un insulto o menosprecio, una reversión en el valor de un componente del dominio, discrepancia entre lo esperado y lo recibido, una fantasía o expectativa de un futuro perdido anticipándose a los hechos, pérdida hipotética y pseudoperdida.

Por el contrario, la euforia y la excitación requieren como condición la percepción o expectativa de ganar, lo cual incrementa la evaluación de dominio, de esta manera, la anticipación de un futuro placer o mejora puede dirigir a un placer inmediato y tener un efecto intensificador (Beck, 1976).

Respecto a la ansiedad, Beck (1976) menciona que cuando alguien se considera en un peligro inminente es probable que sienta ansiedad, esto puede ser daño físico, una enfermedad seria, un desastre económico o rechazo social e incluso la incertidumbre. Mientras que la ira se observa cuando una persona es atacada (física o verbalmente) y puede llegar a enojarse o contraatacar, también es producida ante la frustración.

El Centro Nacional de Diseminación de Información para Niños con Discapacidades cuenta con una definición de los problemas emocionales, proveniente del Acta para la Educación de Individuos con Discapacidades (IDEA) (2004), la cual dice que son:

*Una condición que exhibe una o más de las características que se mencionan a continuación, a través de un largo periodo de tiempo y hasta cierto grado, lo cual afecta de manera desfavorable el rendimiento educacional de un niño, dichas características son: a) incapacidad de aprender que no se explica por factores intelectuales, sensoriales de salud; b) incapacidad para formar y/o mantener relaciones interpersonales; c) comportamientos o sentimientos inapropiados en condiciones normales; d) estado general de descontento o depresión; e) tendencia al desarrollo de síntomas físicos o temores relacionados con los problemas personales o escolares (p. 1).*

Se consideran como causas de los problemas emocionales la herencia, los desórdenes mentales, la dieta, las presiones, el funcionamiento familiar, aunque ninguno de ellos es desencadenante directo o único, pues pueden estar asociados con otros factores. Por otra parte algunos comportamientos típicos entre los niños que presentan problemas emocionales incluyen; hiperactividad, retraimiento, falta de intercambio social, temores, ansiedad, inmadurez, trabajo para adaptarse a algunos ambientes, llorar sin motivo

aparente, dificultades en el aprendizaje, y pensamiento distorsionado, ansiedad (Larsen y Buss, 2005).

Barcelata, Durán y Lucio (2004) realizaron un estudio con 255 adolescentes de la ciudad de México, de entre 13 y 18 años de edad, que tuvieran problemas de conducta y/o que recibieran algún tipo de atención psicológica. El objetivo fue identificar algunos indicadores de problemas emocionales relacionados con las áreas: familiar, personal, escolar, salud, social, y sexual, exploradas por medio del Inventario Auto-descriptivo del Adolescente- versión para investigación. Se obtuvo que en el área familiar, los principales indicadores de problemas emocionales se relacionaron con la presión que ejercen los padres sobre los adolescentes, la comunicación de éstos con sus padres y las riñas dentro de la familia. Los indicadores de problemas emocionales relacionados con el área personal fueron el estado de ánimo como la irritabilidad, el enojo y la depresión. Para el área escolar fueron las relaciones con los maestros y el bajo rendimiento escolar; dentro del área de la salud se encontró que el consumo de alcohol y el consumo de tabaco eran indicadores de malestar emocional; en el caso del área social, los principales indicadores fueron los amigos y el hecho de pertenecer a grupos sociales, clubes o equipos; finalmente en el área sexual, los indicadores fueron el hecho de recibir información en la escuela y el hecho de tener relaciones sexuales. Lo que indica que los adolescentes están expuestos constantemente con diversos factores que pueden desencadenar en ellos algún problema emocional, como en el caso de la familia, ámbito que representa una importante fuente de la cual se pueden distinguir varios indicadores de malestar emocional.

Por otra parte Cova, Maganto y Melipillán, (2005) evaluaron la diferencias de género en preadolescentes respecto a la presencia de problemas emocionales encontrando que las niñas fueron las que presentaron más problemas emocionales, relacionados con situaciones de adversidad familiar. Este estudio es importante para la presente investigación pues aporta datos acerca de la presencia de problemas emocionales a edades tempranas, lo cual está relacionado con su continuación en etapas posteriores como la adolescencia y desembocar en conductas autodestructivas y sobretodo porque se pone

especial atención en el papel que juega la familia, pues ésta influirá aún más sobre los problemas emocionales de los jóvenes si se vive en condiciones desfavorables.

En el acto suicida los pacientes tienen necesidad de acabar con la vivencia insoportable de dolor psicológico (sufrimiento) que experimentan, frecuentemente la causa es la insatisfacción de alguna necesidad psicológica. Este sufrimiento se acompaña de sentimientos negativos como la desesperanza –pesimismo respecto al futuro-, la impotencia –vivencia de incapacidad para resolver el problema- y la indefensión –vivencia de que nadie puede ayudarle-. (Díaz, Bousoño y Bobes, 2004).

¿Qué condición emocional se relaciona más con el riesgo suicida? González-Forteza, Villatoro, Picks y Collado (1998) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de observar la relación entre el estrés psicosocial y el malestar emocional e identificar las diferencias entre nivel socioeconómico bajo y medio en jóvenes entre 13 a 18 años, encontrando que las relaciones estresantes son un importante factor de riesgo de la sintomatología depresiva y de la ideación suicida. Y que la contribución del estrés psicosocial al malestar emocional evaluado (sintomatología depresiva e ideación suicida) fue mayor que la contribución a las respuestas de afrontamiento en ambos niveles. De lo que se concluye que el estrés psicosocial es un importante indicador de riesgo del malestar en adolescentes.

Por otra parte Petzelová y Chavéz (2006) realizaron un estudio en el estado de Coahuila para identificar los aspectos individuales, sociales y contextuales que rodearon a los suicidas en el sureste de este estado identificando que el 83.33% de los sujetos mostró antes del acto suicida, tristeza prolongada y profunda además de estrés derivado de los problemas que vivían, especialmente familiares y académicos.

Si bien no hay un factor único que predisponga a una persona a estados emocionales negativos o positivos exclusivos, cuando se habla del tema se habla también de la familia como variable asociada al malestar emocional. De acuerdo con la sintomatología de personas con malestar emocional, se puede identificar la presencia de llanto sin motivo

aparente, problemas en el aprendizaje, pensamiento distorsionado, manifestaciones de ansiedad y variaciones en el temperamento. Sin embargo hay algunas manifestaciones del malestar emocional que no son evidentes para otras personas con las que conviven los adolescentes con malestar emocional, y que tornan más difícil el tratamiento de una persona.

Aparte de los aspectos evidentes del malestar emocional, se habla de cuestiones internas como el pensamiento y la sintomatología depresiva que por lo general no es muy fácil de distinguir pues abarca un sin número de comportamientos que si no se tratan de manera oportuna y adecuada los resultados pueden ser fatales, tales como el suicidio o los intentos de suicidio.

#### **2.4. Intentos previos de suicidio**

Se ha encontrado que un gran porcentaje de quienes han cometido suicidio lo han logrado en el primer intento. No obstante, hay personas que intentan suicidarse pero no quieren morir en realidad, por lo que usan métodos no letales. (White, 1999).

La tasa de mortalidad por suicidio entre los jóvenes y adolescentes ha sufrido considerables aumentos, especialmente entre los varones (Pérez, 1999), pero el intento de suicidio alcanza frecuencias mayores a éste, pues por cada adolescente que llega al suicidio consumado existen cuatrocientos reportes de adolescentes que intentaron suicidarse, cien que reportan requerir ayuda médica por un intento de suicidio y treinta que son hospitalizados por un intento de suicidio, es decir, por cada suicidio consumado 530 lo han intentado (Cutler, Glaeser, y Norberg, 2001).

González-Forteza, Chávez-Hernández, Villatoro y Medina-Mora en el 2006, en un estudio acerca de los reportes de intentos de suicidio registrados por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” y la SEP con estudiantes de secundaria y nivel bachillerato encontraron que para el año 1997 la prevalencia de lesiones autoinflingidas fue de 8.3% (N= 849) y para el año 2000 de 9.5% (N= 1009). En las mujeres fue más

frecuente, entre los 12 y 15 años. En los motivos se registra principalmente la esfera interpersonal (problemas familiares), seguida por la esfera emocional (sentimientos depresivos). Posteriormente se realizó una medición en el 2003 donde intentaron suicidarse el 5.4% de los hombres estudiantes de secundaria y un 16% de mujeres. En el caso de los hombres, los motivos fueron los problemas familiares, la soledad, la tristeza o la depresión; en las mujeres fueron los mismos pero predominó la soledad, la tristeza y la depresión. En el 2003 de los estudiantes de bachillerato el intento de suicidio fue de 6.8% de los hombres y en 17.3% mujeres. Los motivos más frecuentes en los hombres fueron sentirse solos, tristes o deprimidos, los problemas familiares y personales; en las mujeres fue la soledad, tristeza y depresión, los problemas con familiares, los personales y con la pareja.

En el estado de Guanajuato González-Forteza, Chávez-Hernández, Villatoro y Medina-Mora informaron que de 2351 estudiantes de bachillerato en el año 2003, el 7.2% había intentado suicidarse (el 3.1 hombres y 4.1% mujeres). Poco más de la mitad lo había hecho sólo una vez, siendo la edad promedio del intento a los 13 años. Entre los motivos encontrados en la esfera emocional se identificaron los sentimientos de tristeza, falta de cariño-amor, en la esfera interpersonal (problemas familiares). En la mayor parte de los casos el intento fue con objetos punzocortantes, seguido por ingesta de pastillas y/o medicamentos, intoxicación por veneno o gas, arrojarse de alturas o autos, ahogamiento, golpes y sólo uno informó el uso de arma de fuego. Además de que casi la mitad lo había hecho más de una vez.

Las similitudes de lo encontrado en Guanajuato y en la Ciudad de México se encuentran en la edad en la que se manifiestan las lesiones autoinflingidas (12 a los 15 años), los métodos (el uso de armas punzocortantes y de pastillas), la mayor prevalencia de mujeres, y que en la mayoría de los casos a los jóvenes no les importaba si vivían o moría o bien, querían morir. Además de que entre los sentimientos encontrados se registraron el sentirse solos, tristes y manifiestan tener problemas familiares. (González-Forteza, Chávez-Hernández, Villatoro y Medina-Mora, 2006).

Una de las características de las personas que han intentado suicidarse es la manifestación de desesperanza, a este respecto Quintanilla, Haro, Flores, Celis de la Rosa y Valencia (2003) encontraron que la tentativa o ideación suicida incrementa con la magnitud de la desesperanza, ya que las personas perciben el futuro como incierto, hay una renunciación a las cosas y creen que su situación no cambiará.

## **2.5. La familia**

La familia le proporciona al niño un sistema socializante en el que se enfrenta a un proceso de moldeamiento de conductas disciplinarias y afectivas, además de continuidad y un sentido de pertenencia. Los niños tienden a imitar a sus padres e integrar en su propia estructura de la personalidad sus mecanismos de defensa y formas de enfrentarse con el mundo, las conductas y actitudes que han contemplado con sus padres (Horrocks, 1993). A su vez, es función de la familia ofrecer a los hijos el aprendizaje y las experiencias que les permitan adaptarse al medio. Las normas así como la aceptación juegan un importante papel en el desarrollo de la personalidad de los niños. De esta manera, se puede decir que la familia tiene el papel de agencia que define el estatus y la experiencia, es decir, define el papel del niño en la sociedad (Horrocks, 1993).

Según White (1999) el desarrollo psicológico del niño es influenciado por la familia y el ambiente en el que crece el adolescente, la familia cubre la necesidad de orientación, ayuda y protección fomentando el desarrollo de la independencia, y la emancipación, a través de responsabilidades, tomar decisiones, y planear su futuro. Para lo cual se requiere que el adolescente tenga en su hogar apoyo, seguridad, afecto y pertenencia (Horrocks, 1993).

Según Horrocks (1993) el buen ajuste marital fomenta aceptación de los niños y el mal ajuste conyugal de los padres provoca sentimientos de inseguridad en los niños y les niega el ambiente óptimo para su ajuste social y emocional tanto en el presente como en el futuro. Al encontrar discordia dentro del hogar el adolescente hace las cosas más difíciles para sus padres y lleva las tensiones al exterior.

Rodrigo, Maiquez, García, Mendoza, Rubio, Martínez y Martín (2004) realizaron un estudio que tuvo como objetivo analizar las pautas de los estilos de vida que se observan entre los 13 y 17 años para comprobar si el modo en que los adolescentes perciben sus relaciones con la familia está asociado a diferentes estilos de vida. En el estudio participaron 1417 jóvenes, de diferentes centros escolares y otro tipo de centros de atención a jóvenes no escolarizados; el 54% eran varones y 46% mujeres. Se encontró que al comienzo de la adolescencia (13 años) los estilos de vida son saludables (no se consume tabaco, alcohol ni drogas), no se han iniciado relaciones sexuales, hay satisfacción de la imagen corporal, se combina el estudio con actividades de ocio, hay buena comunicación y apoyo de los padres y se observa un buen ajuste escolar. Por otra parte se encontró que aquellos jóvenes identificados en situación de riesgo familiar o que acuden a otros recursos educativos presentan dificultades de socialización, falta de apoyo y supervisión de la madre, han repetido curso o faltan a clase, se sienten insatisfechos y tienen problemas en su relación con los iguales.

También se encontró que en la adolescencia media (15 y 16-17 años) los estilos de vida son menos saludables. Las jóvenes pertenecientes a la adolescencia media reportaron sentirse insatisfechas con su imagen corporal, experimentan sentimientos de soledad y presentan un riesgo a padecer trastornos alimentarios. Por otra parte, los varones tienen más problemas en la adaptación al entorno escolar y un menor rendimiento académico, lo que llevaría a experiencias de fracaso y al abandono prematuro de los estudios. Los participantes que no están en un centro Educativo, muestran estilos de vida menos saludables aún, hay un alto consumo de tabaco, alcohol y drogas. Se puede concluir que la calidad de la relación padre-hijo se asocia con el estilo de vida en el adolescente, por lo que resulta de suma importancia la disponibilidad del padre, su implicación, apoyo y comunicación hacia el hijo, así como el apoyo instrumental y emocional de ambos padres.

Entre los problemas observados en la familia se encuentran las dificultades de interacción, ya que en muchos casos se siguen pautas inadecuadas que afectan el desarrollo psicológico del adolescente. Entre estas pautas está el rechazo por parte de alguno de los padres que se manifiesta como regaños insistentes y críticas excesivas, impaciencia o mal

humor, comparaciones denigrantes, inconsistencia o suspicacia, donde el padre se muestra hostil, amenaza y le niega al adolescente las cosas que desea, siendo indiferente, y provocando en el adolescente resentimiento, amargura y descontento dentro y fuera de su hogar, lo que resulta en comportamientos de huida, agresión, o dificultad de ajuste. (Horrocks, 1993).

Así, en el suicidio el adolescente puede ver una forma de afrontar los problemas. Si los padres tienen problemas psiquiátricos o abusan de sustancias puede significar que el chico esté atrapado en un ambiente caótico y difícil, viviendo un estrés inusual (White, 1999). Un inadecuado manejo de los conflictos familiares se puede ver como un factor de riesgo para el intento suicida en los adolescentes, pues éstos pueden traspasar los límites familiares del respeto y sentir posteriormente el rigor de los sentimientos de culpa que pueden conducirlo a tomar una decisión equivocada, por ello las familias conflictivas y mal estructuradas se consideran como un factor importante a tomar en cuenta dentro del tema del suicidio (Valadez, González, Amescua, 2005).

Valadez, González y Amescua (op. Cit., 2005) mencionan que la familia por sí sola no constituye un factor de riesgo o un factor predisponente para el riesgo suicida pero que se han encontrado datos que sí pudieran estar relacionados con el comportamiento suicida en los adolescentes y algunas características de la familia, pero que por sí mismos no llevarían al joven a cometer un acto suicida.

Personas de familias con una historia de enfermedad mental, violencia, suicidio, abuso físico y sexual, abuso de sustancias, situaciones disfuncionales como divorcio, separación, conflicto y estrés, son riesgos que incrementan la probabilidad de suicidio (White, 1999, Medina y Hernández, 2004).

Hernández, 2006 comenta que uno de los principales factores de riesgo para los hombres es el ambiente familiar y para las mujeres lo constituyen el tener una mala comunicación con la madre, sentirse en desventaja con las amigas, una baja estima y el preferir aislarse de situaciones problemáticas.

Una relación deteriorada entre padres e hijos, identificada en el padre con pasar poco tiempo con el niño, un bajo nivel de asistencia hacia la madre del niño, poca expresión afectiva, numerosas peleas con la madre, no cumplimiento del rol paterno en la familia, pobreza de comunicación con el niño, baja supervisión de las necesidades del niño y pobreza en la manutención del hogar, y con la madre por castigos rigurosos al niño, aplicación incoherente de las reglas, pasar poco tiempo con él, bajas aspiraciones educacionales hacia el niño, poca expresión afectiva o excesiva sobreprotección, utilizar mecanismos de culpa, numerosas peleas con el padre, bajo poder de control de la ira hacia el niño, abusos verbales directos, se asocian a un incremento del riesgo suicida y de las tentativas de suicidio (Medina y Hernández, 2004).

Por otro lado, hay rasgos cognitivos y de personalidad relacionados con el riesgo de comportamiento suicida en personas jóvenes en función de su estructura familiar y de un posible factor de transmisión de padres a hijos como son: baja autoestima, falta de control, desesperanza, introversión, neuroticismo, impulsividad, imprudencia, agresión y violencia, pasividad, dependencias, obsesión y rasgos histéricos, estados y rasgos de ansiedad e ira, susceptibilidad, inadecuación social, y disminución de las habilidades cognitivas para evaluar las consecuencia de una acción. (Medina y Hernández, 2004).

González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner (2003) realizaron un estudio con el objetivo de identificar correlatos de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes con 931 estudiantes de educación secundaria de un nivel socioeconómico bajo, 508 hombres (54%) y 428 mujeres (46%), encontrando que la autoestima es un correlato protector de depresión y/o ideación suicida la cual se relaciona con el ambiente familiar al percibir de los padres su afecto y reconocimiento, comunicación, aceptación y de orientación.

