



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**UNAM
IZTACALA**

**“Ideación suicida de riesgo en estudiantes de la
Universidad Tecnológica de Puebla”**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)
Gloria Cervantes García**

Directora: Dra. Martha Hermelinda Córdova Osnaya

Dictaminadores: Lic. José Carlos Rosales Pérez

Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradezco en primera instancia al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (P.A.P.I.I.T) por el apoyo económico brindado al Proyecto: “Identificación de un modelo de riesgo de ideación suicida en jóvenes universitarios de educación media superior y superior”, inscrito bajo el número IN302506, del cual forma parte el presente trabajo de investigación.

Agradezco a los profesores que me tutelaron en la planeación y desarrollo de este trabajo de investigación. En primera instancia a la Dra. Martha H. Córdova Osnaya por su enseñanza, dedicación y apoyo; al Lic. José Carlos Rosales Pérez y a la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo.

Agradezco a la Universidad Tecnológica de Puebla (UTP), a sus directivos y docentes, por el apoyo y las facilidades que me brindaron para la realización de este proyecto.

Gracias a la UNAM, por los conocimientos que he adquirido a lo largo de mi carrera y tener el placer de decir que me realicé como profesional en la máxima casa de estudios con orgullo azul y oro.

Agradezco la FESI por todos los momentos que viví y por las personas que pude conocer en mi estancia en ella.

Agradezco a mis padres, Teresa y Alberto, por lo que han hecho durante todos los años de mi vida para que pudiera estudiar. A mi madre por su apoyo incondicional y por ser una mujer admirable, mi mayor ejemplo de lucha y superación, porque a través de sus sacrificios y logros me ha inspirado a luchar por mis sueños, a no dejarme vencer aunque las cosas se tornen difíciles. A mi padre por su comprensión y respeto ante las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida, por ser mi ejemplo de constancia y dedicación; por su apoyo emocional que siempre he necesitado. A ambos gracias por el amor, la dicha y el ejemplo que me dan todos los días.

Gracias a mis hermanas: A Tere por su apoyo emocional y económico, a Ceci por hacerme reír y tenerme confianza, a ambas porque siempre han tenido tiempo para escucharme y para compartir conmigo alegrías y tristezas, por ser las mejores hermanas que he podido tener; las amo mucho y les agradezco todos los momentos que podemos pasar juntas. A Ileana por ser parte de mi familia y en especial a mi pequeño "Peludito" por sus infinitas alegrías y el amor incondicional que siempre me demuestra, gracias "compañero".

Agradezco a mi abuelita Rosario y a mi tío Raúl, por amarme siempre y estar al pendiente de mí desde que nací y por que sé que en ellos encontraré amor, comprensión y respeto siempre.

A mi tía Juana por su apoyo, a mi abue Gloria y a Luís por su cariño incondicional.

A mi amigo "Gustavo", le agradezco su compañía en la infancia hasta el día de hoy, por ser mí mejor amigo, por su cariño y por la amistad que se hace mas fuerte cada día.

Agradezco a mi amiga “Denisse” por estar conmigo desde que tuve la fortuna de encontrarla en la secundaria, le agradezco que al final del camino siempre este presente en mis triunfos y fracasos para escucharme, apoyarme y reiterarme su amor y amistad incondicional.

Gracias a las personas importantes que conocí en el CCH Azcapotzalco, a mis amigas Valeria, Ana Laura, Karina y Montserrat; quienes espero hoy en día estén realizando sus sueños profesionales y personales al igual que yo y porque la etapa que compartí con ellas fue una de las mejores en mi vida. En especial a Fernando, por ser un hombre “sensacional” y “único” agradezco la dicha de tenerlo a mi lado siempre que lo he necesitado, por demostrarme su afecto y comprensión siempre.

A la bandita de la FESI a: Myrna y Laura por ser más que mis amigas mis hermanas; a Rafa, Iván, Belman, Memo y Omar “el pueblo”. Gracias por su compañía, amistad y por todos los momentos innumerables en los que la pasamos sensacional. Agradezco a Marisol y a Rocío por su valiosa amistad.

En especial al destino por la fortuna y la dicha de encontrar a una persona que más que especial es un ser humano maravilloso que me guía y comparte conmigo cada paso de mi vida: Un “Sol” que alumbra el sendero cuando todo parece volverse oscuridad, con una luz que refleja el amor y la sinceridad que hay en su ser, una persona que es fundamental para poder compartir la dicha que me hace sentir y poder imaginar que ante los infortunios tenemos la suerte de ser “barcas” que navegan y sobrepasan las adversidades con fé y confianza en uno mismo. Eso es la más infinita y “divina verdad” que conocí al encontrarte y ser uno contigo, gracias a ti “Rafael”.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1: EL SUICIDIO	
1.1 El sentido de la vida humana	4
1.1.1 La familia	4
1.1.2. La sociedad	5
1.1.3. La individualidad	6
1.2. Consideraciones del suicidio a través del tiempo	7
1.2.1. El suicidio como un concepto	7
1.3. El Suicidio: Un proyecto de muerte	8
1.3.1. Ideación suicida	9
1.3.2. Intento suicida	9
1.3.3. Suicidio consumado	10
1.3.4. Tipos de suicidio	10
1.4 El suicidio en México	12
1.4.1 Estadísticas de suicidio en México	12
1.4.2. Poblaciones de alto riesgo	14
1.5 Métodos suicidas	16
1.5.1 Factores que influyen en la elección del método	18
1.5.1.1 Disponibilidad y accesibilidad	18
1.5.1.2 Sexo	18
1.5.1.3 Cultura	1
1.5.1.4 Sugestión	20
1.5.1.5 Estado Mental	20
1.5.2 Factores de riesgo y detección suicida	20
1.6. Las opiniones varían	23
1.6.1. La psiquiatría y el suicidio	23
1.6.2. La psicología y el suicidio	24

CAPITULO 2: IDEACIÓN SUICIDA Y SUICIDIO EN JÓVENES MEXICANOS

2.1. Intentos suicidas y suicidios en la República Mexicana en el 2004	25
2.1.1. Poblaciones de riesgo y sus características	25
2.1.2. Vulnerabilidad y suicidio	27
2.1.3. Definición de joven	29
2.2. Importancia del estudio de la ideación suicida	30
2.2.1. Ideación suicida: Concepto	30
2.2.2. Riesgo de ideación suicida e Ideación suicida de riesgo	31
2.3. Factores que predisponen a la ideación suicida de riesgo	31
2.3.1. Características Sociodemográficas	32
2.3.2. Desesperanza	33
2.3.3. Incidencia en el intento suicida	33
2.3.4. Estrés	34
2.3.5. Problemas Psiquiátricos	35
2.3.6. Abuso Sexual	35
2.3.7. Locus de control	36
2.3.8. La familia	37
2.3.9. Alcohol y abuso de sustancias	37
2.4. Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC)	38
2.4.1. Fundamentos de la Terapia Racional Emotivo-Conductual	39
2.4.2. La Terapia Racional Emotivo-Conductual: Un modelo eficiente en el estudio y tratamiento de la ideación suicida	40
2.5. Universidades Tecnológicas: Antecedentes	42
2.5.1. Objetivos de las universidades tecnológicas	43
2.5.2. Perfil de los universitarios tecnológicos	44
2.5.3. Estructura de la educación	44
2.5.4. Características de la Universidad Tecnológica de Puebla, Puebla	44

CAPÍTULO 3: METODOLOGIA

3.1. Planteamiento del problema	46
3.1.1. Preguntas de investigación	
3.1.2. Objetivos	
3.1.3. Hipótesis	40
3.2. Método	49

3.2.1 Definición de la población	49
3.2.2 Descripción de la muestra	49
3.2.3 Descripción de los materiales	49
3.2.4 Descripción de los instrumentos y aparatos	50
3.2.5 Descripción del lugar	50
3.2.6 Definición de variables	50
3.3 Procedimiento	50
3.3.1 Diseño de investigación	50
3.3.2 Número de sesiones	51
3.3.3 Diseño de muestreo	51
Capítulo 4. DESCRIPCIÓN Y ANALISIS DE DATOS	
4.1 Características sociodemográficas de la muestra	53
4.2 Descripción de las características psicométricas de las escalas	68
4.2.1 Escala de Ideación Suicida (IS)	68
a) Sensibilidad	68
b) Discriminación	71
c) Confiabilidad y Validez	71
4.2.2 Escala de Estado Emocional (EEM)	72
a) Sensibilidad	72
b) Discriminación	74
c) Confiabilidad y Validez	75
4.3 Descripción de resultados por escala	76
4.3.1 Escala de ideación Suicida (IS)	76
4.3.2 Escala de Estado Emocional (EEM)	78
4.4 Comprobación de hipótesis de investigación	79
CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	98

RESUMEN

La presente investigación realizada en la Universidad Tecnológica del Estado de Puebla, tuvo como objetivo principal identificar la incidencia de ideación suicida de riesgo en los jóvenes universitarios, con el fin de encontrar la relación existente entre la ideación suicida de riesgo, el sexo, el estado emocional, el consumo de sustancias, el antecedente de un familiar o persona cercana con intento y/o suicidio consumado. Participaron 479 estudiantes universitarios, de ambos sexos; se aplicó a cada uno el Instrumento de medición de riesgo suicida que consta de 85 ítems, los cuales están destinados a conocer: datos generales, actitud disfuncional, locus de control externo e interno, apoyo familiar y de amigos, creencias espirituales, desesperanza, agresión, estado emocional y la ideación suicida.

Para la presente investigación se utilizaron dos subescalas del instrumento: Ideación suicida y Estado emocional, ambas con un alpha de Cronbach de .74, para nuestra población. Los resultados obtenidos demuestran que existen diferencias entre sexos: en cuanto a la ideación suicida y el estado emocional, las mujeres presentan una mayor frecuencia en ideación suicida de riesgo y estado emocional, en contraparte el consumo de sustancias es en mayor porcentaje presentado por los hombres. En cuanto a las asociaciones de las variables con la ideación suicida de riesgo se halló que el sexo es un factor importante para la presencia de la ideación suicida, también se encontró una relación positiva entre el estado emocional negativo y la ideación suicida; lo mismo que el consumo de sustancias y la ideación suicida. En cuanto al antecedente de un familiar o persona cercana con intento y/o suicidio consumado, no se encontraron diferencias en cuanto al sexo y tampoco en su asociación con la ideación suicida.

INTRODUCCIÓN

El suicidio puede ser visto desde diferentes posturas y podemos analizarlo, como especialistas de la salud, desde varias ramas de la psicología o desde muchas otras ciencias a fines; con todo ello el interés primordial se encuentra en poder comprender como se origina la idea de morir por mano propia, deshacerse de la vida misma con la finalidad de evitar enfrentar circunstancias dolorosas.

La muerte, en estos tiempos, ha dejado de ser una simple etapa natural de la vida, para convertirse en un “deseo” que de una u otra forma, deriva de un estado mental desfavorable, actualmente las poblaciones que están en riesgo de cometer intentos y/o suicidios son las más jóvenes, eso no quiere decir que por ser jóvenes no tengan problemas lo suficientemente graves como para pensar en morir; pero tal vez actualmente la desunión familiar, es una forma de vida llevada por un porcentaje alto de la población; el echo de devenir de una familia disfuncional, donde existe el maltrato, el abuso sexual, el alcoholismo y/o drogadicción, la carencia económica, entre tantas otras; parece ser cotidiano; originando en gran medida la enfermedad física, emocional y psicológica de quien la padece; no sería de extrañar que pudiera pensar en quitarse la vida, con este ritmo de vida actual y sin embargo, hay quienes soportan y enfrentan adversidades mejor que otras y aquí cabría la pregunta ¿porque? ¿qué poseen esas personas, que logran salir adelante?, diversos estudios han tratado de dar una respuesta y han encontrado factores que se acercan a una solución, algunos argumentan que las herramientas proporcionadas por la familia en la infancia, son la base para desarrollarse y enfrentarse con éxito en la vida social, otros más lo relacionan con las capacidades psicológicas desarrolladas por cada persona por medio de el aprendizaje de sus experiencias; algunos advierten que la genética juega un papel importante en ese sentido y sea cual sea la respuesta, lo que más preocupa actualmente es que las cifras de actos suicidas van incrementando considerablemente y de manera alarmante; encontrando que los jóvenes entre los 15 y 25 años son la población más vulnerable.

Para la psicología el suicidio puede ser estudiado desde varias teorías, en esta investigación lo analizaremos desde el marco cognitivo-conductual, tratando de

explicar desde las bases cognitivas al suicidio, ya que el suicidio es un acto formado en el pensamiento del individuo y tomando en cuenta que parte de las habilidades desarrolladas para enfrentar y solucionar problemas no son del todo eficientes, ni adaptativas.

La forma de pensamiento de los individuos de riesgo suicida, es importante ya que a través de ella podemos explicar el devenir de sus deseos de muerte, los factores que afectan a un individuo son multivariados y el modelo cognitivo-conductual, tiene la ventaja de que al tratar con uno de ellos y enseñarle al individuo la forma de actuar y pensar frente a tal acontecimiento puede ser generalizada en circunstancias similares, contribuyendo en eso al desarrollo de más habilidades que lo llevarán a actuar de forma más satisfactoria y eficiente.

Considerando que no existe un patrón de conducta suicida, ni que todos los individuos son afectados por los mismos factores, ni son carentes de las mismas habilidades, no se puede contar con un manual que mencione la forma más efectiva de evitar el riesgo de suicidio; lo que se puede hacer por medio de la terapia cognitivo-conductual es evitar los pensamientos de muerte a través de refutar las ideas que tiene el individuo sobre el mismo, el mundo y los demás, que tienden a ser despreciativas en cualquier contexto, aunado a la necesidad de ser perfecto en aquello que se hace para ser aceptado y sentir que el mundo esta obligado a quererlo y respetarlo, es decir, sus ideas irracionales son las que lo llevan a querer morir, simplemente porque el no puede ofrecer nada bueno al mundo y el mundo tampoco tiene nada para él.

La actitud que conllevan las ideas irracionales, también efectúan un cambio negativo en los contextos del individuo y eso favorece la presencia de las ideas de muerte.

Es importante y beneficiaria no solo al individuo, sino a su contexto, que se solicite la ayuda especializada en los momentos adecuados, pero desgraciadamente no todos los suicidas dan avisos de planear su muerte; los casos de intentos de suicida fallidos, son los que deben ocuparnos, así como los pensamientos de muerte insistentes y por largos periodos de tiempo; ello contribuiría a la salud emocional y psicológica de los implicados en dicho aspecto.

Para contribuir a la investigación, el presente proyecto que consta de cinco capítulos, tiene el propósito de indagar en jóvenes universitarios del estado de

Puebla el índice de ideación suicida y como se da su relación con algunos factores como el estado emocional, consumo de sustancias y el intento o suicidio consumado de algún familiar.

En el primer capítulo se aborda al suicidio desde algunas posturas que difieren acerca de su explicación y comprensión. Se mencionan algunos de los problemas actuales a los que se enfrentan los jóvenes, que pueden fungir como factores detonantes de intento o suicidio y los conflictos emocionales, sociales, psicológicos y/o personales que afectan al individuo y a su familia.

El segundo capítulo da énfasis al suicidio como un problema social y multicausal que amerita atención por parte de los profesionales de la salud, muestra antecedentes y avances que han tenido los estudios científicos en la detección de la ideación y el suicidio consumado además de que explica algunos de los factores que se han asociado con mayor frecuencia a las poblaciones estudiadas.

El tercer capítulo detalla la manera en la que se llevó a cabo la investigación desde el planteamiento del problema, preguntas de investigación, objetivos, hipótesis, así como la descripción del método y el procedimiento empleado para la aplicación del instrumento de Ideación Suicida de Riesgo.

El cuarto capítulo se subdivide en 4 apartados, el primero de ellos describe las características sociodemográficas de la muestra, en el segundo se detallan las características psicométricas de las escalas de Ideación suicida y estado emocional, empleadas para la investigación; en el tercer apartado se describen los resultados obtenidos de las escalas y el cuarto apartado está destinado a la comprobación de las hipótesis de investigación planteadas en el capítulo 3.

En el quinto capítulo se encuentra la conclusión y la discusión de la investigación, se reportan los hallazgos detectados en la población así como una comparación con algunos estudios científicos y al final se mencionan las aportaciones de la investigación, así como algunas preguntas que derivan de la misma como campo de futura investigación.

CAPÍTULO 1: EL SUICIDIO

En este primer capítulo, abordaremos del suicidio desde sus diferentes vertientes, desde las diversas formas en que se ha definido el suicidio, la implicación que tiene su reconocimiento a nivel social como una enfermedad mental, los castigos sociales, religiosos y culturales a los que se enfrenta todo aquel ser humano que intenta quitarse la vida, pero que sin embargo fracasa en el intento; así como las secuelas emocionales y psicológicas que le quedan a la familia y al suicida. También se abordarán los problemas más comunes entre los jóvenes y que pueden dar una explicación acerca del porque tomar una decisión tan drástica ante estos conflictos. Con ello se podrán identificar los factores que pueden predecir un suicidio y con ello enfocarnos a su investigación para proporcionar ayuda oportuna y evitar que varias personas, en su mayoría jóvenes, tomen una decisión tan determinante en sus vidas.

1.1 El Sentido de la Vida Humana

El ser humano es por naturaleza un ser social, desde la antigüedad ha formado y pertenecido a grupos (religiosos, sociales y/o culturales) que le dan un sentido de pertenencia y con ello satisfacciones psicológicas. La interacción con los demás seres humanos es algo indispensable para asegurar la existencia y el bienestar del hombre, aún cuando la tecnología y las comodidades de la vida material avancen a pasos agigantados, la primordial fuente de bienestar emocional esta predeterminada por tres principales grupos, en los cuales está en juego el bienestar físico, emocional y psicológico del hombre, estos son:

1.1.1. La familia

Los lazos emocionales y los modelos que surgen a partir de la interacción con el núcleo familiar, el sentido de pertenencia que el ser humano adquiere desde sus primeros años de vida, la formación del autoconcepto y la autoestima también surgen de este primer núcleo social y le proporcionan la seguridad y las formas de afrontamiento necesarias para poder revolver las contrariedades de la vida, acordes a la edad del ser humano. La protección y la forma de vida

que se le de dentro de este núcleo determinará sin duda la forma de percibir y enfrentar los problemas en la vida futura, así como los resultados de tales experiencias determinarán la salud psicológica de los individuos desde la infancia hasta la vida adulta. Lo que se aprende en la infancia perdura y lo que se padece también, la mayoría de las enfermedades actuales tienen un origen en las experiencias estresantes y traumáticas que se viven en la infancia, y sus efectos a largo plazo notablemente observables, tomando en consideración que los niños son más vulnerables a los cambios drásticos (como el divorcio, maltrato familiar, violencia sexual, entre otras) y que si no han aprendido a enfrentarlos de manera adecuada, son más susceptibles a las manifestaciones físicas de su alto grado de estrés. Entre estos podemos encontrar: problemas gastrointestinales, cardiovasculares, a nivel cutáneo, músculo esquelético, genitourinarias, endocrinológicas ya sean a corto o largo plazo (Morrison, 1999). La familia es un componente importante en el desarrollo de cada individuo, pues esta es su primera forma de inmersión al mundo social del cual formara parte de manera activa en un futuro, es en parte, uno de los modelos más importantes de cada ser humano, pues de ellos pueden derivar las formas de actuar en diversas situaciones, pues la mayoría de nuestros actos son aprendidos. Los jóvenes en la actualidad tienen miedo a enfrentarse a la madurez, a hacerse cargo de ellos mismos a fracasar, a cometer errores que sean de importancia y perjudiquen el futuro, “la desesperanza de los jóvenes depende de los modelos adultos” (p. 2 González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez, 1998)

1.1.2. La sociedad

Es otro núcleo en el que se ve involucrado el hombre y es que es en este donde el hombre permanecerá más tiempo y por el resto de su vida, la interacción en la escuela, con los amigos, compañeros de trabajo y la vida en pareja son sin duda resultados de esta otra interacción y son también los juicios que más valor tienen para el ser humano. Las modas en cuanto a la música, la manera de vestir, las tendencias en las formas de pensar y concebir la existencia son parte de ellas y se adquieren por medio de la experiencia en este otro núcleo. Para todo ser humano la forma en que sea reconocido o criticado socialmente, así como la aceptación que pueda tener en este grupo y

en el familiar, son una fuente importante de malestares o satisfacciones emocionales, físicas y psicológicas.

1.1.3. La individualidad

El estilo de vida del ser humano cambia conforme a las condiciones que se van presentando, las creencias, las costumbres, los roles sociales tanto de los hombres y las mujeres han cambiado para mejorar el bienestar social, por ello en la actualidad la atención de las familias se está enfocando a la economía, la aceptación grupal y al trabajo, más que a la estabilidad emocional de cada uno de los miembros que la componen, en especial los jóvenes. Cada vez a más temprana edad los jóvenes deben enfrentar problemas por si mismo y como consecuencia a decidir acerca de la forma de hacerlo y no es difícil observar que ha veces esta decisión no es la correcta (CEPAL-SERIE, 2003).

Es por lo anterior que la individualidad es parte crucial en la forma de enfrentar los problemas; y es por ello que ante una misma dificultad existen diversas formas de asimilarlo, por ejemplo: actualmente los divorcios ocupan una gran porcentaje de los problemas familiares y por consecuencia, las secuelas que le quedan a los integrantes de esta no son para nada favorables, aun cuando se realice la separación en los mejores términos y no exista violencia de por medio. Los jóvenes que se enfrentan al divorcio de sus padres, podrían tomar decisiones diferentes: consumir alcohol y/o drogas, deprimirse, bajar en su rendimiento escolar, aislarse, comer de más, tener conductas agresivas con los demás e incluso conductas autolesivas que muchas veces puede provocar el intento de suicidio o el suicidio consumado (Barón, 2000).

Estas variantes en las respuestas de cada persona, aún ante las mismas dificultades, son las que hoy en día podrían darnos un panorama más realista y detallado del porque el "suicidio" es una forma más de enfrentar los problemas, aunque esto signifique perder todo lo que se ha logrado (material y emocionalmente) con tal de no volver a enfrentarse a este tipo de sufrimiento que orilla a la persona a dejar de vivir, este dejar de vivir nos preocupa y por ello en este trabajo el eje central es el suicidio.

1.2 Consideraciones del suicidio a través del tiempo

El concepto del suicidio ha ido sufriendo modificaciones a través del tiempo, dependiendo de la cultura, la época e incluso de la persona que ha cometido el intento o el acto suicida.

Considerado como la repercusión de un trastorno psiquiátrico, es decir, como el fatal desenlace de dicha enfermedad, entre las que destacan: la depresión mayor, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el alcoholismo, el abuso de sustancias, la ansiedad, la anorexia nerviosa y los trastornos de la personalidad (Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez, 2006).

Sin embargo, no todos los que intentan un acto suicida tienen algún antecedente de padecer algún trastorno psiquiátrico. En este sentido el suicidio es la respuesta ante una situación de dolor intenso, es decir, consecuencia de una desgracia personal, desesperación, síntoma depresivo y de una discapacidad adaptativa y/o afectiva que enfrenta la persona, de sufrimiento y que por ello le es insoportable seguir viviendo (Chávez, 2005).

1.2.1 El suicidio como un concepto

El suicidio es un acto multifactorial y cada investigador rescata lo más importante de este tema. Uno de los principales autores que definen el suicidio es Durkheim, (2003) quien lo define como todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado.

Macias (2005), por su parte, menciona que las problemáticas actuales generan estilos de vida diferentes y por consiguiente la individualidad misma que forja la inseguridad en las personas, un mal autoconcepto y cada vez más, quebranta los lazos afectivos que nos hacen sentir bien en el ambiente en el que vivimos. La sociedad más que un ambiente que ayuda al joven, es una sociedad de riesgo, en la cual se sitúan factores de gran importancia como la sobrecarga de estrés, problemáticas familiares (principalmente el divorcio y los problemas con los padres), crean una individualidad moderna que hace que falte en los jóvenes ese sentido de pertenencia del que ya se había hablado anteriormente. Esto puede inducir al suicidio, el cual ha sido cuestionado por todas las instituciones que rigen a los grupos humanos, la religión, sociedad, cultura, sectas; dando cada uno su opinión y condena hacia el ser que decide quitarse

la vida. Pero más allá de una simple decisión, como psicólogos el deber está en enfocarnos a las causas que pueden propiciar o empujar a un joven al suicidio como la única salida para aliviar el sufrimiento insoportable del que es presa en el momento de la crisis.

Aún así el suicidio ha sido un tema de controversia desde tiempos inmemorables, condenado por la iglesia católica impidiendo el paso del cuerpo del suicida al campo santo y por el estado que establecía penas tanto al cuerpo del suicida (dejar que se descompusiera en la calle) como para sus familiares (Chávez, 2005).

El suicidio causa controversia por las opiniones que de él se derivan, algunos coinciden en que vivir debe ser una elección de cada individuo, poniendo como manifiesto que el suicidio es una elección que debe ser respetada por los demás, algunos otros enfatizan en el sacrilegio que se comete al acabar con la vida propia, pues la ley de la naturaleza es sobrevivir y adaptarse y no morir por voluntad propia, es decir, la lucha del hombre hacia la vida y no hacia la muerte. Aquellos que afirman que morir debe ser un derecho incluyen la responsabilidad y la madurez de cada individuo, porque este es un viaje sin retorno, no puede arrepentirse y volver a vivir porque el suicidio ya ha sido consumado aunado al sufrimiento familiar que este acto implica y la atención que se le debe prestar a los sobrevivientes de dicho desenlace (Macías, 2005). Más sin embargo el problema del suicidio va más allá de lo ético, conlleva sentimientos y emociones que orillan al individuo a tomar la decisión de dejar de vivir y dejar de sufrir por un acontecimiento en el cual no encuentra salida, un suicida es una persona que sufre en demasía y en ese momento la muerte es mejor que el seguir sufriendo.

1.3 El Suicidio: Un proyecto de muerte

El 1.8% de las defunciones mundiales, son por suicidio. Hay 3 suicidios por cada 100,000 personas con edades que oscilan de entre los 15 a 34 años de edad (Rosales, 2007). Es por lo anterior que el suicidio es un problema de salud a nivel mundial y la importancia que tiene su estudio y comprensión podría ayudar a bajar las cifras de muerte en la población más vulnerable, jóvenes y adultos, a cometer este acto. Los diversos autores que han estudiado el comportamiento suicida, coinciden en que el suicidio es no solo el

acto de quitarse la vida, si no una serie de pasos que no necesariamente necesitan ser atravesados de manera continua por la persona que desea cometer el acto suicida, entre ellos encontramos:

1.3.1 Ideación suicida

Es el acto de tener pensamientos o fantasías acerca de la muerte y esta relacionado con la desesperanza, falta de autoestima, problemas interpersonales, de pareja o con los padres, fracasos escolares y laborales, así como la depresión y el abuso del alcohol y drogas. (Garrison et al. citado en González-Forteza, 1998).

Mondragón, Borges y Gutiérrez (2001), definen a la ideación suicida como algo “frecuente e inespecífico que refleja el nivel de conflicto interno, el cual aumenta cuando una persona con poca capacidad de enfrentamiento tiende a experimentar situaciones estresantes” (p.6). Sin embargo el inconveniente al que se enfrentan los investigadores de la salud con respecto a la ideación suicida, es que al parecer algo normal y cotidiano, que cualquier persona puede experimentar al sentirse defraudada o desmotivada ante algún problema puede pensar en la muerte propia y más aún se vuelve problema mas grave al no saber cual es el límite que puede llevar a esta persona al siguiente paso que es la planeación suicida.