Wilde (2000) menciona que en un estudio con 1500 estudiantes de preparatoria durante un año, se encontró que los adolescentes que reportaron haber atentado contra sus vidas, mostraron bajos niveles de apoyo por parte de sus familias y relaciones más turbias

con sus padres en comparación con aquellos que no reportaron intentos de suicidio, en el cual se puede ver la influencia que tiene la familia en el comportamiento de los jóvenes.

En Guadalajara, México, Valadez, González, y Amescua (2005) realizaron un estudio para analizar la relación que existía entre ciertas características de la familia y los intentos de suicidio en los adolescentes en 343 adolescentes de educación media superior que se encontraban entre los siguientes tres grupos de edad: 12-15, 16-18 y 19-24 años identificando que un 11.95% del total presentó antecedentes de intentos de suicidio y que el intento de suicidio está en estrecha relación con los conflictos económicos dentro del ámbito familiar, con la mala comunicación dentro de ella, el manejo inadecuado de problemas y la agresividad y problemas de pareja. Concluyendo que el vivir dentro de un ámbito familiar en el que se carece de afecto y de comunicación ya sea por su calidad o por la falta de ésta torna más probable el intento suicida.

En otro estudio referido por Hernández (2006) se encontró que el 40% de los varones y el 44% de las mujeres, de un total de 1848 estudiantes de escuelas de nivel medio y medio superior de Pachuca Hidalgo, reportaron problemas familiares, seguido de los problemas amorosos (26% para hombres y 27% para las mujeres), los problemas con los amigos (10% varones, 7% mujeres) y problemas en la escuela (7% varones, 8% mujeres). Y que comparando los adolescentes que había intentado suicidarse con otro grupo que no lo había hecho, que los adolescentes con intento de suicidio tendían a comer solos, practicar menos deporte en su tiempo libre y salir a pasear en menor medida con su familia en comparación con los que no habían intentado suicidarse. Concluyendo que el hecho de que el adolescente se prive de un contacto afectivo con su familia, especialmente en los momentos de tomar los alimentos que es de suma importancia dentro de a cultura mexicana, lo pone en una situación de mayor vulnerabilidad ante el suicidio.

Otro factor es el conocer a alguna persona que haya incurrido en actos de este tipo, de la misma manera la exposición a situaciones estresantes puede elevar el riesgo. En relación con esto, la familia juega un papel muy importante como lo demuestra un estudio que refiere Wilde (2000) llevado a cabo con 1500 estudiantes de preparatoria durante un

año, en éste se concluyó que aquellos adolescentes que mostraron tener bajos niveles de apoyo por parte de sus familias reportaron haber atentado contra sus vidas, mostraban tener también relaciones más turbias con sus padres en comparación con aquellos que no reportaron intentos de suicidio; estas conductas suicidas incluso pueden estar relacionadas con situaciones de abuso sexual y abuso físico. Según Apter y Freudenstein (2002) se han asociado a la conducta suicida factores como bajos ingresos, cambio de residencia, bajo cuidado de los padres y relación pobre con estos.

En otro estudio realizado por Masten, Caldwell-Colbert, William, Jerome, Mosby, Barrios y Helton (2003) con dos grupos de adolescentes para identificar las diferencias de género en síntomas depresivos entre adolescentes mexicanos, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, sin embargo se observó que un ambiente en el hogar pobre con eventos estresantes, precipitan la depresión y la ideación suicida.

Cuando se habla del tema de la familia es inevitable suponer en ella una convivencia en armonía en un ambiente cálido en el que los padres, hijos y otros miembros de la familia se apoyan y fungen como motivadores unos de los otros. También se habla o se sugiere el cariño, comprensión, comunicación, convivencia, solidez, protección, educación, sostén (emocional, económico, otros) y muchos aspectos más que se dan dentro de ella o que debieran ser parte de la palabra familia. Con ello todos sus miembros tendrán la oportunidad de desarrollarse, vivir y actuar en forma óptima en todos los ámbitos de su vida.

A pesar de ello, se puede ver que los adolescentes que carecen de algún tipo de apoyo familiar (emocional, económico) o que las circunstancias familiares que los rodean son adversas, ellos son trastocados en cada una de las áreas de su vida de tal manera que en ellos se puede desencadenar desde ira *aparentemente injustificada* hasta ideas de terminar con su propia vida o de minusvalía.

La influencia de la familia en los adolescentes es de vital importancia , ya que puede ocurrir que debido a los problemas que se presentan en la misma y que no pueden ser controlados por el adolescente que lo induzca a tristezas pasajeras, depresiones severas, molestias, ira permanente, auto-concepto negativo y pensamientos o acciones auto destructivas.

Sin embargo, no se puede concluir que la familia es la causante total de las consecuencias que tendrán sus miembros pero sí que es un importante aspecto que se habría que tomar en cuenta pues como trasmisora de valores, creencias, ideas y mucho más es la base para el desarrollo y vida de los jóvenes.

Así, la familia es un factor que en los adolescentes se asociará con la presencia de la ideación suicida, motivo por el cual en la presente investigación se ubica como uno de los factores a estudiar, junto con algunas características individuales como el locus de control, la actitud disfuncional, problemas emocionales, intentos previos de suicidio y presencia de ideación suicida en jóvenes.

En el siguiente apartado se muestra la información relacionada con el estudio llevado a cabo con una población adolescente de educación media superior, en el cual se consideran las variables antes mencionadas.

### **3. METODOLOGÍA**

El INEGI reporta que en el año 1990 el 2.5 por ciento de las muertes en personas de 15 a 29 años fueron por suicidio, tasa que se elevó al 6.5% en el 2005. Siendo la población más afectada por el suicidio consumado los hombres y por el intento del suicidio, las mujeres, motivo por el cual en México la prevención, la atención y la investigación del suicidio se plantea como una tarea de suma relevancia.

Así, una de las poblaciones de mayor riesgo suicida corresponde a los jóvenes, en especial los adolescentes. Riesgo que se acrecienta por la serie de cambios a nivel personal, social, biológico y psicológico, estos cambios y el contexto en el que se está desarrollando implican preocupaciones, dificultades, miedos y en consecuencia conductas para afrontar la problemática presente. En algunos estudios se ha encontrado que una de las preocupaciones más frecuentes en los adolescentes con ideas suicidas son los problemas familiares, esto se hace evidente en el informe estadístico del INEGI respecto a las causas de suicidio y en primer lugar se ubican los disgustos familiares, dicho factor se ha encontrado en primer lugar desde el año 1995 hasta el 2004, ubicándose en segundo lugar la causa amorosa y en tercero las dificultades económicas, los datos anteriores confirman la relevancia de la familia en el desarrollo integral del individuo. Esto permite ver que la familia tiene una gran importancia en el desarrollo del joven, provee herramientas al individuo, desde los primeros años para relacionarse y adaptarse al medio, es así como la estructura familiar, la problemática vivida dentro de esta como la separación, el divorcio y peleas frecuentes entre los padres, la falta de apoyo emocional hacia el adolescente, los trastornos mentales de alguno de los padres, el abuso de sustancias, el maltrato físico y sexual, así como el salir del hogar a edades tempranas coloca al adolescente en una posición vulnerable frente al suicidio.

Por lo que el interés de este estudio radica en identificar si las características individuales que se han vinculado con el riesgo suicida, tal como las actitudes disfuncionales, el locus de control, los problemas emocionales, los problemas familiares y los intentos previos permiten diferenciar a jóvenes con y sin Ideación Suicida.

### **3.1. Pregunta de investigación**

¿Los jóvenes de Educación Media Superior del Distrito Federal con diferentes índices de actitudes disfuncionales, locus de control externo, problemas emocionales, intentos previos de suicidio y problemas familiares, mostrarán diferencias significativas en la presentación de Ideación Suicida?

#### **Objetivo general**

Identificar si los jóvenes de Educación Media Superior del Estado de México con diferentes índices de actitudes disfuncionales, locus de control externo, problemas emocionales, intentos previos de suicidio y problemas familiares, presentan diferencias significativas en el registro de ideación.

- ✓ Identificación de los subgrupos de puntuación alta y baja en cada una de las variables
- ✓ Comparación del grado de IS entre los grupos de:
  - Jóvenes con Actitud Disfuncional alta y los jóvenes con Actitud Disfuncional baja
  - Jóvenes con alto índice de locus de control externo y jóvenes con bajo índice de locus de control externo.
  - Jóvenes con un índice alto de problemas emocionales y un índice bajo de problemas emocionales.
  - Jóvenes con intentos previos de suicidio y jóvenes sin intentos previos de suicidio.
  - Jóvenes con problemas familiares y sin problemas familiares.

## **Hipótesis**

Los jóvenes de Educación Media Superior del Distrito Federal con un alto índice de Actitud Disfuncional (AD) presentarán Ideación Suicida (IS) significativamente mayor que los jóvenes con bajos índices de Actitud Disfuncional.

Los jóvenes de Educación Media Superior del Estado de México con un alto índice de Locus de Control externo presentarán Ideación Suicida significativamente mayor que los jóvenes con bajo índice de locus de control externo.

Los jóvenes de Educación Media Superior del Estado de México con un alto índice de problemas emocionales presentarán Ideación Suicida significativamente mayor que los jóvenes con bajo índice de problemas emocionales.

Los jóvenes de Educación Media Superior del Estado de México con intentos previos de suicidio presentarán ideación suicida significativamente mayor que los jóvenes sin intentos previos de suicidio.

Los jóvenes de Educación Media Superior del Estado de México con problemas familiares presentarán una ideación suicida significativamente mayor que los jóvenes sin problemas familiares.

## **3.2. Método**

### *Población*

Jóvenes que estuviesen cursando el período 2007-A de los turnos matutino y vespertino del primero al sexto semestre.

### *Muestra*

La muestra fue de tipo no aleatoria intencional que consistió en seleccionar a los grupos de acuerdo con su disponibilidad. En total participaron 1282 estudiantes del Colegio de

Bachilleres, Plantel 1, “El Rosario” ubicado en Av. de las Culturas y Mecánicos, Unidad Infonavit “El Rosario”, Azcapotzalco, D. F. , de los cuales 773 pertenecían al turno matutino y 509 al turno vespertino.

#### *Materiales*

Computadora Pentium; programas Word, Excel, Power Point y SPSS 10

#### *Instrumentos y aparatos*

Batería del “Proyecto De Investigación Riesgo y Salud” (ver anexo).

#### **Escalas de la Batería**

| <b>Escalas</b>                        | <b>Procedencia</b>   | <b>Reactivos</b>  |
|---------------------------------------|--|---|
| <b>Escala de actitud disfuncional</b> | Escala de Actitudes disfuncionales (DAS-A) de Weissman y Beck, (1978)                        | 2.1, 2.2, 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.10, 2.11, 2.12, 2.13, 2.15, 2.16, 2.17, 2.18, 2.21, 2.22, 2.23 |
| <b>Escala de Locus de Control</b>     | Escala de Locus de Control para adolescentes y jóvenes de González-Forteza (1995).           | 2.27, 2.28, 2.29, 2.30, 2.31, 2.32, 2.33  |
| <b>Escala de Estado Emocional</b>     | Escala de Trastornos Emocionales de Berwick, Murphy, Goldam, Ware, Barsky y Weinstein (1991) | 2.85, 2.86, 2.887, 2.88 y 2.89  |
| <b>Escala de Ideación Suicida</b>     | Escala de Ideación Suicida de Roberts E. (1988),   | 3.3, 3.4, 3.5 y 3.6   |

#### *Descripción del lugar y situación de aplicación*

El lugar de aplicación del instrumento fueron las aulas de clase del Colegio de Bachilleres, Plantel 1, “El Rosario”, con una longitud de 4x3 metros, con iluminación natural y artificial, con aproximadamente 40 bancas, un escritorio y un pizarrón para gis. Para la aplicación de los cuestionarios se tomaron grupos asignados por una orientadora que no tuvieran profesor o que estuvieran dentro del horario de la materia de orientación vocacional, por lo que se cubrió el horario de 7:00 am hasta las 12:00 pm en el turno matutino, los cuestionarios se aplicaron a dos grupos por hora, en cada uno estaba presente

una aplicadora con el profesor responsable del grupo al momento de la aplicación. El turno vespertino fue cubierto por un aplicador desde las 14:00 pm hasta las 18:00 pm, del mismo modo, acompañado de un profesor responsable del grupo.

A continuación se presentan en una tabla las variables exploradas en esta investigación, su definición metodológica, teórica y operacional.

### Descripción de Variables

| Variable              | Definición metodológica | Definición teórica   | Definición operacional  |
|-----------------------|-------------------------|--|---|
| Problemática familiar | Variable independiente  | Se refiere a las dificultades de interacción ya que en muchos casos se siguen pautas inadecuadas que afectan el desarrollo psicológico del adolescente como rechazo, regaños insistentes y críticas excesivas, impaciencia o malhumor, inconsistencia o suspicacia, amenaza que puede provocar en el adolescente, resentimiento, amargura y descontento dentro y fuera de su hogar que se manifiesta en forma de huída o agresión y dificultad de ajuste (Horrocks, 1993). | En la sección 3 se encuentra una pregunta abierta respecto a los dos principales problemas que le afectan al adolescente en el momento de contestar el instrumento, el número uno indicaba el problema que era de mayor importancia para cada participante en el momento de la aplicación de la encuesta, seguido por el mencionado en el número dos con menor importancia. Para el registro de la variable se agruparon las respuestas en dos grupos: los que indicaron como numero 1 a la problemática familiar y los que indicaron una problemática distinta a la familiar |
| Ideación suicida      | Variable dependiente    | Se refiere a aquellos pensamientos acerca de una conducta autodestructiva, que puede ir de ideas vagas sobre la posibilidad de quitarse la vida. (Reinecke y Franklin-Scott, 2005). Se manifiesta a través de: un deseo de morir, la representación suicida; una idea de autodestrucción y una idea suicida planificada (Pérez, 1999).   | En la sección 3 (ítems 3.3 a 3.6) se encuentra la escala de Roberts (1988) de ideación suicida en la que se presentan 4 síntomas indicadores de ideación suicida que hayan estado presentes en la última semana estos son: “no podía seguir adelante”, “tenía pensamientos sobre la muerte”, “sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)” y “pensé en matarme”. La puntuación mínima es de cero y la máxima de 20 puntos la cual indicaría una presencia mayor de ideación suicida.  |

|                      |                        |   |   |
|----------------------|------------------------|---|---|
|                      |                        |   | Se considera que cuando la puntuación se ubica a dos desviaciones estándar por debajo de la media se tiene un puntaje bajo mientras que arriba de dos puntuaciones estándar de la media, se tiene un puntaje alto.  |
| Actitud disfuncional | Variable independiente | Son aquellas creencias mal adaptativas, negativistas, rígidas en las que se percibe una desconfianza hacia los demás, un futuro sombrío y una falta de control sobre los resultados de sus actos, lo que tiene como consecuencia desesperanza, y percepción de incapacidad para resolver problemas (Reinecke y Franklin-Scott (2005). | Los ítems que evalúan actitud disfuncional son 2.18, 2.10, 2.12, 2.8, 2.11, 2.6, 2.21 y 2.13 que miden exigencia-condenación; los reactivos 2.22, 2.16, 2.23, 2.7 y 2.5 miden baja tolerancia y exigencia; los ítems 2.2, 2.3 miden exigencia en términos disfuncionales y los ítems 2.1 y 2.17 miden exigencia funcional. La puntuación mínima es de cero y la máxima de 90. Con ellos se puede identificar el tipo de actitud disfuncional que predomina en los sujetos. Se considera que cuando la puntuación se ubica a dos desviaciones estándar por debajo de la media se tiene un puntaje bajo mientras que arriba de dos puntuaciones estándar de la media, se tiene un puntaje alto. (DAS-A) de Weissman y Beck, (1978). |

|                  |                        |  |  |
|------------------|------------------------|--|--|
| Locus de control | Variable independiente | La percepción sobre la capacidad de control y autocontrol ante los eventos y la influencia que estos tienen sobre sí mismos, de forma interna y externa (Pelechano, 1999). | La escala de Locus de Control de González-Forteza (1995) que mide el tipo externo con los ítems 2.32, 2.29, 2.31, 2.26, 2.27 y la puntuación máxima para este tipo de locus fue 25; e interno con los reactivos 2.30, 2.28, 2.33 con una puntuación máxima de 15. A partir de ellos se puede distinguir el tipo de locus de control predominante en los sujetos. Se considera que cuando la puntuación se ubica a dos desviaciones estándar por debajo de la media se tiene un puntaje |
|------------------|------------------------|--|--|

|                              |                        |   |  |
|------------------------------|------------------------|---|--|
|                              |                        |   | bajo mientras que arriba de dos puntuaciones estándar de la media, se tiene un puntaje alto. González-Forteza C. (1995).   |
| Problemas emocionales        | Variable independiente | Cuadros clínicos que se instalan en la vida emocional de un individuo y que pueden interrumpir, congelar, distorsionar y/o desconectar cualquiera, algunas o muchas y en los casos más graves todas las expresiones comportamentales de su desenvolvimiento personal, familiar, laboral, social y/o vital (Dos Santos, 2007). | El Estado Emocional se evaluó con la escala de Trastornos emocionales de Berwick, Murphy, Goldam, Ware, Barsky y Weinstein (1991) probada en población mexicana por Lara, Acebedo y Luna (2001), dicha escala abarca los ítems 2.85, 2.86, 2.87, 2.88, 2.89. La puntuación mínima fue de cero y la máxima de 20 que indicaría un estado emocional negativo. Se considera que cuando la puntuación se ubica a dos desviaciones estándar por debajo de la media se tiene un puntaje bajo mientras que arriba de dos puntuaciones estándar de la media, se tiene un puntaje alto. |
| Intentos previos de suicidio | Variable independiente | Es todo acto que comete algún individuo de manera deliberada para dañarse a sí mismo pero sin resultado de muerte (Pérez, 1999).  | Esta variable fue evaluada en la sección 3 de la batería correspondientes a los ítems 3.7 y 3.8 sobre sí habían intentado previamente quitarse la vida y cuántas veces. Se considera que cuando la puntuación se ubica a dos desviaciones estándar por debajo de la media se tiene un puntaje bajo mientras que arriba de dos puntuaciones estándar de la media, se tiene un puntaje alto.   |

|                  |                        |  |  |
|------------------|------------------------|--|--|
| Locus de control | Variable independiente | La percepción sobre la capacidad de control y autocontrol ante los eventos y la influencia que estos tienen sobre sí mismos, de forma interna y externa (Pelechano, 1999). | La escala de Locus de Control de González-Forteza (1995) que mide el tipo externo con los ítems 2.32, 2.29, 2.31, 2.26, 2.27 y la puntuación máxima para este tipo de locus fue 25; e interno con los reactivos 2.30, 2.28, 2.33 con una puntuación máxima de 15. A partir de ellos se puede distinguir el tipo de locus de control predominante en los sujetos. Se considera que cuando la puntuación se ubica a dos desviaciones estándar por debajo |
|------------------|------------------------|--|--|

|                              |                        |   |  |
|------------------------------|------------------------|---|--|
|                              |                        |   | de la media se tiene un puntaje bajo mientras que arriba de dos puntuaciones estándar de la media, se tiene un puntaje alto. González-Forteza C. (1995).   |
| Problemas emocionales        | Variable independiente | Cuadros clínicos que se instalan en la vida emocional de un individuo y que pueden interrumpir, congelar, distorsionar y/o desconectar cualquiera, algunas o muchas y en los casos más graves todas las expresiones comportamentales de su desenvolvimiento personal, familiar, laboral, social y/o vital (Dos Santos, 2007). | El Estado Emocional se evaluó con la escala de Trastornos emocionales de Berwick, Murphy, Goldam, Ware, Barsky y Weinstein (1991) probada en población mexicana por Lara, Acebedo y Luna (2001), dicha escala abarca los ítems 2.85, 2.86, 2.87, 2.88, 2.89. La puntuación mínima fue de cero y la máxima de 20 que indicaría un estado emocional negativo. Se considera que cuando la puntuación se ubica a dos desviaciones estándar por debajo de la media se tiene un puntaje bajo mientras que arriba de dos puntuaciones estándar de la media, se tiene un puntaje alto. |
| Intentos previos de suicidio | Variable independiente | Es todo acto que comete algún individuo de manera deliberada para dañarse a sí mismo pero sin resultado de muerte (Pérez, 1999).  | Esta variable fue evaluada en la sección 3 de la batería correspondientes a los ítems 3.7 y 3.8 sobre sí habían intentado previamente quitarse la vida y cuántas veces. Se considera que cuando la puntuación se ubica a dos desviaciones estándar por debajo de la media se tiene un puntaje bajo mientras que arriba de dos puntuaciones estándar de la media, se tiene un puntaje alto.   |

### **3.3. Procedimiento**

#### *1. Adecuación del instrumento*

Selección de los ítems para el registro de cada una de las variables.

#### *2. Solicitud de permiso para la aplicación de la batería*

Los miembros del equipo acudieron al Colegio de Bachilleres, plantel 1, “El Rosario” a solicitar un permiso para la aplicación del instrumento, para lograr esto se llevó una carta firmada por la jefatura de la carrera de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, así como una explicación por escrito acerca de los objetivos y las características del estudio.

#### *3. Selección de muestra*

Se eligió una muestra no aleatoria intencional compuesta por 1282 estudiantes del Colegio de Bachilleres, Plantel 1, “El Rosario” 773 del turno matutino y 509 del turno vespertino.

#### *4. Aplicación del instrumento*

- a. Los cuestionarios se aplicaron en las diferentes aulas de la escuela según el grupo, en algunos casos se pidió previa autorización al profesor, mientras que en otros casos fue según si el grupo no tenía profesor en ese momento. En cuanto al horario, este fue variable, se trató de cubrir todo el turno, tanto matutino como vespertino, pero la aplicación del cuestionario dependía de la disponibilidad de los grupos.
- b. Una vez seleccionado el salón:
  - Los aplicadores se presentaron ante el grupo y al profesor.
  - Se hicieron listas donde los alumnos apuntaron su nombre. Indicando que esto era sólo para informar a las autoridades del plantel de quienes participaron.

- De acuerdo con la lista fue el orden de entrega de los cuestionarios, para certificar el número de folio con el de la lista.
- Entregados los cuestionarios, en primer lugar se dio lectura de la primera hoja, todos juntos, posteriormente se dio inicio a la contestación del mismo. Subrayando la importancia de la participación de cada joven y de que si no lo deseaban, no tenían porque contestar el cuestionario. Pero que si así lo decidían, se esforzaran por contestar todas las preguntas, de acuerdo a lo que piensan, sienten y viven. Ya que ello incluso podría ayudarlos. Y que cualquier duda sería aclarada en el momento.
- Se pidió a los jóvenes que no platicaran entre ellos, ya que era individual. No porque no copiaran, sino porque era importante que cada quién pusiera atención de acuerdo a lo que está viviendo en lo personal. Sentándose el aplicador en alguna esquina, o manteniéndose parado estando atento a cualquier duda.
- Recepción de los cuestionarios.
- Se agradeció al grupo y al profesor.

## 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

### 4.1. Datos generales

A continuación se presentan los puntajes y porcentajes de los datos generales de los participantes, para lo cual se retoman los reactivos más significativos del apartado de Datos Generales del Instrumento utilizado en esta investigación.

#### *Edad, sexo trabajo y sostén económico*

El promedio de edad de los participantes fue de 16.68 años con un rango de 13 a 33 años, donde el 65.2% se encontraba entre 16 y 18 años, y el 22.9% entre los 13 y 15 años (ver tabla 1). Con respecto al sexo, el 55.7% de la muestra estuvo conformado por mujeres y el 44.1% por hombres (ver tabla 2). Con relación a si trabajaban, el 22.9% de los encuestados indicó que sí trabajaba, el 75.8% que no, y el 1.3% no especificó (ver tabla 3). Respecto al principal sostén económico de la familia el 36.4% respondió que ambos padres, 33% sólo el padre y 14.9% la madre, el resto lo refieren a hermanos, el encuestado, todos los miembros de la familia u otros (ver tabla 4).

#### **Edad de los participantes**

| <b>Edad</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-------------|-------------------|-------------------|
| No responde | 8                 | .6                |
| 13-15       | 293               | 22.9              |
| 16-18       | 837               | 65.2              |
| 19-21       | 144               | 11.3              |
| Total       | 1282              | 100               |

**Tabla 1.** Muestra la frecuencia y el porcentaje de edad de los participantes.

### Sexo

| Sexo        | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| No responde | 3          | .2         |
| Masculino   | 565        | 44.1       |
| Femenino    | 714        | 55.7       |
| Total       | 1282       | 100.0      |

**Tabla 2.** Muestra la frecuencia y porcentaje de sexo de los encuestados

### Personas que trabajan

| Pregunta          | Respuesta   | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|-------------|------------|------------|
| 1.7<br>¿Trabajas? | No responde | 17         | 1.3        |
|                   | No trabaja  | 972        | 75.8       |
|                   | Sí trabaja  | 293        | 22.9       |
|                   | Total       | 1282       | 100.0      |

**Tabla 3.** Muestra el porcentaje de encuestados que trabajan.

### Principal sostén económico

| Preguntas   | Respuestas        | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|------------|------------|
| 1.8 ¿Cuál es el principal sostén económico en tu familia? | No responde       | 15         | 1.2        |
|   | Padre             | 423        | 33.0       |
|   | Madre             | 191        | 14.9       |
|   | Ambos padres      | 467        | 36.4       |
|   | Hermanos          | 13         | 1.0        |
|   | Padres y hermanos | 88         | 6.9        |
|   | Tu                | 29         | 2.3        |
|   | Otros             | 56         | 4.4        |
|   | Total             | 1282       | 100.0      |

**Tabla 4.** Esta tabla muestra la frecuencia y porcentaje del principal sostén económico en el hogar de cada encuestado, la opción otros incluye: pareja o el que hayan señalado dos o más opciones.

### *Historia de situaciones perturbadoras y de atención psiquiátrica*

Se cuestionó a los participantes sobre con quién habían vivido su infancia y/o adolescencia a lo cual el 65.8% respondió que con ambos padres y hermanos, el 12% sólo con ambos padres, el 9.9% sólo con uno de los padres, el resto con otros familiares o personas (11.3%) (Ver tabla 5).

| <b>Con quién vivió en la infancia</b>            |                         |                   |                   |
|--|-------------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Pregunta</b>                                  | <b>Respuesta</b>        | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
| 1.9 Tu infancia y/o adolescencia la viviste con: | No responde             | 12                | .9                |
|  | Papá y Mamá             | 154               | 12.0              |
|  | Papá, Mamá y hermano(s) | 844               | 65.8              |
|  | Solo Papá o solo Mamá   | 127               | 9.9               |
|  | Otros                   | 145               | 11.3              |
|  | Total                   | 1282              | 100.0             |

**Tabla 5.** En esta tabla se muestra el porcentaje y frecuencia de las personas con las que vivió el encuestado durante la infancia y/o adolescencia. La opción otros incluye: sólo hermanos o padres con otros familiares u otras personas.

En la tabla 6 se observa el porcentaje de alumnos que reportaron haber vivido situaciones perturbadoras en los últimos tres meses previos a la presente investigación fue de 42.58% (incluyendo a los que mencionan sólo una y más de una) mientras que los que contestaron de manera negativa a este reactivo fue el 54.29%.

### **Situaciones perturbadoras**

| <b>Pregunta</b>  | <b>Respuestas</b> | <b>Puntaje</b> | <b>Porcentaje</b> |
|--|-------------------|----------------|-------------------|
| 1.13. ¿En los últimos tres meses has vivido situaciones que han perturbado o alterado tu vida? | No responde       | 40             | 3.1%              |
|  | No                | 696            | 54.29%            |
|  | Si                | 546            | 42.58%            |

**Tabla 6.** Muestra la frecuencia de situaciones perturbadoras para los adolescentes.

De aquellos que contestaron afirmativamente (42.58%) e indicaron que había sido una situación la que había perturbado o alterado su vida, el 24.10% manifestó que dichas situaciones estuvieron relacionadas principalmente con: la pareja y el trabajo, seguidos de las amistades, la escuela y la familia. De la misma manera, los que contestaron de manera afirmativa pero refiriéndose a dos o más situaciones como las que les habían resultado perturbadoras (18.48%), se identificó que las principales situaciones fueron: la familia seguida de las amistades, de otros motivos, la pareja y la escuela (Ver tabla 7).

#### Motivos de las situaciones perturbadoras

| Motivos más frecuentes | Si, una    |               | Si, más de una |               |
|------------------------|------------|---------------|----------------|---------------|
|                        |            |               |                |               |
| Familia                | 141        | 10.99%        | 39             | 3.04%         |
| Pareja                 | 60         | 4.68%         | 7              | 0.54%         |
| Amistades              | 35         | 2.73%         | 6              | 0.46%         |
| Escuela                | 38         | 2.96%         | 3              | 0.23%         |
| Trabajo                | 15         | 1.17%         | --             | --            |
| Otro                   | 20         | 1.56%         | 3              | 0.23%         |
| Dos diferentes         | --         | --            | 120            | 9.36%         |
| Tres o más             | --         | --            | 59             | 4.60%         |
| <b>Totales</b>         | <b>309</b> | <b>24.10%</b> | <b>237</b>     | <b>18.48%</b> |

**Tabla 7.** Muestra los motivos más frecuentes por los que los adolescentes se vieron afectados.

Otra pregunta correspondió a si los participantes habían recibido alguna vez un tipo de atención psicológica o psiquiátrica, los datos obtenidos se observan en la tabla 8 donde se indica que el 82.37% reportó no haber recibido atención de ninguno de estos dos tipos, pero el 16.30% del total mencionó que sí había recibido alguno de los dos tipos de atención.

#### Atención psicológica o psiquiátrica

| Pregunta   | Respuestas   | Puntaje | Porcentaje |
|--|--------------|---------|------------|
| 1.20. ¿Has recibido atención psicológica o psiquiátrica? | No responden | 17      | 1.32%      |
|  | No           | 1056    | 82.37%     |
|  | Si           | 209     | 16.30%     |

**Tabla 8.** Muestra a los adolescentes que han recibido o no algún tipo de terapia.

Se encontró que de estos últimos, que sí recibieron algún tipo de atención, las causas más frecuentes por las que la recibieron fueron: los trastornos emocionales, los problemas familiares y los escolares, seguidos de otras causas, de problemas de drogadicción y alcoholismo (ver tabla 9); los que mencionaron más de una opción fueron el 0.54% y más de tres causas fue el 0.15% de la población total.

#### **Causas más frecuentes de la terapia**

| <b>Causas más frecuentes</b> | <b>Puntaje</b> | <b>Porcentaje</b> |
|------------------------------|----------------|-------------------|
| Trastornos emocionales       | 59             | 4.60%             |
| Drogadicción                 | 6              | 0.47%             |
| alcoholismo                  | 2              | 0.156%            |
| Problemas familiares         | 51             | 3.98 %            |
| Problemas escolares          | 48             | 3.744%            |
| Otra                         | 31             | 2.42%             |
| 7                            | 1              | 0.07%             |
| Más de una                   | 7              | 0.54%             |
| Más de tres                  | 2              | 0.15 %            |
| <b>Totales</b>               | <b>209</b>     | <b>16.30%</b>     |

**Tabla 9.** Muestra los motivos por los que los adolescentes acudieron a terapia.

Un reactivo más se hizo con el fin de explorar el porcentaje de alumnos que consideraba haber sido víctima de alguna situación humillante, los resultados se observan en la tabla 10 y de acuerdo con ello, un 78.8% contestó que no creía haber sido víctima de dichas situaciones, mientras que el 20.9% respondió que sí creía que había sido víctima de situaciones de este tipo.

### Situaciones humillantes

| Pregunta   | Respuestas   | Puntaje | Porcentaje |
|--|--------------|---------|------------|
| 1.22 ¿Crees que has sido víctima de situaciones humillantes? | No responden | 5       | 0.4%       |
|  | No           | 838     | 78.8%      |
|  | Si           | 439     | 20.9%      |

**Tabla 10.** Muestra a los adolescentes que consideran haber sido víctimas de situaciones humillantes y los que no.

Finalmente se exploró el hecho de que los participantes conocieran o no a alguna persona cercana a ellos que hubiera incurrido en intento de suicidio o que lo hubiera consumado, el porcentaje de participantes que contestó que no fue de 78.8% mientras que los que contestaron de manera afirmativa constituyen el 20.9% de los participantes de la presente investigación (ver tabla 11).

### Personas conocidas con intento de suicidio

| Pregunta   | Respuestas   | Puntaje | Porcentaje |
|--|--------------|---------|------------|
| 1.23. ¿Alguna persona cercana a ti se ha suicidado o intentado suicidarse? | No responden | 4       | 0.4%       |
|  | No           | 1010    | 78.8%      |
|  | Si           | 268     | 20.9%      |

**Tabla 11.** Muestra a los participantes que mencionan que alguna persona cercana a ellos ha intentado suicidarse.

### *Salud, Sexualidad y consumo de sustancias*

En las tablas 12 y 13 se puede ver que el 91.4% de los encuestados informó no tener ninguna enfermedad que requiera tratamiento continuo, el 2.5% no respondió y el 6.1% (78 sujetos) dijo que sí la padecía, entre las cuales están: 32% problemas en vías respiratorias, 5% problemas de la cabeza, 4% problemas del aparato circulatorio, 4% digestivo, 4% de la piel, psiquiátricos (sólo una persona), mientras que 19% informaron de otras enfermedades.

### Enfermedad

| Pregunta   | Respuestas  | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------|------------|------------|
| 1.10 ¿Padeces alguna enfermedad que requiera tratamiento continuo? | No responde | 32         | 2.5        |
|  | No          | 1171       | 91.4       |
|  | Si          | 79         | 6.1        |
|  | Total       | 1282       | 100.0      |

**Tabla 12.** Muestra la frecuencia de alumnos que padecen alguna enfermedad

### Tipo de enfermedad

| Tipo de enfermedad                 | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------------|------------|------------|
| No especifica                      | 25         | 31%        |
| Problemas en vías respiratorias    | 25         | 32%        |
| Problemas del aparato circulatorio | 3          | 4%         |
| Problemas de la cabeza             | 4          | 5%         |
| Problemas aparato digestivo        | 3          | 4%         |
| Problemas de la piel               | 3          | 4%         |
| Problemas psiquiátricos            | 1          | 1%         |
| Otras                              | 15         | 19%        |
| Total                              | 79         | 100%       |

**Tabla 13.** Muestra los tipos de enfermedades que padecen los estudiantes, en la primer fila se señala el número de alumnos que no padecen ninguna enfermedad

En cuanto al consumo de drogas de los estudiantes, el 74.3% no consume algún tipo de sustancia, el 6.9% consume cigarros, 3.9% café, 1.6% bebidas energéticas, 3.6% combina cigarros o café y alcohol, 3% consume otras sustancias (ver tabla 14).

#### Sustancias para sentirse bien

| Pregunta   | Respuestas                         | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------------------------------|------------|------------|
| 1.12. ¿Acostumbras o necesitas consumir alguna de las siguientes sustancias? | No responde                        | 54         | 4.2        |
|  | Cigarros                           | 89         | 6.9        |
|  | Café                               | 50         | 3.9        |
|  | Bebidas energéticas                | 20         | 1.6        |
|  | Alcohol                            | 11         | .9         |
|  | Drogas                             | 7          | .5         |
|  | Medicamentos                       | 13         | 1.0        |
|  | No consumo algo para sentirme bien | 953        | 74.3       |
|  | cigarros y/o café y/o alcohol      | 47         | 3.6        |
|  | Otros (dos o más)                  | 38         | 3          |
| Total  | 1282                               | 100.0      |            |

**Tabla 14.** Muestra los tipos de sustancias que los adolescentes suelen consumir para sentirse bien.

Cuando se les preguntó por su preferencia sexual el 91.3% de los participantes reportó pertenecer al grupo heterosexual, el 1.2% al homosexual y el 2% al bisexual (ver tabla 15).