1.3.2 Intento suicida

El intento es todo acto de autolesionarse, con el fin de quitarse la vida, aunque el acto no sea consumado cuando el individuo recibe ayuda de manera involuntaria. En esta parte se encuentran también los preparativos propios del acto, entre ellos rescatamos el método que va a ser utilizado y el lugar en el que se efectuara dicho acto, la investigación actual ha aportado datos sobre la despedida del suicida de las personas más allegadas a ella (Rosales, 2007).

Aunque la ideación suicida ocupa un gran porcentaje de la población, el intento suicida disminuye en la población, la explicación esta en que muchos pueden pensar en suicidarse pero son pocos los que toman la decisión de llevar a cabo el acto y es en este punto donde se centra la investigación actual, para saber cuales son los detonantes que llevan a esta consumación del acto y

podría ser que la respuesta ante tal preocupación recayera sobre el estilo de vida, condiciones biológicas, psicológicas del individuo.

1.3.3 Suicidio consumado

Ante esta decisión ya no hay mucho que esclarecer, es aquel acto consciente e intencional de quitarse la vida. Y aunque como ya se menciono anteriormente, esta tasa de actos suele ser levada y por supuesto preocupante, al hacer las investigaciones correspondientes se encuentran indicios de ideación y/o planeación, aunque en otros casos no es así. Se tiene poca información sobre los casos suicidas, debido a que muchas veces la muerte de una persona no se considera suicidio y se reporta de otra manera, podemos suponer que las cifras que se tienen actualmente no son del todo confiables.

En la ideación y planeación suicida existe un componente cognitivo y otro componente conductual que podríamos ubicar el intento y la acción suicida, veremos entonces que el suicidio no es algo fácil de comprender, estudiar e intentar evitar; pues incluso el solo hecho de identificar un acto suicida no es sencillo, como tampoco lo es el encontrar cuales son los factores y los detonantes que llevan a una persona en pensar en quitarse la vida y mucho menos aquellos momentos en los que la vulnerabilidad pueden llevar a la persona a cometer suicidio.

1.3.4 Tipos de suicidio

Como ya se mencionó anteriormente, uno de los principales personajes que abordan el suicidio, desde sus inicios fue Émile Durkheim, quien en 1897, postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico (Jiménez y González-Forteza, 2003).

Durkheim consideraba al suicidio como una consecuencia de la mala adaptación social del individuo y de una falta de integración. Identificó tres tipos de suicidio: egoísta, altruista y anómico que sucedían como consecuencia de determinadas condiciones sociales. Así, el suicidio egoísta y el altruista eran el resultado de una débil o fuerte integración del individuo en la sociedad. El suicidio anómico se veía determinado por una débil y excesiva regulación por parte de la sociedad (Durkheim, 2003)

Chávez (2005), retoma lo postulado por Durkheim desde una postura moral y considera dos tipos de suicidio:

1) Desafiante: son acciones individuales, decisiones propias que sorprenden y dañan a los sobrevivientes, familia, amigos, compañeros de trabajo, etc.

En este primer grupo podemos situar a los que Durkheim denomina suicidas egoístas, debido a que tal vez la falta de lazos afectivos y de aquellos que se tienen con la sociedad, familia y religión desembocan en un sentido de individualidad y soledad que aísla a la persona de todo acto social y comete el suicidio.

2) Regulados: Aquellos que cumplen con las expectativas del grupo, con un destino colectivo, más que ser sorprendentes son esperados y valorados por los integrantes del grupo.

Este tipo de suicidio también llamados altruistas, se dan porque en el grupo de pertenencia el individuo pierde su identidad y sacrifica su vida por la comunidad debido a que la autoridad es muy fuerte.

Lo más importante de esto es que el suicidio desafiante es el que se presenta con mayor frecuencia en los jóvenes de la actualidad y que en lugar de ser entendidos como problemas psicológicos, parecen derivar de personas que padecen algún desequilibrio mental y que de manera forzosa necesitan la medicación para poder controlar los impulsos de suicidio.

Podemos suponer que alguien quiere quitarse la vida de acuerdo a su comportamiento habitual, más sin embargo los profesionales de la salud necesitamos poder detectar y atender a aquellos que tienen ideación suicida, pues aunque en la actualidad sea común hablar y pensar en la muerte, generalmente sucede cuando la persona se enfrenta a algún conflicto ya sea de índole familiar y/o social y sin lugar a dudas esto puede volverlos más vulnerables a la idea de que en el acto suicida se encuentra una puerta que puede liberar los problemas y sufrimientos que se han acarreado a lo largo de la vida, desde la infancia hasta hoy día, en donde solo hace falta que exista un detonante lo suficientemente devastador para poder darle fin a esto. Puede ser que no todos los que tienen ideación cometan suicidio, pero lo que si es un hecho es que se deben reforzar los lazos afectivos que dan un sentido a la vida del joven y de cada persona, trabajar en las habilidades sociales que pueden asegurarnos una mejor asimilación de problemas fuertes que tarde o temprano

debemos enfrentar, comprender que el sufrimiento es parte crucial de la vida pero que de enfrentarnos a el en aislado nos hace mas propensos a sentir desesperanza por el futuro a ver que en verdad no hay solución y hay que recordar que los puntos anteriores son características que comparten los suicidas.

1.4 El suicidio en México

Al igual que todos los países, en México el suicidio es un problema de salud grave, que ha ido en aumento en los últimos años. De 1970 a 1998, el suicidio tuvo un incremento de 215% ya en 1990 la tasa de mortalidad era de 3.4 por cada 100,000 habitantes (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001).

Otra fuente de datos menciona que tan solo en la Ciudad de México en el año 1980 se registraron 672 suicidios, en el año 1990 se cometieron 1450 y en el 2002 ocurrieron 3089, de este ultimo año el 82% de los casos fueron hombres y el 18% mujeres, lo que indica que por cada mujer suicida se identifican 5 hombres suicidas, con edades de entre 15 y 34 años. Esto nos indica que en 20 años el aumento de las muertes por suicidio en México ha sido de 459% (Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez, 2006).

1.4.1. Estadísticas de suicidio en México

Para poder tener un panorama más amplio de la cantidad de suicidios que se cometen cada año en México, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), nos proporciona el total de defunciones por esta causa (tabla1).

En el año 2002 el estado con más muertes por suicidio fue Campeche, en donde se registraron 18.4 defunciones, en el mismo año Chiapas ocupo el último lugar en muertes por esta causa, con 3.0 suicidios. En el año 2003 Yucatán ocupo el primer lugar con 20.3 suicidios, mientras que Chiapas ocupo nuevamente el último con 2.6 muertes por suicidio. En el 2004 nuevamente Campeche registra el mayor número de suicidios 20.5 y el menor porcentaje es de 4.1 en el estado de Chiapas. En el 2005 el mayor porcentaje fue de 18.1 en Yucatán y el estado de México ocupo el último sitio con 4.0 suicidios (INEGI, 2007).

Tabla 1: Suicidios registrados por el INEGI, en los estados de la república mexicana, de los años 2002 al 2005.				
Entidad Federativa	2002	2003	2004	2005
Estados Unidos Mexicanos	7.4	7.8	8.0	8.1
Aguascalientes	8.7	12.6	13.7	11.8
Baja California	3.1	3.9	5.7	5.3
Baja California Sur	15.7	13.9	13.5	11.9
Campeche	18.4	12.6	20.5	16.7
Coahuila de Zaragoza	11.6	14.1	13.2	12.6
Colima	11.7	9.9	12.9	8.2
Chiapas	3.0	2.6	4.1	6.5
Chihuahua	8.7	8.9	9.2	10.6
Distrito Federal	8.2	9.5	9.2	9.8
Durango	10.2	8.3	7.1	6.3
Guanajuato	8.7	8.3	7.6	9.3
Guerrero	4.0	4.1	4.6	4.9
Hidalgo	4.7	5.3	3.7	3.5
Jalisco	9.1	8.7	10.4	10.8
México	5.0	4.6	4.8	4.0
Michoacán de Ocampo	6.0	5.4	5.8	6.3
Morelos	4.2	5.3	5.2	5.2
Nayarit	5.6	7.5	6.1	6.4
Nuevo León	9.4	12.9	14.1	14.1
Oaxaca	4.4	5.1	5.4	5.8
Puebla	5.5	6.1	7.0	7.6
Querétaro Arteaga	5.3	8.3	8.4	8.8
Quintana Roo	10.5	12.6	11.5	11.3
San Luís Potosí	10.4	10.1	12.0	9.5
Sinaloa	6.1	7.8	5.7	6.4
Sonora	12.7	14.3	11.3	12.0
Tabasco	15.5	14.8	15.0	15.9
Tamaulipas	8.5	10.3	10.9	9.8
Tlaxcala	5.2	6.0	4.3	8.9
Veracruz de Ignacio de la Llave	7.1	7.4	8.5	6.8
Yucatán	16.0	20.3	19.5	18.1
Zacatecas	7.3	5.9	5.9	7.7

Las estadísticas actuales, de cualquier fuente, no son del todo confiables, porque la mayoría de las muertes registradas como "suicidios", son el realidad una parte de la población total que muere por esta causa (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001). Esto se debe en gran medida a los temores que existen en relación al tema y sobre todo a la gran desinformación que hay en la actualidad. Al igual que pasa con otras enfermedades, que pueden evitarse y/o prevenirse, como el alcoholismo, tabaquismo y la drogadicción, en los cuales la familia juega un papel primordial para ello. La muerte, independientemente de la forma en que el individuo pierda la vida, es un tema que causa miedo y que aún hoy en día existen tabúes en relación a ella, parece ser un tema prohibido y mucho

más cuando se trata de pensar en la “muerte propia”, las familias de los individuos que se suicidan, tienen un desconcierto y desconocimiento acerca de las causas que llevaron al individuo a decidir morir de esa forma y cuando se realizan las defunciones evaden la situación por el miedo a enfrentarse con sus culpas.

Rosales (2007) considera que la ideación y/o el intento suicida son, en algunos casos, solo una forma de llamar la atención, de manifestar inconformidad ante una situación y que mediante esta forma de ejercer presión se pide que se cambie o modifique, pero cuando por alguna circunstancia ajena a la persona la situación sale de control se puede llegar a la muerte aunque en un principio esta no sea la meta.

1.4.2 Poblaciones de alto riesgo

De entre las poblaciones de alto riesgo, encontramos a los jóvenes y a los adultos, las edades son de 15 a 34 años, aunque en la investigación solo se tienen datos que se han recabado por medio de estudios y aplicaciones de instrumentos para medir el intento y la ideación suicida. En estas poblaciones se encuentran jóvenes que han sido víctimas de algún tipo de abuso, sexual o psicológico, los que viven en ambientes estresantes (familias disfuncionales y fragmentadas), problemas de autoestima o algún tipo de desajuste emocional, incluyendo las alteraciones mentales.

Cuando los jóvenes o los adultos, se enfrentan a situaciones traumáticas, pueden tener desajustes emocionales y problemas para sobreponerse, aunque en algunos casos se suele pensar en el suicidio como una salida ante tal dramatización. A continuación se dará un ejemplo de las problemáticas que generan estrés, ideación e intento suicida y como el abuso de sustancias puede ser un predictor de futuros actos suicidas.

En una investigación realizada por González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez (2001), estudiaron la relación que tiene el abuso sexual y el intento suicida en adolescentes, encontrándolo como un factor de riesgo. El abuso sexual es definido por González, 1995 (citado en González-Forteza, et al. 2001) como todo aquel acto que involucra una actividad sexual inapropiada para la edad de/la menor y que provocan experiencias desagradables y extrañas. Aunque el abuso sexual es un problema grave, en México solo se denuncian

entre el 5% y 50% de los actos, es decir se cometen diariamente entre 16 y 160 delitos de abuso sexual. Como datos relevantes se encuentran:

En los resultados de este estudio encontramos que de la población total 936 adolescentes (54.3% hombre y 45.7% mujeres), los jóvenes que mencionaron haber sido víctimas de abuso sexual fue 2% hombres y 7% mujeres, en cuanto al intento de suicidio en las mujeres fue de 11% mientras que en los varones fue de 4%. Del total de la población, 49 mujeres habían sufrido abuso sexual y 12% de ellas reportaron el intento suicida.

En cuanto a las secuelas del abuso sexual se encontraron diferencias: los hombres reportaron ansiedad fóbica, depresión, baja autoestima, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, "ideación e intento suicida" y el abuso de sustancias. Las mujeres reportaron, trastorno por estrés postraumático, depresión, "ideación e intento suicida", insensibilidad emocional, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, disfunciones sexuales, dependencia al alcohol y las drogas, victimación sexual posterior y maltrato por parte de la pareja.

En los problemas de los adultos encontramos el estrés que se desencadena de la situación laboral-económica, García, Musitu y García (1994). Los padres que se enfrentan a estas problemáticas maltratan más a sus hijos que los que no las tienen, desencadenando problemas a nivel psicológico en ellos y en los hijos. Los autores proponen que la forma en la que se enfrentan los problemas cotidianos, derivan de las formas que se aprenden en casa, modelos, a parte de los lazos afectivos para poder acudir a ellos en cualquier situación y que si se carece de ellos, el estrés y la frustración se manifiestan con más frecuencia y son menos tolerados por quienes lo padecen. Como una consecuencia lógica, la depresión e incluso el intento y la ideación suicida, pueden ser los actos subsiguientes a tales exposiciones al estrés, tanto de los padres como los hijos ya sea a corto o largo plazo.

El estudio que realizaron Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges (1998), sobre la relación que existe entre la desesperanza, el abuso del alcohol y drogas con la ideación suicida, dentro de sus resultados se encontró que las mujeres tienen mayor riesgo de presentar ideación suicida, en cuanto a la edad los más propensos a presentar ideación suicida fueron los pacientes de 35 y 40 años de edad. Los divorciados o separados tienen un riesgo de tres veces

mayor que los que tienen otro estado civil, así como los que están desempleados o jubilados tienen ideación suicida dos veces más que los que se encuentran empleados actualmente. Se demostró que entre más puntaje en la escala de desesperanza, aumenta el riesgo de ideación suicida.

El uso y abuso de alcohol y drogas, solo se encontró que el consumirlos aumenta el riesgo de cometer algún acto que pueda poner en peligro la vida, como accidentes automovilísticos o a tomar decisiones precipitadas acerca de quitarse la vida.

Estudios como estos demuestran, que el suicidio es multicausal y aunque no podemos generalizar dicho factores, es necesario que sean tomados en cuenta para poder detectar a tiempo aquellos casos de riesgo de suicidio, porque como ya lo vimos la mayoría de las personas que comenten suicidio tuvieron ideación suicida.

1.5 Métodos suicidas

El estudio de los métodos de suicidio también es complicado, porque son cuantiosos y dependen del contexto cultural, social, personal de cada individuo, características generales como el sexo y la edad, también depende de las razones por las cuales se decide morir, es decir, existe factores que influyen en la elección de dicho método. Las clasificaciones agrupan los métodos de suicidio, uno de los sistemas de clasificación más utilizado es la Escala de Letalidad del Intento Suicida, publicada por Smith en 1984 (citado en Jiménez, Sáiz, García-Portilla, Paredes y Bascarán, 2004), se distinguen en ella ocho categorías:

1. *Fármacos con efectos sedantes:* antipsicóticos, antidepresivos, benzodiazepinas/hipnóticos, recreacional (por ejemplo, heroína), alcohol, gas/Asfixia, fármacos no psicotropos, otros fármacos psicitropos sedantes (por ejemplo, barbitúricos)

2. *Fármacos/drogas sin efectos sedantes y otras sustancias ingeridas:* fármacos no psicotropos, fármacos psicotropos (por ejemplo, metilfenidato), otras sustancias ingeridas (por ejemplo, lejía), recreativas (por ejemplo, cocaína), litio, anticolinérgicos, inanición (dejar de tomar medicamentos, por ejemplo insulina)

3. *Armas de fuego*
4. *Autoinmolación*
5. *Ahogamiento*
6. *Cortes*
7. *Defenestración*: desde altura, accidente de tráfico, como peatón
8. *Ahorcamiento*

En un estudio llevado a cabo por Hernández (2006), en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona 47 del Instituto Mexicano del Seguro Social, se registraron los intentos suicidas, el método utilizado y la condición socioeconómica de los pacientes atendidos en este servicio. Ingresaron 59 pacientes de los cuales 49 eran mujeres y 10 hombres, con una media de edad de 29.46 años, su escolaridad se registro de la siguiente manera 4 analfabetas, 13 con educación primaria, 18 con educación secundaria, 13 con bachillerato, 5 de carrera técnica, 4 de nivel licenciatura y en 2 casos no se obtuvo información, su estado civil fue de 22 casados, 28 solteros y 9 con otro estado civil.

El método que se utilizó para el intento suicida fue registrado en los siguientes porcentajes: 2 casos eran con arma punzo cortante, un paciente tuvo un intento combinado por vía oral y por herida, un paciente realizó el intento por vía intravenosa, el 98.3% de los pacientes restantes fueron por vía oral. En cuanto a las sustancias que se utilizaron, se obtuvieron los siguientes datos: 16 pacientes, (27.6%) utilizaron benzodiazepinas; el clonacepan fue consumido en ocho casos (13.8%), cinco pacientes utilizaron diacepán (8.6%), siete de los casos fueron con carbamacepina (12.1%), raticida en seis casos (10.3%), antiinflamatorios no esteroideos en cuatro casos (6.9%), otro tipo de sustancias en 22 pacientes (37.9%) y el 5.2% de los casos no conocieron el medicamento que utilizaron, es decir, 3 pacientes.

El número de sustancias empleadas fue de 1 sola en 32 pacientes (55.2%), 13 pacientes utilizaron 2 sustancias (22.4%), tres sustancias fueron utilizadas por 7 pacientes (12.1%), cuatro personas utilizaron cuatro a la vez (6.9%), una persona utilizó cinco sustancias (1.7%) y ocho sustancias fueron usadas por un paciente (1.7%)

1.5.1 Factores que influyen en la elección del método

La división anterior es muy útil para poder determinar cuál es el método más empleado en los suicidios. Pero queda aún una pregunta ¿Como se decide el suicida por un método o por otro?, la respuesta se puede encontrar si se toman en cuenta los factores que influyen en su elección, para Jiménez, Sáiz, García-Portilla, Paredes y Bascarán, (2004) los más importante son:

1.5.1.1 Disponibilidad y accesibilidad: Estos hacen referencia a lo que se encuentra a la mano, lo más accesible; por ejemplo la mayoría de los suicidios que se comenten en el hogar son provocados por la ingesta de insecticidas, raticidas, o por sobredosis de medicamentos; en una cárcel se puede recurrir al ahorcamiento utilizando una sábana o un cordón de zapatos. En el hospital de Ramón y Cajal, se les preguntó a los pacientes de intento suicida el porque habían elegido ese método y se obtuvieron los siguientes resultados: El 61.5% mencionó que era el método más accesible en el momento, el 10.5% creía que era el más letal, el 14.6% consideraba que era el menos doloroso

1.5.1.2 Sexo: Se han encontrado claras diferencias entre los sexos, un mayor porcentaje de mujeres utiliza la intoxicación por fármacos y los hombres recurren al ahorcamiento; las armas de fuego son exclusivas de los hombres, la sumersión es igual para ambos (tabla 2).

Causas	España 1906-1990		Reino Unido 1999		Estados Unidos 2005	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Ahorcamiento	41.2	26.9	41	25	20.0	16.7
Arma de Fuego	15.5	2.4	2	0	61.2	37.2
Sumersión	12.5	22.1	4	7		
Precipitación	9.0	16.5	2	2	1.8	3.1
Envenenamiento	4.8	19.3	19	44	7.1	30.6
Asfixia	1.2	1.5	12	4	4.8	5.5
Otros métodos	15.8	11.3	20	18	5.1	7.0

Parece que las mujeres tienden a elegir métodos en los que se conserva mejor la apariencia. Los varones utilizan métodos más letales y violentos, mientras que las mujeres prefieren los métodos pasivos, como las sobredosis. Se realizó

un estudio un estudio para comparar los porcentajes de hombres y mujeres que optan por determinados métodos (tabla 2).

En España el más usado en hombres fue el ahorcamiento (41.2%), el menos usado fue la asfixia (1.2%); las mujeres utilizaron con más frecuencia la asfixia (26.9%) y en menos medida la asfixia. En el Reino Unido, los hombre utilizan con mayor frecuencia el ahorcamiento y con menos el arma de fuego y la precipitación, en tanto las mujeres utilizaron en primer lugar el envenenamiento y con menor frecuencia el arma de fuego; en los Estados Unidos utilizaron en primer lugar el arma de fuego, en menor frecuencia la sumersión y las mujeres utilizaron el arma de fuego y en ultimo lugar la precipitación.

Datos recabados por el INEGI (2005), reportan que el método que se elige para suicidarse tiene que ver con el lugar, en el que se encuentre la persona que comete el acto (tabla 3). La gran mayoría de los suicidios en el estado de México en el 2004, ocurren en la casa, en un gran porcentaje por estrangulación (54 casos), el arma de fuego (6 casos), el envenenamiento y la intoxicación fueron utilizados en tres casos cada uno, mientras que el arma blanca solo fue utilizada por una persona.

Lugar	Suicidio	Casa habitación	Hotel	Vía publica	Edificios públicos	Hospital	Campo
Total	81	68	1	8	1	1	2
Arma de fuego	9	6	0	2	1	0	0
Arma blanca	1	1	0	0	0	0	0
Estrangulación	59	54	0	4	0	0	1
Machacamiento	0	0	0	0	0	0	0
Precipitación	1	0	0	1	0	0	0
Veneno tomado	5	3	1	0	0.	0	1
Gas venenoso	0	0	0	0	0	0	0
Quemaduras	0	0	0	0	1	1	0
Sumersión	0	0	0	0	0	0	0
Intoxicación	3	3	0	0	0	0	0
Otro medio	2	1	0	1	0	0	0
Se ignora	1	0	0	0	0	1	0

1.5.1.3 Cultura: Las normas socioculturales, contribuyen a definir qué tipo de comportamientos son socialmente aceptables o no. Si un método es accesible, pero no es “culturalmente apropiado”, se tenderá a no utilizarlo, es

decir, el significado y el simbolismo de un determinado método desempeña un papel importante en la elección, por ejemplo, si el ahorcamiento significa un método de ejecución las personas que utilicen este método serán escasas. También el lanzarse de los puentes tiene un significado y algunos países han optado por poner paneles para evitar que sean utilizados con ese fin. Al igual que las mujeres prefieren aquellos métodos en los que la apariencia física queda intacta y se evita la desfiguración, como la sobredosis.

1.5.1.4 Sugestión: La imitación y la influencia de los medios de comunicación contribuyen a generar ideas acerca de que el suicidio es la puerta de escape más viable ante una situación de sufrimiento. Por ejemplo, en Internet existen sitios en los que los que se pueden buscar métodos para suicidarse, se obtienen la información necesaria acerca de las dosis que deben tomarse, la descripción de los métodos más letales e incluso las alturas a las que se deben arrojar, para que sus cuerpos queden desmembrados.

1.5.1.5 Estado Mental: Este se refiere a la letalidad de el método que va a utilizarse y se menciona que aquellos que utilizan métodos que no son muy letales, tiene que ver con su estado mental; pues si no es tan letal y la agonía por un tiempo prolongado, se puede hablar de personas que padecen de algún trastorno psiquiátrico.

1.5.2 Factores de riesgo y detección suicida

A lo largo del capítulo hemos ido enumerando las diferentes vertientes del suicidio, y la importancia recae ahora en que el suicidio no es solo el acto de tomar la decisión de privarse de la vida, si no que conlleva la ideación y el intento. Es importante esto, debido a que la mayor parte de los suicidas no registran haber tenido intentos previos, es decir, los que fracasan en el intento suicida son en porcentaje menos que los que se suicidan anualmente (INEGI, 2005).

En el año 1998 en México (tabla 4), se registró la mayor cantidad de intentos suicidas (433 intentos), en el año 2000 se registró el mayor índice de intentos por parte de los varones con 188 intentos y las mujeres presentaron un mayor índice de intento suicida en el año 1988, con 270 intentos.

En cuanto al suicidio, el año en el que se registraron más defunciones por esta causa fue en el 2003 (3,327 suicidios), las mujeres se suicidaron con mayor frecuencia en el año 2004 (571 defunciones) y los varones en el año 2003 (con 2, 771 suicidios).

Parece ser que el sexo es un factor de riesgo para cometer suicidio. Los factores de riesgo, son aquellas características que se observan en un “grupo” determinado, con el cuál podemos hipotetizar la posible acción suicida y los predictores de riesgo, los cuales se enfocan a detectar posibles actos suicidas de manera “individual”, ambos son de suma importancia para poder evitar el suicidio de un ser humano.

Tabla 4: Intentos de suicidio y suicidios por año de registro según el sexo de 1980 a 2004						
Año	Intentos de Suicidio			Suicidios		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
1980	42	18	24	672	558	114
1981	52	23	29	951	774	177
1982	66	32	34	1 042	835	207
1983	62	34	28	990	872	118
1984	70	27	43	1 124	957	167
1985	108	50	58	1 036	869	167
1986	170	84	86	1 205	1 018	187
1987	166	73	93	1 204	974	230
1988	202	79	123	1 327	1 105	222
1989	96	48	48	1 183	990	193
1990	144	61	83	1 405	1 181	224
1991	108	45	63	1 826	1 530	296
1992	79	43	36	1 955	1 662	293
1993	93	50	43	2 022	1 739	283
1994	153	81	72	2 215	1 848	367
1995	232	109	123	2 428	1 999	429
1996	232	90	142	2 233	1 853	380
1997	340	143	197	2 459	2 056	403
1998	433	162	271	2 414	2 043	371
1999	417	158	259	2 531	2 142	389
2000	429	188	241	2 736	2 304	432
2001	422	170	252	3 089	2 534	555
2002	304	122	182	3 160	1 615	545
2003	222	98	124	3 327	2 771	556
2004	193	91	102	3 324	2 753	571

Otro tipo de factores de riesgo son los emocionales, de salud y económicos, aunque no podemos decir que unos son más importantes que otros, se tiene evidencia de que en algunos de los casos de suicidio, predominan ciertas

condiciones de este tipo, (tabla 5) entre ellos la dificultad económica (126 suicidios en 1995), disgustos familiares (331 suicidios en el año 2002) y enfermedades graves (197 defunciones en el 2001).

Tabla 5: Causas de Suicidio en México (1990-2005)							
Año	Total	Dificultad Económica	Disgusto Familiar	Enfermedad Grave e Incurable	Enfermedad Mental	Otra Causa	No especificada
1990	1405	31	128	100	60	916	63
1991	1826	69	122	126	218	153	972
1992	1955	55	133	109	359	163	1003
1993	2022	77	198	95	306	184	1035
1994	2215	86	183	137	78	344	1227
1995	2428	126	238	171	122	168	1407
1996	2233	89	239	144	103	169	1288
1997	2459	100	247	155	119	176	1466
1998	2414	94	258	131	94	189	1428
1999	2531	67	281	143	134	191	1472
2000	2736	90	291	187	110	219	1569
2001	3089	87	275	197	142	348	1771
2002	3160	112	331	158	119	339	1831
2003	3327	110	301	170	140	281	2037
2004	3324	94	280	172	141	287	2087
2005	3553	116	314	194	156	279	2091

Aquellos que pueden favorecer esta detección de posibles actos suicidas son factores comunes entre los suicidas, como la depresión, la desesperanza, distorsiones cognitivas, déficit para resolver problemas interpersonales, antecedentes personales y familiares de conducta suicida, como también problemas psiquiátricos como la depresión mayor, esquizofrenia y el trastorno límite de personalidad, aunque hay que considerar que no todas las personas que cometen actos suicidas tienen algún trastorno psiquiátrico y esta la población que más interés genera pues es en ella en donde se encuentra el mayor número de personas que han cometido suicidio (Rosales, 2007).