#### Preferencia sexual

| Pregunta                        | Respuestas   | Puntaje | Porcentaje |
|---------------------------------|--------------|---------|------------|
| 1.17. Tu preferencia sexual es: | No responde  | 72      | 5.6%       |
|                                 | Heterosexual | 1170    | 91.3%      |
|                                 | Homosexual   | 15      | 1.2%       |
|                                 | Bisexual     | 25      | 2%         |

**Tabla 15.** Muestra la preferencia sexual de los participantes.

Aquellos que reportan no tener relaciones sexuales de manera frecuente, como se puede ver en la tabla 16, corresponden al 81.4%, mientras que los que tienen relaciones sexuales con regularidad pertenecen al 17.7% del total de los participantes.

| <b>Relaciones sexuales</b>                      |                   |                |                   |
|---|-------------------|----------------|-------------------|
| <b>Pregunta</b>                                 | <b>Respuestas</b> | <b>Puntaje</b> | <b>Porcentaje</b> |
| 1.19. ¿Tienes relaciones sexuales regularmente? | No responde       | 12             | 0.9%              |
|   | No                | 1043           | 81.4%             |
|   | Si                | 227            | 17.7%             |

**Tabla 16.** Muestra la frecuencia con la que los adolescentes tienen relaciones sexuales.

## **4.2 propiedades estadísticas de las escalas**

En este apartado se describen las propiedades estadísticas generales y los indicadores de confiabilidad y validez de las sub-escalas empleadas en la presente investigación. Para lo cual se siguió el procedimiento indicado de acuerdo a la teoría clásica de evaluación de reactivos.

### **4.2.1 sensibilidad de los reactivos de cada escala**

El primer análisis correspondió a la obtención de la sensibilidad de los reactivos en cada una de las sub-escalas, ello con el propósito de verificar si la respuesta a los reactivos correspondía a lo que se esperaba en cada una de las sub-escalas. Para tal efecto se obtuvo, por cada reactivo el promedio, valor mínimo y máximo, desviación estándar, sesgo y kurtosis. A continuación se describe la sensibilidad de los reactivos por cada sub-escala.

#### *Sensibilidad de los reactivos de la escala de Actitud Disfuncional*

En el análisis de la sensibilidad de los reactivos (ver tabla 17), la mayoría de los reactivos oscilaron entre un promedio de 1.49 a 2.29, a excepción de los reactivos 12 y 16 con las puntuaciones más altas, y aún considerando estas puntuaciones extremas se observó que las respuestas a los reactivos se encontraron dentro de los límites de lo esperado, ya que se registró un comportamiento que no se espera sea normal entre los jóvenes. Con respecto a la desviación

estándar, se encontró que la mayoría se comporta en el rango de 0.851 a 1.171, a excepción de los reactivos 6, 12, 14 y 16, lo que indica que la variabilidad entre los reactivos es similar. En cuanto al análisis del sesgo de cada reactivo, se registró que la mayoría tiene un sesgo que se encuentra entre 0.324 y 1.89, sólo los reactivos 11 y 18 se alejan del resto, que en este caso identifica que se presenta un sesgo positivo en todos los reactivos, que expresa que las puntuaciones que se desvían de la mayoría se dirigen hacia los valores altos, que es nuevamente lo que se espera. Finalmente, considerando la kurtosis se encontró que en este caso los valores registrados se ubicaron tanto con signo negativo (con un rango de -0.843 a -0.044) como con signo positivo (con un rango de 0.270 a 2.004), ya que las distribuciones de los reactivos con sesgo menor (véase la tabla 17) en general presentaron aplanamiento, y los reactivos con sesgo mayor presentaron agrupación mayor alrededor de los valores promedio, por lo que mostraron mayor kurtosis. Lo que marca diferencias en cuanto a la variabilidad que influyen en el error de medida, pero que se supuso no interferirían en la validez y confiabilidad de la sub-escala, ya que en general el comportamiento de respuesta de los reactivos se ubicó en las tendencias esperadas.

**Tabla de Sensibilidad de reactivos de Actitud Disfuncional**

| <b>Reactivos</b> | <b>Promedio</b> | <b>Min.</b> | <b>Max.</b> | <b>D. E.</b> | <b>Sesgo</b> | <b>Kurtosis</b> |
|------------------|-----------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-----------------|
| <b>1</b>         | 1.59            | 0           | 5           | 0.969        | 1.894        | 3.393           |
| <b>2</b>         | 2.16            | 0           | 5           | 1.171        | .618         | -0.405          |
| <b>3</b>         | 1.97            | 0           | 5           | 1.119        | 0.973        | 0.270           |
| <b>4</b>         | 1.86            | 0           | 5           | 1.015        | 1.142        | 0.877           |
| <b>5</b>         | 1.79            | 0           | 5           | 1.058        | 1.285        | 1.043           |
| <b>6</b>         | 2.16            | 0           | 5           | 1.316        | 0.862        | -.0445          |
| <b>7</b>         | 1.90            | 0           | 5           | 1.134        | 1.124        | 0.572           |
| <b>8</b>         | 2.29            | 0           | 5           | 1.055        | 0.514        | -0.187          |
| <b>9</b>         | 1.70            | 0           | 5           | 0.947        | 1.431        | 1.887           |
| <b>10</b>        | 1.64            | 0           | 5           | 0.858        | 1.307        | 1.825           |
| <b>11</b>        | 1.56            | 0           | 5           | 0.959        | 1.903        | 3.345           |
| <b>12</b>        | 2.52            | 0           | 5           | 1.243        | 0.425        | -0.843          |
| <b>13</b>        | 1.74            | 0           | 5           | 0.931        | 1.239        | 1.426           |
| <b>14</b>        | 1.83            | 0           | 5           | 1.206        | 1.288        | 0.584           |
| <b>15</b>        | 1.62            | 0           | 5           | 0.851        | 1.258        | 1.840           |
| <b>16</b>        | 2.56            | 0           | 5           | 1.216        | 0.324        | -0.724          |
| <b>17</b>        | 1.67            | 0           | 5           | 0.944        | 1.448        | 2.004           |
| <b>18</b>        | 1.49            | 0           | 5           | 0.859        | 1.968        | 4.126           |

**Tabla 17.** En la presente tabla se muestran los datos que muestran la sensibilidad de los reactivos para la escala Actitud Disfuncional.

### *Sensibilidad de los reactivos de la escala de Locus de Control*

En el análisis de la sensibilidad de los reactivos se puede observar (ver tabla 18) que en cuanto al promedio, la mayoría de los reactivos oscilan entre 1.25 a 1.94 excepción del reactivo 1 que tiene la puntuación más alta, sin embargo se encuentra dentro de los límites de lo esperado. En la desviación estándar de cada reactivo, la mayoría se comporta en el rango de 0.607 a 1.026, sólo el reactivo 1 se muestra alejado del resto, esto quiere decir, que la variabilidad entre los reactivos es similar. En el análisis del sesgo de cada reactivo, la mayoría tiene un sesgo que se encuentra entre 0.336 a 1.422, los reactivos 3, 5 y 8 se alejan del resto, observándose un sesgo positivo en todos los reactivos que indica que las puntuaciones que se desvían de la mayoría tienden hacia los valores altos, lo cual es esperado. La kurtosis muestra un solo valor negativo de -0.775, los valores positivos van de 0.407 a 2.189, mientras que los reactivos 3, 5 y 8 se alejan del resto al ser mayores los valores, lo cual muestra que las distribuciones con los reactivos con un sesgo menor mostraron aplanamiento, mientras que aquellas con mayor sesgo presentan una agrupación alrededor de los valores del promedio, es decir, muestran mayor kurtosis. Esto implica diferencias en cuanto a la variabilidad, que al igual que en la escala anterior se consideró que estadísticamente los valores no interfieren en la validez y confiabilidad de la sub-escala, ya que en general el comportamiento de respuesta de los reactivos se ubicó dentro de lo esperado.

**Tabla de Sensibilidad de reactivos de Locus de Control**

| <b>Reactivos</b> | <b>Promedio</b> | <b>D. E.</b> | <b>Min.</b> | <b>Max.</b> | <b>Sesgo</b> | <b>Kurtosis</b> |
|------------------|-----------------|--------------|-------------|-------------|--------------|-----------------|
| <b>1</b>         | 2.58            | 1.263        | 0           | 5           | 0.336        | -0.775          |
| <b>2</b>         | 1.73            | 0.937        | 0           | 5           | 1.422        | 2.189           |
| <b>3</b>         | 1.26            | 0.617        | 0           | 5           | 3.295        | 14.199          |
| <b>4</b>         | 1.85            | 0.889        | 0           | 5           | 0.819        | 0.407           |
| <b>5</b>         | 1.25            | 0.607        | 0           | 5           | 3.059        | 11.953          |
| <b>6</b>         | 1.80            | 0.932        | 0           | 5           | 0.938        | 0.477           |
| <b>7</b>         | 1.94            | 1.026        | 0           | 5           | 1.033        | 0.772           |
| <b>8</b>         | 1.27            | 0.662        | 0           | 5           | 3.189        | 12.715          |

**Tabla 18.** En la presente tabla se muestran los datos que muestran la sensibilidad de los reactivos para la escala Locus de Control

### *Sensibilidad de los reactivos de la escala de Estado Emocional*

En la escala de estado emocional los resultados obtenidos en el análisis de sensibilidad de los reactivos se puede observar (ver tabla 19) que en el promedio los reactivos oscilan entre 1.90 a 2.88, el único reactivo que se aleja es el número 2, este valor se encuentra dentro de los límites de lo esperado. En la desviación estándar de cada reactivo, la mayoría se comporta en el rango de 1.34 a 1.47, sólo el reactivo número tres se desvía del resto, esto demuestra que la variabilidad entre los reactivos es similar. De acuerdo con el análisis del sesgo de cada reactivo, el rango de este se ubica entre 0.259 y 0.763, los reactivos 4 y 5 se alejan de los demás, se puede observar en la tabla que el sesgo es positivo en todos los casos lo que indica que las puntuaciones se desvían con una tendencia hacia los valores altos, lo cual es lo que se espera. Para la kurtosis se encontraron valores negativos (con rango de -0.551 a -0.967) y valores positivos (0.326 y 1.215), esto significa que las distribuciones con sesgo menor muestran aplanamiento, los reactivos con sesgo mayor se agrupan alrededor del promedio y por tanto, la kurtosis es mayor. Nuevamente, lo anterior demuestra que hay diferencias en cuanto a la variabilidad que influyen en el error de medida, sin embargo, se estimó que esto no afecta la validez y confiabilidad de la sub-escala, ya que el comportamiento observado de los reactivos se encuentra dentro de lo esperado.

**Tabla de Sensibilidad de reactivos de Estado Emocional**

| <b>Reactivos</b> | <b>Promedio</b> | <b>Min.</b> | <b>Max.</b> | <b>D. E.</b> | <b>Sesgo</b> | <b>Kurtosis</b> |
|------------------|-----------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-----------------|
| <b>1</b>         | 2.88            | 0           | 6           | 1.39         | 0.557        | -0.551          |
| <b>2</b>         | 3.03            | 0           | 6           | 1.47         | 0.259        | -0.967          |
| <b>3</b>         | 2.57            | 0           | 6           | 1.59         | 0.763        | -0.607          |
| <b>4</b>         | 1.90            | 0           | 6           | 1.41         | 1.507        | 1.215           |
| <b>5</b>         | 2.20            | 0           | 6           | 1.34         | 1.076        | 0.326           |

**Tabla 19.** En la presente tabla se muestran los datos que muestran la sensibilidad de los reactivos para la escala Estado Emocional.

### *Sensibilidad de los reactivos de la escala de ideación suicida*

De acuerdo con el análisis de sensibilidad de los reactivos de la sub-escala de ideación suicida, se puede observar en la tabla 20 que los valores del promedio se encuentran entre 0.18 a 0.46, puntuaciones que son variables pero que se encuentran dentro del límite de lo esperado. En relación con la desviación estándar de cada reactivo, la mayoría se comporta en el rango de 0.76 a 1.00, a excepción del reactivo número 2 que se aleja del resto, es decir, la variabilidad de los reactivos es similar. En el análisis del sesgo de cada reactivo, la mayoría tiene un sesgo que se encuentra entre 2.983 a 3.500 a excepción del reactivo 4 con un valor de 4.859, como se puede ver, todos los reactivos muestran un sesgo positivo, que indica que las puntuaciones que se desvían del resto se tienden hacia los valores altos, lo cual está dentro de lo esperado. Los valores de la kurtosis van de 8.591 a 12.058, el reactivo 4 obtuvo una kurtosis de 24.380, en los reactivos con sesgo menor los datos se muestran aplanados dentro de la distribución, mientras que el reactivo que obtuvo un sesgo mayor indica que los datos se agrupan alrededor del promedio por lo que se observa una kurtosis mayor. Esto muestra las diferencias en la variabilidad que influye en el error de medida, sin embargo, de nueva cuenta se estableció que los resultados anteriores no influirían en la validez y confiabilidad de la sub-escala, ya que en general el comportamiento de respuesta de los reactivos se encuentra dentro de lo esperado.

**Tabla de Sensibilidad de reactivos de Ideación Suicida**

| <b>Reactivos</b> | <b>Promedio</b> | <b>Min.</b> | <b>Max.</b> | <b>D. E.</b> | <b>Sesgo</b> | <b>Kurtosis</b> |
|------------------|-----------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-----------------|
| <b>1</b>         | 0.42            | 0           | 5           | 0.92         | 3.112        | 10.773          |
| <b>2</b>         | 0.46            | 0           | 5           | 1.11         | 2.983        | 8.591           |
| <b>3</b>         | 0.34            | 0           | 5           | 1.00         | 3.500        | 12.058          |
| <b>4</b>         | 0.18            | 0           | 5           | 0.76         | 4.859        | 24.380          |

**Tabla 20.** En la presente tabla se muestran los datos que muestran la sensibilidad de los reactivos para la escala Ideación Suicida.

#### **4.2.2 DISCRIMINACIÓN DE LOS REACTIVOS DE CADA ESCALA**

El siguiente paso correspondió al análisis de la discriminación de los reactivos de cada una de las sub-escalas, por medio de la aplicación de la prueba *t* de Student para muestras independientes, con un nivel alfa de 0.05, para identificar si los reactivos

permitían discriminar entre lo que se consideró como las puntuaciones que indicaban no presentación de la característica (valores debajo de una desviación estándar debajo de la media) y los valores identificados con la presentación de la característica (puntuaciones arriba de una desviación estándar arriba de la media). Es decir, obtener evidencia de que los reactivos distinguían entre puntuaciones bajas y puntuaciones altas en cada sub-escala.

*Discriminación de los reactivos de la escala de Actitud Disfuncional*

En esta sub-escala se encontró que en todos los reactivos registraron una probabilidad menor al 0.05 con la prueba t de Student (véase tabla 21), lo que significa que en esta sub-escala todos los reactivos permitían discriminar entre puntuaciones bajas y altas.

**Tabla de discriminación de reactivos de Actitud Disfuncional**

| <b>Reactivos</b> | <b>Promedio Alto</b> | <b>Promedio Bajo</b> | <b>t de Student</b> | <b>G.L.</b> | <b>Probabilidad</b> |
|------------------|----------------------|----------------------|---------------------|-------------|---------------------|
| <b>1</b>         | 2.67                 | 1.48                 | -9.084              | 1150        | < 0.05              |
| <b>2</b>         | 3.58                 | 2.03                 | -9.514              | 1150        | < 0.05              |
| <b>3</b>         | 3.15                 | 1.82                 | -8.647              | 1150        | < 0.05              |
| <b>4</b>         | 3.33                 | 1.72                 | -11.850             | 1150        | < 0.05              |
| <b>5</b>         | 3                    | 1.66                 | -9.228              | 1150        | < 0.05              |
| <b>6</b>         | 4.35                 | 1.97                 | -13.663             | 1150        | < 0.05              |
| <b>7</b>         | 3.38                 | 1.74                 | -10.844             | 1150        | < 0.05              |
| <b>8</b>         | 3.50                 | 2.16                 | -9.247              | 1150        | < 0.05              |
| <b>9</b>         | 3.25                 | 1.54                 | -14.268             | 1150        | < 0.05              |
| <b>10</b>        | 2.96                 | 1.51                 | -13.236             | 1150        | < 0.05              |
| <b>11</b>        | 2.98                 | 1.39                 | -13.526             | 1150        | < 0.05              |
| <b>12</b>        | 3.88                 | 2.36                 | -8.695              | 1150        | < 0.05              |
| <b>13</b>        | 3.21                 | 1.61                 | -13.223             | 1150        | < 0.05              |
| <b>14</b>        | 2.85                 | 1.71                 | -6.724              | 1150        | < 0.05              |
| <b>15</b>        | 2.73                 | 1.51                 | -10.454             | 1150        | < 0.05              |
| <b>16</b>        | 3.44                 | 2.43                 | -5.794              | 1150        | < 0.05              |
| <b>17</b>        | 2.85                 | 1.52                 | -10.865             | 1150        | < 0.05              |
| <b>18</b>        | 2.58                 | 1.38                 | -10.351             | 1150        | < 0.05              |

**Tabla 21.** En la presente tabla se muestran los datos de discriminación de los reactivos de la escala Actitud Disfuncional: promedios alto y bajo, t de Student, grados de libertad y probabilidad.

### *Discriminación de los reactivos de la escala de Locus de Control*

En la sub-escala de locus de control, como se puede apreciar en la tabla 22, todos los reactivos obtuvieron una probabilidad menor al 0.05 con la prueba t de Student, lo que identificó, que en esta sub-escala todos los reactivos permiten discriminar entre puntuaciones altas y bajas.

**Tabla de discriminación de Locus de Control**

| <b>Reactivos</b> | <b>Promedio Alto</b> | <b>Promedio Bajo</b> | <b>t de Student</b> | <b>G.L.</b> | <b>Probabilidad</b> |
|------------------|----------------------|----------------------|---------------------|-------------|---------------------|
| <b>1</b>         | 3.67                 | 2.36                 | -7.395              | 1109        | < 0.05              |
| <b>2</b>         | 3.40                 | 1.52                 | -16.433             | 1109        | < 0.05              |
| <b>3</b>         | 2.33                 | 1.15                 | -15.236             | 1109        | < 0.05              |
| <b>4</b>         | 3.33                 | 1.66                 | -14.702             | 1109        | < 0.05              |
| <b>5</b>         | 2.27                 | 1.15                 | -14.832             | 1109        | < 0.05              |
| <b>6</b>         | 3.42                 | 1.60                 | -15.243             | 1109        | < 0.05              |
| <b>7</b>         | 3.40                 | 1.73                 | -12.643             | 1109        | < 0.05              |
| <b>8</b>         | 2.58                 | 1.17                 | -16.966             | 1109        | < 0.05              |

**Tabla 22.** En la presente tabla se muestran los datos de discriminación de los reactivos de la escala Locus de Control: promedios alto y bajo, t de Student, grados de libertad y probabilidad.

### *Discriminación de los reactivos de la escala de Estado Emocional*

En la tabla 23 se puede ver que en sub-escala de estado emocional también todos los reactivos registraron una probabilidad menor al 0.05 con la prueba t de Student, lo que significa los reactivos permiten discriminar entre puntuaciones bajas y altas.

**Tabla de Discriminación de reactivos de Estado Emocional**

| <b>Reactivos</b> | <b>Promedio Alto</b> | <b>Promedio Bajo</b> | <b>t de Student</b> | <b>G.L.</b> | <b>Probabilidad</b> |
|------------------|----------------------|----------------------|---------------------|-------------|---------------------|
| <b>1</b>         | 4.96                 | 2.55                 | -14.886             | 1095        | < 0.05              |
| <b>2</b>         | 5.07                 | 2.70                 | -13.346             | 1095        | < 0.05              |
| <b>3</b>         | 5.56                 | 2.06                 | -21.757             | 1095        | < 0.05              |
| <b>4</b>         | 5.26                 | 1.42                 | -33.316             | 1095        | < 0.05              |
| <b>5</b>         | 4.68                 | 1.81                 | -20.793             | 1095        | < 0.05              |

**Tabla 23.** En la presente tabla se muestran los datos de discriminación de los reactivos de la escala Estado Emocional: promedios alto y bajo, t de Student, grados de libertad y probabilidad.

### *Discriminación de los reactivos de la escala de Ideación suicida*

En el análisis de discriminación de esta sub-escala se encontró que todos los reactivos registraron una probabilidad menor al 0.05 con la prueba t de Student (véase tabla 24), lo que significa que en esta sub-escala todos los reactivos permiten discriminar entre puntuaciones bajas y altas.

**Tabla de Discriminación de reactivos de Ideación Suicida**

| <b>Reactivos</b> | <b>Promedio Alto</b> | <b>Promedio Bajo</b> | <b>t de Student</b> | <b>G.L.</b> | <b>Probabilidad</b> |
|------------------|----------------------|----------------------|---------------------|-------------|---------------------|
| <b>1</b>         | 1.82                 | 0.14                 | -25.754             | 1126        | < 0.05              |
| <b>2</b>         | 2.80                 | 0.09                 | -41.061             | 1126        | < 0.05              |
| <b>3</b>         | 2.29                 | 0.03                 | -34.316             | 1090        | < 0.05              |
| <b>4</b>         | 1.53                 | 0.00                 | -26.212             | 1090        | < 0.05              |

**Tabla 24.** En la presente tabla se muestran los datos de discriminación de los reactivos de la escala Ideación Suicida: promedios altos y bajos, t de Student, grados de libertad y probabilidad.

### **4.2.3. Confiabilidad de las escalas**

Una vez obtenida e identificada la sensibilidad y la discriminación de los reactivos de cada sub-escala, el siguiente paso consistió en la obtención de la confiabilidad de las sub-escalas utilizadas por medio del coeficiente Alpha de Cronbach. A continuación se presentan los resultados encontrados para cada una de ellas.

#### *Confiabilidad de las subescalas*

En la escala de Actitud Disfuncional se obtuvo una confiabilidad de 0.79 ( $p < 0.05$ ); en la sub-escala Locus de Control se obtuvo un alpha de Cronbach de 0.71 ( $p < 0.05$ ); para Estado Emocional se obtuvo un alpha de Cronbach de 0.78 ( $p < 0.05$ ); en Ideación Suicida se obtuvo un alpha de Cronbach de 0.72 ( $p < 0.05$ ). Lo que identificó que la confiabilidad de cada sub-escala se encuentra dentro de los límites generalmente aceptados (ver tabla 25).

*Tabla de confiabilidad de las sub-escalas*

| <b>Escala</b>               | <b>Alpha de Cronbach</b> | <b>T de Hotelling</b> | <b>Grados de libertad</b> | <b>Probabilidad</b> |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------|
| <b>Actitud disfuncional</b> | 0.795                    | 1966.801              | 17                        | <0.05               |
| <b>Locus de control</b>     | 0.714                    | 1532.939              | 7                         | <0.05               |
| <b>Estado Emocional</b>     | 0.78                     | 978.755               | 4                         | <0.05               |
| <b>Ideación Suicida</b>     | 0.72                     | 154.700               | 3                         | <0.05               |

**Tabla 25.** Se muestran los datos de confiabilidad de cada sub-escala.

#### **4.2.4. Validez de las sub-escalas**

Una vez obtenida la confiabilidad se procedió a identificar la validez de constructo de cada sub-escala, para lo cual se realizó el análisis de factores confirmatorio usando el método de componentes principales con rotación Varimax, para reconocer si en cada sub-escala se obtenían los factores esperados, y con ello validar que se registraba lo que se pretendía registrar.

##### *Factores y validez de la escala de Actitud Disfuncional*

En esta escala se obtuvieron cuatro factores. El primer factor compuesto por los ítems: 2.18, 2.10, 2.12, 2.8, 2.11, 2.6, 2.21 y 2.13, identificado con exigencia y condenación. El segundo factor integrado por los ítems: 2.22, 2.16, 2.15, 2.23, 2.7, 2.5, referido a la baja tolerancia y exigencia. El tercer factor identificado con los ítems: 2.2 y 2.3, referido a exigencia en términos disfuncionales, y el cuarto factor, referido a los reactivos 2.1 y 2.17, identificado con la exigencia funcional. En el factor 1 se obtuvo una confiabilidad de 0.684 con una varianza explicada de 13.376%, en el segundo factor se obtuvo una confiabilidad de 0.586 con una varianza explicada de 12.824%, el tercer factor tiene una confiabilidad de 0.573 con una varianza 8.470% y el último factor con una confiabilidad de 0.40 con una varianza explicada de 7.845% (ver tabla 26, 26.1 y 30).

**Tabla de factores de Actitud Disfuncional**

| <b>Actitud Disfuncional</b> | <b>Factores esperados (contenido o proceso)</b> | <b>Factores encontrados</b> | <b>Confiabilidad</b> | <b>Varianza explicada (%)</b> |
|-----------------------------|---|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|
| <b>Factor 1</b>             | Exigencia                                       | Exigencia y condenación     | 0.684                | 13.376                        |
| <b>Factor 2</b>             | Baja tolerancia                                 | Baja tolerancia y exigencia | 0.586                | 12.824                        |
| <b>Factor 3</b>             | Condenación o evaluación global                 | Exigencia disfuncional      | 0.573                | 8.470                         |
| <b>Factor 4</b>             | Tremendismo                                     | Exigencia funcional         | 0.40                 | 7.845                         |

**Tabla 26.** En la presente tabla se muestran los factores que componen a la escala Actitud Disfuncional.

**Tabla de reactivos de los factores de Actitud Disfuncional**

| <b>Factor</b>                      | <b>Reactivo</b>   |
|------------------------------------|---|
| <b>Exigencia y condenación</b>     | 2.6.Si una persona pide ayuda, es señal de debilidad<br>2.8. Si no puedo hacer bien una cosa, es mejor no hacerla<br>2.10. Si alguien no está de acuerdo conmigo, eso probablemente indica que no le agrado<br>2.11. Si fracaso en algo, eso lo considero tan malo como ser un competo fracaso<br>2.12. Si los demás saben como soy, me considerarán menos<br>2.13. No soy nada si no me quiere la persona a la quien yo quiero<br>2.18. Hacer una pregunta me hace parecer inferior<br>2.21. No puedo confiar en otras personas porque podrían ser crueles conmigo |
| <b>Baja tolerancia y exigencia</b> | 2.5.Para ser feliz necesito que me admire la mayor parte de la gente que conozco<br>2.7. Si fracaso en mis estudios, seré un(a) fracasado(a)<br>2.15. Para ser una persona valiosa debo destacar por lo menos en algo importante<br>2.16. Las personas a quienes se les ocurren buenas ideas vales más que aquellas a quienes no se les ocurren<br>2.22. Si desagrado a los demás, no puedo ser feliz<br>2.23.Para agradar a otras personas, lo mejor es renunciar a los propios intereses  |
| <b>Exigencia disfuncional</b>      | 2.2. La gente probablemente me considerara menos si cometo algún error<br>2.3. Si no hago siempre bien las cosas , la gente no me respetará   |
| <b>Exigencia funcional</b>         | 2.1. La felicidad depende más de mi actitud hacia mí mismo que de la impresión que los demás tengan de mi.<br>2.17. Las opiniones que tengo de mi mismo (a) son más importantes que las que los demás tienen de mi.   |

**Tabla 26.1.** Se muestran los reactivos que componen a cada factor de la escala Actitud Disfuncional

Por lo que se puede decir que el instrumento utilizado si presentó validez ya que se encontraron 4 factores referidos todos ellos a la actitud disfuncional, que es lo que se esperaba registrar: Exigencia y condenación, baja tolerancia y exigencia, exigencia disfuncional y exigencia funcional. Aún cuando la confiabilidad por factores no fue la esperada, debido probablemente a la variabilidad indicada en el apartado anterior.

*Factores y validez de la escala de Locus de Control*

Se obtuvieron dos factores de la escala de locus de control, de manera que los ítems quedaron agrupados en locus de control externo: 2.32, 2.29, 2.31, 2.26, 2.27 y locus de control interno: 2.30, 2.28 y 2.33. En el factor 1 sobre locus de control externo se obtuvo una confiabilidad de 0.697 con una varianza explicada de 28.573% y en el factor 2 sobre locus de control interno la confiabilidad fue de 0.715 con una varianza de 24.816% (ver tabla 27 y 27.1).

Además, se confirma la validez del instrumento ya que se obtuvieron los dos factores esperados para definir a la variable, es decir, los tipos de locus de control en los que se agrupan los reactivos que teóricamente se dividen en interno y externo.

**Tabla de factores de Locus de control**

| <b>Locus de Control</b> | <b>Factores esperados (proceso)</b> | <b>Factores encontrados</b> | <b>Confiabilidad</b> | <b>Varianza explicada (%)</b> |
|-------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|
| <b>Factor 1</b>         | Locus Externo                       | Locus Externo               | 0.697                | 28.573                        |
| <b>Factor 2</b>         | Locus Interno                       | Locus Interno               | 0.715                | 24.816                        |

**Tabla 27.** En la presente tabla se muestran los factores que componen a la escala Locus de Control.

**Tabla de reactivos de los factores de Locus de control**

| <b>Factor</b>        | <b>Reactivo</b>  |
|----------------------|--|
| <b>Locus Externo</b> | 2.26. Mi éxito dependerá de lo agradable que soy<br>2.27. Los mejores alumnos son los que tienen suerte<br>2.29. Todo lo que hago me sale bien, gracias a la suerte<br>2.31. Es mejor tener suerte que ser inteligente<br>2.32. Mi éxito en la escuela dependerá de que tan agradable sea yo |
| <b>Locus Interno</b> | 2.28. Obtener lo que quiero depende de mí<br>2.30. Mis calificaciones dependen de mí<br>2.33. El éxito depende de mí   |

**Tabla 27.1.** Se muestran los reactivos que componen a cada factor de la escala Locus de Control.

El instrumento utilizado presentó validez pues se encontraron los dos factores referidos al tipo de locus de control, mismos que se esperaban registrar: locus de control interno y locus de control externo. La confiabilidad por factores no fue la esperada, debido probablemente a la variabilidad indicada en el apartado anterior.

*Factores y validez de la escala de Estado Emocional*

En la escala de Estado Emocional se observó únicamente un componente que define a esta variable, los ítems son: 2.85, 2.86, 2.87, 2.88, 2.89, con una varianza de 53.830% y un Alpha de Cronbach de 0.741. Por otra parte, se puede observar que la escala que evalúa estado emocional tiene validez debido a que dicho análisis confirma que este instrumento mide el área que se pretende medir en este estudio, es decir, el malestar emocional (ver tabla 28).

**Tabla de Factores de la escala Estado Emocional**

| <b>Estado emocional</b> | <b>Factor esperado (proceso)</b>    | <b>Alpha de Cronbach</b> | <b>Varianza explicada (%)</b> |
|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <b>Factor 1</b>         | Estado Emocional (panorama general) | 0.741                    | 53.830                        |

**Tabla 28.** En la presente tabla se muestran los factores que componen a la escala Estado Emocional.

### *Factores y validez de la escala de Ideación Suicida*

En la escala de Ideación Suicida sólo se observó un componente que define a esta variable, los ítems son: 3.3, 3.4, 3.5, 3.6 con una varianza explicada de 56.527% y un Alpha de Cronbach igual a 0.72 lo que nos dice que cuenta con una confiabilidad aceptable. Se confirma la validez de esta escala ya que mide sólo un área que coincide con lo que se espera evaluar, es decir, únicamente, la presencia de ideación suicida (ver tabla 29).

**Tabla de Factores de la escala Ideación Suicida**

| <b>Ideación Suicida</b> | <b>Factor esperado (proceso)</b>        | <b>Alpha de Cronbach</b> | <b>Varianza explicada (%)</b> |
|-------------------------|---|--------------------------|-------------------------------|
| <b>Factor 1</b>         | Ideación de suicidio (panorama general) | 0.72                     | 56.527                        |

**Tabla 29.** En la presente tabla se muestran los factores que componen a la escala Ideación Suicida.

#### **4.2.5. Criterios de calificación y descripción de las escalas**

Para cada escala los criterios de calificación se basaron en 5 categorías, siguiendo un criterio estadístico para la construcción de dichas categorías se realizó el procedimiento que se describe a continuación. Los puntajes de los participantes en cada escala se ubicaron en 5 categorías: (1) *nula* que significa que se identificó con valor cero de presencia de la variable; (2) *baja* que se relacionó con presencia baja de la variable; (3) *promedio*, que se identificó con valor regular de presencia de la variable; (4) *alta* que se refirió a la presencia alta de la variable y; (5) *riesgo* que se identificó con niveles extremos o valores altos de la variable. Para la obtención de estos valores se siguió el siguiente procedimiento. La categoría 1 se asignó a aquellos casos cuya puntuación se ubicase debajo -2 desviaciones estándar; la categoría 2 se asignó a las puntuaciones ubicadas arriba de -2 desviaciones estándar y abajo -1 desviación estándar; la categoría 3 se registró en aquellos casos con puntuaciones se encontraban arriba de -1 desviación estándar y debajo de 1 desviación estándar; la categoría 4 se identificó con aquellas puntuaciones que se encontraban arriba de 1 desviaciones estándar y debajo de 2 desviaciones estándar; finalmente la categoría 5

correspondió a aquellas puntuaciones ubicadas arriba de 2 desviaciones estándar (véase tabla 30).

**Tabla de criterios de calificación**

| <b>Categoría</b> | <b>Desviaciones estándar de la media</b> | <b>Calificación</b> |
|------------------|--|---------------------|
| <b>1</b>         | más de -2                                | Nula                |
| <b>2</b>         | Entre -2 y -1                            | Baja                |
| <b>3</b>         | De -1 a 1                                | Promedio            |
| <b>4</b>         | Entre 1 y 2                              | Alta                |
| <b>5</b>         | Más de 2                                 | De Riesgo           |

**Tabla 30.** En al presente tabla se muestran los criterios de calificación para los que se toman en cuenta las desviaciones que separan a las puntuaciones de la media y la calificación que le corresponde.

### **Actitud disfuncional**

Aplicando la escala de calificación en la escala de actitud disfuncional se encontró que entre la categoría uno y dos se ubicó el 15% de los jóvenes (0.1% más 15.35%), jóvenes identificados con valores bajos de actitudes disfuncionales. Mientras que el 70.7% de la muestra se ubicó en la categoría 3, es decir con valores regulares de actitudes disfuncionales o los valores correspondientes a lo que se esperaría como “normal” de acuerdo a las puntuaciones estandarizadas. Así mismo se encontró que el 10.1% se ubicó en la categoría 4, es decir puntuaciones identificadas con valores altos de actitud disfuncional. Finalmente, que el 3.7% de los participantes se ubicó en, la categoría 5, es decir con valores muy altos de actitud disfuncional (ver tablas 31 y 32 y gráfica 1).

**Tabla de criterios de calificación**

| Categoría | Rango de Puntuaciones | Calificación |
|-----------|-----------------------|--------------|
| 1         | 0                     | Nula         |
| 2         | 22.5                  | Baja         |
| 3         | 45                    | Promedio     |
| 4         | 67.5                  | Alto         |
| 5         | 90                    | De riesgo    |

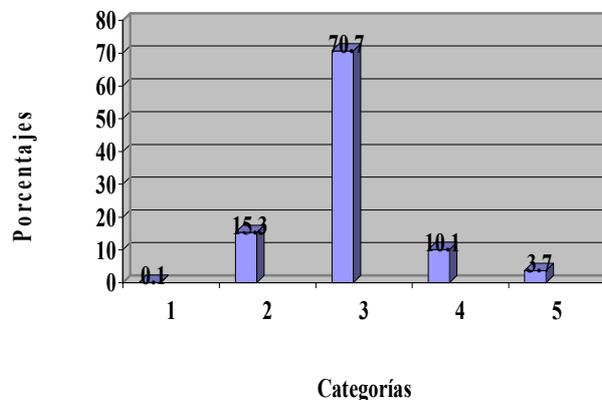
**Tabla 31.** La presente tabla muestra los criterios de calificación usados para la escala Actitud Disfuncional.

**Tabla de frecuencias de calificación**

| Categoría    | Frecuencias | Porcentajes  | Porcentajes Acumulados |
|--------------|-------------|--------------|------------------------|
| 1.00         | 1           | .1           | .1                     |
| 2.00         | 196         | 15.3         | 15.4                   |
| 3.00         | 907         | 70.7         | 86.1                   |
| 4.00         | 130         | 10.1         | 96.3                   |
| 5.00         | 48          | 3.7          | 100.0                  |
| <b>Total</b> | <b>1282</b> | <b>100.0</b> |                        |

**Tabla 32.** (0.1% más 15.35%). La presente tabla muestra los criterios de calificación con frecuencias y porcentajes para las respuestas de la escala Actitud Disfuncional.