La influencia de la música, también puede ser un factor detonante en la ideación, planeación intento suicida ya que hay algunos géneros y grupos específicos que hablan acerca de la muerte como una solución a los problemas, los trasfondos de las canciones son tristes, ubican al alcohol como una salida al dolor por decepciones o fracasos, en su mayoría amorosos), son agresivos, racistas, incluyen prácticas satánicas, que como ya vimos anteriormente pueden inducir a la aglomeración de personas que son vulnerables y se

identifican con ese tipo de música y llegar a cometer actos colectivos de suicidio (Durand y del Castillo, 2007).

Para poder tener una mayor posibilidad de evitar tanto los intentos suicidas como los suicidios consumados, se han utilizado algunas de las escalas que pueden dar una evidencia de un posible riesgo suicida en una persona, aunque la dificultad ahora tiene que ver con la restricción al acceso de estas poblaciones que si bien no se encuentran en centros de atención psiquiátrica porque no padecen de ningún trastorno, es mucho más difícil poder encontrar gente que reconozca tener ideas suicidas, aunque hoy en día parece ser normal entre los jóvenes, e incluso fantasear con la idea de cómo cometer el acto.

1.6 Las opiniones varían

Los especialistas de la salud, psicólogos y psiquiatras, coinciden en el que el suicidio es un problema de salud, de relevancia en México y el mundo, sin embargo la concepción y los tratamientos que brindan a las personas con intento suicida, son diferentes. Y más allá de los especialistas, la religión y la sociedad aún temen al suicidio, por desinformación e ignorancia, sin embargo parece ser que el estar dentro de estos dos grandes grupos es un detonante de los suicidios, debido al estrés y presión que provocan al pertenecer a ellos; el estrés de los estilos de vida y las exigencias de la sociedad en cuanto a los modelos de comportamiento e interacción personal también son fuentes estresantes.

1.6.1 La psiquiatría y el suicidio

Actualmente la mayoría de las personas que han formado parte de estudios acerca de los intentos suicidas se encuentran internados en los hospitales psiquiátricos (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001), porque solo de esa forma se tiene acceso a este tipo de población, sin embargo, parece ser que los que se encuentran en este tipo de hospitales padecen de un trastorno psiquiátrico.

En contraparte Chávez (2005), menciona que algunos estudios no coinciden con lo anterior, puesto que algunas personas que cometieron actos suicidas no habían presentado un trastorno psiquiátricos, que la mayoría de los suicidas eran individuos con pensamiento lógico, capaz de relacionarse e interactuar,

sin embargo, la forma de afrontamiento que cada uno poseía fue una parte importante para tomar esa decisión y cometer el acto.

1.6.2 La psicología y el suicidio

La psicología no condena ni acepta el suicidio, su meta es predecirlo y/o evitarlo, una tarea ardua y complicada porque no hay suficientes investigaciones que puedan contribuir a evitar esta decisión. Esta ciencia constituye al ser humano como un individuo con componentes cognitivos y emocionales que determinan la forma en la que se enfrenta a las situaciones de su entorno; los modelos y las interacciones familiares forman parte de esta forma de adaptación (Morrison, 1999).

Por ello el estudio del suicidio se evoca, no tan solo al comportamiento suicida, si no a la ideación, lo cognitivo, que es un representante de los cimientos de esta estructura, entre ellos la familia y los modelos sociales. Cada una de las vertientes de la psicología, pueden contribuir a evitar o al moldear comportamientos socialmente adaptables, sin embargo el terreno de las condiciones cognitivas, los pensamientos y las ideas son tema de mucha controversia por la dificultad que representan.

Es decir, el conflicto del suicidio no puede ser comprendido, porque al estudiar el caso a veces se minimizan los sentimientos y las situaciones estresantes del paciente, creyendo que padece de trastornos psiquiátricos, porque solo de esa forma se puede optar por quitarse la vida propia.

Chávez (2005), habla del dolor psicológico, dando un sentido nuevo al suicidio, y es que no podremos entender de este dolor, porque no lo sentimos, pero si podemos estudiarlo por los factores que pueden predisponer a un individuo a tomar esa decisión. La controversia de respetar el suicidio, seguirá por muchos años, pero lo que se pretende hacer en la psicología es “evitar” el acto y “ubicar” a aquellas poblaciones que son vulnerables (jóvenes, desempleados, de determinado estado civil, con antecedentes emocionales) para poder intervenir y hacer un trabajo de calidad que pueda contribuir a la salud humana, para comenzar a bajar los índices de defunciones por suicidio, las lesiones de intento suicida en México y el mundo. Pero sobre todo poder contribuir a la estabilidad emocional de los que intentan cometer suicidio y de aquellos sobrevivientes (familiares) de un suicida.

CAPITULO 2: IDEACIÓN SUICIDA Y SUICIDIO EN JÓVENES MEXICANOS

A lo largo de este capítulo, se mostrara evidencia del suicidio como un problema social importante en nuestros días, tanto que los especialistas de la psicología han de considerarlo, como un problema de base cognitiva. Entendiendo que el suicidio amerita toda nuestra atención, para poder prevenir y detectar a tiempo posibles desencadenantes del mismo, el suicidio no es un estado de ánimo, sino mas bien un proceso en el cual se conjuntan factores individuales y sociales, que de ser estudiados podrían ayudar a prevenir y entender las causales del proceso, tan es así, que el suicidio no es solo una etapa de depresión sino un conjunto de pensamientos, que conlleva etapas que deterioran al individuo y lo hacen vulnerable ante determinadas circunstancias. Encontrándose en este capítulo algunas las características de las principales poblaciones de riesgo, así como algunos factores que son parte importante para explicar el fenómeno suicida.

2.1. Intentos suicidas y suicidios en la republica mexicana en el 2004

La estadística sobre los intentos de suicidio y el suicidio consumado es alarmante, tan sólo en el 2004 en la república mexicana (sin incluir al distrito federal), hubo 193 intentos de suicidio, 91 cometidos por hombres y 102 por mujeres; mientras que en suicidios consumados se registraron 3,324 de los cuales 2,753 fueron hombres y 571 mujeres (INEGI, 2005).

2.1.1. Poblaciones de riesgo y sus características

El Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática, (2005) reporto 6626 suicidios y 300 casos de intento de suicidio, los cuales en su mayoría tenían las siguientes características sociodemográficas, tabla 6.

Intentos de suicidio: 48.6% casados, 53.3% con escolaridad y 64.6% económicamente activos

Suicidios consumados: 38.9% casados, 78.1% tenían hijos, 64.2% con escolaridad y 50.10% económicamente activos.

Otro factor importante, es la edad de los suicidas o intentadores (tabla 7), porque a través de ella, se pueden determinar agentes que inducen a intentar o consumir suicidarse. Dependiendo de la edad, los individuos enfrentan circunstancias diferentes y problemáticas diversas, debido a sus relaciones interpersonales.

Tabla 6: Características de intentadores y suicidas (por orden de frecuencia)							
Estado Civil	Casado	Soltero	Viudo	Divorciado	Unión Libre	Separado	Se ignora
Intentos	146	68	4	6	14	0	62
Suicidio	2583	2311	193	113	959	112	355
Hijos	Posee hijos		No posee			Se ignora	
Intentos	107		108			163	
Suicidio	5, 176		3,667			2050	
Escolaridad	Sin escolaridad			Escolaridad		Se desconoce	
Intentos	30			160		196	
Suicidios	694			4255		1697	
Condición Económica	Activa		No activa (menores de 12 años)			Se desconoce	
Intentos	194		77			67	
Suicidios	3324		955			510	

Lo importante de identificar estos factores es poder reconocer personas en situaciones de riesgo. En la tabla 7, se pueden apreciar, las edades más vulnerables para cometer un intento suicida, 15 a 19 años, y el suicidio consumado con edades entre 15 y los 24 años. Con los datos anteriores podemos deducir que los jóvenes o adolescentes son aquellos que enfrentan de manera frecuente el riesgo de intentar suicidarse y fracasar o en la mayoría de los casos lo llevan a cabo. El pensar en la muerte, intentar matarse o llegar a consumir el acto suicida, se asocia a los factores de riesgo (citados ya en el primer capítulo). Algunos de ellos más significativos que otros en la población, por ello existen individuos con mayor riesgo que otros.

Tabla 7: Intentos de suicidio y de suicidios consumados, en la Republica mexicana en el año 2004							
Intentos				Suicidios			
Edad	Hombres	Mujeres	Total	Edad	Hombres	Mujeres	Total
Menos de 15	2	14	16	Menor de 15	140	83	223
15 a 19	32	75	107	15 a 19	734	202	936
20-24	34	24	58	20-24	880	299	1,179
25-29	24	23	47	25-29	594	120	714
30-34	27	21	48	30-34	625	120	745
35-39	3	8	11	35-39	531	92	623
40-44	16	12	28	40-44	393	54	447
45-49	2	4	6	45-49	297	59	356
50-54	4	4	8	50-54	223	53	276
55-59	4	0	4	55-59	220	28	248
60-64	6	2	8	60-64	166	26	192
65 o más	6	2	8	65 o más	461	60	521
No especifica	16	22	38	No especifica	253	52	305

2.1.2 Vulnerabilidad y suicidio

Freemann y Reinecke (1995), consideran que la mayoría de los individuos pueden ejercer un control sobre las conductas y pensamientos de las situaciones vivenciales, los actos o reacciones impulsivas se moderan por la necesidad de evitar dolor, castigo o por la necesidad de respuestas positivas. Existen situaciones que producen el efecto de incrementar la vulnerabilidad tanto a los estímulos externos como a los internos o que disminuyen el umbral de control del individuo, esto se nota claramente en los trastornos psicológicos como el estrés, la conducta suicida, el abuso de sustancias y la depresión. Cada individuo cuenta con un umbral de control, para algunos el estresor que reduce el umbral puede ser transitorio y limitado; dado un periodo breve el estresor se elimina y el individuo puede recuperar el control, en contra parte, un umbral bajo provoca que el individuo efectúe una respuesta que se encuentra fuera de los límites de la normalidad, es decir, que demuestre una pérdida de

control, provocando cierta sensibilidad hacia las diversas distorsiones cognitivas. La situación de vulnerabilidad puede ayudar al individuo a controlar su respuesta y a responder de forma diferente a la que se ejecuta normalmente o a limitar su respuesta negativa y a recuperar el control.

La vulnerabilidad a los pensamientos suicidas, se da principalmente cuando una idea de muerte cruza la mente del individuo y este la acepta como un pensamiento razonable y lo tiene presente como consideración, una salida que podría resultar satisfactoria ante los inconvenientes que se le presentan en la vida, existen situaciones que pueden favorecer a los pensamientos de muerte en los individuos, a lo que Freemann y Reinecke (1995) llaman factores de vulnerabilidad y entre ellos se encuentran: las enfermedades agudas y crónicas, el envejecimiento, la pérdida de un ser querido, el hambre, la soledad, la fatiga, el enfrentarse a situaciones nuevas, el dolor crónico, la incapacidad para resolver problemas, el abuso de sustancias, la agresividad, el escaso control de impulsos, las reacciones ante el estrés postraumático, la vulnerabilidad psicológica y la neurológica. Cada uno de los factores anteriores posee la característica de hacer sensible al individuo que los padece, de tener pensamientos de muerte, debido al bajo umbral de control que se deriva de ellos.

Actualmente la vulnerabilidad es un concepto clave que se maneja en el estudio del suicidio y sus diferentes vertientes. Rosales (2007) menciona que la *vulnerabilidad* es la predisposición que tiene el individuo ante la interacción variable de uno o varios factores de riesgo y es la vulnerabilidad la que determina en sobre manera la etapa del fenómeno suicida en la que se queda el individuo y se divide en 4 niveles, los cuales se mencionan a continuación:

Nivel 1: Una persona que bajo las condiciones de riesgo y con vulnerabilidad suicida, presenta solo pensamientos de muerte, se queda en la fase de "ideación". Nivel 2: Una persona bajo los mismos factores de riesgo y vulnerabilidad, presenta ideación aunado a la elaboración de un plan para cometer el acto. Nivel 3: Una persona con vulnerabilidad y factores de riesgo, que presentará ideación, elaborara un plan y desarrollara un intento, que puede terminar en un suicidio consumado. Nivel 4: Una persona que esta expuesta a los factores suicidas, pero que no tiene vulnerabilidad, no presentará ideación, planeación o intento suicida.

La vulnerabilidad varía de individuo a individuo y hay que recordar que este se relaciona con la vida del sujeto, su contexto, sus experiencias y que sus habilidades sociales e individuales juegan quizá el papel más importante para evadir al suicidio como un recurso para ponerle fin a una situación de dolor. Recordando que el suicidio es un complejo proceso cognitivo en donde se ve afectada la percepción de la realidad y pueden maximizarse las situaciones, conductas y actitudes de los demás, provocando ser más vulnerables que otros.

2.1.3 Definición de joven

Es importante definir cuál es la población de los jóvenes o de los adolescentes. Barón, (2000) los define como aquellos individuos con edades entre los 15 y los 25 años, razón por la que esta investigación considera jóvenes a los que se encuentran entre los 15 y 25 años. En esta etapa se inicia el paso a la independencia y a la responsabilidad, ahora actúa tomando decisiones y aceptando las consecuencias de los posibles errores. Hay un gran cambio en la percepción de uno mismo y de los demás, iniciados por los cambios corporales: debido a que a veces causan vergüenza, se sienten torpes, atractivos, feos y desorganizados, también existe un cambio a nivel sexual, ahora debe buscar su identidad para poder establecer relaciones afectivas con los otros. El cambio a nivel social está representado porque en algunos momentos se comporta y pide ser tratado como niño y en algunos otros como adulto; la inmersión al mundo social lo mantiene a la expectativa del otro, se siente criticado, observado, juzgado y/o evaluado constantemente acerca de sus actos y actitudes, a su vez, va creciendo de manera intelectual para poder preguntarse sobre el origen de la existencia y comienza a tomar sentido a las cosas importantes, a madurar. A nivel psicológico los cambios se enfocan a los frecuentes cambios en el estado de ánimo, se vuelven sensibles ante cualquier circunstancia, son emotivos, apasionados, impacientes e impulsivos.

Se puede decir, que el adolescente está constantemente en desequilibrio y en estado de conflicto, situación que es normal por la gran variedad de cambios que ocurren en su persona y en los diferentes contextos en los que se desenvuelve; ahora la importancia radica en encontrar un lugar a nivel laboral, para con ello producir su propia independencia, lo que puede ocasionar conflictos constantes (CEPAL, 2003).

2.2 Importancia del estudio de la ideación suicida

Con lo que se ha escrito anteriormente se han ido abordando dos temas de interés “el intento suicida y el suicidio consumado”, la relación que existe entre los que intentan suicidarse y los que lo consiguen es, sin embargo, confusa. Dentro de la literatura no es obligatorio que el intento y el acto consumado se vean como un todo, como si fuera un proceso que conlleva varias etapas. Al igual que lo explica la vulnerabilidad, puede ser que un individuo se intente suicidar y fracase y sin embargo nunca sea su objetivo morir, al igual que un individuo que se suicida no necesariamente tiene antecedentes de intentos suicidas.

Para poder darle una explicación mas concreta al fenómeno del suicidio es importante recuperar una parte importante de este suceso “la ideación”.

2.2.1 Ideación suicida: Concepto

La ideación Suicida puede ser definida como “tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte” (Garrison et, al. Citado en Chávez, Pérez, Macías y Páramo, 2004)

Es de suma importancia reconocer que a raíz de varias investigaciones, se ha encontrado que la ideación suicida, se asocia de manera contundente con la conducta suicida; es decir, una persona que ha tenido pensamientos suicidas, tiene una mayor tendencia a intentar suicidarse y quien lo intenta una vez, es probable que lo intente nuevamente en menos de un año, con las consecuencias esperadas “la muerte” (González Forteza, C., Berenzon-Gorn, S., Tello-Granados, A., Facio-Flores, D. y Medina-Mora, M. 1998)

De manera desafortunada, no existen estudios que interpreten y den estadística oportuna de la ideación suicida, esto se puede deber a dos fuentes: la primera es que parece ser que el pensar en la muerte es un proceso humano “normal”, ante cualquier situación de desesperanza o depresión se piensa en quitarse la vida sin necesidad de cometer el acto o el intento. La segunda es que existe una estigmatización grave que lleva a determinar que la muerte de una persona se interprete como un accidente y no como un suicidio.

Beck, Rush y Shaw en 1979, mencionaron que la etiología implicada en el intento suicida es un continuo, en el que hay que otorgarle especial atención a los deseos y a los planes de cometerlo (ideación suicida), a los sentimientos de

inutilidad, a las pérdidas recientes, al aislamiento social, a la desesperanza, y a la incapacidad para pedir ayuda, de ahí que una buena evaluación permita identificar el riesgo (citado en González, Díaz, Ortiz, González y González, 2000).

Dentro de la ideación suicida se deben manejar dos conceptos importantes, que si bien no han sido definidos como tal por los expertos, son importantes al igual que su identificación para poder intervenir de una manera oportuna.

2.2.2. Riesgo de ideación suicida e Ideación Suicida de Riesgo

Riesgo de ideación suicida será entendido como aquellas personas que se ven sometidas a los diversos factores que propician la ideación suicida, pero que aún no manifiestan pensamientos de muerte, es decir, antes de la ideación, los factores son un riesgo para pensar en la muerte.

Mientras que el término de *ideación suicida de riesgo* se aplicará, como aquello que ya se posee, es decir, de aquellas personas que ya manifiestan pensamientos de muerte, pero que no han tenido planificación ni intentos de actos suicidas.

El último de los conceptos anteriores es el que se utilizará y será objeto de estudio en la presente investigación, por ello nos enfocaremos únicamente a la Ideación suicida de riesgo, recordando que el suicidio es un acto multicausal y para darle una explicación y sentido tendremos que analizarlo desde la ideación, es decir, desde las cogniciones para poder dar un plan de apoyo a los jóvenes que tienen pensamientos de muerte. Sin embargo hay que destacar que no es sencillo y por ello buscaremos informar acerca de los principales factores que pueden detectar o predecir un intento o suicidio consumado.

2.3. Factores que predisponen a la ideación suicida de riesgo

Son innumerables los factores que podemos encontrar para explicar la ideación suicida al igual que es un fenómeno alarmante y multicausal.; sin embargo los que mencionaremos, son los que se han reportado en la literatura científica, aunque no por ello son los únicos.

2.3.1 Características sociodemográficas

El contexto social en el que habitan los jóvenes es muy importante, de ahí se forman grupos de pertenencia que pueden hacer de esa población un grupo de alto riesgo. Los jóvenes habitantes de zonas urbanas y los jóvenes de edades entre los 15 y los 24 años son los grupos de mayor riesgo de ideación suicida en el continente americano, y específicamente en México se ha encontrado mayor riesgo de conductas suicidas en mujeres de 15 a 19 años de edad (González Forteza, C., Berenzon-Gorn, S., Tello-Granados, A., Facio-Flores, D. y Medina-Mora, M. 1998)

La ideación suicida es un problema actual que debe ser atendida por los profesionales de la salud y estos se han ocupado de identificar los factores que pueden estar asociados con la ideación suicida, reconociendo que no es solo la participación de uno de ellos, sino más bien su interacción lo que los convierte en factores de riesgo.

En una investigación realizada por González-Forteza et. al (1998) tenían como objetivo identificar si la ideación suicida es un componente asociado con la conducta suicida y si la edad es un riesgo significativo. Teniendo una muestra de 1712 mujeres, estudiantes de preparatoria (muestra escolar) y 30 mujeres hospitalizadas por intento suicida (muestra clínica) y se obtuvo lo siguiente:

*Nivel de estudios: El 68% de la muestra escolar y el 70% de la muestra clínica estudiaban la preparatoria o su equivalente.

*Promedio Académico: Ambas muestras notificaron tener un promedio cercano al ocho y no haber trabajado en el último semestre.

*Desempeño escolar: De la muestra escolar, el 35% lo calificó como bueno y la misma categoría se ubicó el 63% de la muestra clínica

*Características Sociodemográficas Generales: Estos datos se presentan de manera general, es decir, las dos muestras forman el 100% de los casos. El 73.3% asisten a escuelas oficiales, 50% de las evaluadas son primogénitas, el 40% vivían con ambos padres, el 46.7% contestó que la madre es el jefe de familia, el 40% mencionó que la ocupación de los padres es profesionista o empleado.

*Presencia de Ideación Suicida: La presencia de la ideación suicida es más elevada en la muestra clínica, pero en la escolar la presencia de la ideación es de un 11.8% de las adolescentes.

Los resultados anteriores reafirman la importancia del estudio de la ideación suicida, especialmente en la población de los jóvenes, aunque hay que recordar que la problemática depende de la interacción de varios factores, como los que a continuación se mencionan.

2.3.2 Desesperanza

Beck, definió a la desesperanza como un patrón cognitivo, en donde las actitudes o expectativas acerca del futuro son negativas y predominan los sentimientos de desesperación, decepción y desilusión (citado en Córdova, Rosales y Eguiluz, 2006)

Beck (1967), creó el modelo de la triada cognitiva el cual consiste en 1) una visión negativa de sí mismo, 2) una visión negativa del funcionamiento presente y 3) una negativa del futuro. El último componente de esta triada es la desesperanza (pesimismo) que no sólo subyace a la *depresión*, sino también a otros desórdenes psicológicos (Aliaga, Rodríguez, Ponce, Frisancho y Enríquez, 2006)

Stotland (1969) quien concibe la desesperanza como un sistema de esquemas cognitivos que tienen en común expectativas negativas acerca del futuro inmediato o remoto. La persona desesperanzada se caracteriza por creer: a) que nunca podrá salir adelante por sí mismo, b) que nunca tendrá éxito en lo que intente, c) que nunca podrá alcanzar sus objetivos importantes y d) que nunca podrá afrontar los diversos problemas que afronte en la vida. (Citado en Aliaga, Rodríguez, Ponce, Frisancho y Enríquez, 2006).

La desesperanza es un rasgo de la personalidad que se ha encontrado asociada a la ideación suicida, así como la baja autoestima, vulnerabilidad, déficit en respuestas de afrontamiento, introversión, impulsividad, introversión y rasgos de ansiedad e ira.

2.3.3 Reincidencia en el intento suicida

Otro factor importante en la ideación suicida de riesgo son los antecedentes personales y familiares de suicidios y/o intentos suicidas.

El historial de suicidios previos es una predicción de conducta suicida futura. Estudios retrospectivos de suicidios consumados revelaron que aproximadamente un tercio de las personas que se suicidaron ya habían hecho

esfuerzos anteriormente; la probabilidad de consumir un suicidio es esencialmente alta en el primer y segundo año después del primer intento. Este patrón puede ser el reflejo del establecimiento de un estilo de manejo autodestructivo y puede traer consigo dos consecuencias: 1) desensibilizar al individuo ante el riesgo de sus conductas suicidas y 2) que la primera consecuencia pueda contribuir a que el individuo pierda el apoyo y la compañía de su núcleo familiar; ambas consecuencias acarrearían que el individuo se vuelva más vulnerable ante la idea, intento y/o suicidio consumado (Freemann y Reinecke, 1995).

Otra evidencia de la reincidencia de los intentos suicidas, se observa en un estudio realizado por Paredes, Orbegoso y Rosales (2006), quienes encontraron que en una población de 100%, el primer intento de suicidio se presento en el 86.6% de los casos, mientras que el 13.4% de los casos fueron reintento de suicidio, desde el segundo hasta el quinto intento. Puede ser que el reintento de suicidio no sea estadísticamente significativo, pero es importante tomarlo como un factor de riesgo. Los autores concluyeron que el paciente que reintenta, ve en el acto la confirmación de que tiene un problema que necesita de ayuda especializada y a su vez este nuevo reintento hace que el entorno familiar sea conciente de lo mismo.

Concluyendo, el historial de los intentos previos de suicidio, puede ser la base para suponer que la reincidencia en el acto suicida esta asociada a la ideación suicida, intentos y/o suicidios consumados y las intervenciones de tipo cognitivo suelen ser efectivas para reducir el riesgo inmediato.

2.3.4 Estrés

El desarrollo del ser humano a lo largo de su vida puede darse de manera adecuada, sin embargo existen factores sociambientales con los cuales, o a pesar de ellos debe desenvolverse. De entre ellos destaca el estrés que en estimulación excesiva genera serios problemas en niños y adolescentes. El estrés hace referencia a la tensión física, mental o emocional, ocasionada por presiones y demandas ambientales, situacionales o personales, en que los sucesos impredecibles e incontrolables ocasionan más estrés que los hechos sobre los cuales las personas tienen un mayor control (Tejeda, Félix, Osuna, Cazares y cols. citado en Serrano y Flores, 2005).

El *estrés psicológico*, se refiere a la relación entre la persona y su ambiente; la relación de tipo estresante se considera como aquella que demanda esfuerzo o excede los recursos personales, el estrés se encuentra en todos los ámbitos en los que se desarrolla el individuo. El estrés tiene un impacto psicofisiológico perjudicial que desempeña un papel desencadenador, regulador o exacerbado de diferentes síntomas: problemas para respirar, taquicardia, insomnio, gastritis, colitis, dermatitis, migraña, etc. así como estados emocionales perjudiciales que preceden a la ideación suicida: poca tolerancia a la frustración, depresión, ansiedad, temor, etc. Por lo anterior los sucesos estresantes se asocian al incremento de la conducta suicida, tal relación se explica por el incremento de estresores que experimenta la gente joven en el mundo actual (Serrano y Flores, 2005).

En un estudio realizado por Hagedorn y Omar en el 2002 (citado en Serrano y Flores) se encontró que en los jóvenes menores de 21 años, el estrés ocasionado por conflictos interpersonales (peleas con los padres y/o entre iguales, fin de relaciones y peleas) dio como resultante el intento suicida.

2.3.5 Problemas psiquiátricos

En cuanto a los problemas psiquiátricos, Links y Kolla en el 2005, identificaron tres características de personalidad que asienten como relevantes de la conducta suicida en pacientes psiquiátricos: ser perfeccionistas, impulsivo-agresivo y con trastorno emocional. Forman en el 2004, reportó la diferencia entre los sujetos con el primer intento suicida y los de múltiples intentos, considerando que este último exhibe un perfil grave en cuanto a la psicopatología, debido a la disfunción interpersonal (citado en Quintanilla, Valadez, Vega y Flores, 2006)

2.3.6 Abuso Sexual

González Serratos, define abuso sexual como “cualquier hecho en el que se involucra una actividad sexual inapropiada para la edad del/la menor, se le pide que guarde el secreto sobre dicha actividad y/o se le hace percibir que si lo relata provocara algo malo a sí mismo/a o al perpetrador y/o a la familia; este tipo de experiencias son consideradas extrañas y desagradables para el/la menor” (pág. 17 González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez, 2001)

La asociación entre el abuso sexual y el intento suicida no es un problema estudiado a profundidad; sin embargo la relación entre el abuso sexual y el intento suicida es una realidad en la adolescencia. El abuso sexual es cometido en la niñez, este podría considerarse como un factor de riesgo en el intento suicida o el suicidio consumado; por lo que su prevención podría disminuir significativamente la conducta suicida. El abuso sexual y el intento suicida pueden afectar la salud mental de quien lo ha experimentado. En un estudio realizado por González-Forteza et al. (2001) en dos secundarias del Centro Histórico de la Ciudad de México estado de México, en el que participaron 936 alumnos (54% hombres y 46% mujeres), con una edad promedio de 13.5 años. Los resultados apuntan que el 7% de las mujeres y el 2% de los hombres habían sido víctimas de abuso sexual durante la infancia y el 11% de las mujeres así como el 4% de los hombres habían intentado suicidarse. Las problemáticas del abuso sexual y el intento suicida se presentaron de manera conjunta en el 12% de las mujeres, los varones no reportaron en conjunto los dos problemas; los autores concluyeron que la relación entre el abuso sexual y el intentos suicida fue estadísticamente significativa; de los hombres que habían intentado suicidarse el 50% presento malestar depresivo e *ideación suicida* en la actualidad y las mujeres que habían sido atacadas sexualmente y que habían intentado suicidarse se presentaron ambas problemáticas en un 67%. A manera de conclusión es necesario establecer estrategias de prevención del abuso sexual para disminuir a su vez el intento suicida en los jóvenes.

2.3.7 Locus de control

El concepto de locus de control fue elaborado en el contexto de la teoría aprendizaje social por Rotter, quien en 1975 propuso que “la percepción del control está basada en la contingencia perfecta entre el comportamiento y su resultado. Asegura que el reforzamiento actúa confirmando una expectativa que dicho reforzamiento procederá a una conducta o evento en particular, en situaciones futuras, pero cuando el reforzamiento es percibido como un contingente de la conducta propia del sujeto, no se incrementará la expectativa tanto como cuando es percibido como contingente (pág. 226 Palomar y Valdez, 2004).

En la tal definición podemos encontrar otros dos conceptos que incluye el locus de control: 1) locus de control interno: Si la persona percibe que el acontecimiento es contingente con su conducta o sus propias características relativamente permanentes. 2) locus de control externo: Cuando un refuerzo es percibido como siguiendo alguna acción personal, pero no siendo totalmente contingente con ella, es típicamente percibido en nuestra cultura como el resultado de la suerte (Visdómine-Lozano y Luciano, 2006).

2.3.8 La familia

Este es quizá el factor más importante, por intervenir tanto interna como externamente en el individuo, el suicidio es un comportamiento que puede ser transmitido por la familia, debido a que los antecedentes de patologías padecidas por los padres, que predisponen al suicidio como un afrontamiento a la vida, ya que pueden reflejarse en problemas psiquiátricos heredados. Medina y Hernández (2004) evidencian que los factores biológicos, tienen un riesgo mayor a los culturales y han supuesto que este factor puede explicar el déficit de control en conductas suicidas de carácter impulsivo.

El núcleo familiar puede ser favorable o desfavorable para el desarrollo psicológico, emocional y físico de los hijos, sin embargo, no es coincidencia que un porcentaje elevado de los jóvenes con intento suicida o suicidio consumado provengan de familias disfuncionales, donde el maltrato, el abuso sexual, la violencia intrafamiliar, el divorcio, los problemas económicos y los antecedentes de depresión y suicidio más que problemas externos son formas de vida y aprendizaje (González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez, 2001; Medina y Hernández, 2004 y Buendía, Ruiz y Riquelme, 1999).

2.3.9 Alcohol y abuso de sustancias

El abuso del alcohol, la adicción a las sustancias y el suicidio ha sido objeto de numerosos estudios por muchos años. Menninger, 1938 (citado en Freemann y Reinecke, 1995) lo considera como un intento de suicidio inconsciente y otros investigadores lo tomaban como una forma de muertes subintencionales o suicidios indirectos; se ha encontrado en múltiples investigaciones que el suicidio y el abuso de alcohol y sustancias tiene una relación directa y frecuente. Por ejemplo la congestión etílica, en algunos casos es un intento

inconsciente de envenenamiento, a demás de que frecuentemente el alcohol es ingerido junto con barbitúricos.

Hawton y Catalán, 1982 (citado en Freemann y Reinecke, 1995) reportaron que en más del 20% de los intentos de sobredosis los individuos consumieron alcohol y un porcentaje muy alto de ellos lo hicieron en horas anteriores al intento de suicidio. Aunado a lo anterior, existen informes que sugieren que los individuos con problemas de alcohol y abuso de sustancias, son propensos a los intentos de suicidio y a llegar a consumarlo. En cuanto a las distorsiones cognitivas, estas se presentan en forma de pensamientos que minimizan la gravedad de las dificultades y a subestimar su capacidad para resolver problemas, el consumo de alcohol y el abuso de sustancias disminuye cualquier control que el individuo posee sobre si mismo, promoviendo una conducta más impulsiva y autodestructiva.

2.4 Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC)

Retomando toda la información anterior, la conducta suicida se produce en un medio sociocultural y que esta influida por factores físicos y bioquímicas, sin embargo, antes que todo lo anterior, la conducta suicida es un estado mental. Es decir, cada acto suicida se inicia en la mente del individuo en forma de pensamientos y conlleva una relación importante con las experiencias negativas vividas en la infancia y la sintomatología que se ve estructurada mediante las suposiciones y esquemas específicos que se forman a lo largo de la vida del individuo. Estas suposiciones acerca del comportamiento propio, en el caso de los individuos suicidas son distorsiones enfocadas a lo negativo en tres dimensiones: 1) de sí mismo, 2) del futuro y 3) del mundo.

Freemann y Reinecke (1995), mencionan que frecuentemente el mundo que rodea a los suicidas es caótico y que se puede caracterizar por perdidas tempranas, estos individuos se ven inmersos en familias disfuncionales que no les proporcionan adecuadamente los cuidados, el apoyo emocional y el modelado efectivo para una vida y desarrollo psicológico adecuado; un núcleo familiar disfuncional produce sentimientos de indefensión, baja autoestima y puede provocar un bajo umbral de control y más vulnerabilidad hacia pensamientos suicidas.

La psicología a tratado de adentrarse en el tema del suicidio conociendo los factores que contribuyen a tomar esta decisión, sin embargo, la necesidad de un enfoque que logre dar una explicación a este fenómeno, se determina a partir de las contribuciones y los resultados que se obtienen. Por ello la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC), parece ser uno de los enfoques primordiales para tratar este problema y para ello analizaremos los fundamentos de la teoría y el porque podría ser una base en el estudio de la ideación suicida en los jóvenes.

2.4.1. Fundamentos de la Terapia Racional Emotivo-Conductual

La terapia racional emotiva-conductual, también conocida como TREC, fue formulada por Albert Ellis, en 1956, bajo el nombre de terapia racional. La TREC estudia a los pensamientos y emociones que tiene un ser humano y menciona que estos no pueden separarse, ambos son significativos para la comprensión de varios trastornos padecidos por la sociedad moderna.

Está enfocada en el supuesto de que lo que altera el comportamiento de una persona, no son los eventos, aunque son sucesos importantes, sino la forma en la que cada uno los interpreta, esta interpretación se ve afectada por las costumbres sociales, culturales y familiares que se tienen por pertenecer a ciertos grupos, más sin embargo, esto es lo que afecta al individuo, pues se generan pensamientos acerca de esos eventos y estos a su vez provocan emociones que afectan de manera positiva o negativa al hombre. En la TREC, las emociones son procesos que se relacionan con los pensamientos y procesos sensoriomotores, sin causas o consecuencias únicas y provienen de tres fuentes principales: a) procesos sensoriomotores, b) estimulación biofísica de los sentidos del sistema nervioso autónomo, hipotálamo y centros corticales, c) pensamientos o procesos cognitivos. La importancia de los pensamientos para la TREC, esta sostenida por las evaluaciones o percepciones propias, buenas o malas, de las acciones y respuestas anteriores o en ese momento de cierto evento; si antes ya se tuvo una experiencia similar en la que se obtuvieron resultados negativas, puede ser probable que en una ocasión nueva la percepción sea la misma o similar, llevando como consecuencia a una interpretación de dicho evento y conlleva emociones que afectan o dificultan la convivencia, desarrollo del individuo en cierto contexto.

La meta de esta terapia es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos “irracionales o disfuncionales” (son interpretaciones o creencias ilógicas que dificultan la obtención de metas establecidas por el individuo) y ayudarlo a remplazarlos por otros más “racionales o eficientes” (aquellos que le permitan lograr con mayor eficacia y éxito sus metas personales). Las ideas irracionales, devienen de la filosofía de vida, también llamada creencias nucleares, del individuo y por ellas se obtienen inferencias sobre uno mismo, sobre los demás y del mundo en general.

El modelo de la terapia racional emotiva-conductual, fue publicado en 1958, explica los problemas emocionales y determina la intervención terapéutica. Los ejes que aborda son 1) forma de pensar del individuo, 2) la manera de interpretar el ambiente y sus consecuencias, 3) creencias sobre si mismo, los demás y el mundo.

La principal causa de que el ser humano tenga un pensamiento “irracional”, se debe a que tiene facilidad para polarizar rápidamente sus deseos personales o sociales hasta exigencias rígidas y absolutistas, pero también tienen el potencial para desarrollar la habilidad de identificar, cuestionar, debatir y cambiar dichas exigencias, lo que garantiza, necesarios para poder lograr el éxito en la terapia. El hombre es responsable de su forma de pensar, sentir y comportarse, sin embargo, los pensamientos irracionales a corto plazo tienen la ventaja de poder culpabilizar a los otros, sin en cambio a largo plazo podrían llevar a sentimientos de desesperanza y depresión y es en ese momento (a largo plazo), cuando se busca la ayuda de un terapeuta para solucionar el problema.

2.4.2 La Terapia Racional Emotivo-Conductual: Un modelo eficiente en el estudio y tratamiento de la ideación suicida

Como ya lo hemos descrito anteriormente la terapia racional emotiva, es un modelo que favorece la comprensión de los trastornos emocionales y conductuales. Inicialmente diseñada para el tratamiento de la depresión y tomando en cuenta que el suicidio con frecuencia se relaciona con la depresión, la TREC es un modelo de enfoque efectivo para la comprensión y tratamiento del suicidio. El terapeuta que emplea la TREC tiene como principal interés comprender los problemas del paciente en los términos de la triada cognitiva

(descritos anteriormente) para organizar y preparar la estructura de la terapia, en la que ha de ayudar al paciente a examinar la manera en la que construye y entiende el mundo (cogniciones) y a experimentar con nuevas formas de respuesta (conductual); comprendiendo la forma idiosincrásica en el que el individuo se percibe a sí, el mundo, la experiencia, y las perspectivas de futuro; puede ayudar al paciente a modificar las perspectivas negativas y a comportarse más adaptadamente. Es un modelo donde el paciente y el terapeuta trabajan juntos para encontrar los factores cognitivos, afectivos, ambientales e interpersonales que contribuyen a las crisis suicidas y también a la resolución de los aspectos y pensamientos subyacentes que colocan al paciente en riesgo futuro de suicidio; la terapia es un medio para elaborar soluciones alternativas a sus dificultades y proporcionarle la sensación de esperanza (Freemann y Reinecke, 1995).

Adentrándonos en el tema de la ideación suicida, el cual es un problema de cognición y percepción afectada por las creencias de cada individuo las cuales están sostenidas por la filosofía de vida, revisemos los tres tipos de pensamientos irracionales propuestos por Lega, Caballo y Ellis (2002), los cuales son:

1. Tremendismo: Es una conclusión exagerada que proviene de la creencia y que tiende a resaltar de manera excesiva lo negativo de un acontecimiento.
2. Baja tolerancia a la frustración o “no-puedo-soportatis”: Es una tendencia a exagerar lo insoportable, calificarla como insufrible, porque el individuo considera que no puede experimentar ninguna felicidad.
3. Condenación: Evaluar como mala la esencia humana, la de uno mismo y la de los demás, como resultado de una conducta individual.

Por lo anterior, la ventaja principal de esta terapia, es que se enfoca a cambiar las creencias que el individuo tiene de un evento para poder cambiar la conducta, y no las conductas. La ventaja de esto es que esa forma de pensamiento perdura y se generaliza a otros eventos, cambiando la filosofía de vida del individuo y no solo cambia la conducta de ese momento y de ese único evento. Una de las herramientas utilizadas en esta terapia es el Test de actitudes y creencias (Attitudes and beliefs test, ABT, Burgess, 1990), el cual es un inventario que a través de sus 48 ítems identifica las ideas y creencias de

la persona (Citado en Lega, Caballo y Ellis, 2002). La escala se divide en dos momentos de pensamiento:

1. Proceso: el cual a su vez identifica la Exigencia, el Tremendismo, la Baja tolerancia a la frustración y la Condenación.
2. Contenido: identifica la Aprobación, el Éxito y la Comodidad.

La importancia del estudio de la ideación suicida, no esta en el suicidio, sino en evitar el acto conociendo la raíz, es decir, las creencias del individuo, sus pensamientos ante ciertas situaciones que suelen estar inhabilitando su desarrollo en sus diversos contextos, para ello se requiere cambiar el pensamiento y como consecuente se evita el acto suicida. Como ya se reportó, en las investigaciones mencionadas la población más vulnerable es la juventud; por ello la presente investigación, indagara acerca de la ideación suicida de riesgo en jóvenes estudiantes de una universidad tecnológica en la republica mexicana, porque los estudios en esta área son escasos o inexistentes

2.5 Universidades Tecnológicas: Antecedentes

La educación superior tuvo cambios en todos los sentidos a principios de los años sesenta. A nivel mundial, un ejemplo, en Francia el gobierno se percato de la importancia y de necesidad de formar jóvenes como técnicos superiores y creó una modalidad de egreso como profesional, tenía una corta duración que debía ser cursada inmediatamente después del bachillerato.

A nivel nacional, en México en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX, surgieron los Centros de Formación Técnica Profesional (CFTP), los cuales se desarrollaron de manera paralela con las escuelas y universidades. En 1930, ante la diversidad en los niveles de educación y las especialidades de los (CFTP) se decidió agrupar a la mayoría de ellos, y con ello se creó en 1936 el Instituto Politécnico Nacional, el cual abarco la formación profesional elemental en el ámbito prevocacional, a un nivel mas avanzado en el estudio vocacional, un nivel de estudios técnicos superiores, una serie de programas especiales dedicados a las mujeres y a los trabajadores propiciando abrir las puertas de la educación al pueblo.

Hacia finales del siglo XX, México tenía que aumentar su producción y para ello necesitaba de personal con un nivel educativo adecuado, era necesario que más jóvenes se integraran a la educación superior, incluyendo programas

educativos breves y de carácter intensivo. En agosto de 1988, el INEGI, realizó un estudio en el que se comparó que los estudiantes con bachillerato realizan el mismo trabajo y con la misma calidad que tenían un nivel superior. Si la educación tecnológica era impartida y aceptada como una opción atractiva y accesible de educación superior, disminuiría el rezago formativo que separaba al país de las naciones avanzadas (Nava, Moreno y Ruiz, 2006).

2.5.1. Objetivos de las Universidades Tecnológicas

La finalidad de las universidades tecnológicas en México, respondían a tres necesidades básicas: a) Se intentaba descentralizar los servicios educativos superiores y favorecer a las comunidades marginadas, b) se perseguía la ampliación y diversificación de la oferta educativa, brindando una educación acorde con la realidad socioeconómica y con las dinámicas de los diversos mercados laborales y c) Se procuró favorecer la vinculación entre la academia y el sector productivo, dando respuesta a las exigencias de una economía emergente, anhelante de recursos humanos preparados para llevar a cabo la innovación requerida a lo largo y ancho del país.

Objetivo Principal: Ofrecer a los jóvenes que han concluido sus estudios a nivel bachillerato, estudios rápidos e intensos que les permitan integrarse a corto plazo al mundo laboral o seguir cursando niveles educativos superiores.

Objetivo 2: Ofrecer estudios de carácter apropiado y justificados por su pertinencia, que aseguren al técnico superior universitario, la facultad de desempeñarse con éxito dentro de la amplia gama de actividades productivas.

Objetivo 3: Extender a lo largo de la geografía nacional el modelo de la Universidad tecnológica superior.

Objetivo 4: Poder insertar a sus técnicos en el ambiente laboral lo más pronto posible y ofrecer la oportunidad de expandir sus estudios a nivel superior.

Misión: Coadyuvar en el combate a la desigualdad social, reflejada en la alta tasa de desempleo y la injusta distribución del ingreso y del patrimonio, para ello es preciso que aboquen a acciones que contribuyan a mejorar sustantivamente los niveles de vida y el cuidado del ambiente por medio de una educación de calidad y trascendente (Nava, Moreno y Ruiz, 2006).

2.5.2. Perfil de los universitarios tecnológicos.

De manera inicial el perfil deseable, era un balance entre un bagaje de capacidades técnicas enfocadas a los procesos reales de la industria, una acumulación de conocimientos humanísticos que aseguraran un aceptable un buen desarrollo de habilidades para la comunicación y las relaciones dentro del ambiente laboral.

Los técnicos universitarios se distinguen por ser profesionales creativos, autónomos, flexibles, preparados para ocupar puestos determinados dentro de un amplio espectro de especialidades basadas en un eje común, de ahí la importancia de promover el título como el cumplimiento de un saber y un saber hacer comprometidos con el desarrollo y la innovación.

2.5.3. Estructura de la educación

La forma de educación esta regida por el 30% de teoría y el 70% en la práctica, incluyen un 80% de asignaturas comunes a todos los programas del subsistema y un 20% de materias relacionadas con los requerimientos específicos de la región. El total de las asignaturas de tiempo completo en la modalidad escolarizada se desarrollan durante más de 3000 horas, distribuidas en siete horas diarias, cinco días a la semana, 15 semanas por cuatrimestre, tres cuatrimestres por año, en total son 2 años.

Desde primero y hasta el quinto cuatrimestre se combinan los estudios en el aula, taller, laboratorio, con actividades relacionadas con el sector empresarial. El modelo propone una formación tecnológica con visión humanista; ve a los alumnos como seres integrales cuyas vocaciones, aptitudes, conocimientos y destrezas, deben ser incitados armónicamente para que se desarrollen adecuadamente (Nava, Moreno y Ruiz, 2006).

2.5.4 Características de la Universidad Tecnológica de Puebla, Puebla

La universidad tecnológica de puebla fue creada en septiembre de 1994, con el propósito de promover la formación de profesionales en el marco de una cultura tecnológica con alto sentido práctico y calidad sobresaliente.

En cuanto a su ubicación, la universidad fue construida en la ex hacienda de San Diego Manzanilla, en un perímetro que abarca 46 municipios del estado.

En el ciclo escolar 2005-2006 contaba con una población de 4,080 alumnos, para escoger a los estudiantes se entregan folletos, hacen visitas a los bachilleratos e introducciones de prensa.

Siendo una de las universidades más grandes dentro del estado, resulta importante la investigación de la ideación suicida de riesgo en esta población.

CAPITULO 3: METODOLOGIA

A lo largo de este capítulo se detallará la manera en la que se llevó a cabo la investigación desde el planteamiento del problema hasta la forma de llevar a cabo la aplicación del instrumento de Ideación Suicida de Riesgo. Los puntos que se desarrollarán comprenden los apartados del método y el procedimiento.

3.1 Planteamiento del problema

La ideación suicida es un problema de salud y de suma gravedad en todo el mundo. La estadística sobre los intentos de suicidio y el suicidio consumado es alarmante, tan sólo en el 2004 en la república mexicana (sin incluir al distrito federal), hubo 193 intentos de suicidio, 91 cometidos por hombres y 102 por mujeres; mientras que en suicidios consumados se registraron 3,324 de los cuales 2,753 fueron hombres y 571 mujeres (INEGI, 2005). En el estado de Puebla la incidencia de los suicidios ha ido en aumento, en el año 2002 (5.5), en el año 2003 (6.1), en el 2004 (7.0) y en el año 2005 (7.6).

Sin embargo la ideación suicida de riesgo, es un tema poco estudiado y por ello el propósito de la presente investigación es encontrar algunos de los factores que pueden relacionarse con la ideación suicida; con lo anterior se pretende dar una explicación y ayudar a la prevención de la ideación, intento y/o el suicidio consumado.

3.1.1 Preguntas de investigación

Pregunta General

¿En los estudiantes de la universidad tecnológica de Puebla (UTP), habrá diferencia entre hombres y mujeres en la incidencia de la ideación suicida de riesgo y su relación con el estado emocional, el consumo de sustancias y el antecedente de una persona cercana con intento o suicidio consumado?

Preguntas Específicas:

En los estudiantes de la UTP:

1. ¿Se encontrará una incidencia de ideación suicida de riesgo de al menos el 3%?

2. ¿Existirá menor incidencia de ideación suicida de riesgo, en hombres que en mujeres?
3. ¿Se encontrará una presencia de estado emocional negativo de al menos el 10%?
4. ¿Existirá menor incidencia de estado emocional negativo, en hombres que en mujeres?
5. ¿Se hallará una relación positiva entre la ideación suicida de riesgo y el estado emocional negativo?
6. ¿Las mujeres reportarán la presencia del antecedente de una persona cercana con intento o suicidio consumado en un mayor porcentaje, en comparación con los hombres?
7. ¿Los hombres reportarán el consumo de sustancias en un mayor porcentaje en comparación con las mujeres?
8. ¿Se identificará una relación positiva entre el consumo de sustancias y la ideación suicida de riesgo en los hombres?
9. ¿Se identificará una relación positiva entre el consumo de sustancias y la ideación suicida de riesgo en las mujeres?
10. ¿Se identificará una relación positiva entre el consumo de sustancias y la ideación suicida de riesgo?

3.1.2 Objetivos

Objetivo General:

Identificar si existe diferencia entre hombres y mujeres estudiantes de la UTP, con respecto a la incidencia de ideación suicida de riesgo y su relación con el estado emocional, el antecedente de una persona cercana con intento o suicidio consumado y el consumo de sustancias.

Objetivos Específicos:

1. Conocer el porcentaje de incidencia de ideación suicida de riesgo en los estudiantes de la UTP.
2. Comparar la incidencia de la ideación suicida de riesgo en hombres y mujeres de la UTP.
3. Conocer el porcentaje de incidencia del estado emocional negativo en los jóvenes estudiantes de la UTP.

4. Contrastar la presencia del estado emocional negativo en hombres y mujeres de la UTP.
5. Conocer la relación existente entre la ideación suicida de riesgo y el estado emocional negativo, en los estudiantes de la UTP.
6. Comparar la presencia del antecedente de una persona cercana con intento o suicidio consumado entre mujeres y hombres de la UTP.
7. Contrastar el consumo de sustancias entre hombres y mujeres estudiantes de la UTP.
8. Conocer la relación existente entre la ideación suicida de riesgo y el consumo de sustancias en los hombres de la UTP.
9. Encontrar la relación existente entre la ideación suicida de riesgo y el consumo de sustancias en las mujeres de la UTP.
10. Descubrir la relación existente entre la ideación suicida de riesgo y el consumo de sustancias en los estudiantes de la UTP.

3.1.3 Hipótesis:

1. Se encontrará una incidencia de ideación suicida de riesgo de al menos el 3%, en los estudiantes de la UTP.
2. Existirá menor incidencia de ideación suicida de riesgo, en hombres que en mujeres de la UTP.
3. Se encontrará una presencia de estado emocional negativo de al menos el 10%, en los estudiantes de la UTP.
4. Existirá menor incidencia de estado emocional negativo, en hombres que en mujeres de la UTP.
5. Se hallará una relación positiva entre la ideación suicida de riesgo y el estado emocional negativo en los estudiantes de la UTP.
6. Las mujeres reportarán la presencia del antecedente de una persona cercana con intento o suicidio consumado en un mayor porcentaje, en comparación con los hombres estudiantes de la UTP.
7. Los hombres reportarán el consumo de sustancias en un mayor porcentaje en comparación con las mujeres, estudiantes de la UTP.
8. Se identificará una relación positiva entre el consumo de sustancias y la ideación suicida de riesgo en los hombres de la UTP.

9. Se identificará una relación positiva entre el consumo de sustancias y la ideación suicida de riesgo en las mujeres de la UTP.

10. Se identificará una relación positiva entre el consumo de sustancias y la ideación suicida de riesgo en los estudiantes de la UTP.

3.2 Método

3.2.1 Definición de la población

Los participantes de este estudio, fueron los estudiantes de la UTP, que cursaban el ciclo escolar 2008-2, ambos sexos y de las siete carreras que se imparten en la universidad: mantenimiento industrial, mecánica, electricidad y electrónica industrial, tecnologías de la información, procesos de producción, tecnología ambiental y administración de empresas.

3.2.2 Descripción de la muestra

En total participaron 500 estudiantes de la universidad tecnológica del estado de Puebla, ambos sexos. Para seleccionar a los participantes del estudio se utilizaron los siguientes criterios: a) Criterios de inclusión: Aquellos estudiantes que accedieron a participar, que hayan contestado al menos el 80% del instrumento y que actualmente no se encuentren en tratamiento psicológico, b) Criterios de exclusión: Se eliminaron los instrumentos que corresponden a los alumnos que no contestaron al menos el 80% y que actualmente se encuentran en tratamiento psicológico.

Por lo anterior se eliminaron 21 instrumentos, teniendo como muestra final 479 estudiantes, 274 hombres (equivalentes al 57%) y 205 mujeres (el 43% restante). El número de estudiantes por carrera fue el siguiente: 43 de mantenimiento industrial, 58 de mecánica, 43 de electricidad y electrónica industrial, 104 de tecnologías de la información, 44 de procesos de producción, 27 tecnología ambiental, 139 de administración de empresas y 21 no respondieron a la pregunta.

3.2.3 Descripción de los materiales

Se utilizaron 500 copias del instrumento de ideación suicida de riesgo, lápices y el paquete estadístico del SPSS versión 12.0

3.2.4 Descripción de instrumentos y aparatos

Una computadora y el Instrumento de medición de riesgo suicida propio de la investigación, el cual consta de 85 ítems, los cuales están distribuidos de la siguiente forma: 24 están destinados a conocer los datos generales de cada estudiante, 23 se enfocan a medir la actitud disfuncional, 4 miden el locus de control externo, 3 ítems para el locus de control interno, 3 ítems miden el apoyo familiar y otros 3 el apoyo de los amigos, 2 reactivos miden las creencias espirituales, la desesperanza se mide con 8 reactivos, 3 miden el nivel de agresión, 5 ítems miden el estado emocional y 4 más miden la ideación suicida.

3.2.5 Descripción del lugar

La aplicación del Instrumento se llevó a cabo en una auditorio de la Universidad Tecnológica del Estado de Puebla. El auditorio era de las siguientes dimensiones: 7x5 m², cuatro ventanas de cada uno de los lados de 1 ½ x 1 ½ m; cuenta con un escritorio, dos podium, un pizarrón para plumón y uno para tiza, tiene 100 butacas.

3.2.6 Definición de las variables

La definición teórica, metodológica y operacional de cada una de las cinco variables utilizadas en la presente investigación, se encuentran detalladas en la tabla 8 (se encuentra al final de este apartado)

3.3 Procedimiento

3.3.1 Diseño de investigación

El tipo de diseño que se utilizó para la investigación fue observacional-proyectivo-transversal-descriptivo.

Es *Observacional* porque el investigador solo describe o mide el fenómeno sin intervenir a voluntad en la variable independiente, *Protectivo* porque la información se obtiene solo en el periodo de la investigación, *Transversal* porque el fenómeno se mide solo una vez, es decir, se presenta una fotografía situacional del fenómeno y es *Descriptivo* debido a que solo incluye a una población, para cuantificar los resultados para conocer a detalle el fenómeno. (Mendoza, 1998).