**Actitud Disfuncional**



**Gráfica 1.** La presente gráfica muestra los porcentajes para las respuestas de la escala Ideación Suicida de acuerdo con cada categoría para la escala Actitud Disfuncional.

## **Locus de control**

Aplicando la escala de calificación en la escala de Locus de control se identificó que un 17% (0.1% más 16.8%) se ubicó entre la categoría uno y dos, identificados con el tipo de locus interno. Mientras que el 66% de la muestra se ubicó en la categoría 3, es decir que, estos jóvenes no se inclinan más hacia un tipo de locus que al otro, dichos valores corresponden a lo que se esperaría como “normal” de acuerdo a las puntuaciones estandarizadas. Así mismo se encontró que el 13.3% se ubicó en la categoría 4, es decir puntuaciones identificadas con el locus de control externo y una fuerte inclinación a actuar de acuerdo a éste. Finalmente, el 3.7% de los participantes se ubicó en la categoría 5, con valores muy altos de lo locus de control (ver tablas 33 y 34 y gráfica 2).

**Tabla de criterios de calificación**

| <b>Categoría</b> | <b>Rango de Puntuaciones</b> | <b>Calificación</b> |
|------------------|------------------------------|---------------------|
| <b>1</b>         | 0                            | Nula                |
| <b>2</b>         | 10                           | Baja                |
| <b>3</b>         | 20                           | Promedio            |
| <b>4</b>         | 30                           | Alto                |
| <b>5</b>         | 40                           | De riesgo           |

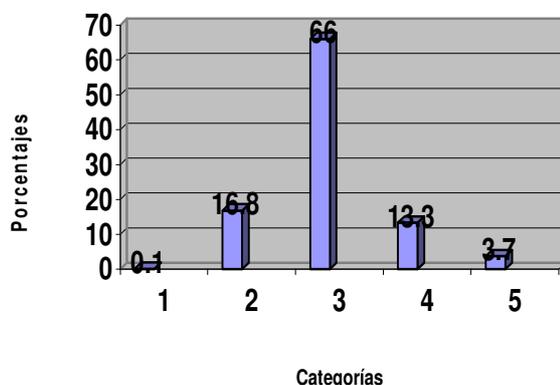
**Tabla 33.** En la presente tabla se muestran los criterios de calificación usados para la escala Locus de Control.

**Tabla de frecuencias de calificación**

| <b>Categoría</b> | <b>Frecuencias</b> | <b>Porcentajes</b> | <b>Porcentajes acumulados</b> |
|------------------|--------------------|--------------------|-------------------------------|
| <b>1.00</b>      | 1                  | 0.1                | 0.1                           |
| <b>2.00</b>      | 216                | 16.8               | 16.9                          |
| <b>3.00</b>      | 846                | 66.0               | 82.9                          |
| <b>4.00</b>      | 171                | 13.3               | 96.3                          |
| <b>5.00</b>      | 48                 | 3.7                | 100.0                         |
| <b>Total</b>     | <b>1282</b>        | <b>100.0</b>       |                               |

**Tabla 34.** En la presente tabla se muestran los criterios de calificación con frecuencias y porcentajes para las respuestas de la escala Locus de Control.

### Locus de Control



**Gráfica 2.** En la presente gráfica se muestran los porcentajes para las respuestas de la escala Locus de Control de acuerdo con cada categoría para la escala Locus de Control.

### Estado emocional

Con la escala de calificación de la escala de Estado emocional se encontró que entre la categoría uno y dos se ubicó el 7.5% de los jóvenes, con valores bajos de estado emocional negativo. El 64.9% de la muestra se ubicó en la categoría 3, con valores regulares de estado emocional negativo, valores correspondientes a lo que se esperaría como “normal” de acuerdo a las puntuaciones estandarizadas. Se encontró que el 14.4% se ubicó en la categoría 4, en las puntuaciones identificadas con valores altos de estado emocional negativo. Finalmente, el 4.4% de los participantes se ubicó en la categoría 5, con valores muy altos de estado emocional negativo (ver tablas 35 y 36 y gráfica 3).

**Tabla de criterios de calificación**

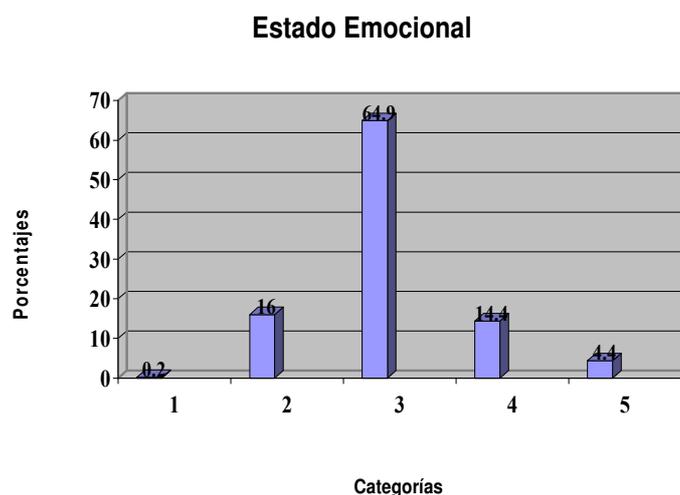
| Categoría | Rango de Puntuaciones | Calificación |
|-----------|-----------------------|--------------|
| 1         | 0                     | Nula         |
| 2         | 7.5                   | Baja         |
| 3         | 15                    | Promedio     |
| 4         | 22.5                  | Alto         |
| 5         | 30                    | De riesgo    |

**Tabla 35.** La presente tabla muestra los criterios de calificación usados para la escala Estado Emocional.

**Tabla de frecuencias de calificación**

| Categoría | Frecuencias | Porcentajes | Porcentajes acumulados |
|-----------|-------------|-------------|------------------------|
| 1.00      | 3           | 0.2         | 0.2                    |
| 2.00      | 205         | 16.0        | 16.2                   |
| 3.00      | 832         | 64.9        | 81.1                   |
| 4.00      | 185         | 14.4        | 95.6                   |
| 5.00      | 57          | 4.4         | 100.0                  |
| Total     | 1282        | 100.0       |                        |

**Tabla 36.** En la presente tabla muestra los criterios de calificación con frecuencias y porcentajes para las respuestas de la escala Estado Emocional.



**Gráfica 3.** La presente gráfica muestra los porcentajes para las respuestas de la escala Estado Emocional de acuerdo con cada categoría para la escala Estado Emocional.

### Ideación suicida

Con la escala de calificación en la escala de Ideación Suicida se registró que las categorías 1 y 2 no fueron válidas debido a que ninguno de los participantes obtuvo puntuaciones que se ubicaran dentro de valores bajos de ideación suicida. El 77.8% de la muestra se ubicó en la categoría 3, con valores regulares de ideación suicida que corresponden a lo que se esperaría como “normal” de acuerdo a las puntuaciones estandarizadas. Un 9.7% se ubicó en la categoría 4, en las puntuaciones identificadas con valores altos de ideación suicida.

Por último, el 12.6% de los participantes se ubicó en la categoría 5, con valores muy altos de ideación suicida (ver tablas 37 y 38 y gráfica 4).

**Tabla de criterios de calificación**

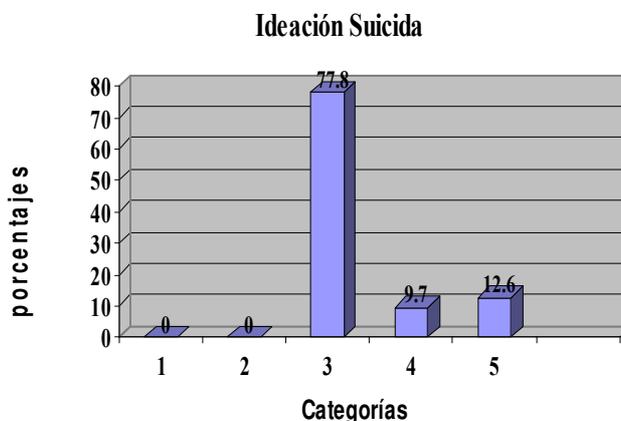
| Categoría | Rango de Puntuaciones | Calificación |
|-----------|-----------------------|--------------|
| 1         | 0                     | Nula         |
| 2         | 5                     | Baja         |
| 3         | 10                    | Promedio     |
| 4         | 15                    | Alto         |
| 5         | 20                    | De riesgo    |

**Tabla 37.** La presente tabla muestra los criterios de calificación usados para la escala Ideación Suicida.

**Tabla de frecuencias de calificación**

| Categoría    | Frecuencias | Porcentajes  | Porcentaje acumulado | Calificación |
|--------------|-------------|--------------|----------------------|--------------|
| 3.00         | 997         | 77.8         | 77.8                 | Promedio     |
| 4.00         | 124         | 9.7          | 87.4                 | Alto         |
| 5.00         | 161         | 12.6         | 100.0                | De riesgo    |
| <b>Total</b> | <b>1282</b> | <b>100.0</b> |                      |              |

**Tabla 38.** La presente tabla muestra los criterios de calificación con frecuencias y porcentajes para las respuestas de la escala Ideación Suicida.



**Gráfica 4.** La presente gráfica muestra los porcentajes para las respuestas de la escala Ideación Suicida de acuerdo con cada categoría para la escala Ideación Suicida.

### 4.3. Descripción de problemas reportados por los estudiantes

En esta sección se describen los dos problemas principales que mencionaron los participantes por orden de importancia. Dado el objetivo de la presente investigación acerca de distinguir si la presencia de problemas familiares se relaciona con la Ideación Suicida, los problemas reportados en sólo dos categorías: Problemas Familiares, y Otros Problemas tales como los escolares, sociales, económicos, de pareja y personales. Y una tercera categoría para ubicar aquellos que no reportaron problemas.

Se identificó que el 22.5% de los participantes mencionó tener problemas familiares en la opción del “primer problema al que se enfrenta”, y 12.6% en la opción del “segundo problema al que se enfrenta” (ver tabla 39 y 40). De forma tal que cerca de 2 de cada 10 jóvenes que mencionaron enfrentar problemas importantes, manifestaron problemas con la familia.

#### Problema 1

| <b>Tipo de problema</b>   | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje Acumulado</b> |
|---|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| <i>Familiares:</i><br>Relación con padres o hermanos<br>Preocupación por: Muerte, salud de familiar o amistad | 288               | 22.5              | 22.5                        |
| <i>Otro: personales, escolares, económicos, preocupación por problemas sociales</i>                           | 711               | 55.6              | 78.1                        |
| <i>No reporta problemas</i>   | 283               | 22.1              | 100.0                       |
| <b>Total</b>  | <b>1282</b>       | <b>100.0</b>      |                             |

**Tabla 39.** En la presente tabla se muestran los tipos de problema que mencionaron tener los participantes en primer lugar y sus frecuencias.

## Problema 2

| <b>Tipo de problema</b>   | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje acumulado</b> |
|---|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| <i>Familiares:</i><br>Relación con padres y hermanos, muerte o salud de un familiar.  | 161               | 12.6              | 35.6                        |
| <i>Otros:</i> personales, escolares, económicos y preocupación por problemas sociales | 563               | 43.8              | 43.91                       |
| <i>No reporta problemas</i>   | 558               | 43.5              | 100                         |
| <b>Total</b>  | <b>1282</b>       | <b>100</b>        | <b>100</b>                  |

**Tabla 40.** Muestra las frecuencias y porcentajes del tipo de problemas que los Estudiantes reportan en segundo lugar y sus frecuencias.

#### 4.4. Análisis estadístico

Para el análisis estadístico de las variables estudiadas se realizó la comparación de las puntuaciones de Ideación Suicida entre los grupos con puntuaciones altas y los grupos con puntuaciones bajas de cada una de las variables consideradas, a través de la prueba t de Student para muestras independientes, lo cual se muestra a continuación.

#### **Ideación suicida y problemas**

##### *Ideación suicida y problema 1 (Problemas familiares - otro tipo de problemas)*

Se realizó la comparación entre los grupos que presentaron problemas familiares y aquellos que tienen otro tipo de problemas, en cuanto a la ideación suicida y el problema 1, no encontrando diferencias entre los sujetos que manifiestan problemas familiares como primer problema y los que mencionan otro tipo de problemas (ver tabla 41).

*Ideación suicida y problema 2 (Problemas familiares - otro tipo de problemas)*

En la misma comparación pero con el problema 2, tampoco se encontraron diferencias entre ambos grupos (ver tabla 41).

**Ideación suicida y problemas (grupos 1 y 2)**

| <b>Ideación Suicida</b> | <b>Grupos</b> | <b>N</b> | <b>Media</b> | <b>t</b> | <b>Grados de libertad</b> | <b>Probabilidad</b> |
|-------------------------|---------------|----------|--------------|----------|---------------------------|---------------------|
| <b>Problema 1</b>       | 1             | 711      | 1.4543       | 1.587    | 997                       | >0.05               |
|                         | 2             | 288      | 1.7743       |          |                           |                     |
| <b>Problema 2</b>       | 1             | 563      | 1.6892       | 1.431    | 722                       | >0.05               |
|                         | 2             | 161      | 2.0870       |          |                           |                     |

**Tabla 41.** En la presente tabla se muestran las comparaciones entre el problema 1 y 2 (grupos 1: *otro tipo de problemas* y grupo 2: *problemas familiares*) respecto al nivel de ideación suicida.

*Ideación suicida y Problema 1 (problemas familiares-sin problemas)*

Al comparar los puntajes de los participantes que mencionaron en primer lugar problemas familiares con los que no tienen, sí se encontraron diferencias entre dichos grupos, ya que los adolescentes que mencionaron tener problemas familiares registraron un nivel mayor de ideación suicida que aquellos que no reportaron problemas (ver tabla 42).

*Ideación suicida y Problema 2 (problemas familiares-sin problemas)*

Con respecto a la comparación entre el grupo que reportó algún problema de tipo familiar y el grupo que no reportó problemas, como segundo problema, se encontró que el grupo que presenta problemas familiares manifiesta mayor ideación suicida que el grupo que no reporta problemas (ver tabla 42).

### Ideación suicida y problemas (grupos 2 y 3)

| Ideación Suicida | Grupos | N   | Media  | t     | Grados de libertad | Probabilidad |
|------------------|--------|-----|--------|-------|--------------------|--------------|
| Problema 1       | 2      | 288 | 1.7743 | 3.714 | 538.840            | <0.05        |
|                  | 3      | 283 | 0.8834 |       |                    |              |
| Problema 2       | 2      | 161 | 2.0870 | 3.981 | 199.978            | <0.05        |
|                  | 3      | 558 | 0.9104 |       |                    |              |

**Tabla 42** En la presente tabla se muestran las comparaciones entre el problema 1 y 2 (grupos 3: *sin problemas* y grupo 2: *problemas familiares*) respecto al nivel de ideación suicida.

### Ideación suicida y Problema 2 (otro tipo de problema-sin problemas)

En la comparación del grupo 1 que menciona tener otro tipo de problema con el grupo 3 que menciona no tener ningún problema, se encontró que sí hubo diferencias, significa que el grupo con otro tipo de problema presenta mayor ideación suicida que el grupo que no tiene problemas (ver tabla 43).

### Ideación suicida y sin-problemas (grupos 1 y 3)

| Ideación Suicida | Grupos | N   | Media  | t     | Grados de libertad | Probabilidad |
|------------------|--------|-----|--------|-------|--------------------|--------------|
| Problema 1       | 1      | 711 | 1.454  | 3.176 | 560.437            | <0.05        |
|                  | 3      | 283 | 0.8834 |       |                    |              |
| Problema 2       | 1      | 563 | 1.689  | 4.913 | 1053               | <0.05        |
|                  | 3      | 558 | .910   |       |                    |              |

**Tabla 43.** En la presente tabla se muestran las comparaciones entre el problema 1 y 2 (grupos 1: *otro tipo de problemas* y grupo 3: *sin problemas*) respecto al nivel de ideación suicida.

### Ideación suicida y actitud disfuncional

Con respecto a la comparación entre los grupos de puntajes altos y bajos en cada uno de los factores de Actitud Disfuncional, se encontró lo siguiente.

### *Ideación suicida y exigencia-condenación*

En la comparación de los grupos con puntajes altos y bajos del factor exigencia-condenación se encontró que sí hay diferencia entre los grupos, indicando que aquellos adolescentes que presentan alta exigencia-condenación tienen mayor ideación suicida que los que muestran menor exigencia-condenación tal como se observa en la tabla 44.

### *Ideación suicida y baja tolerancia-exigencia*

Los resultados obtenidos en la comparación de los grupos con puntajes altos y bajos del factor de baja tolerancia-exigencia muestran que sí hay diferencia entre los grupos (ver tabla 44), indicando que aquellos con baja tolerancia tienen mayor ideación suicida que los que muestran menor baja tolerancia.

### *Ideación suicida y exigencia disfuncional*

La comparación entre los grupos de baja y alta exigencia disfuncional mostró diferencias significativas (ver tabla 44), lo cual quiere decir que aquellos con baja exigencia disfuncional tienen menor ideación suicida que los que presentan alta exigencia disfuncional.

### *Ideación suicida y exigencia funcional*

En la comparación de los grupos con baja y alta exigencia funcional no se registró diferencia, por lo que en estos grupos la baja o alta exigencia funcional no está implicada en la presencia de ideación suicida (ver tabla 44).

### Ideación suicida y Actitud Disfuncional

| Ideación Suicida          | Grupos | N   | Media  | t      | Grados de libertad | Probabilidad |
|---------------------------|--------|-----|--------|--------|--------------------|--------------|
| Exigencia-condenación     | 1      | 286 | 0.8601 | -5.191 | 167.546            | <0.05        |
|                           | 3      | 146 | 2.7603 |        |                    |              |
| Baja tolerancia-exigencia | 1      | 208 | 1.1154 | -2.860 | 352.641            | <0.05        |
|                           | 3      | 186 | 1.9462 |        |                    |              |
| Exigencia disfuncional    | 1      | 325 | 0.9969 | -4.670 | 500.487            | <0.05        |
|                           | 3      | 309 | 2.1586 |        |                    |              |
| Exigencia funcional       | 1      | 10  | 1      | -0.957 | 188                | >0.05        |
|                           | 3      | 180 | 2.1833 |        |                    |              |

**Tabla 44.** En la presente tabla se muestran las comparaciones entre puntajes bajos (grupo1) y altos (grupo 3) respecto al nivel de ideación suicida.