3.3.2 Número de sesiones

Se utilizó una sola sesión debido a la organización de los directivos de la institución. Se asignó un auditorio para poder aplicar el instrumento a 500 estudiantes, desde las 11:00 a.m. hasta las 5:00 p.m. Los directivos realizaron una lista de los grupos que participarían en el estudio y los citaron en horas específicas en el auditorio. La organización de la sesión fue la siguiente: Se instaló una mesa en la entrada del auditorio, los estudiantes daban su nombre y se les proporcionaba el instrumento y un lápiz, posteriormente entraban en grupos de diez y se les daban las siguientes indicaciones: Debían contestar el cuestionario de forma individual y en silencio lo más honesto posible, debido a que era anónimo, no debían dejar ninguna pregunta en blanco y si tenían alguna duda levantarían la mano para que el aplicador fuera hasta su lugar; al terminar dejaban su cuestionario en una mesa que estaba en el centro del auditorio. Esta organización fue la misma para los 500 participantes.

3.3.3 Diseño de muestreo

Es un muestreo de tipo no probabilístico-intencional, debido a que la población fue proporcionada por las autoridades.

Tabla 8: Definición Teórica, Metodológica y Operacional de las variables de investigación.

Variable	Nombre	Teórica	Metodológica	Operacional
1	Ideación Suicida	Considerada como los pensamientos asociados al deseo de morir, quitarse la vida y la planeación del acto.	Dependiente	Es la puntuación obtenida en la escala de Roberts, E. (1998)
2	Sexo	La condición orgánica de hombres y mujeres.	Independiente	Lo que conteste cada estudiante en el reactivo 1.2, del instrumento de Ideación Suicida de Riesgo.
3	Estado Emocional	La percepción del estado emocional identificado con las polaridades: Nervioso(a)- Calmado Triste- abatido-Feliz.	Independiente	El puntaje de la escala de Trastornos Emocionales de Berwick, Murphy, Goldam, Ware, Barsky y Weinstein (1991), se utiliza toda la escala. probada en población mexicana por Lara, Acebedo y Luna (2001)
4	Antecedente: persona cercana con intento y/o suicidio consumado	El reporte personal, de si ha habido intentos de suicidio previos y el número de ellos.	Independiente	Lo que cada estudiante conteste en los reactivos, 3.7 y 3.8 del Instrumento de Ideación Suicida de Riesgo.
5	Consumo de sustancias	La respuesta de los estudiantes ante la pregunta: ¿Consumes algo para sentirte bien?	Independiente	Lo que cada estudiante conteste en los reactivos 1.12 y 1.13, del instrumento.

CAPITULO 4: DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Este capítulo está dividido en cuatro apartados. En el primero se describen las características sociodemográficas de la muestra, el segundo proporciona las características psicométricas de las escalas utilizadas en este estudio (ideación suicida de riesgo y estado emocional), en el tercer apartado se realiza la descripción de los resultados obtenidos por cada una de las escalas, anteriormente mencionadas y en el último apartado de este capítulo se encuentra la comprobación de cada una de las hipótesis de investigación, planteadas en el capítulo tres.

4.1 Características Sociodemográficas De La Muestra

En este apartado se describirán las características sociodemográficas de los estudiantes. Los cuales se obtuvieron a partir de las 24 preguntas, correspondientes a la primera sección del Instrumento de Ideación Suicida de Riesgo (ver anexo1), las cuales se describen a continuación:

1) Edad

Edad	Hombres		Mujeres	
	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes
No responde	2	0.7	2	1.0
17	0	0	1	0.5
18	60	21.9	53	25.9
19	71	25.9	70	34.1
20	69	25.2	34	16.6
21	25	9.1	22	10.7
22	15	5.5	10	4.9
23	11	4.0	3	1.5
24	8	2.9	3	1.5
25	5	1.8	1	0.5
26	3	1.1	1	0.5
27	1	0.4	1	0.5
28	2	0.7	2	1.0
29	0	0	1	0.5
30	0	0	0	0
31	1	0.4	0	0
32	0	0	0	0
33	1	0.4	1	0.5

En la población estudiada de la UTP, la media de edad es de 20 años, con un rango de edades que oscilan entre los 17 a los 33 años. Para ambos sexos, 19 años es la edad más frecuente, hombres (25.9%) y mujeres (34.1%). De los 479 estudiantes, evaluados, cuatro de ellos (2 hombres y 2 mujeres) no contestaron a esta pregunta (ver tabla 9).

2) Sexo: La población esta constituida en su mayoría por hombres; 57.2% y el 42.79% restante corresponde a las mujeres (ver figura 1).

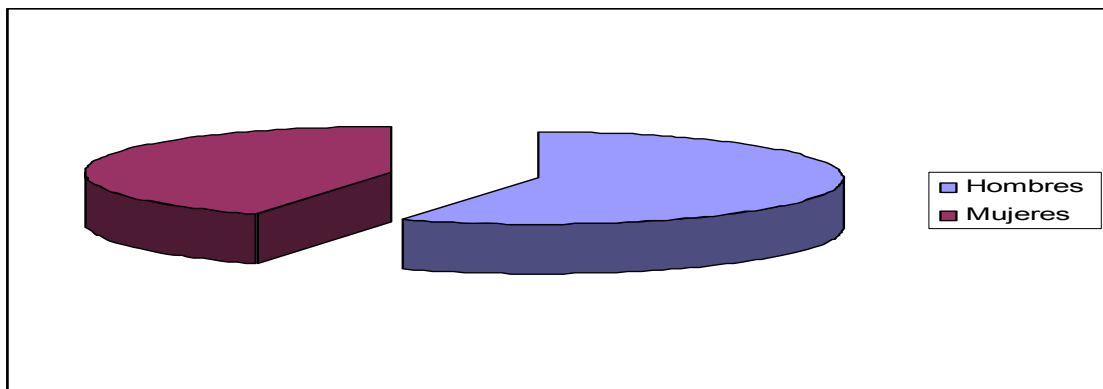


Figura 1: Distribución en porcentajes, de los sexos.

3) Estado Civil: La pregunta (1.3) que hace referencia al estado civil, las opciones de respuesta así como los porcentajes de cada uno se muestran en la figura 2. El 91.2% de hombres y el 91.7% de las mujeres, se encuentran solteros. Los hombres en un 6.6% y las mujeres en un 6.3% se encuentran casados. Dentro de esta pregunta, el 2.2% de los hombres y el 2.0% de las mujeres no contestaron.

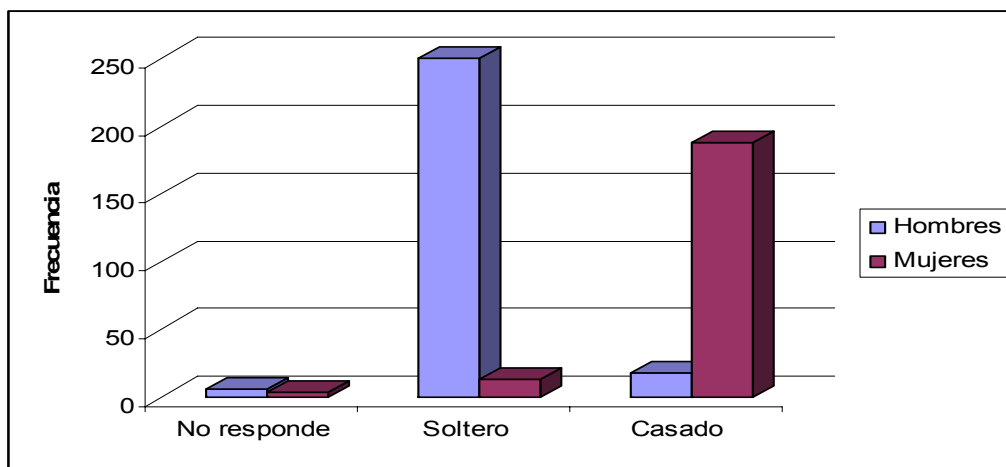


Figura 2: Distribución del Estado civil por cada sexo.

4) Cuatrimestre: Cuando se aplicó el instrumento, se impartían cinco cuatrimestres. Los porcentajes por sexo y cuatrimestre, se muestran en la figura 3 y de manera descriptiva a continuación. Los hombres se encontraban en su mayoría en el segundo cuatrimestre (58.4%), el 16.1% cursaba el quinto cuatrimestre, el 14.2% en cuarto, el 7.7% no respondió a la pregunta, el 3.3% en primer cuatrimestre y el 0.4% restante, se encontraba en el tercer cuatrimestre.

La muestra de las mujeres, se encontraba distribuida de la siguiente manera: el 62.0% cursaba el segundo cuatrimestre, el 29.8% el quinto, el 3.4% el primer cuatrimestre, el 2.9% de la muestra no contestó a la pregunta y el 2.0% restante se encontraba cursando el cuarto cuatrimestre.

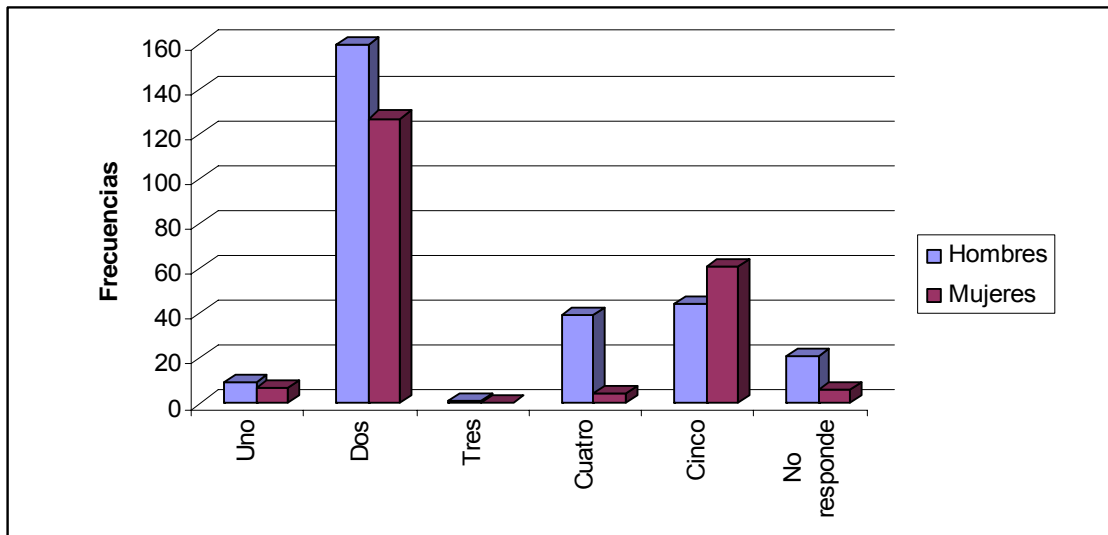


Figura 3: Frecuencias de hombres y mujeres por cuatrimestre.

5) Tipo de Carrera: En cuanto a la carrera que estudian los jóvenes, la muestra se distribuye de manera diferente para hombres y mujeres. Los hombres en su mayoría 18.2% estudian tecnologías de la Información. La carrera de mecatrónica, al igual que administración de empresas, tienen al 17.9%, cada una. La población de mantenimiento industrial es de 15.7%, el 15.0% se encuentra estudiando electricidad y electrónica industrial, el 7.3% estudia procesos de producción, el 5.1% no respondió al reactivo y el 2.9% se encuentran en tecnología ambiental.

La mayoría de la población femenina, 43.9%, estudia Administración de empresas, el 26.3% Tecnologías de la Información, el 11.7% procesos de

producción, 9.3% tecnología ambiental, 4.4% mecatrónica y el 3.4% no respondió (Ver tabla 10).

Tabla 10: Carrera		
Carrera	Hombres (%)	Mujeres (%)
No Responde	5.1	3.4
Mantenimiento Industrial	15.7	0
Mecatrónica	17.9	4.4
Electricidad y Electrónica Industrial	15.0	1.0
Tecnologías de la Información	18.2	26.3
Procesos de Producción	7.3	11.7
Tecnología Ambiental	2.9	9.3
Administración de Empresas	17.9	43.9

6) Promedio Académico: Respecto al promedio de calificaciones, los hombres tienen un porcentaje distribuido de la siguiente forma: 57.7% tiene un promedio de ocho, el 28.8% siete, 10.2% nueve, 1.5% no respondió, 1.1% seis y el 0.7% restante tienen cinco. En cuanto a las mujeres, el 66.8% tiene promedio de ocho, el 17.1% de nueve y el 16.1% restante obtiene siete de promedio (ver figura 4).

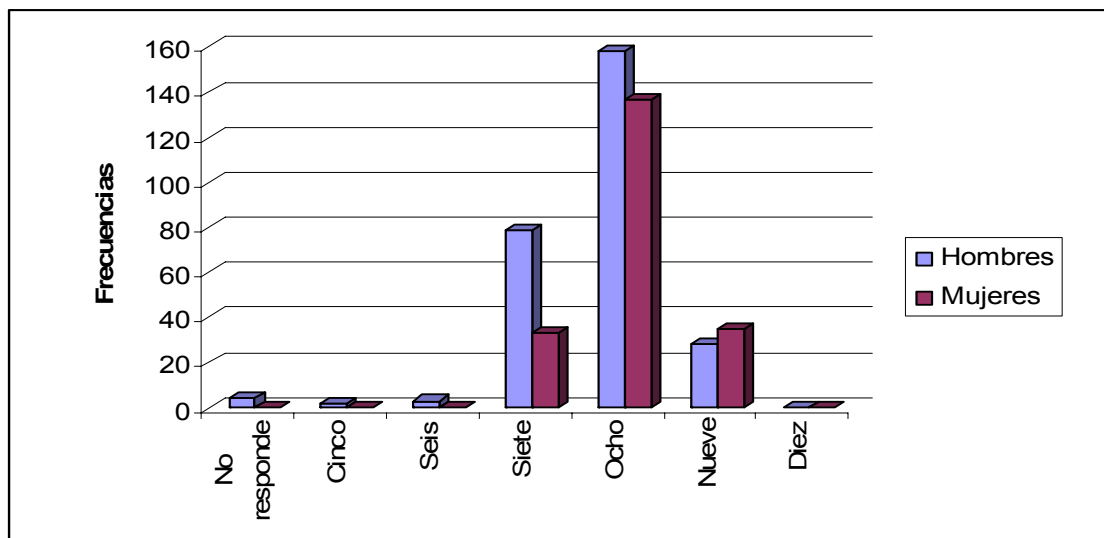


Figura 4: Promedio Académico de hombres y mujeres.

7) Desempeño Académico: Por otra parte la percepción que los estudiantes tienen de su desempeño académico fue la siguiente: el 3.3% de hombres y 1.5% de las mujeres se perciben como Excelente, el 75.5% hombres y 79.0% mujeres lo perciben como Bueno, el 21.2% hombres y 18.5% mujeres lo perciben como Malo y la última categoría solo fue contestada por las

mujeres, el 1.0% consideran que se desempeño académico es Muy malo. En este reactivo, todos los estudiantes contestaron, ver figura 5.

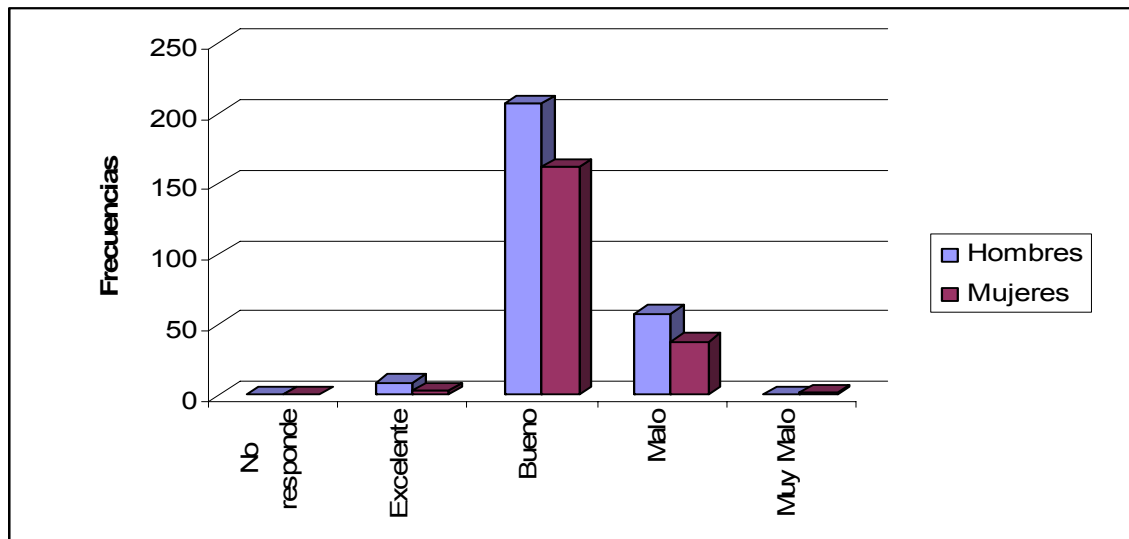


Figura 5: Categorías por frecuencia de la percepción del desempeño académico.

8) Religión: Se midió a través de dos ítems. El ítem 1.8, hizo referencia a la práctica de alguna religión, los resultados que se obtuvieron son los siguientes: ambos sexos tienen practican alguna religión, hombres 60.9% y mujeres 57.6%. No practican ninguna religión el 33.6% de los hombres y el 37.6% de las mujeres. Esta reactivo no fue contestado en un 5.5% por hombres y 4.9% por mujeres (ver figura 6).

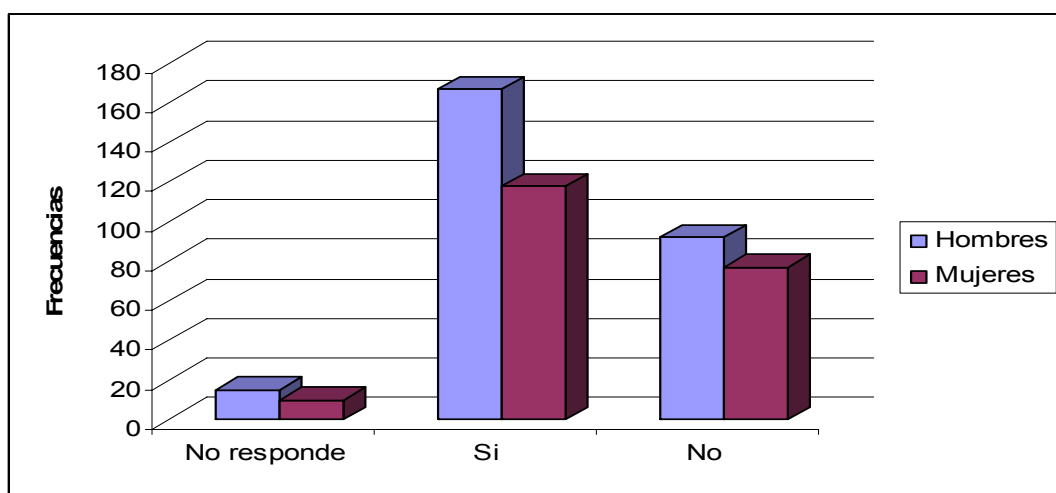


Figura 6: Práctica de alguna religión.

9) Actividad Religiosa: Se midió para ambos sexos en las siguientes categorías: Mucha, Suficiente, Escasa y Casi Nula; obteniéndose que la mayoría de cada sexo, hombres (31%) y mujeres (35.6%), no respondieron a la pregunta. Por lo anterior se tomará a los que “sí” contestaron, como el 100%, para poder analizar los resultados. Los hombres en un 44.44% consideran Escasa su actividad religiosa, el 39.68% la consideran suficiente; el 10.05% la consideran Casi Nula y el 5.82% restante, la considera que es Mucha. En comparación las mujeres distribuyeron sus porcentajes de la siguiente forma: el 52.27% contestaron Suficiente, el 32.57% la consideran Escasa; el 7.58% contestó Mucha y el 7.57% restante contestó Casi nula (ver figura 7).

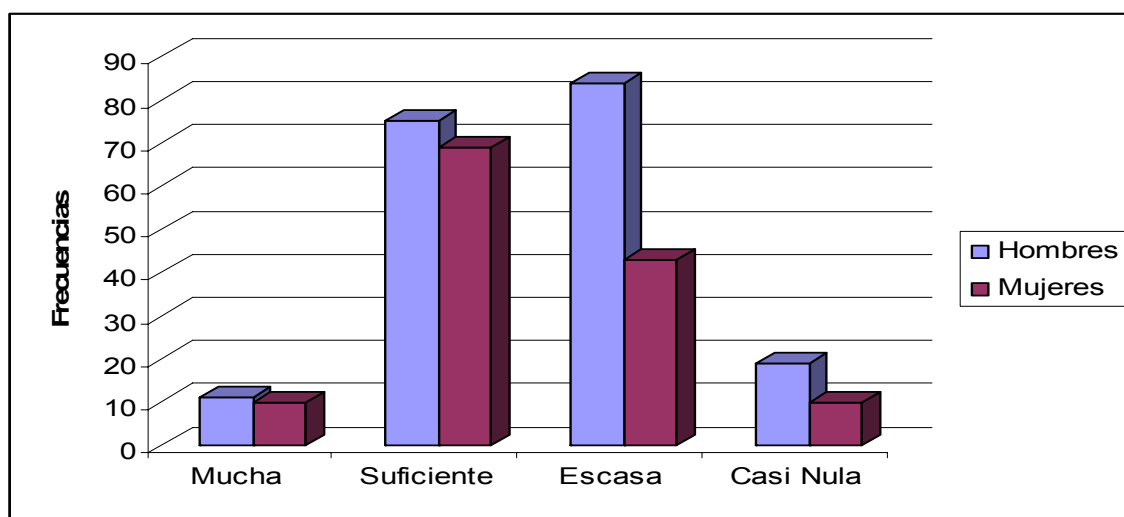


Figura 7: Descripción de la actividad religiosa

10) Economía: Fue medida por medio de dos ítems, el 1.10 refería a la condición económica de la familia, dando las siguientes opciones de respuesta: Muy buena, Buena, Mala y Muy mala. Los hombres distribuyeron las categorías de la siguiente manera: Buena (79.6%), Muy mala (16.8%), Muy buena (1.5%), Mala al igual que no responde (1.1%) respectivamente. Las categorías de las mujeres se describen a continuación: Buena (77.1%), Mala (19.0%), No responde (2.4%) y Muy buena (1.5%), los resultados pueden observarse en la figura 8.

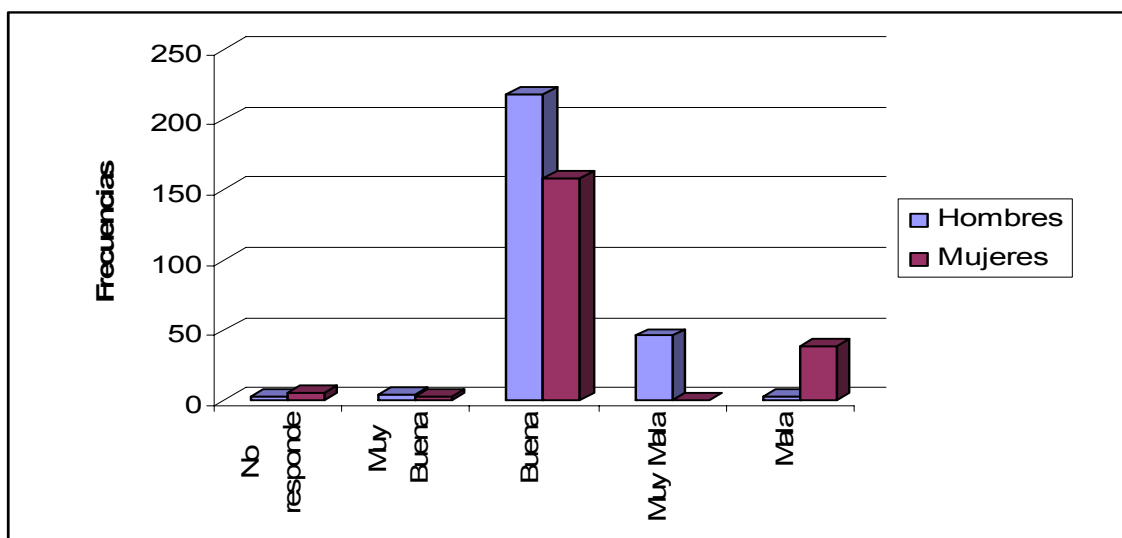


Figura 8: Economía familiar.

11) Gastos que pueden solventar con su economía actual: El ítem 1.11 tenía tres opciones de respuestas. Los porcentajes de cada categoría se presentan de manera descrita a continuación y pueden observarse en la figura 9. En la mayoría de los casos (58.0% hombres y 71.7% mujeres) actualmente les alcanza solo para pasajes y comida, al 16.1% hombres y 9.3% mujeres, no les alcanza el dinero y el 25.2% de los hombres y 18.5% de mujeres registran que les alcanza para pasajes, comida, extras y diversiones.

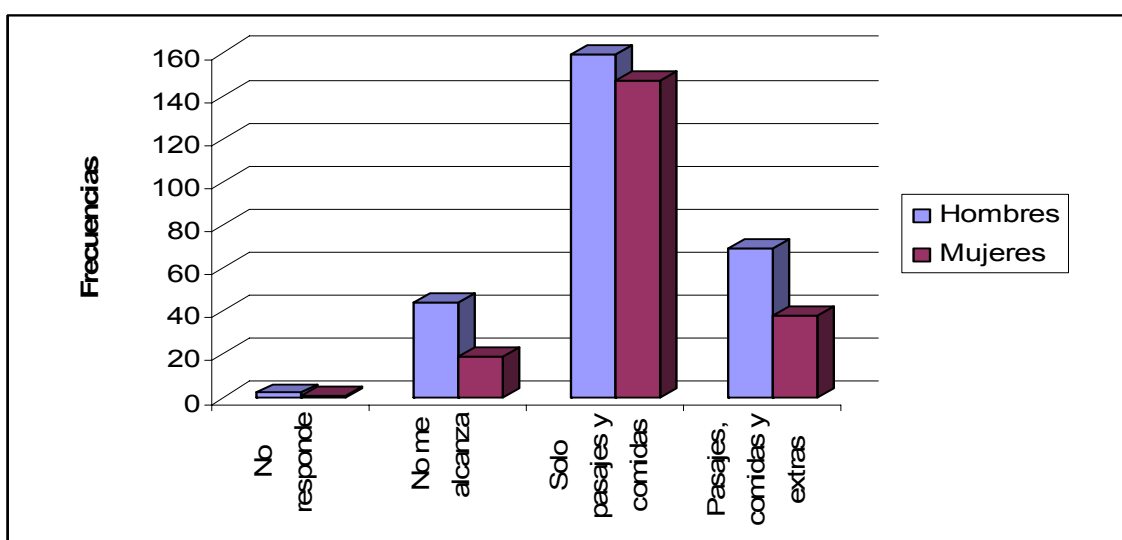


Figura 9: Categorías y las respuestas de los estudiantes, sobre la solvencia económica actual.

12) Consumo de sustancias: Para registrar el consumo de sustancias con la finalidad de sentirse bien, se contó con dos ítems. El 1.12 preguntaba, de manera general, si los estudiantes consumían algo para sentirse bien; los resultados para los hombres fueron los siguientes: En su mayoría contestaron que No 55.1%; Si 42.0% y no respondió el 2.9%. Las mujeres contestaron lo siguiente: en mayoría No 71.2%; Si 28.8% y no respondieron el 0.5% de la muestra femenina (ver figura 10).

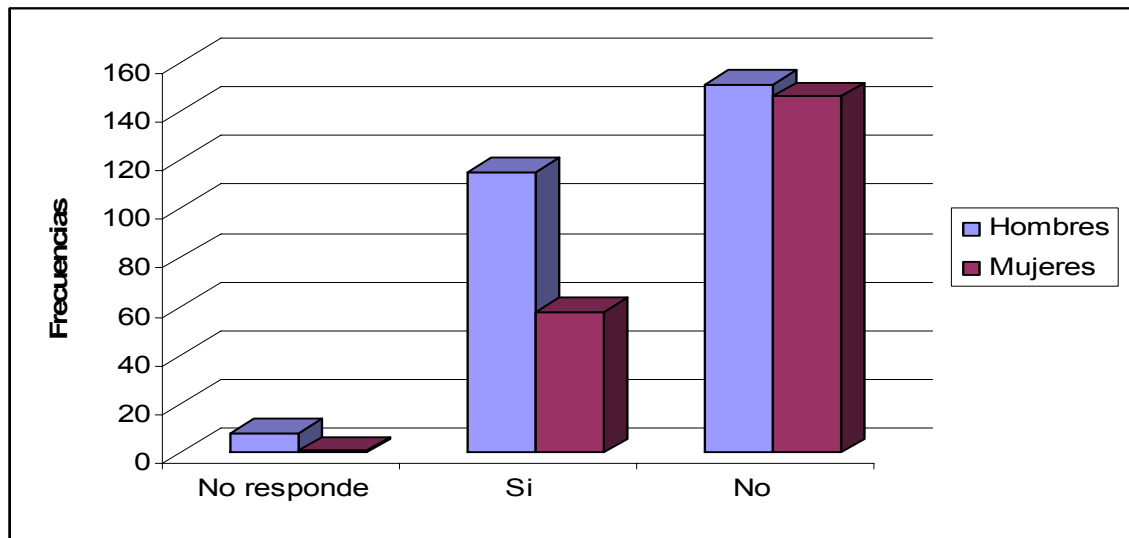


Figura 10: Resultados por sexo, al ítem 1.12 ¿Consumes algo para sentirte bien?

13) ¿Qué es lo que consumes para sentirte bien? Los resultados se agruparon en categorías, registrando lo siguiente. Para ambos sexos el porcentaje más alto se ubica en la categoría “no responde” (51.1% hombres y 64.9% mujeres). Por lo anterior y para tener un análisis más significativo, se tomara como el 100% al total de evaluados que contestaron de manera afirmativa a la pregunta.

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)
Cigarro	29.85	25.0
Café o Té	27.61	29.16
Alcohol	11.19	9.72
Algún tipo de Droga	4.47	0
Medicamentos	3.73	6.94
Otro	2.23	2.77
Marca dos opciones	8.95	16.66
Marca más de dos opciones	7.46	2.77
Dulces, chocolates, comida chatarra	4.47	6.94
Vitaminas, proteínas, productos para la salud	0	0

El dato más significativo para los hombres es cigarros con 29.85% y para las mujeres el café o té con un 29.16%. Lo que menos consumen los hombres, son drogas (4.47%) y comida chatarra (4.47%). Las mujeres consumen menos medicamentos (6.94%) y comida chatarra (6.94%). Las categorías con los porcentajes correspondientes para cada sexo, se observan en la tabla 11.

14) Vivencias de experiencias trastornantes: Para saber el estado emocional de los jóvenes se realizó la pregunta 1.14: ¿En los últimos meses has vivido alguna(s) experiencia(s) que ha(n) trastornado tu vida? Los resultados arrojados por los estudiantes difieren entre sexos. La mayoría de los hombres (56.2%) contestaron que no han vivido ninguna experiencia trastornante, el 42.7% afirma haber vivido una experiencia de ese tipo y el 1.1% no respondió. Las mujeres, en su mayoría 52.2% mencionan que Si han vivido experiencias que trastornen su vida, el 43.9% menciona que No las han vivido y el 3.9% restante no respondió a la pregunta (ver figura 11).

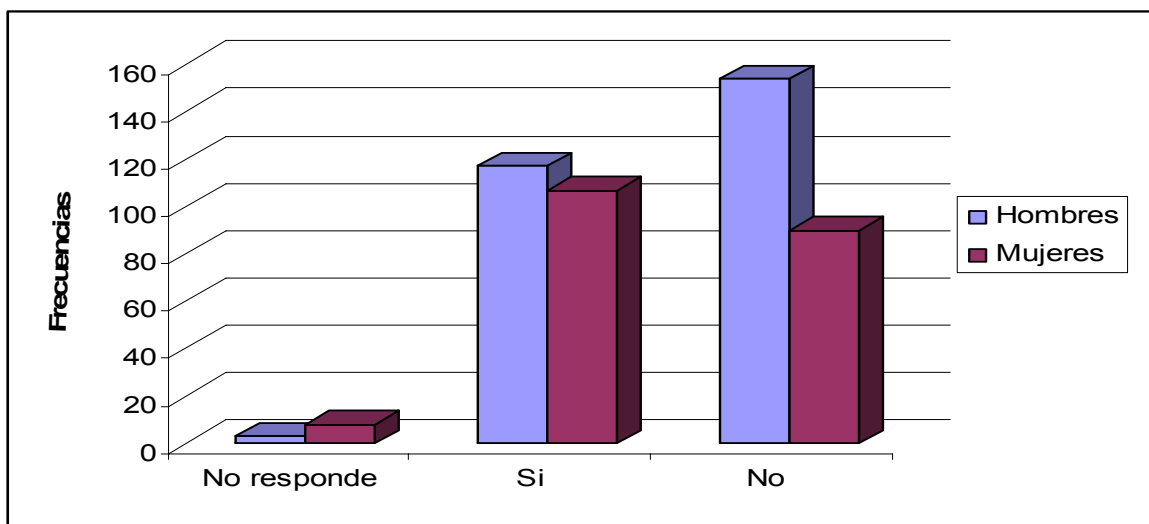


Figura 11: Categorías y resultados del ítem 1.14

15) Contexto de las vivencias trastornantes: Para conocer el contexto en el cual, los jóvenes han pasado esas experiencias trastornantes; se les dieron las siguientes opciones de respuestas en el ítem 1.15. El porcentaje más alto para ambos sexos, se ubica en la categoría no responde (48.9% hombres y 40.5% mujeres), por lo anterior se tomaran a los evaluados que si contestaron como al 100%, para poder realizar un análisis mas detallado de los datos.

Los hombres ubicaron a la familia en primer lugar con el 31.42% de los casos y en último lugar a las cuestiones de salud con un 2.14% de los casos. Las mujeres contestaron en primer lugar a la familia con 31.96% de los casos y en último lugar al contexto laboral con el 2.45% del total de la muestra. Las categorías y sus porcentajes, por sexo, se representan en la tabla 12.

Tabla 12: ¿Con quien o con que se relaciona, lo que ha trastornado tu vida?		
Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)
Familia	31.42	31.96
Pareja	17.14	13.93
Amistades	7.85	6.55
Escuela	6.42	11.47
Trabajo	7.14	2.45
Salud	2.14	3.27
Otro	1.42	0
Dos categorías	14.28	15.57
Más de dos categorías	12.14	14.75

16) Muerte de un familiar cercano: Se les cuestionó acerca de la muerte de una persona importante para ellos, durante la infancia o la adolescencia, ítem 1.16. Los datos recabados son los siguientes: La mayoría de los estudiantes, ambos sexos, no vivieron la muerte de una persona importante (57.3% hombres y 51.2% mujeres). Los que mencionaron haber vivido ese tipo de experiencia son el 41.2% hombres y el 48.3% de las mujeres, la pregunta no fue contestada en el 1.5% hombres y el 0.5% de las mujeres (ver figura 12).

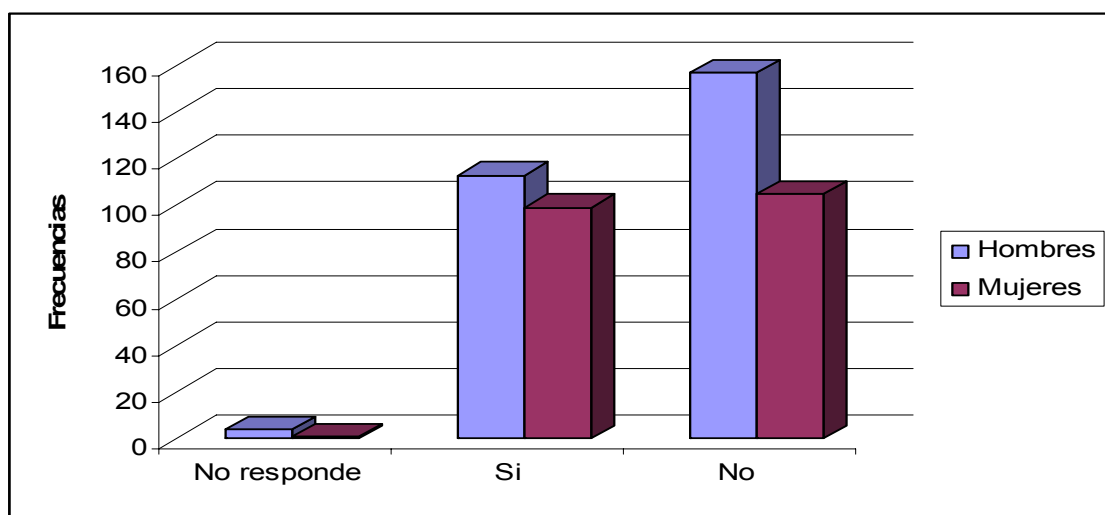


Figura 12: Muestra por cada sexo, la vivencia de la muerte de una persona importante en la infancia o adolescencia

16.B) ¿Quién ha muerto? Dentro de la pregunta anterior se ubico la pregunta 1.16b, que hacia referencia a ¿Quién fue esa persona importante que murió?; los resultados obtenidos, fueron agrupados en categorías. El mayor porcentaje tanto de hombres y mujeres es no responde (59.5% y 52.2% respectivamente), para analizar más significativamente los datos, se tomaran aquellos evaluados que contestaron a la pregunta, como el 100%.

El dato más significativo, para ambos sexos, fue la muerte del abuelo(a) o bisabuelo(a), con un 37.83% y 41.83% para hombres y mujeres respectivamente. Los porcentajes y sus categorías se muestran en la tabla 13.

Tabla 13: ¿Quién fue la persona importante que murió en tu infancia o adolescencia?		
Categoría	Hombre (%)	Mujeres (%)
Papá	7.20	11.22
Mamá	5.40	1.02
Hermano(a)	7.20	4.08
Abuelo(a) ó Bisabuelo(a)	37.83	41.83
Tío(a)	12.61	17.34
Amigo(a), Cuñado(a)	5.40	5.10
Otro	9.90	6.12
Novio(a), Pareja	0	1.02
Dos personas	13.51	9.18
Padrastro, alguien que era como mi madre	0.90	1.02
Hijo(a)	0	1.02
Más de dos personas	0.90	1.02

17) Forma de disciplina: En el ítem 1.17, se les preguntó sobre la forma de disciplina que vivieron en la infancia y adolescencia, tenían tres posibles opciones de respuesta.

Las categorías y sus porcentajes por cada sexo se describen a continuación de mayor a menor y se muestran a detalle en la figura 13. Ni muchas reglas ni muchos castigos (73.2% de las mujeres y el 68.6% de los hombres), Muchas reglas y muchos castigos (24.8% de hombres y 22.0% mujeres), Sin reglas ni castigos (5.5% hombres y 4.4% mujeres), no respondieron (1.1% de los hombres y el 0.5% de los hombres).

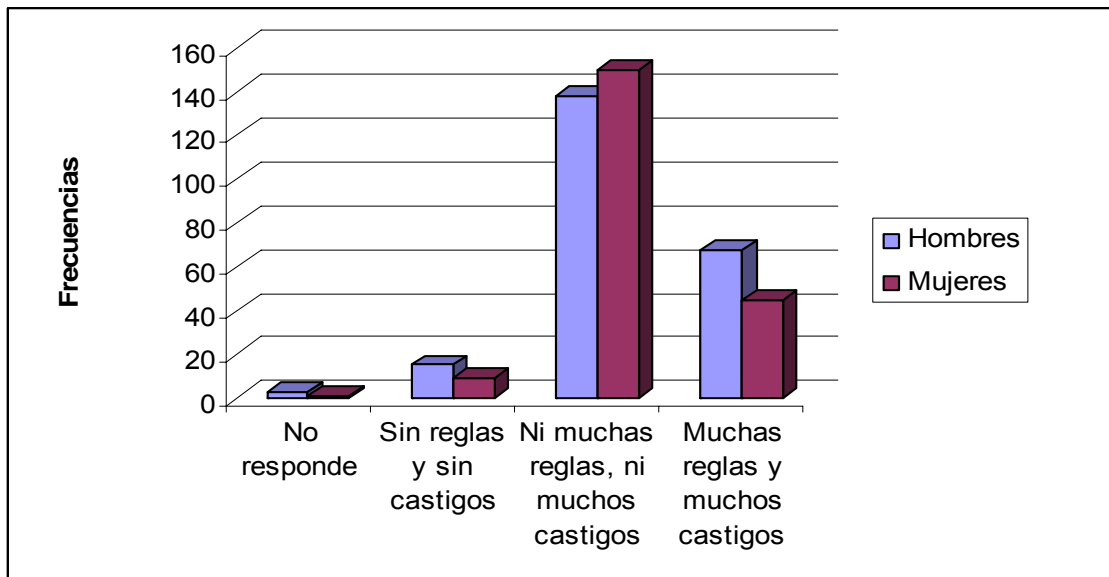


Figura 13: Categorías y resultados del reactivo 1.17

18) Abuso Sexual: En el ítem 1.18 cuestionó, si los estudiantes habían sido víctimas de algún tipo de abuso sexual. Los resultados muestran que la mayoría de hombres y mujeres (94.9% y 82.4%) “No” han sufrido ningún tipo de abuso sexual; el 4.7% de los hombres y el 17.6% de las mujeres “Si” han sufrido alguna forma de abuso sexual y el 0.4% de los hombres “no respondió” a la pregunta (ver figura 14).

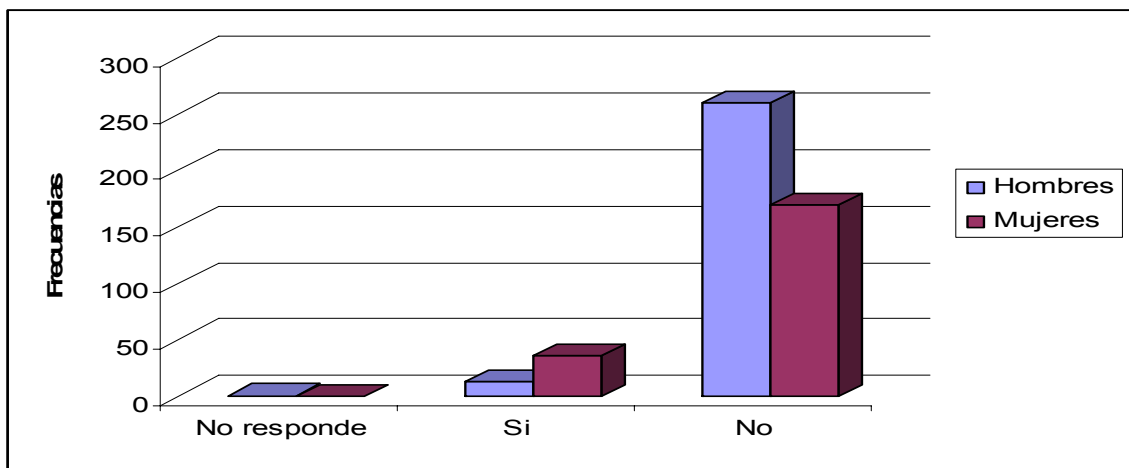


Figura 14: Frecuencias por sexo a la pregunta de abuso sexual.

19) Situaciones Humillantes: Los estudiantes varones, han sido víctimas de situaciones humillantes en un 32.8% y las mujeres en un 46.8%; el porcentaje de la muestra, que no ha sido víctima de situaciones humillantes es el 67.2% de los hombres y el 53.2% de las mujeres. Este reactivo fue

contestado en un 100%, por ambos sexos, los resultados pueden observarse en la figura 15.

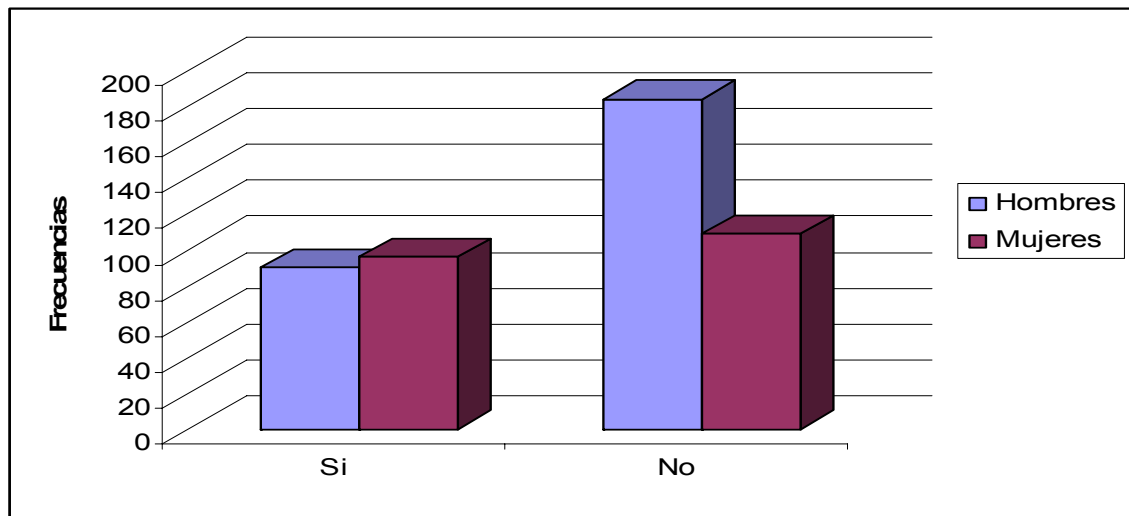


Figura 15: La mayoría de hombres y mujeres “No” han sido víctimas de situaciones humillantes.

20) Atención Psicológica y/o Psiquiátrica: En la figura 16, se muestran los resultados del ítem 1.20, el cual indagó, si los estudiantes han estado en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico; los hombres (89.4%) y las mujeres (83.9%) en su mayoría “No” han estado ninguno de estos tratamientos. El 9.5% de los hombres y el 16.1% de las mujeres “Si” han estado en este tratamiento y el porcentaje restante de los hombres (1.1%) no respondió.

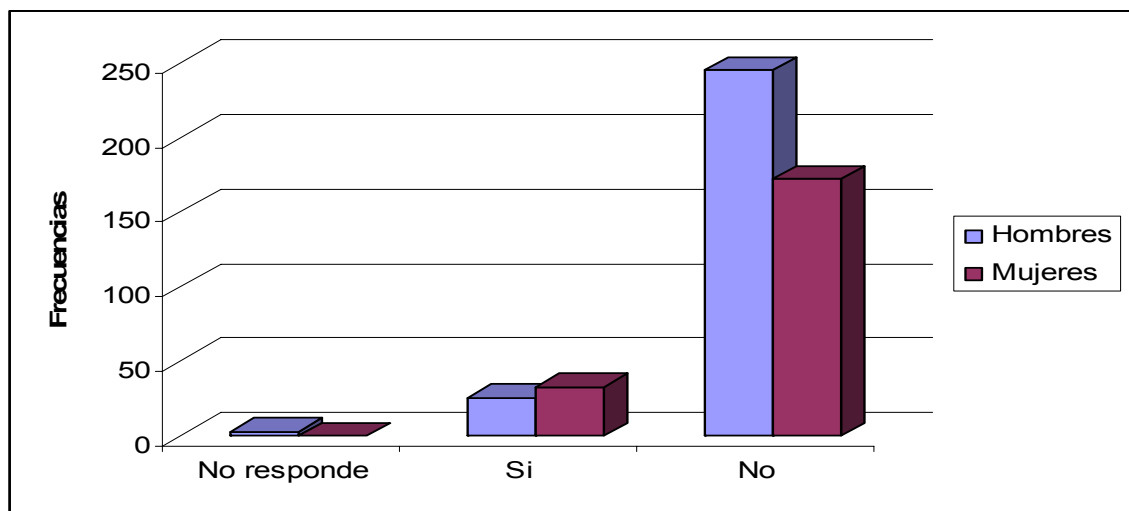


Figura 16: Respuestas de hombres y mujeres en cuanto a la atención psicológica o psiquiátrica que han recibido.

21) Causa de la atención Psicológica y/o Psiquiátrica: Para complementar el ítem anterior, se preguntó acerca del porque habían recibido el tratamiento psicológico o psiquiátrico. Las respuestas fueron agrupadas en categorías (ver tabla 14). Ambos sexos tiene el porcentaje más alto en la categoría “No responde” (91.2% hombres y 82.9%) y por ello se considera a los que si contestaron como el 100% para analizar los datos.

El dato más relevante para los hombres es que recibieron tratamiento en un 33.33%, por “Problemas de conducta” (hiperactividad, rebeldía, indisciplina, agresión, conducta o carácter, etc.) La mayoría de las mujeres (25%) recibieron tratamiento a causa de un “Trastorno Emocional” (nervios, estrés, depresión, ansiedad, etc.)

Tabla 14 :La causa por la que recibiste atención fue:		
Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)
Trastorno Emocional	8.33	25.0
Drogadicción y/o Alcoholismo	0	5.55
Traumas	0	11.11
Problemas Familiares	8.33	19.44
Problemas de Pareja	0	0
Solo pidió ayuda	4.16	16.66
Problemas físicos	4.16	2.77
Otro	25.0	5.55
Dos categorías	0	2.77
Más de dos categorías	0	0
Problemas académicos	12.50	2.77
Problemas de conducta	33.33	2.77
Problemas alimenticios	0	2.77
Sexualidad	4.16	0

22) Actualmente mantienes tratamiento psicológico y/o psiquiátrico: En el ítem 1.22, ¿Actualmente sigues en tratamiento psicológico o psiquiátrico?, no fue considerado debido a que uno de los criterios de exclusión es que aquellos que contestaran que “Si” al reactivo, no formarían parte de la muestra estudiada, el lector puede remitirse al capítulo 3 Metodología.

23) Problema más Preocupante: Se deseaba conocer ¿Cuál es el problema personal que más preocupa a los jóvenes?; el ítem dejaba la opción a una respuesta abierta y posteriormente se agruparon en las categorías que se muestran en la tabla 15.

Las tres categorías de mayor porcentaje son las mismas en ambos sexos, aunque difieren en su porcentaje. La categoría: “No responde”, es el porcentaje más alto en los hombres un 13.5% y las mujeres 13.7%, por ello se considero solo a los que contestaron como el 100%. La categoría de mayor porcentaje es “Personal (preocupación futuro)” para los hombres un 22.78% y las mujeres un 14.68%, la segunda categoría más frecuente es la “Escolar (desempeño)”, los hombres con el 12.23% y las mujeres con el 12.99%; la tercera categoría es diferente para ambos sexos: los hombres con un 10.97% señalan la categoría “Personal (economía)” y categoría para las mujeres (11.86%) es “Personal (familia)”.

Tabla 15: ¿Cuál es el problema personal que más te preocupa?		
Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)
Familiar (relación con los padres)	1.26	7.34
Familiar (salud de los padres)	1.26	1.12
Familiar (economía de los padres)	4.21	3.95
Familiar (relación con los hermanos)	0	0.56
Familiar (salud de los hermanos)	0	0
Problemas en el “Trabajo”	0.42	0
No tener “Trabajo”	7.17	2.82
Escolar (desempeño)	12.23	12.99
Escolar (relación con profesores)	0	0
Escolar (relación con compañeros)	0	0
Personal (salud)	3.37	2.82
Personal (emocional)	2.95	6.77
Personal (problemas con la “Pareja”)	1.68	1.69
Otro	2.10	2.82
Dos o más categorías	8.01	7.90
Personal (conductual)	5.06	5.64
Personal (preocupación futuro)	22.78	14.68
Personal (apariencia física)	0.42	2.25
Personal (familia)	4.64	11.86
Personal (economía)	10.97	7.90
Preferencia Sexual	0.42	0
Muerte	1.26	0.56
Familiar (Problemas extremos)	0.42	0
No tengo problemas	9.28	6.21

24) Alguna persona cercana ha intentado o se ha suicidado: El último ítem, de esta parte del Instrumento de Ideación Suicida de Riesgo, fue el siguiente: ¿Alguna persona cercana a ti se ha suicidado o ha intentado suicidarse?, las opciones de respuesta eran Si, No y No responde.

Los resultados de la muestra de los hombres, son los siguientes: la mayoría el 81.0% contestaron “No”, el 18.6% contestó que “Si” y el 0.4% restante “no respondió”. Los datos arrojados por las mujeres muestran lo siguiente: la mayoría, 77.6%, respondió “No”, el 22.0% respondió “Si” y el 0.5% restante “no respondió”. La comparación de las respuestas de ambos sexos, pueden observarse en la figura 17.

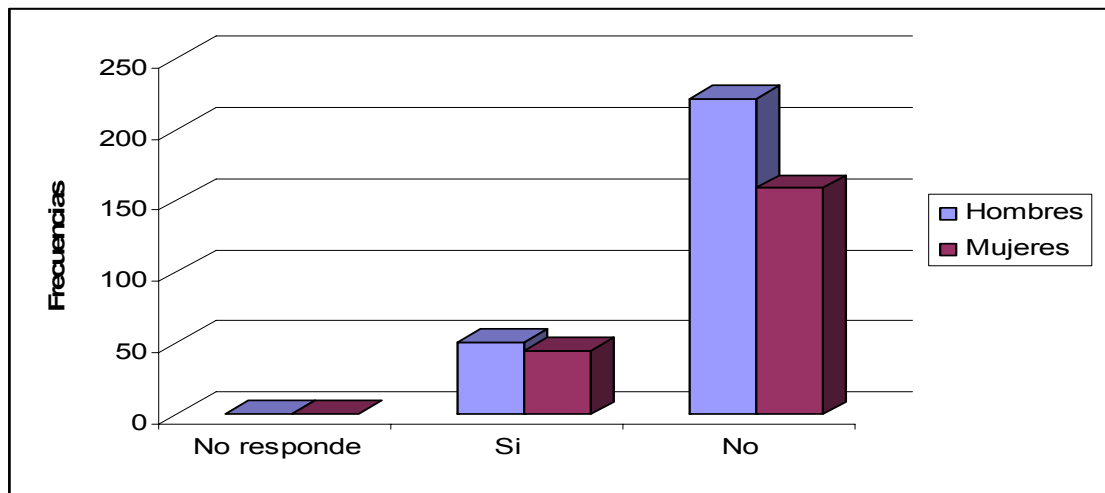


Figura 17: Resultados del ítem 1.24 y la comparación entre los hombres y las mujeres.

4.2 Descripción De Las Características Psicométricas De Las Escalas De Ideación Suicida y Estado Emocional

En este apartado, se mostrarán las características de sensibilidad, discriminación, confiabilidad y validez de las escalas de Ideación Suicida y Estado Emocional.

4.2.1 Escala de Ideación Suicida (IS)

a) Sensibilidad

Las características de la escala de Ideación Suicida se muestran en la tabla 16. Los reactivos de la escala de IS se midieron por medio de la frecuencia de los pensamientos de muerte, tomando como base el número de días de la semana anterior a la aplicación del instrumento. Las opciones de respuesta para los cuatro reactivos fueron las siguientes: 0 días, 2-3 días, 3-4 días y 5-7 días. La descripción de la sensibilidad de cada reactivo se señala a continuación.