### Ideación suicida y locus de control

#### *Ideación suicida y Locus de control externo*

Con respecto a la comparación entre los grupos con puntuaciones altas y bajas de Locus de Control externo, se registraron diferencias. Así el grupo que presenta mayor puntuación en locus de control externo presenta mayor ideación suicida, en comparación con el grupo de baja puntuación en Locus de Control externo (ver tabla 45).

#### *Ideación suicida y Locus de control interno*

Al comparar los grupos con puntajes altos y bajos de locus de control interno no se encontraron diferencias respecto al grado de ideación suicida que presentan (ver tabla 45).

### Ideación suicida y locus de control

| Ideación Suicida         | Grupos | N   | Media  | t      | Grados de libertad | Probabilidad |
|--------------------------|--------|-----|--------|--------|--------------------|--------------|
| Locus de control externo | 1      | 231 | 1.1472 | -2.338 | 314.317            | <0.05        |
|                          | 3      | 184 | 1.8587 |        |                    |              |
| Locus de control interno | 1      | 5   | 1.6    | -.001  | 186                | >0.05        |
|                          | 3      | 183 | 1.6011 |        |                    |              |

**Tabla 45.** En la presente tabla se muestran las comparaciones entre puntajes bajos (grupo1) y altos (grupo 3) respecto al nivel de ideación suicida.

### Ideación suicida y Estado Emocional

Con relación a la comparación entre los grupos de puntuaciones altas y bajas de Estado Emocional, se registraron diferencias. Por lo que los jóvenes con puntuaciones altas de Estado Emocional negativo registraron mayor grado de ideación que los jóvenes con puntuaciones bajas de Estado Emocional negativo (ver tabla 46).

#### Ideación suicida y estado emocional

| Ideación Suicida | Grupos | N    | Media  | t      | Grados de libertad | Probabilidad |
|------------------|--------|------|--------|--------|--------------------|--------------|
| Estado emocional | 1      | 1040 | 0.9154 | -5.938 | 56.862             | <0.05        |
|                  | 3      | 57   | 5.2105 |        |                    |              |

**Tabla 46.** En la presente tabla se muestran las comparaciones entre puntajes bajos (grupo1) y altos (grupo 3) respecto al nivel de ideación suicida.

### Ideación suicida e intentos previos de suicidio

Los adolescentes que mencionaron haber intentado suicidarse constituyen el 10.5% de la población; el 5.5% menciona haberlo intentado una vez, mientras que el 3.1% dos veces, un 0.9% tres veces y el 1.2% más de tres veces.

En la comparación se registraron diferencias entre el grupo con intentos previos de suicidio y el grupo sin intentos, por lo tanto el haber intentado suicidarse se relaciona con mayor ideación suicida (ver tabla 47).

#### Ideación e intentos previos

| Ideación Suicida             | Grupos | N    | Media  | t     | Grados de libertad | Probabilidad |
|------------------------------|--------|------|--------|-------|--------------------|--------------|
| Intentos previos de suicidio | 0      | 134  | 5.2836 | 9.558 | 137.695            | <0.05        |
|                              | 1      | 1088 | 0.9531 |       |                    |              |

**Tabla 47.** En la presente tabla se muestran las comparaciones entre el grupo de intentos previos (grupo 0) y sin intentos (grupo 1) respecto al nivel de ideación suicida.

## 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La comparación entre los grupos con problemas familiares y otro tipo de problemas indicó ausencia de diferencias, lo que lleva a rechazar la hipótesis de investigación planteada acerca de un mayor riesgo de ideación suicida entre los adolescentes con problemas familiares en comparación con aquellos que presentaron otro tipo de problemas. Lo que significa que probablemente cualquier problema al que se enfrentan los adolescentes puede estar relacionado con el riesgo de ideación suicida, es decir, que los problemas familiares no son los únicos que inciden para la presentación de la ideación suicida.

En la comparación del grupo con problemas familiares con el que no reportó alguna problemática se encontró que sí hubo diferencias entre ellos por lo que se acepta la hipótesis que plantea que si los participantes presentan problemas familiares estarán en mayor riesgo suicida que los que mencionan no tener problemas. Esto quiere decir que el hecho de enfrentar un problema, sea éste de cualquier tipo: familiar, escolar, personal, económico, etc., puede describir en cierta medida la presencia de ideación suicida en los adolescentes.

Con respecto a la Actitud Disfuncional se encontró que en tres de los cuatro factores que son Exigencia-Condennación, Baja Tolerancia-Exigencia y Exigencia Disfuncional, se obtuvieron diferencias al comparar los grupos correspondientes, por lo que se acepta la hipótesis planteada acerca de que la presencia de valores altos de Actitudes Disfuncionales implicará mayor riesgo de Ideación Suicida. Por lo tanto, estos tres factores sí ayudan a describir el riesgo de ideación suicida pues se trata de actitudes que generan malestar en el adolescente por las características de los esquemas de pensamiento dominantes, los cuales distorsionan la realidad y llevan a interpretaciones erróneas que se aleja de los hechos reales.

Como se esperaba, en el cuarto referido a la exigencia funcional no se encontraron diferencias, lo que indica que no es lo funcional, sino lo disfuncional en las actitudes lo que marca la diferencia con respecto a la presencia de riesgo de Ideación Suicida.

Con respecto al Locus de Control se aceptó la hipótesis acerca de que el Locus de Control Externo implica mayor probabilidad de Ideación Suicida, debido a que el pensamiento del adolescente estará más dirigido a los eventos fortuitos o al azar y el sentido de responsabilidad ante los eventos de la vida será menor en comparación con aquellos en los que el locus interno sea el predominante.

En la evaluación del Estado Emocional se encontraron diferencias entre los grupos lo que lleva a concluir que a mayor malestar emocional será mayor el riesgo de Ideación Suicida. Lo que permite inferir acerca de que el estado emocional negativo, es decir la presencia de nerviosismo, abatimiento, tristeza, melancolía, desánimo, se relaciona con la presencia de Ideación Suicida.

Si bien lo encontrado con respecto a los problemas familiares es consistente con lo encontrado por Pérez (1999) y por Medina y Hernández (2004), acerca de que , dificultades socioeconómicas dentro de la familia,, discordias constantes y una relación deteriorada entre padres e hijos pueden influir en la presencia de Ideación Suicida. También es cierto que no solo la presencia de problemas familiares es importante en la manifestación de ideación suicida de la muestra estudiada, sino el registro de problemas en general, tal como lo reporta Serrano y Flores (2005).

Por otra parte la implicación de que la mayor presencia de actitudes disfuncionales se da en aquellos individuos con alta ideación suicida, confirma lo mencionado por Williams y Pollock (2001) acerca de la relación entre la percepción que tiene el adolescente de los eventos y los mecanismos psicológicos de afrontamiento que pone en marcha ante situaciones problemáticas y conductas impulsivas y de escape como el suicidio. La importancia de la actitud disfuncional hacia los eventos de estrés ya fue comentada por Beck (2000), Reineck y Franklin-Sott (2005) y Neuringer (1976), en el sentido de lo que

puede significar una interpretación exagerada o falsa con respecto a la, desesperanza y al pensamiento de no solución que puede conducir a la ideación o al intento de suicidio.

En cuanto al tipo de locus de los resultados obtenidos son consistentes con lo explicado por Geen (1976) ya que el locus de control externo puede estar relacionado con la inhabilidad para resolver problemas, con la falta de confianza en sí mismo, y con trastornos psiquiátricos. En tanto que el locus interno reflejaría un buen ajuste personal, por lo que los resultados de ésta investigación concuerdan con lo reportado por Neuringer (1976) acerca de que las personas con ideación suicida tienden a ser más controladas por estímulos externos que por una ayuda interna.

Además, en esta investigación, se confirmó que el malestar emocional está presente en las personas con ideación suicida, al igual que en el estudio de Petrzalcová y Chávez (2006) quienes señalan la importancia de tomar en cuenta el estado emocional en el riesgo de Ideación Suicida.

En este estudio se pudo observar la presencia de intentos previos entre los adolescentes y de acuerdo con ello Heeringen (2001) señala que una historia de intentos suicidas es un fuerte predictor del suicidio ya que esto indica la continuidad en el proceso suicida que empieza con ideas acerca de la muerte, seguidas de los planes para cometer suicidio, hasta llegar al intento de suicidio o, en su caso, al suicidio consumado.

Se puede ver que en cada variable explorada, las creencias de los adolescentes son un indicador importante de su comportamiento, en este caso; la ideación suicida. Y que también las emociones tienen antecedentes cognitivos, por lo que las creencias son también un indicador de estado emocional.

Se encontró que la presencia de problemas, sin importar si éstos se dan dentro de la familia o en otra área de la vida (social, escolar, etc.), es un marcador importante para la presencia de riesgo de ideación suicida y lo que sugiere que probablemente entre los adolescentes que integraron la muestra, existe una capacidad deficiente para enfrentar los

problemas que se les presentan, así como dificultades para comunicarse de manera asertiva sobretodo dentro de la familia.

De acuerdo con los hallazgos de actitud disfuncional se entiende que los adolescentes dan sentido a los eventos de la vida de acuerdo con una manera específica de interpretarlos. Esto se puede ver en los tres factores relacionados con un mayor riesgo de ideación suicida (exigencia-condenación, baja tolerancia a la frustración-exigencia y exigencia disfuncional). En estos factores se hace evidente que los jóvenes actúan de acuerdo a patrones similares, se exigen sobremanera cumplir con mandatos que se auto-imponen, y al no alcanzar sus metas se reprochan a sí mismos, no soportando los fracasos pero además exigiéndose cumplir con cuestiones que no están a su alcance como por ejemplo: “la gente me considerará menos si cometo algún error”. Lo que plantea la posibilidad de creencias disfuncionales que acarrearán diversas consecuencias emocionales y de comportamiento, entre ellas en algunos casos, la ideación suicida.

Estas creencias están estrechamente relacionadas con el tipo de locus de control que predomina en cada uno de ellos. En la investigación encontramos que los adolescentes que presentan una inclinación mayor al locus externo tienen mayor ideación suicida. Para desenvolverse en su medio, las creencias de éstos se basan en que los éxitos que obtienen en cualquier área de su vida dependen de cuestiones externas a ellos tales como la suerte o el azar, con lo que se anulan así mismos como parte activa en sus vidas. Al percibir al medio como facilitador de sus logros y al no obtener beneficios o recompensas al realizar cualquier actividad, imputarán el resultado a las cuestiones ambientales y no a sí mismos. Lo que deriva en un pobre sentido de responsabilidad hacia sí mismos y hacia las cosas que realizan. Por lo que sería necesaria una investigación en la que se exploraran las fuentes externas que influyen en primer término para la apropiación de creencias, por ejemplo los medios de comunicación, la familia, los amigos, el medio social y otros, para con ello identificar los factores que influyen en mayor medida en la formación y desarrollo de un sistema de creencias personal en los adolescentes.

Con respecto al resultado encontrado acerca de que ante el estado emocional se presenta mayor ideación suicida entre los adolescentes, se concluye que los antecedentes cognitivos juegan un papel importante en la expresión de las emociones que se puede suponer que si una persona piensa que al cometer un error parecerá un gran perdedor ante los demás, y si en alguna ocasión se cumple esto en la realidad entonces sobrevendrá un sentimiento de desánimo o tristeza al ver cumplida su profecía, de manera tal que sus creencias influirán en las emociones que presente. Por otra parte, con los resultados encontrados pudimos observar que un gran número de adolescentes experimenta emociones negativas como nerviosismo, melancolía o tristeza, los cuales probablemente estén relacionados tanto con el tipo de locus de control que predomina en ellos como con las actitudes disfuncionales que puedan presentar.

¿Qué errores y deficiencias se tuvieron en esta investigación?

Una limitante fue el hecho de que el horario de aplicación, en algunos casos, no fue conveniente para los adolescentes ya que por ser las últimas clases del día ellos se encontraban poco dispuestos para colaborar en el estudio, lo cual provocó que contestaran rápido para salir y sin poner mucha atención en lo que se les solicitaba, lo cual se vio reflejado en el hecho de que constantemente preguntaban sobre qué debían hacer después de haber leído las instrucciones de manera grupal. Esto probablemente influyó en el hecho de que algunos cuestionarios no fueran contestados en su totalidad.

La aplicación de las encuestas fue de acuerdo con la disponibilidad de los grupos, lo que provocó que la recolección de los datos se extendiera, pues en ocasiones se aplicaba en un solo día a uno o dos grupos.

El hecho de haber trabajado con diferentes variables nos permitió ver que éstas tienen una relación importante en el riesgo suicida, sin embargo aquí sólo se llegó a describir dicha influencia por lo que el paso siguiente sería trabajar a mayor profundidad con cada variable.

Otra limitante para la presente investigación fue el hecho de haber trabajado sólo con una escuela pública, pues lo idóneo para observar las diferencias en el comportamiento de las variables pudo haber sido el trabajar también con una población de jóvenes no escolarizados. Pues así se obtuvieron sólo indicadores de adolescentes de un solo contexto: jóvenes escolarizados.

La experiencia de llevar a cabo esta investigación nos permitió identificar que en los adolescentes se presentan aspectos específicos que diferencian a aquellos con IS de los sin IS, tales como la actitud disfuncional, el locus de control, el malestar emocional y el tipo de problema manifestado.

Con esta investigación se generó más evidencia acerca de la ideación suicida y los aspectos relacionados en jóvenes mexicanos de Educación Media Superior. De lo que se derivan las siguientes propuestas:

1. Explorar, en una investigación adicional, las principales formas en que los adolescentes hacen frente a los problemas que viven para confirmar o negar la idea de que en ellos existe una deficiencia general para manejar sus problemas, ya sea en el ámbito familiar así como en otras áreas de su vida.

2. Un estudio donde se exploren los patrones conforme a los cuales se relacionan con la familia y en otras áreas como la escuela, los amigos, etc.

3. Una investigación donde se indaguen las principales influencias para los adolescentes en la apropiación de creencias acerca de sí mismos, es decir cuáles de las influencias externas (medios de comunicación, familia, amigos, etc.) contribuyen en mayor medida a la configuración de su personalidad, en el cual se exploren áreas como auto-concepto, auto-estima y otros aspectos relevantes que denoten la presencia o ausencia de actitudes disfuncionales conforme a las cuales actúan.

4. Una investigación donde se replique la relación entre el estado emocional, tipo de locus de control que predomina y las actitudes disfuncionales. Para confirmar o negar la idea de que a mayor presencia de actitudes disfuncionales y mayor inclinación a un locus de control externo aumenta también el estado emocional negativo.

5. Un estudio en donde se investigue una población más extensa y que cuente con varias escuelas (públicas y privadas) para verificar cómo se comportan las variables realizando una comparación entre ellas; se considera que también es importante establecer comparaciones entre hombres y mujeres para observar si las variables se comportan de manera diferente en cada uno de los sexos.

Para la prevención se puede llevar a cabo la difusión de información por medio de talleres, pláticas y cursos dirigidos a padres de familia, maestros, médicos y psicólogos que estén en contacto directo con adolescentes de manera que puedan brindarles apoyo emocional, médico, psicológico a partir de la identificación de conductas y actitudes de riesgo en los adolescentes. Además sería conveniente llevar información a los mismos adolescentes acerca del tema del suicidio con el fin de que cuenten con datos relacionados con las principales implicaciones de éste, así como hacerles saber cómo, cuándo y dónde pueden conseguir ayuda en caso de requerirla.

Además de ello, se podría trabajar con los jóvenes para facilitarles herramientas que les permitan afrontar de mejor manera aquellos problemas que se les presentan y así prevenir que esto los conduzca a tomar el suicidio como una forma de escapar a los conflictos en lugar de solucionarlos.

Para el tratamiento sería indispensable la colaboración de la familia en la rehabilitación del joven ya que ésta representa una buena fuente de apoyo emocional, factor importante para aquellos que incurrir en un intento suicida.

El trabajo con el joven estaría enfocado a tratar las creencias que este tiene acerca de sí mismo, de los demás y del futuro, ya que la constante presencia de actitudes disfuncionales es un paso a tomar soluciones desfavorables como el suicidio, por lo tanto sería necesario sustituir dichas actitudes por unas más funcionales que les permitan desenvolverse mejor en su medio social. Otro aspecto a tratar es el tipo de locus de control que maneja, ya que como se observó en este estudio y en otros, un tipo de locus de control externo implica una menor capacidad para tomar las soluciones o el comportamiento como

propios, lo que ayudaría a que el adolescente sea consciente que es capaz de cambiar y solucionar los problemas a los que se enfrente. Además de esto, resulta necesario identificar el estado emocional en que se encuentra el joven para disminuir el malestar emocional que pudiera estar viviendo y que lo ha llevado a pensar en el suicidio.

Por supuesto, como ya se mencionó anteriormente, lo ideal es hacer un trabajo conjunto con la familia, ya que aunque se ha señalado como una fuente importante de estrés, también lo puede ser como una fuente de apoyo para el adolescente, por lo que trabajar con la problemática familiar, la comunicación, fomentar la confianza y el apoyo entre los miembros resulta imprescindible para que el joven recupere las ganas de vivir.