IS1: Qué no podía seguir adelante La *media* de este reactivo indica que un porcentaje alto de la muestra, sintió que no podía seguir adelante en un rango de 1 a 2 días. La *desviación estándar* indica que el 68.24% de la muestra se ubica una desviación estándar por encima de la media. Se obtuvo una *curtosis* de tipo campana, lo que significa que los datos se agrupan de manera positiva baja, es decir que un gran porcentaje de la muestra no siente de manera frecuente que no pueda seguir adelante. El *sesgo* que se obtuvo de este reactivo es bajo, en comparación de los ítems siguientes, este dato revela que un porcentaje bajo de la muestra manifiesta este pensamiento pero estos pocos obtendrán puntajes más altos en la intensidad del pensamiento.

IS2: Tenía pensamientos sobre la muerte En comparación al ítem anterior la *media* es más baja, esto significa que un porcentaje del reactivo1 tenía pensamientos sobre la muerte. El dato de la *desviación estándar* indica que la mayoría de la muestra se ubica una desviación por encima de la media, en este reactivo se obtuvo un *sesgo* mayor al del ítem anterior, son menos los evaluados en comparación al ítem anterior que tenían pensamientos sobre la muerte, pero estos pocos tendrán puntajes más altos en la magnitud del pensamiento, la *curtosis* que se obtuvo es positiva y es más alta que la anterior por ello la mayoría de los datos se agrupan en forma de campana hacia la derecha, es decir que son menos los que se quedan con valores extremos.

IS3: Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a) La *media* de este ítem en comparación al 1 y 2, es más baja, los evaluados que se agrupan con pensamientos de que la familia estaría mejor si ellos estuvieran muertos son menos que en los dos anteriores, lo que se obtuvo de la *desviación estándar* indica que un porcentaje alto de la población se ubica una desviación por encima de la media; el *sesgo* es positivo y más alto que los valores anteriores, esto quiere decir que el porcentaje de los evaluados que manifiestan tener este pensamiento es más bajo, pero puntuaran más alto en la magnitud del pensamiento que los anteriores y la *curtosis* es más alta que en los dos reactivos anteriores la forma de la distribución sigue siendo de campana pero más inclinada a la derecha, es decir los datos que se agrupan

en la media son más que en los anteriores y hay pocos que se dispersan a la derecha.

IS4: Pensé en matarme Los valores que se obtuvieron para este reactivo son los más importantes, para detectar la ideación suicida en nuestra población, la *media* indica que son menos los evaluados, comparándolo con las medias de los tres ítems anteriores, que manifiestan pensar en matarse, la *desviación estándar* es de campana e indica que la mayoría de los evaluados se ubican una desviación arriba de la media, el *sesgo* es el más alto de los ítems son muy pocos los evaluados que piensan en matarse, pero serán los que tengan riesgo suicida, pues la intensidad del pensamiento será mucho mayor que el porcentaje que se ubica en la media y la *curtosis* es mucho más alta que las obtenidas en los reactivos anteriores lo que afirma que son menos los evaluados que manifiestan tener los cuatro pensamientos que mide la escala y que la intensidad se hace más evidente y significativa con el uso de este último reactivo.

Tabla 16: Características Psicométricas de la escala Ideación Suicida							
Reactivo (Pensamiento)	Media	Desviación Estándar	Sesgo	Curtosis	F	Mínimo	Máximo
IS1: Qué no podía seguir adelante	.90	1.315	1.761	2.449	√	0	5
IS2: Tenía pensamientos sobre la muerte	.43	1.013	2.900	8.386	√	0	5
IS3: Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)	.38	1.066	3.235	9.941	√	0	5
IS4: Pensé en matarme	.16	.749	5.599	31.978	√	0	5

Dentro de esta parte podemos concluir que los datos se comportan como se esperaba de manera teórica, es decir, que la mayoría de los evaluados manifiesten el primer pensamiento y que conforme avanzan en los reactivos de la escala el porcentaje de evaluados con pensamientos de muerte en su persona sean menos, por ello el sesgo y la curtosis van aumentando de manera importante en el orden de los reactivos y en este último los valores se

maximizan de manera importante. Este dato es el que nos ayudara a determinar el porcentaje de la población que se encuentra en riesgo.

b) Discriminación

Para saber si los reactivos de la escala discriminaban entre puntajes altos y bajos se aplico la prueba t de student (Ver tabla 17)

Tabla 17: Prueba "t" de Student para la Escala de Ideación Suicida			
Reactivo	t	gl	Significancia
IS1: Qué no podía seguir adelante	-16.948	149.000	.000
IS2: Tenía pensamientos sobre la muerte	-10.531	149.000	.000
IS3: Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)	-8.819	149.000	.000
IS4: Pensé en matarme	-4.939	149.000	.000

Los resultado obtenidos en la significancia de la prueba, indican una diferencia significativa (.000) lo que indica que los puntajes bajos y altos son discriminados por la escala de Ideación Suicida.

c) Confiabilidad y Validez

En cuanto a la confiabilidad para esta escala se obtuvo un Alpha de Crombach de .74, lo que indica que nuestro instrumento es confiable y que si se vuelve a aplicar, en la misma población, existe una probabilidad de .74 de que los resultados obtenidos sean similares.

Para obtener la validez de la escala se utilizo la prueba de esfericidad de Bartlett y los datos se muestran en la tabla 18.

Tabla 18: Prueba KMO y prueba de Bartlett	
Chi cuadrada	522.448
gl	6
Significancia	.000

El resultado obtenido en la prueba Chi cuadrada nos indica que se puede hacer un análisis de factores, para determinar la validez de constructo y se realizó a través del análisis de componentes principales con el método de rotación: varimax y Kaiser y se obtuvieron los siguientes resultados (ver tabla 19). El

constructo teórico de Ideación Suicida puede ser explicado por el instrumento en un 59.67% (varianza explicada) por lo anterior el constructo de Ideación Suicida se agrupa en un solo factor que mide Ideación Suicida.

Tabla 19: Análisis de factores de la escala Ideación Suicida	
Reactivo	Componente 1
IS3: Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)	.828
IS2: Tenía pensamientos sobre la muerte	.812
IS4: Pensé en matarme	.808
IS1: Qué no podía seguir adelante	.623

Con los datos anteriores se puede concluir que la escala de Ideación suicida tiene confiabilidad y validez para la población de la UTP.

4.2.2 Escala de Estado Emocional (EEM)

a) Sensibilidad

Las características de la Escala de Estado Emocional, se muestran en la tabla 20. Los reactivos de la escala de Estado Emocional se midieron por medio de la frecuencia de un estado emocional abatido o calmado, tomando como base el porcentaje de tiempo, en el que los evaluados manifestaban tener determinado estado emocional; las opciones de respuesta fueron las siguientes: 100% del tiempo, 80% del tiempo, 60% del tiempo, 40% del tiempo, 20% del tiempo y 0% del tiempo. . La descripción de la sensibilidad de cada reactivo se señala a continuación.

EEM1: He estado muy nervioso(a) La *media* que se obtuvo de este reactivo muestra que un porcentaje alto de la población manifiesta sentirse nervioso, el dato que se obtiene de la *desviación estándar* (tipo campana) indica que la mayoría de la población se siente nervioso un 20% del tiempo. El *sesgo* es positivo he indica que en comparación a los reactivos siguientes son más los evaluados que se siente nerviosos, pero la intensidad del este estado emocional no es tan fuerte, la *curtosis* es negativa, lo que indica que este estado emocional prevalece en esta población.

EEM2: Me he sentido calmado(a) y en paz En este reactivo con la *media* obtenida, podemos decir que los evaluados que se sienten calmados son

menos en comparación con el reactivo anterior, la *desviación estándar* indica que la frecuencia de este estado emocional es de un 80% del tiempo; con el dato que se obtiene del *sesgo* es mayor que en el reactivo anterior, esto significa que aunque son menos los evaluados que se sienten calmados y en paz, el estado emocional es más fuerte, por ello obtendrán valores altos y la *curtosis* de este reactivo es menor que en el anterior eso confirma que la mayoría de la muestra se ubica en este estado emocional

EEM3: Me he sentido triste y melancólico(a) Para este reactivo la *media* que se obtuvo es menor que en los ítems anteriores, eso quiere decir que en comparación a los dos reactivos anteriores, son menos los evaluados que se sienten tristes y melancólicos, la *desviación estándar* indica que la mayoría de la población manifestó tener este estado de ánimo el 20% del tiempo (campana), el *sesgo* es mayor que en los anteriores ítems, ello indica que aunque son menos los evaluados que se sienten así, tendrán puntuaciones altas, es decir que será un mayor porcentaje de tiempo el que mantengan este estado de emoción y la *curtosis* es más baja lo que indica que son pocos los evaluados que se sienten tristes y melancólicos.

EEM4: Me he sentido abatido(a), que nada me puede animar En este reactivo la *media* es menor que en los anteriores, lo que indica que un porcentaje menor al de los reactivos anteriores se han sentido abatidos, la *desviación estándar* (tipo campana) y un poco más aplanada que las tres anteriores, muestra que la mayoría de la población manifestó este estado emocional en un 0% del tiempo. El *sesgo* es más alto que en los reactivos anteriores y que el siguiente, esto indica que este es el más importante para esta escala; la *curtosis* es positiva lo que indica que los datos se agrupan de manera positiva baja, son pocos los evaluados que se sienten abatidos, pero ellos obtendrán puntajes más altos en la frecuencia del tiempo que tienen ese estado emocional.

EEM5: Me he sentido feliz La *media* es mayor que en la anterior, eso quiere decir que son más los evaluados que se sienten felices en comparación a los del reactivo anterior, la *desviación estándar* es menor lo que indica que los

evaluados, en su mayoría, se sienten felices un 80% del tiempo. El sesgo es menor que el anterior, los evaluados que se sientan felices serán menos pero el porcentaje del tiempo en el que se mantiene ese estado emocional será mayor y la *curtosis* es más baja que la anterior lo que significa que son pocos los evaluados que se sienten felices.

Reactivo	Media	Desviación Estándar	Sesgo	Curtosis	F	Mínimo	Máximo
EEM1: He estado muy nervioso(a)	3.35	1.374	.107	-.982	√	1	6
EEM2: Me he sentido calmado(a) y en paz	3.21	1.301	.156	-.939	√	1	6
EEM3: Me he sentido triste y melancólico(a)	2.87	1.534	.612	-.782	√	1	6
EEM4: Me he sentido abatido(a), que nada me puede animar	2.25	1.491	1.080	.101	√	0	6
EEM5: Me he sentido feliz	2.50	1.352	.828	-.142	√	1	6

b) Discriminación

Al igual que en la escala anterior, se aplicó la prueba “t” de Student, para saber si los reactivos de la escala discriminaban entre puntajes altos y bajos, los resultados se muestran en la tabla 21.

Reactivo	t	gl	Significancia
EEM1: He estado muy nervioso(a)	-18.521	284.529	.000
EEM2: Me he sentido calmado(a) y en paz	-13.466	232.810	.000
EEM3: Me he sentido triste y melancólico(a)	-24.173	234.115	.000
EEM4: Me he sentido abatido(a), que nada me puede animar	-21.092	165.095	.000
EEM5: Me he sentido feliz	-14.856	198.474	.000

Los datos obtenidos en la prueba explican que los reactivos discriminan entre los puntajes altos y bajos.

c) Confiabilidad y Validez

Para la confiabilidad se obtuvo un Alpha de Cronbach de .74, que indica que esta escala del instrumento es confiable y que si se vuelve a aplicar, en la misma población, existe una probabilidad de .74 de que los resultados obtenidos sean similares.

La validez de la escala se obtuvo por medio de la prueba de esfericidad de Bartlett y los datos se muestran en la tabla 22.

Chi cuadrada	741.838
gl	10
Significancia	.000

El dato que se obtuvo de Chi cuadrada indica, que es viable hacer un análisis de factores para obtener la validez de constructo; se realizó un análisis de componentes principales con el método de rotación: varimax y Kaiser y se obtuvieron los resultados que se muestran en la tabla 23.

El constructo teórico de Estado Emocional puede ser explicado por el instrumento en un 72.86% (varianza explicada) y este se subdivide en dos factores: el 41.54% es explicado en el factor 1 y el 31.32% es explicado en el factor 2, los cuales de acuerdo a su peso factorial los llamaremos de la siguiente manera:

Factor1: Estado Emocional Abatido (reactivos 1, 3 y 5)

Factor 2: Estado Emocional Calmado y en paz (reactivos 2 y 4)

Reactivo	Componente 1	Componente 2
EEM4: Me he sentido abatido(a), que nada me puede animar	.894	
EEM3: Me he sentido triste y melancólico(a)	.886	
EEM1: He estado muy nervioso(a)	.662	
EEM2: Me he sentido calmado(a) y en paz		.895
EEM5: Me he sentido feliz		.816

Con los datos anteriores se puede concluir que la escala de Estado Emocional, tiene confiabilidad y validez para ser aplicada en la UTP.

4.3 Descripción de Resultados por Escala

En esta sección se describirán los resultados que se obtuvieron en la UTP, de las escalas de Ideación Suicida y de Estado Emocional.

4.3.1 Escala de ideación Suicida (IS)

Para poder describir lo que pasa en esta población, se compararon los datos de las siguientes puntuaciones (figura 18).

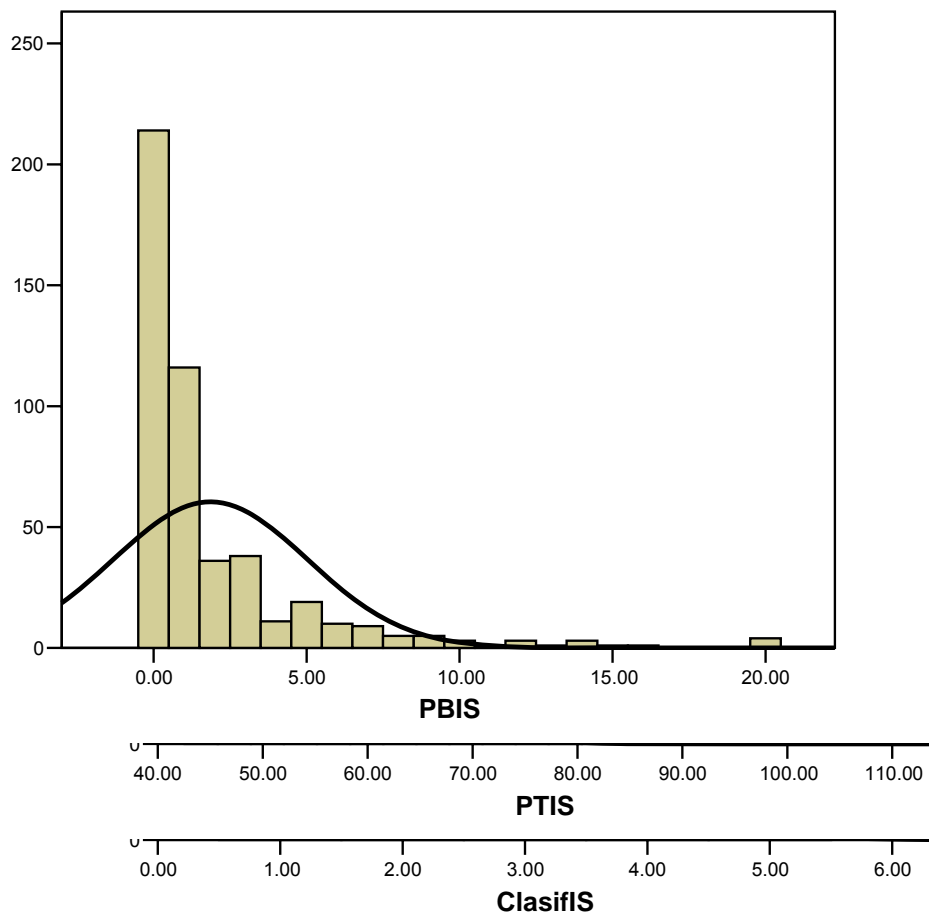


Figura18: Comparación de puntuaciones de la escala Ideación Suicida

a) Puntuaciones Brutas de Ideación Suicida (PBIS): Son las puntuaciones totales de los datos originales, de los valores de esta escala.

b) Puntuaciones “t” de Ideación Suicida (PTIS): Es la transformación de los datos brutos a puntuaciones estandarizadas, de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$50 + 10 \times \frac{(PB - \text{media de la PB})}{(\text{desviación estándar de la PB})}$$

c) Puntuaciones Clasificadas de Ideación Suicida (ClasfIS): Se convirtieron las puntuaciones “t” en códigos, los cuales se muestran en la tabla 24

Código	Puntuaciones “t”	Nombre
1	≤ (45)	Sin Ideación Suicida
2	≥ (45), ≤ (50)	Ideación Suicida Baja
3	≥ (50), ≤ (60)	Ideación Suicida Regular
4	≥ (60), ≤ (70)	Ideación Suicida Alta
5	≥(70)	Ideación Suicida de Riesgo

Las puntuaciones obtenidas se clasificaron de acuerdo al grado de presencia de Ideación Suicida, concluyendo que los estudiantes de la UTP se ubicaron en los porcentajes y categorías siguientes:

El 44.6% de la población *no presenta* ideación suicida, es decir, no reportaron ningún síntoma de la escala el 24.2% manifestó *baja* ideación suicida, es decir, reportaron la presencia de 1 síntoma de la escala, el 21.7% se ubicó en la categoría de *regular* ideación suicida, lo equivalente a la presencia de 2 síntomas de la escala; el 5.0% presenta *alta* ideación suicida, lo que equivale a la presencia de 3 síntomas de la escala y el 4.6% restante manifiesta ideación suicida de *riesgo*, el equivalente a la presencia de más de 4 síntomas. Las frecuencias de cada una de las clasificaciones se pueden observar en la tabla 25.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
1 = Sin Ideación Suicida	214	44.6
2 = Baja Ideación Suicida	216	24.2
3 = Media Ideación Suicida	104	21.7
4 = Alta Ideación Suicida	24	5.0
5 = Ideación Suicida de Riesgo	22	4.6

4.3.2 Escala de Estado Emocional (EEM)

A continuación se describirán los resultados obtenidos en esta escala por los estudiantes de la UTP, que al igual que en la escala anterior, se realizó una comparación entre las puntuaciones (figura 19).

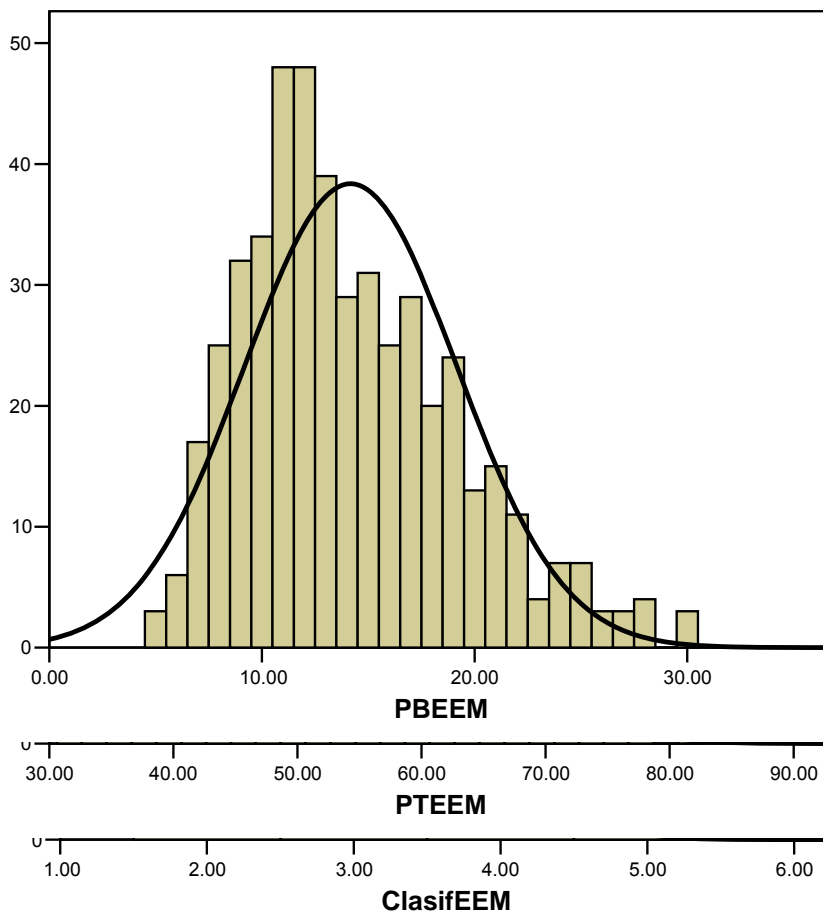


Figura 19: Comparación de puntuaciones de la escala Estado Emocional

- a) Puntuaciones Brutas de Estado Emocional (PBEEM): Son las puntuaciones totales de los datos originales, de los valores de esta escala.
- b) Puntuaciones “t” de Estado Emocional (PTEEM): Es la transformación de los datos brutos a puntuaciones estandarizadas, de acuerdo a la siguiente formula:
$$50 + 10 \times (PB - \text{media de la PB}) / (\text{desviación estándar de la PB})$$
- c) Puntuaciones Clasificadas de Estado Emocional (ClasfEEM): Se convirtieron las puntuaciones “t” en códigos, los cuales se muestran en la tabla 26.

Las frecuencias, porcentajes y categorías obtenidos, se muestran en la tabla 26.

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
1= Sin EEM Negativo	0	0
2= EEM Negativo Bajo	83	17.3
3 = EEM Negativo Regular	327	68.1
4 = EEM Negativo Alto	50	10.4
5 = EEM Negativo Muy Alto	20	4.2

A continuación se concluye este apartado haciendo una descripción de las características de la población de la UTP en esta escala.

El 17.3% reportó tener un estado emocional negativo *bajo*, un 68.1% manifestó estado emocional negativo *regular*, el 10.4% presentó un estado emocional negativo *alto* y el 4.2% restante reportó un estado emocional negativo *muy alto*.

4.4 Comprobación de Hipótesis de Investigación

En este apartado se encuentran los procedimientos estadísticos, que se llevaron a cabo para dar respuesta a las once hipótesis de investigación que fueron planteadas en el capítulo 3.

Hipótesis 1: Se encontrará una incidencia de ideación suicida de riesgo de al menos el 3%, en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Puebla (UTP).

Con los datos que arrojaron los cuestionarios aplicados en la UTP, se obtuvieron las frecuencias para la variable de Ideación Suicida de Riesgo, las cuales pueden verse en la tabla 27.

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
1= Sin Ideación Suicida	214	44.6
2= Baja Ideación Suicida	116	24.2
3= Media Ideación Suicida	104	21.7
4= Alta Ideación Suicida	24	5.0
5=Ideación Suicida de Riesgo	22	4.6
Total	480	100

Los resultados indican que el 9.6% de los estudiantes de nuestra muestra manifiesta tener Ideación Suicida de Riesgo, cabe señalar que se tomo en cuenta a los que obtuvieron valores de 4 y 5 en este reactivo, los cuales corresponden a las siguientes categorías: Alta Ideación Suicida e Ideación Suicida de Riesgo respectivamente.

En base a los resultados se acepta la hipótesis de investigación, es decir, la incidencia de Ideación Suicida de Riesgo en los estudiantes de la UTP es tres veces mayor a la esperada, encontrándose una presencia del 9.6%.

Hipótesis 2: Existirá menor incidencia de ideación suicida de riesgo, en hombres que en mujeres de la UTP.

Para el análisis se tomaron en cuenta tres de las clasificaciones anteriores, estas son: 1) estudiantes con ideación suicida alta, 2) estudiantes con ideación suicida de riesgo y 3) estudiantes sin presencia de ideación suicida; debido a la anterior exclusión la muestra quedo compuesta de 260 estudiantes.

Para dar respuesta a la hipótesis anterior, se vaciaron los datos en una tabla de contingencia para conocer la relación existente entre la presencia de ideación suicida de riesgo y el sexo; lo que arrojó los resultados que se presentan en la tabla 28.

Tabla 28: Presencia y ausencia de Ideación Suicida de Riesgo por sexo			
Sexo	Sin Ideación Suicida	Ideación Suicida de Riesgo	Total
Hombres	141 (F) 86.0 (%)	23 (F) 14.0 (%)	164 100%
Mujeres	73 (F) 76.0 (%)	23 (F) 24.0 (%)	96 100%

El porcentaje más alto en la población de los hombres (86%) no presentan ideación suicida y el 73% de las mujeres se ubican en la misma categoría; la presencia de ideación suicida de riesgo se distribuye de manera equivalente en ambos sexos con un 23%.

Para comprobar lo anterior, se utilizó la prueba estadística Ji-cuadrada y los resultados obtenidos son los siguientes:

(Phi = .126, Ji-cuadrada= 4.10, gl=1, p=< 0.05, hay diferencia significativa). Se acepta la hipótesis de investigación, por lo tanto podemos decir que existe

diferencia entre la incidencia de ideación suicida de riesgo entre hombres y mujeres estudiantes de la UTP, es decir, que el sexo es un factor importante para determinar la presencia de la ideación suicida de riesgo en esta población, afirmación que puede hacerse con un 95% de confiabilidad.

Hipótesis 3: Se encontrará una presencia de estado emocional negativo (EEMN) de al menos el 10%, en los estudiantes de la UTP.

Para responder a la hipótesis anterior se obtuvieron las frecuencias con la finalidad de observar la presencia del estado emocional negativo (EEMN) en todos los estudiantes de la UTP, los resultados se muestran en la tabla 29 y se describen brevemente a continuación.

La mayoría de la población reporta un estado emocional regular (68.1%), el 10.4% manifestó estado emocional negativo alto y 4.2% reportó estado emocional negativo muy alto.

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
EEMN Bajo	83	17.3
EEMN Regular	327	68.1
EEMN Alto	50	10.4
EEMN Muy Alto	20	4.2
Total	480	100

Por los resultados ya descritos se acepta la hipótesis de investigación, es decir, los estudiantes de la UTP presentan un estado emocional negativo del 14.6% mayor al esperado teóricamente.

Hipótesis 4: Existirá menor incidencia de estado emocional negativo, en hombres que en mujeres de la UTP.

En este análisis se tomó en cuenta a los estudiantes que manifestaron estado emocional negativo (alto y muy alto) para compararlos con los de estado emocional negativo bajo, quedando una población de 153 estudiantes.

Para dar respuesta a esta hipótesis, se vaciaron los datos en una tabla de contingencia, con la finalidad de saber si el sexo es un factor importante para la

presencia del estado emocional negativo en los estudiantes de la UTP; los resultados obtenidos de la prueba se observan en la tabla 30 y se describen de manera breve a continuación.

En su mayoría los hombres reportaron el 71.8% de estado emocional negativo bajo y las mujeres reportan en un 67.6% la presencia del estado emocional negativo alto y muy alto.

Sexo	EEMN Bajo	Presencia de EEMN Alto y Muy Alto	Total
Hombres	61 (F) 71.8 (%)	24 (F) 28.2 (%)	85 100%
Mujeres	22 (F) 32.4 (%)	46 (F) 67.6 (%)	68 100%

Para comprobar si existe una relación entre la presencia del estado emocional negativo y el sexo, se aplicó la prueba estadística Ji-cuadrada y los resultados son los siguientes:

(Phi= .393, Ji-cuadrada=23.64, gl= 1, p= <0.05, hay diferencia significativa). Se acepta la hipótesis de investigación y por ello podemos decir que: si existe diferencia entre la incidencia del estado emocional negativo entre hombres y mujeres estudiantes de la UTP; los hombres manifestaron un porcentaje menor de estado emocional negativo en comparación con las mujeres, es decir, el sexo es un factor de importancia, para la determinar la presencia del estado emocional negativo en esta población, afirmación que puede hacerse con una confiabilidad del 95%.

Hipótesis 5: Se hallará una relación positiva entre la ideación suicida de riesgo y el estado emocional negativo en los estudiantes de la UTP.