## REFERENCIAS

- Apter, A. & Freudenstein, O. (2002). Adolescent Suicidal Behaviour: Psychiatric Populations. En: Hawton, K. y Van Heeringen. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (262-273). New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Barcelata, B., Duràn, C. y Lucio, E. (2004). Indicadores de malestar psicológico en u grupo de adolescentes mexicanos (versión electrónica). *Revista Colombiana de Psicología* 13, 64-73.
- Beck, A. (1976). Meaning and Emotions. En: *Cognitive Therapy and the emocional disorders* (47-76). USA: International Universities press. Inc.
- Beck, J. S. (2000). La conceptualización cognitiva. En *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización* (pp. 31-44). México: Gedisa.
- Carver, C. S. y Sheier, M. F. (1997). Perspectiva del aprendizaje. En *Teorías de la Personalidad* (pp. 362-399). México: Pearson.
- Casullo, M. (2003). Evaluación del riesgo suicida en adolescentes. En *Adolescentes en riesgo. Identificación y Orientación Psicológica* (pp. 85-95). Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M.. (2003). Soledad, aislamiento y riesgo suicida. En *Adolescentes en riesgo. Identificación y Orientación Psicológica* (pp. 97-114). Buenos Aires: Paidós.
- Centro Nacional de Disseminación de Información para Niños con Discapacidades. (2004). Hoja Informativa Sobre Discapacidades: definición de problemas emocionales. Centro Nacional de Disseminación de Información para Niños con Discapacidades.
- Colimón, N., Téllez-Vargas, J. y Cisneros, C. (2005). Neurobiología del suicidio. En: Téllez-Vargas, J. y Forero, J. *Suicidio. Neurobiología factores de riesgo y prevención*. (42-61). Recuperado el 8 de diciembre de 2007 de: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/libros/suicidio.html>

- Cova, F., Maganto, C. y Melipillán, R. (2005). Género, adversidad familiar y síntomas emocionales en preadolescentes (Versión electrónica), *Psyche* 14,1, 227-232.
- Cutler, D., Glaeser, E. & Norberg, K. (2001). Explaining the Rise in Youth Suicide. En *Risk Behaviour among Youths: An Economic Analysis* (219-269). *The University of Chicago Press. USA.*
- Díaz S. J., Bousoño G., M. y Bobes G. J. (2004). Concepto y clasificación de los comportamientos suicidas. En Bobes G., J.; Sáiz M., P. A.; García-Portilla G., M. P.; Bascarón F., M. T. y Bousoño G., M. *Comportamientos suicidas. Prevención y Tratamiento* (pp. 1-10). España: Ars Medica.
- Dos Santos, N. (2006). Problemas emocionales. Documento recuperado el 15 de julio de 2007 de [www.psicopedagogía.com](http://www.psicopedagogía.com).
- Durkheim, E. (1975). *El suicidio*. México: UNAM .
- Elster, J. (2002). Las emociones sociales en el contexto Histórico(802-825). *Alquimias de la mente. La racionalidad y las emociones*. México: Paidós.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos (pp. 206-251). Barcelona: Paidós.
- Geen, R. G. (1976). Locus of control. En *Personality the Skein of Behaviour* (pp. 230-254). USA: Mosby Co.
- Gil-Castellón, F. (2006) *Enfrentamiento a los problemas y locus de control en adolescentes de la ciudad de México*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- González-Forteza, C., Chávez-Hernández, A.M., Villatoro V., J. y Medina-Mora, M.E. (2006). Vidas en riesgo: un acercamiento a la prevención de la problemática suicida en adolescentes.
- González Forteza, C., Ramos L., L., Caballero G., M. A. y Wagner E., F. A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos (Versión electrónica). *Revista Psicothema* 15, 4, 524-531.

- González-Forteza, C., Villatoro, J., Pick, S. y Collado, M.E. (1998). Estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la Ciudad de México: Análisis según nivel socioeconómico (Versión electrónica). *Salud Mental* 21, 2, 37-45.
- Hales, R. E., Yudofsky, S. C. y Talbot, J. A. (2000). Evaluación psiquiátrica. Trastornos de personalidad (802-820). *DSM-IV. Tratado de psiquiatría. Tomo I. España*: Masson.
- Herringen, K. (2001). The suicidal process and related concepts. En *Understanding Suicidal Behaviour* (3-14). Chichester: J. Wiley.
- Hernández- Cervantes, Q. y Lucio, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología* 3(1), 45-52.
- Hernández, Q. (2006). Estudio sobre el suicidio en México. Algunos estudios sobre suicidio en población adolescente. Documento recuperado el 13 de agosto de 2007 de: [www.suicidioadolescente.com.info/estudios.html](http://www.suicidioadolescente.com.info/estudios.html)
- Horrocks, E. J. (1993). Actitudes y relaciones familiares. En *Psicología de la Adolescencia* (pp. 383-398). México: Trillas.
- Larsen, R. J. y Buss, D. M. (2005). Temas cognitivos en la personalidad. En *Psicología de la personalidad. Dominios de conocimiento sobre la naturaleza humana* (pp. 375-404). México: Mc Graw Hill.
- Masten, W. G., Caldwell-Colbert, A. T., Williams, V., Jerome, W. W., Mosby, L., Barrios, Y. y Helton, J. (2003). Diferencia de género en síntomas depresivos entre adolescents mexicanos (versión electrónica). *Anales de Psicología* 19, 1, 91-95.
- Medina, G. M. y Hernández M. J. (2004). Factores de riesgo de comportamientos suicidas. En Bobes G., J.; Sáiz M., P. A.; García-Portilla G., M. P.; Bascarón F., M. T. y Bousoño G., M. *Comportamientos suicidas. Prevención y Tratamiento* (pp. 35-89). España: Ars Medica.
- Neuringer, C. (1976). Current developments in the study of suicidal thinking. En Shneidman, E. & Greenblat, M. (Ed.), *Suicidology: Contemporary Developments* (234-252). N. Y.: Grune & Stratton.

- Ortega, G. y Rivera, M. (2006). Epidemiología de los suicidios en México y Estado de Guanajuato. Documento recuperado el 13 de agosto de 2007 de: [www.suicidioadolescente.com.info/estudios.html](http://www.suicidioadolescente.com.info/estudios.html)
- Pelechano, V. (1999). Psicología de la Personalidad. Barcelona: Ariel.
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención (versión electrónica). *Revista Cubana de Medicina General Integral* 15, 2, 196-217.
- Petrzelová M., J. y Chávez M., M. A. (2006). Suicidio en la región sureste del estado de Coahuila (versión electrónica). *Enseñanza e Investigación en Psicología* 11, 1, 161-175.
- Quintanilla, M. R., Haro J., L. P., Flores V., M. E., Celis de la Rosa, A. y Valencia A., S. (2003). Desesperanza y tentativa suicida (versión electrónica). *Investigación en salud* 5, 2.
- Ramos C.F. y González G. H. (1993). Estrés, cognición y suicidio. En: Buendía V. J. *Estrés y Psicopatología* (113-129). Madrid: Pirámide.
- Reinecke, M. & Franklin-Scott, L. (2005). Assesment of Suicide: Beck's Scales for Assesing Mood and Suicidality (pp. 29-61). En: *Assesment, treatment and Prevention of Suicidal Behavior*. E.E.U.U.: John Wiley & Sons Inc..
- Rodrigo, J. M., Maiquez, M. L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A. y Martín, J.C. (2004). Relaciones Padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia (versión electrónica). *Revista psicothema* 16, 2, 203-210.
- Saldaña, C. (2001). *Detección y prevención en el aula de los problemas adolescentes*. España: Pirámide.
- Sauceda, J., Lara, M. y Fócil, M. (2006). Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio (223-231). Hospital Infantil de México Federico Gómez.
- Semerari, A. (2000). Origen y desarrollo del cognitivismo clínico. En *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva* (19-36). España: Paidós.
- Serrano, M. P. y Flores, M. G. (2005). Estrés, respuesta de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes (versión electrónica). *Psicología y salud* 15, 2.
- Spirito, A. P., Plummer, B., Gispert, M., Levy, S., Kurkjian, J., Lewander, W., Hagberg, S. & Devost, L. (1992). Adolescent Suicide Attempts: outcomes at Follow-up. *American Orthopsychiatric*, 62, 3, 464-468.

- Téllez-Vargas, J. (2005). Suicidio y enfermedad mental. En: Téllez-Vargas, J. y Forero, J. *Suicidio. Neurobiología factores de riesgo y prevención.* ( 82-98). Recuperado el 8 de diciembre de: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/libros/suicidio.html>
- Valadez, F., González, G. y Amescua, F. (2005). La familia, factor precurrente en el intento suicida del adolescente. Trabajo expuesto en el Primer Foro Nacional para la Prevención del Suicidio, 2006 Guanajuato, México.
- White, T. (1999). Historical Factors. En: *How to Identify Suicidal People: a Systematic approach to risk assessment* (23-34). Philadelphia: Charles.
- White, T. (1999). Environmental Factors. En: *How to Identify Suicidal People: a Systematic approach to risk assessment* (35-58). Philadelphia: Charles.
- Wilde, E. (2000). Adolescent Suicidal Behaviour: a General Population Perspective (249-259). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide.* New York: Jhon Wilye & Sons, Ltd.
- Williams, J. & Pollok, L. (2001). Psychological aspects of the suicidal process (76-93). En Heeringen, K. (Ed.), *Understanding Suicidal Behaviour.* Chichester: J. Wiley.
- Zolanowicz, N., Janne, P. & Reynaert, Ch. (2004). ¿Juega el locus de control de la salud un papel clave en la salud durante la adolescencia? (versión electrónica). *The European Journal of Psychiatry (Ed. Esp.)* 18, 2.

## ANEXO



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



¡Hola!

Lo que tienes en tus manos es un cuestionario cuyo propósito es conocer lo que viven, sienten y piensan jóvenes como tú, para proponer alternativas de ayuda y atención a aquellos que lo necesiten. Por ello te pedimos tu valiosa cooperación contestando las preguntas que integran este cuestionario.

Si estás de acuerdo en participar, contesta todas las preguntas tratando de reflejar lo más fielmente tu forma de pensar y de sentir. Si tienes dudas pregúntale al aplicador (a).

Por tu cooperación, de antemano te damos las gracias.

ATENTAMENTE

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN RIESGO Y SALUD EN JÓVENES

## SECCIÓN 1. DATOS GENERALES

*Instrucciones:* por favor, anota brevemente el dato que se te pide o marca (X) la opción que consideres corresponde a cada pregunta.

1.1 Edad: \_\_\_\_\_

1.2 Sexo:

1. Masculino

2. Femenino

1.3 ¿Trabajas?

1. No

2. Sí

1.4 Sostén económico de tu familia

1. Padre

2. Madre

3. Ambos padres

4. Hermano(s) (as)

5. Padres y hermanos

6. Tú

7. Esposo(a)

8. Otros

1.5 Tu infancia y adolescencia la viviste con:

1. Papá y mamá

2. Papá, mamá y hermanos

3. Sólo mamá o sólo papá

4. Sólo Hermano(s)

5. Con ambos padres o alguno de los padres y otros familiares

6. Sólo tíos, abuelos o hermanos

7. Otras personas

1.6 ¿Padeces alguna enfermedad que requiera tratamiento continuo?

1. No (pasa a la pregunta 1.12)

2. Sí

1.7 ¿Cuál enfermedad?

\_\_\_\_\_

1.8 ¿Acostumbras o necesitas consumir alguna de las siguientes sustancias con frecuencia para sentirte bien? (puedes marcar más de una)

1. Cigarros

2. Café

3. Bebidas energéticas

4. Alcohol

5. Drogas

6. Medicamentos

7. No consumo algo para sentirme bien

1.9 ¿En los últimos tres meses has vivido situaciones que han perturbado o alterado tu vida?

1. No

2. Sí una

3. Sí, más de una

1.10 Estas situaciones que han perturbado o alterado tu vida se relacionan con (*puedes marcar más de una opción*):

1. La familia

2. La pareja

3. Amistades

4. Escuela

5. Trabajo

6. Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

1.11 Tu preferencia sexual es:

1. Heterosexual

2. Homosexual

3. Bisexual

1.12 ¿Tienes relaciones sexuales regularmente?

1. No  2. Sí

1.13 ¿Haz recibido atención psicológica o psiquiátrica?

1. No (pasa a la pregunta 1.15)  
 2. Sí

1.14 La causa por la que recibiste atención psicológica o psiquiátrica fue:

- 1. Trastorno emocional (depresión, ansiedad, etc.)
- 2. Drogadicción
- 3. Alcoholismo
- 4. Problemas familiares (divorcio, violencia, etc.)
- 5. Problemas escolares
- 6. Otra ¿Cuál?:  
\_\_\_\_\_

1.15 ¿Crees que has sido víctima de situaciones humillantes?

1. No  2. Sí

1.16 ¿Alguna persona cercana a ti se ha suicidado o intentado suicidarse?

1. No  2. Sí

1.17 ¿Crees que has sido víctima de situaciones humillantes?

1. No  2. Sí

1.18 ¿Alguna persona cercana a ti se ha suicidado o intentado suicidarse?

1. No  2. Sí

***(PASA POR FAVOR A LA SECCIÓN 2)***

## SECCIÓN 2. PENSAMIENTOS, ACTITUDES Y EMOCIONES

*Instrucciones:* A continuación se te presentan una serie de afirmaciones que pueden reflejar lo que has pensado o como te has sentido últimamente. En cada afirmación marca la columna que identifique tu grado de acuerdo o desacuerdo, conforme a la siguiente escala:

|  |                                      |   |                                   |   |
|--|--------------------------------------|---|-----------------------------------|---|
| <b>TD</b><br><i>Totalmente en<br/>Desacuerdo</i> | <b>D</b><br><i>En<br/>Desacuerdo</i> | <b>N</b><br><i>Ni de acuerdo ni en<br/>desacuerdo</i> | <b>A</b><br><i>De<br/>Acuerdo</i> | <b>TA</b><br><i>Totalmente de<br/>acuerdo</i> |
|--|--------------------------------------|---|-----------------------------------|---|

**Ejemplo:**

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

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

|   | Totalmente en desacuerdo | En Desacuerdo | Ni acuerdo Ni desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de Acuerdo |
|---|--------------------------|---------------|--------------------------|------------|-----------------------|
|   | <b>TD</b>                | <b>D</b>      | <b>N</b>                 | <b>A</b>   | <b>TA</b>             |
| <i>2.1 La felicidad depende más de mi actitud hacia mí mismo que de la impresión que los demás tengan de mí</i> |                          |               |                          |            |                       |
| <i>2.2 La gente probablemente me considerará menos si cometo algún error</i>                                    |                          |               |                          |            |                       |
| <i>2.3 Si no hago siempre bien las cosas, la gente no me respetará</i>  |                          |               |                          |            |                       |
| <i>2.5 Para ser feliz necesito que me admire la mayor parte de la gente que conozco</i>                         |                          |               |                          |            |                       |
| <i>2.6 Si una persona pide ayuda, es señal de debilidad</i>   |                          |               |                          |            |                       |
| <i>2.7 Si fracaso en mis estudios, seré un (a) fracasado (a)</i>  |                          |               |                          |            |                       |
| <i>2.8. Si no puedo hacer bien una cosa, es mejor no hacerla</i>  |                          |               |                          |            |                       |
| <i>2.10 Si alguien no está de acuerdo conmigo, eso probablemente indica que no le agrado</i>                    |                          |               |                          |            |                       |
| <i>2.11 Si fracaso en algo, eso lo considero tan malo como ser un completo fracaso</i>                          |                          |               |                          |            |                       |
| <i>2.12 Si los demás saben como soy, me considerarán menos</i>  |                          |               |                          |            |                       |
| <i>2.13 No soy nada si no me quiere la persona a quien yo quiero</i>  |                          |               |                          |            |                       |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 2.15 Para ser una persona valiosa, debo destacar por lo menos en algo importante                              |  |  |  |  |  |
| 2.16 Las personas a las que se les ocurren buenas ideas valen más que aquellas a quienes no se les ocurren    |  |  |  |  |  |
| 2.17 Las opiniones que tengo de mí mismo (a) son más importantes que las opiniones que los demás tienen de mí |  |  |  |  |  |
| 2.18 Hacer una pregunta me hace parecer inferior  |  |  |  |  |  |
| 2.21 No puedo confiar en otras personas porque podrían ser crueles conmigo                                    |  |  |  |  |  |
| 2.22 Si desagrado a los demás no puedo ser feliz  |  |  |  |  |  |
| 2.23 Para agradar a otras personas, lo mejor es renunciar a los propios intereses                             |  |  |  |  |  |
| 2.27 Los mejores alumnos son los que tienen suerte  |  |  |  |  |  |
| 2.28 Obtener lo que quiero depende de mí  |  |  |  |  |  |
| 2.29 Todo lo que hago me sale bien, gracias a la suerte   |  |  |  |  |  |
| 2.30 Mis calificaciones dependen de mí  |  |  |  |  |  |
| 2.31 Es mejor tener suerte que ser inteligente  |  |  |  |  |  |
| 2.32 Mi éxito en la escuela dependerá de que tan agradable sea yo   |  |  |  |  |  |
| 2.33 El éxito depende de mí   |  |  |  |  |  |

A continuación señala por favor, qué tanto del tiempo del mes pasado te has sentido de la siguiente manera.

|   | 100% del tiempo | 80% del tiempo | 60% del tiempo | 40% del tiempo | 20% del tiempo | 0% del tiempo |
|---|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| 2.85 He estado muy nervioso (a)                         |                 |                |                |                |                |               |
| 2.86 Me he sentido calmado (a) y en paz                 |                 |                |                |                |                |               |
| 2.87 Me he sentido triste y melancólico (a)             |                 |                |                |                |                |               |
| 2.88 Me he sentido abatido(a), que nada me puede animar |                 |                |                |                |                |               |
| 2.89 Me he sentido feliz                                |                 |                |                |                |                |               |

**(PASA POR FAVOR A LA SESIÓN 3)**

### SECCIÓN 3. PROBLEMAS

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

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

Para terminar, nos ayudaría saber si durante la semana pasada has pensado lo que indican las siguientes frases. Para los cual te pedimos marques aproximadamente el número de días en que pensaste o te sentiste de acuerdo a lo que indica cada frase, durante la semana pasada:

| Durante la semana pasada:<br>¿Cuántos días te sentiste o pensaste así? | Número de días |     |     |     |
|--|----------------|-----|-----|-----|
|  | 0              | 1-2 | 3-4 | 5-7 |
| 3.3 No podía seguir adelante   |                |     |     |     |
| 3.4 Tenía pensamientos sobre la muerte                                 |                |     |     |     |
| 3.5 Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto (a)     |                |     |     |     |
| 3.6 Pensé en matarme   |                |     |     |     |

3.7 ¿Has intentado suicidarte con anterioridad?

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

3.8 Si has intentado suicidarte ¿Cuántas veces lo has hecho?

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

*¡Tú eres muy importante, si necesitas ayuda no dudes en solicitarla!*

**GRACIAS POR TU COOPERACIÓN**