Para responder a la hipótesis, los datos obtenidos se vaciaron en una tabla de contingencia con la finalidad de saber si la presencia de ideación suicida de riesgo esta relacionada con la presencia del estado emocional negativo (ver tabla 31).

Los estudiantes que no tienen ideación suicida presentan en un 91.5% estado emocional negativo bajo y en un 8.5% un estado emocional negativo alto y muy

alto. Los estudiantes con ideación suicida de riesgo manifiestan un estado emocional negativo alto y muy alto en el 100% de los casos, lo que podría indicar una relación positiva entre ambas variables (ver tabla 31).

Tabla 31: Comparación de la presencia de la Ideación Suicida de Riesgo y Estado Emocional Negativo (EEMN) en los estudiantes de la UTP			
Categoría	EEMN Bajo	EMMN Alto y Muy Alto	Total
Sin Ideación Suicida	65 (F) 91.5 (%)	6 (F) 8.5 (%)	71 100%
Con Ideación Suicida	0 (F) 0 (%)	23 (F) 100 (%)	23 100%

Para comprobar lo anterior, es decir, la relación positiva entre la ideación suicida de riesgo y el estado emocional negativo, se aplicó la prueba estadística Ji-cuadrada, obteniendo lo siguiente:

(Phi=.85, Ji-cuadrada=68.25, gl=1, $p < 0.05$, hay diferencia significativa). Se acepta la hipótesis de investigación que plantea lo siguiente: existe una relación positiva entre la presencia de ideación suicida de riesgo y el estado emocional negativo en los estudiantes de la UTP, es decir, que a mayor ideación suicida de riesgo el estado emocional negativo también será mayor; en comparación con los estudiantes que no presentan ideación suicida de riesgo y por ello su estado emocional negativo es más bajo (ver tabla 31), la afirmación anterior tiene una confiabilidad del 95%.

Hipótesis 6: Las estudiantes de la UTP, reportarán la presencia del antecedente de una persona cercana con intento de suicidio y/o suicidio consumado en un mayor porcentaje, en comparación con los hombres.

Para responder la hipótesis se vaciaron los datos en una tabla de contingencia, la finalidad era conocer si el sexo es un factor importante en la presencia del antecedente de una persona cercana con intento de suicidio o suicidio consumado, los resultados de la tabla 32 indican lo siguiente:

En el caso de los hombres el 80.7% reportó que no existe la presencia de ese antecedente y aproximadamente en el mismo porcentaje de las mujeres reportaron la misma respuesta, sin embargo la similitud entre los porcentajes puede deberse a cuestiones aleatorias por lo que se aplicó la prueba

estadística Ji-cuadrada, para conocer si esa diferencias es significativa o no; encontrándose lo siguiente:

(Phi= -.03, Ji-cuadrada= .51, gl=1, p=> 0.05, no existe diferencia significativa).

Se rechaza la hipótesis de investigación y por ello podemos concluir que no existe diferencia el sexo y la presencia del antecedente de una persona cercana con intento de suicidio o suicidio consumado, es decir, que ambos sexos pueden presentar o no el antecedente en porcentajes similares, en esta población.

Tabla 32: Porcentaje de la presencia o ausencia del antecedente de una persona cercana con intento de suicidio o suicidio consumado de acuerdo al Sexo		
Sexo	Si alguna persona cercana se ha intentado suicidar o se ha suicidado	
	Si	No
Hombres	53 (F) 19.3 (%)	222 (F) 80.7 (%)
Mujeres	45 (F) 22.0 (%)	160 (F) 78.0 (%)

Hipótesis 7: Los hombres reportarán el consumo de sustancias en un mayor porcentaje en comparación con las mujeres, estudiantes de la UTP.

Para esta hipótesis los datos obtenidos se vaciaron en una tabla de contingencia (ver tabla 34) para saber la relación existente entre el consumo de sustancias y el sexo en los estudiantes de la UTP. Encontrándose que la mayoría de los hombres al igual que las mujeres no consumen sustancias con la finalidad de sentirse bien 57.8% y 71.7% respectivamente; en comparación al 42.2% de los hombres y el 28.3% de las mujeres que si las consumen con esa finalidad.

Tabla 34: Comparación del consumo de sustancias para sentirse bien y el sexo de los estudiantes de la UTP			
Sexo	Acostumbras consumir algo para sentirte bien		Total
	Si	No	
Hombres	116 (F) 42.2 (%)	159 (F) 57.8 (%)	275 100%
Mujeres	59 (F) 28.3 (%)	174 (F) 71.7 (%)	205 100%

Para conocer si existe una relación entre el consumo de sustancias y el sexo, se aplicó una Ji-cuadrada que arrojó los siguientes resultados:

(Phi= .14, Jicuada=9.80, gl=1, p=<0.05, hay diferencia significativa).

Podemos decir que existe diferencia entre el sexo y el consumo de sustancias en los estudiantes de la UTP, es decir, que el consumo de sustancias es un factor importante para determinar la presencia de la ideación suicida de riesgo en los hombres de esta población, afirmación que puede hacerse con un 95% de confiabilidad.

Hipótesis 8: Se identificará una relación positiva entre el consumo de sustancias y la ideación suicida de riesgo en los hombres de la UTP.

Los datos obtenidos se vaciaron en una tabla de contingencia para conocer de forma estadística, la relación existente entre la ideación suicida de riesgo y el consumo de sustancias en la población masculina, los resultados que arrojó esa prueba se encuentran en la tabla 35 y se describen a continuación.

Tabla 35: Comparación de la presencia Ideación Suicida de Riesgo y el consumo de sustancias en los Hombres de la UTP.			
Clasificación	Acostumbras consumir algo para sentirte bien		Total
	Si	No	
Sin Ideación Suicida	53 (F) 37.6 (%)	88 (F) 62.4 (%)	141 100%
Con Ideación Suicida de Riesgo	14 (F) 60.9 (%)	9 (F) 39.1 (%)	23 100%

Los hombres con ideación suicida de riesgo reportan en el mayor porcentaje (60.9%) que si consumen sustancias y en un 39.1% no consumirlas. Los hombres que no manifiestan presencia de ideación suicida reportaron en un 37.6% consumir sustancias y el 62.4% restante no las consume.

Para comprobar si existe relación entre la ideación suicida y el consumo de sustancias en los hombres de la UTP, se aplicó la prueba estadística Ji-cuadrada y se obtuvo lo siguiente:

(Phi= -.16, Ji-cuadrada=4.43, gl=1, p=<0.05, hay diferencia significativa). Se acepta la hipótesis de investigación y podemos decir que existe diferencia entre

la incidencia de ideación suicida de riesgo y el consumo de sustancias en los hombres de la UTP, es decir, que a mayor índice de ideación suicida de riesgo, el consumo de sustancias aumentara significativamente en comparación a la ausencia de la ideación suicida que tendrá menor un consumo de sustancias, afirmación con una confiabilidad del 95%.

Hipótesis 9: Se identificará una relación positiva entre el consumo de sustancias y la ideación suicida de riesgo en las mujeres de la UTP.

En una tabla de contingencia se vaciaron los datos obtenidos para conocer la relación existente entre la ideación suicida de riesgo y el consumo de sustancias en la población femenina, los resultados pueden observarse en la tabla 36.

Tabla 36: Comparación de la presencia Ideación Suicida de Riesgo y el consumo de sustancias en las Mujeres de la UTP.			
Clasificación	Acostumbras consumir algo para sentirte bien		Total
	Si	No	
Sin Ideación Suicida	15 (F) 20.5 (%)	58 (F) 79.5 (%)	73 100%
Con Ideación Suicida de Riesgo	10 (F) 43.5 (%)	13 (F) 56.5 (%)	23 100%

Las mujeres sin ideación suicida reportan en el mayor porcentaje (79.5%) no consumir sustancias y en un 20.5% consumirlas. Las mujeres que manifiestan la presencia de la Ideación Suicida de Riesgo reportaron en un 43.5% consumir sustancias y el 56.5% restante no las consume.

Para comprobar si existe relación entre la ideación suicida y el consumo de sustancias en las mujeres de la UTP, se aplicó la prueba estadística Ji-cuadrada y se obtuvo lo siguiente:

(Phi= -.22, Ji-cuadrada=4.77, gl=1, p=<0.05, hay diferencia significativa). Se acepta la hipótesis de investigación y podemos decir que existe diferencia entre la incidencia de ideación suicida de riesgo y el consumo de sustancias en las mujeres de la UTP, es decir, que a mayor índice de ideación suicida de riesgo, el consumo de sustancias aumentara significativamente en comparación a la

ausencia de la ideación suicida que tendrá menor un consumo de sustancias, afirmación que puede hacerse con un 95% de confiabilidad.

Hipótesis 10: Se identificará una relación positiva entre el consumo de sustancias y la ideación suicida de riesgo en los estudiantes de la UTP.

Se utilizó una tabla de contingencia para vaciar los datos obtenidos y conocer la relación existente entre la ideación suicida de riesgo y el consumo de sustancias en la población masculina, los resultados (ver tabla 37) que arrojo esa prueba son los siguientes:

Los estudiantes sin ideación suicida reportan en un 35.2% de los casos consumir sustancias y en un 64.8% no consumirlas, los estudiantes que manifiestan la presencia de la Ideación Suicida de Riesgo reportaron en un 56.5% consumir sustancias y el 43.5% restante no las consume.

Tabla 37: Comparación de la presencia Ideación Suicida de Riesgo y el consumo de sustancias en los Estudiantes de la UTP.			
Clasificación	Acostumbras consumir algo para sentirte bien		Total
	Si	No	
Sin Ideación Suicida	25 (F) 35.2 (%)	46 (F) 64.8 (%)	71 100%
Con Ideación Suicida de Riesgo	13 (F) 56.5 (%)	10 (F) 43.5 (%)	23 100%

Para comprobar si existe relación entre la ideación suicida y el consumo de sustancias en los estudiantes de la UTP, se aplicó la prueba estadística Ji-cuadrada y se obtuvo lo siguiente:

(Phi= -.18, Ji-cuadrada=3.27, gl=1, p=>0.05, no hay diferencia significativa).

Basándonos en los datos anteriores se rechaza la hipótesis de investigación y podemos decir que no existe diferencia entre la incidencia de ideación suicida de riesgo y el consumo de sustancias en los estudiantes de la UTP.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

El propósito de la presente investigación se cubrió de manera satisfactoria por tres cuestiones que se señalan a continuación:

- 1) Las autoridades de la Universidad Tecnológica de Puebla (UTP) proporcionaron las facilidades para poder llevar a cabo esta investigación.
- 2) Se obtuvo el índice de incidencia de la ideación suicida de riesgo y su relación con el estado emocional, el consumo de sustancias y el antecedente de intento o suicidio consumado de una persona cercana.
- 3) Esta investigación abre nuevos campos de investigación en los futuros estudios, así como algunas recomendaciones acerca de la aplicación del instrumento (riesgo de ideación suicida) las cuales se mencionan al final de este apartado.

Las características sociodemográficas de la muestra estudiada estuvo compuesta de una media de *edad* de 19 años, en cuanto al *sexo* la muestra estuvo compuesta en su mayoría por hombres 57.2%, el 42.79% restante corresponde a las mujeres, el *estado civil* con más frecuencia fue la soltería (91.2%). En cuanto al *nivel académico* la mayoría cursaba el segundo cuatrimestre (58.4%), la *carrera* con más estudiantes encuestados fue Tecnologías de la Información con el 44.5%, el *promedio académico* más frecuente fue 8, el *desempeño académico* que percibían los jóvenes en su mayoría fue excelente. Los datos anteriores son importantes porque en próximas investigaciones se pueden hacer correlaciones entre las variables de interés (en este caso la ideación suicida) y algunas condiciones socioeconómicas que no se han tomado en cuenta o que simplemente aún no se estudian en determinadas poblaciones. González-Forteza. et, al. (1998), han considerado variables sociodemográficas en estudiantes de educación media superior, ambos sexos, económicamente inactivos y que consideran su desempeño académico como bueno (promedio reportado por ellos de 8); estos estudiantes fueron los que manifestaron mayor vulnerabilidad ante las ideas suicidas. Lo anterior conlleva a concluir que no siempre los estudiantes que llevan bajo promedio académico son los que presentan mayor vulnerabilidad;

puede darse el caso que aquellos que tienen problemas emocionales, familiares, etc; obtengan calificaciones aceptables por el pensamiento irracional de “tener que hacer todo bien o ser el mejor en todo” para ser aceptado; en el sentido de la percepción hacia su desempeño académico, suele darse en el mismo tipo de pensamiento que el ocho o nueve no son calificaciones aceptables, ya que tendrían que ser capaces de obtener un diez, lo que haría que estos individuos percibieran su desempeño como malo o muy malo. Ambas cuestiones (desempeño y percepción académica) de no mejorar para cumplir las expectativas del individuo, traería consigo un sentimiento de desesperanza que llevaría a la vulnerabilidad del pensamiento, intento y/o la conducta suicida, hay estudios que han reportado cuestiones similares, por ejemplo, aliaga, et. al. (2006) señalaron que la desesperanza es una característica que se ha encontrado asociada a la ideación suicida, así como la baja autoestima.

Respecto al propósito de la investigación, el primer objetivo fue cumplido ya que se detectó el porcentaje de incidencia de la ideación suicida de riesgo en los estudiantes de la UTP, el cual fue de 9.6%, es decir tres veces mayor a lo esperado. La forma en que se midió la ideación suicida de riesgo difiere de las investigaciones que hasta ahora se han realizado en nuestro país ya que en ellas se ha considerado a la ideación suicida de riesgo como lo presencia de uno ó dos síntomas detectados en la escala de Roberts; en este trabajo se considero como ideación suicida de riesgo una desviación estándar a la derecha (puntajes 4 y 5, en la escala de ideación suicida) lo que indica una ideación suicida de riesgo alta y muy alta; la misma forma de medición en la ideación suicida de riesgo se ha reportado en el estudio realizado por Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2007). El porcentaje de ideación suicida de riesgo en los estudiantes de la UTP, debe ser un foco de alerta para las autoridades de la institución, ya que es un porcentaje elevado que requiere de inmediata atención, para poder prevenir el intento y/o suicidio.

El segundo objetivo fue encontrar si las mujeres presentaban mayor índice de ideación suicida de riesgo en comparación con los hombres, los datos que se obtuvieron confirman que las mujeres tienen mayor presencia de ideación suicida de riesgo en la UTP. Sin embargo los datos que proporciona el INEGI

(2007), mencionan que son los hombres los que más cometen suicidios; esto podría deberse a algunos factores como la vulnerabilidad, el abuso del alcohol y otras sustancias, que los lleva a cometer el acto suicida sin previa meditación. Lo anterior puede deberse al aprendizaje e identificación de los roles sociales, los hombres se ven involucrados en mayores porcentajes en el abuso de sustancias y consumo de alcohol para integrarse a algunos grupos sociales y las mujeres no necesariamente tendrían que pasar por esas pruebas para pertenecer a un grupo; socialmente las mujeres no deben tomar ni consumir sustancias si sus valores familiares y morales han sido bien cimentados.

Debido al hallazgo anterior, se indagó si el consumo de sustancias se presentaba en mayor porcentaje en los hombres que en las mujeres, se encontró que el 42.2% de los hombres consumen algún tipo de sustancias para sentirse bien. Aunado a ello se planteó la posibilidad de que la ideación suicida de riesgo estuviera relacionada con el consumo de sustancias y este fue uno de los hallazgos más importantes para esta investigación, pues se obtuvo que a mayor índice de ideación suicida de riesgo el consumo de sustancias aumenta significativamente, en comparación a la ausencia de la ideación suicida que reportó un menor consumo de sustancias. Algunas investigaciones también han postulado que el consumo de sustancias y/o abuso de alcohol, es un factor que se relaciona con la ideación suicida y más estrechamente con el suicidio, debido a que al tomar o abusar de estas sustancias, se disminuye cualquier control que el individuo posee sobre sí mismo, promoviendo una conducta más impulsiva y autodestructiva, Hawton y Catalán, 1982 (citado en Freemann y Reinecke, 1995).

Otro aspecto que se abordó en la investigación fue el estado emocional negativo; el cuál tuvo tres ejes de investigación. El primero de ellos fue encontrar en la población una incidencia de al menos el 10% de malestar emocional, se cumplió el objetivo ya que se obtuvo que los estudiantes de la UTP tienen una incidencia de malestar emocional negativo del 14.6%, lo cual es un porcentaje alto y que debe tenerse en cuenta, para la detección oportuna de casos de intento o suicidio. El segundo eje era indagar si las mujeres manifestaban en mayor porcentaje el malestar emocional, encontrándose que

efectivamente los porcentajes más elevados de estado emocional negativo pertenecen a la población femenina. El tercer eje de esta variable, fue encontrar una relación entre la incidencia de la ideación suicida y el estado emocional negativo, el hallazgo es muy importante ya que se encontró que a mayor ideación suicida el estado emocional negativo también aumenta de manera considerable. Hay que resaltar que el estado emocional negativo se da por múltiples factores y se relaciona con muchos otros, aunque es una constitución normal para el ser humano, el malestar emocional excesivo y prolongado, puede desarrollar un sin fin de problemas en los contextos del individuo tanto a nivel social como personal, (físico y mental). La característica de los pensamientos irracionales es pensar en que el futuro no es prometedor, no hay nada bueno para él, o que nunca lograra lo que se propone (Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges, 1998). Por ello no debe sorprender que el estado emocional se encuentre íntimamente relacionado con la ideación suicida de riesgo, ya que las distorsiones cognitivas por su naturaleza negativa, producen una autoestima baja que detona en estado emocional negativo y que de mantenerse por un tiempo prolongado terminarían en surtir el efecto suicida en el individuo.

Otro objetivo de la investigación se centró en encontrar si existe relación entre el antecedente de una persona cercana con intento o suicidio consumado y el sexo, planteándose en la hipótesis que estaría mayormente relacionada en el sexo femenino; los resultados indican que no existe diferencia entre el sexo y la presencia de dicho antecedente. Así mismo se planteó encontrar si existía relación entre la ideación suicida de riesgo y el antecedente de una persona cercana con intento o suicidio consumado; no se encontró ninguna relación y tampoco evidencia empírica de que este factor este relacionado con la ideación suicida y aunque en este caso no se obtuvo ningún resultado significativo, es un espacio que queda abierto a futuras investigaciones.

Como conclusión se puede señalar la importancia de los aportes que hace la presente investigación, para el estudio, comprensión y atención del fenómeno de la ideación suicida de riesgo; sin embargo aún hace falta conocer más, ya que la ideación suicida es un proceso que deviene del pensamiento y por ello

es mucho más complejo de atender; como ya se ha dicho no es un problema de fácil detección ni de fácil tratamiento, ya que la mayoría de las pruebas o inventarios que podrían utilizarse aún están siendo perfeccionadas o estandarizadas para las poblaciones mexicanas, siendo esta investigación un intento para ello, y aun así las edades en las que podría aplicarse son tan reducidas que aún queda una brecha entre los niños y los adultos que pueden padecer este problema. Por ello sería importante que las generaciones siguientes se interesaran en su estudio para poder conocer cuáles son las poblaciones más vulnerables ante esta situación, lo ideal sería poder proponer un tratamiento de calidad que conlleve atención psicológica no sólo para el individuo que ha reincidido o esta pensando en quitarse la vida, sino también para los familiares que atraviesan con él la difícil superación del problema; pero para ello primero tienen que identificarse las variables que podrían explicar la ideación suicida.

En cuanto al instrumento de ideación suicida, se propone que los datos para solicitar ayuda se proporcionen en una hoja a parte al cuestionario, ya que tenían que arrancar el apartado del instrumento y eso podría provocar que por pena los estudiantes no arrancaran la hoja, aún que necesitarán la ayuda; pero si se proporciona en una hoja a parte cada persona puede llevársela sin que los demás se percaten de ello.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aliaga, T. J., Rodríguez, L., Ponce, D. C., Frisancho, L. A. y Enríquez, V. J. (2006). Escala de desesperanza de Beck (AHS9; adaptación y características Psicométricas. *Revistas IIPSI*, 9, 1, 69-79.
- Barón, B. O. P. (2000). Adolescentes y suicidio. *Psicología desde el Caribe*, 6, 48-69.
- Buendía, J. Ruiz, J. y Riquelme, A. (1999). Efectos del estrés familiar en niños y adolescentes. *En: J. Buendía. Familia y psicología de la salud (1999)*. Madrid: Pirámide. P.p 181-197.
- CEPAL-SERIE Población y Desarrollo. (2003). Juventud, población y desarrollo: problemas posibilidades y desafíos.
- Chávez, H. A. M. (2005). Suicidio: La incertidumbre actual de su sentido. *En: A. M. Chávez (comp.) Elección Final. Ensayo sobre suicidio y eutanasia en el mundo contemporáneo*. México: Universidad de Guanajuato. p.p. 25-44
- Chávez, H. A. M., Pérez, H. R., Macías, G. L. F. y Páramo, C. D. (2004). Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria*, 14, 003, 12-20.
- Córdova, O. M., Rosales, P. J. C. y Eguiluz, R. L. L. (2006). La didáctica constructiva de una escala de desesperanza: resultados preliminares. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10, 2, 311-324.
- Durand, S. L. y Del Castillo, M. T. (2007). Influencia de la música en jóvenes con tendencias suicidas. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 10,2, 11-30.

- Durkheim, E. (2003). El suicidio. México: Coyoacán, S. A, de C. V. 7ª P.p 8-197
- Freemann, A. y Reinecke, M. A. (1995). Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida. España: desclée de Brouwer, S.A. P.p. 9-189
- García, F. E., Musitu, O. G. y García, P. F. (1994). Estrés, apoyo social y ajuste psicológico en padres que maltratan a sus hijos. *Revista de Psicología Social*, 9, 2, 193-203.
- González-Forteza, C., Berenzon-Gorn, S., Tello-Granados, A. M., Facio-Flores, D. y Medina-Mora, M. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública de México*, 40, 005, 430-437.
- González, M. S., Días, M. A., Ortiz, L. S., González-Forteza, C. y González, N. J. J. (2000). Características Psicométricas de la escala ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23, 2, 21-30.
- González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M. E. y Sánchez, M. A. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 21, 3, 1-9.
- González-Forteza, C., Ramos L. L., Vignau, B. L. E. y Ramírez, V. C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24, 6, 16-25.
- Gutiérrez-García, G. A., Contreras, M. C. y Orozco-Rodríguez, C. R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 25, 5, 66-74.
- Hernández, P. F. (2006). Frecuencia de intentos suicidas atendidos en un servicio de urgencias. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44, 5-6, 247-251.

Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática. (2005), *Estadísticas de Intento suicida y suicidios*. México: INEGI. Cuaderno No.11

Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática: INEGI. (2007).

Jiménez, T. A. y González-Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 26, 6, 35-46.

Jiménez, T., Mondragón, B. y González-Forteza, C. (2007). Self-Esteem, Depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: results of three studies. *Salud Mental*, 30,5, 20-26

Jiménez, T. L., Sáiz, M. A., García-Portilla, G. M. P., Paredes, O. B. y Bascarán, F. M. T. (2004). Métodos suicidas. En: Bobes, G., Sáiz, M., Gracia-Portilla, G., Bascarán, F. y Bousoño, G. (comp.), *Comportamientos Suicidas Prevención y tratamiento*. México: Ars medica. p.p 25-33.

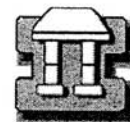
Lara M., Acevedo M., y Luna S. (2001). *Guía para el Trabajo de Grupo*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Nuñez-Editorial Pax México, p.-91.

Lega, L. L., Caballo, V. E. y Ellis, a. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A. 2^a ed. P.p. 17-47.

Macías, V. J. M. (2005). La filosofía y el suicidio, un acercamiento. En: A. M. Chávez (comp.) *Elección Final. Ensayos sobre eutanasia en el mundo contemporáneo*. México: Universidad de Guanajuato. p.p. 100-114.

- Medina, G. y Hernandez, M. (2004). Factores personales y familiares. *En: G. Bobes, M. Sáiz, G. García-Portilla, F. Bascarán y G. Bousoño. (2004). Comportamientos suicidas prevención y tratamiento. México: ARS Médica. P.p. 405-418*
- Mendoza, V. (1998). Diseños de investigación. *Tópicos de Investigación y Posgrado, 4, 219-222.*
- Mondragón, L., Borges, G. y Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y procedimientos. *Salud Mental, 24, 6, 4-15.*
- Mondragón, L., Saltijeral, M. T., Bimbela, A. y Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental, 21, 5, 20-27*
- Morrison, M. (1999). Problemas físicos de origen psicológico. *En: Fundamentos de Enfermería de Salud Mental. España: Harcourt Brace. p.p. 317-329.*
- Nava, J. A., Moreno, S. H., y Ruiz, A. L. (2006). 15 años 1991-2006: Universidades tecnológicas, impulsando el desarrollo de México. México: Alebrijes diseño, pp. 9-99.
- Palomar, L. J y Valdez, T. L. M. (2004). Pobreza y locus de control. *Interamerican Journal of Psychology, 38, 2, 225-240.*
- Paredes, P. C., Orbegoso, R. O. y Rosales, T. P. (2006). Características del paciente con intento suicida en un hospital general de Lima, 1995-2004. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 23, 4, 293-296.*
- Quintanilla, M. R., Valadez, F. I., Vega, M. J. C. y Flores, R. L. E. (2006). Personalidad y estrategias de afrontamiento en sujetos con tentativa suicida. *Psicología y Salud, 16, 2, 139-147.*

- Roberts E. (1988). Escala de Ideación Suicida. En González-Forteza C. (1992). Escala validada para adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria y bachillerato. *Instituto Nacional de Psiquiatría* (Ed.).
- Rosales, J. C. (2007). Acerca de la investigación del suicidio. En: M. Ramírez y E. Cortés (2007). *Psicología salud y educación: Avances y perspectivas en América Latina*. México: AMAPASI. p.p. 171-177.
- Serrano, P. M. G. y Flores, G. M. M. (2005). Estrés respuestas de afrontamiento e ideación suicida en jóvenes, *Psicología y Salud*, 15, 2, 221-230.
- Visdómine-Lozano, J. C. y Luciano, C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conductual y experimental. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 3, 729-751.



¡Hola!

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

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

De antemano te agradecemos tu colaboración.

ATENTAMENTE

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN RIESGO Y SALUD EN JÓVENES

SECCIÓN 1. Instrucciones: En cada pregunta anota por favor el dato que se te pide o marca (X) la opción que consideres adecuada para ti en la columna de Respuesta.

Pregunta:	Respuesta:
1.1. ¿Edad (en años cumplidos)?	Años: _____
1.2. ¿Sexo?	() 1. Masculino () 2. Femenino
1.3. ¿Estado civil?	() 1. Soltero(a) () 2. Casado(a), Unión Libre
1.4. ¿Trimestre, semestre o año que actualmente cursas?	Trimestre: _____ Semestre: _____ Año: _____
1.5. ¿Carrera?: (solo si te encuentras estudiando una carrera)	_____
1.6. ¿Tu promedio de calificación hasta el momento es de ...?	() 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10
1.7. ¿Tu desempeño académico consideras que es?	() 1. Excelente () 2. Bueno () 3. Malo () 4. Muy Malo
1.8. ¿Prácticas alguna religión?	() 1. Si () 2. No (pasa a pregunta 1.10)
1.9. ¿Estimas que tu actividad religiosa es ...?	() 1. Mucha () 2. Suficiente () 3. Escasa () 4. Casi nula
1.10. ¿La condición económica de tu familia es...?	() 1. Muy Buena () 2. Buena () 3. Mala () 4. Muy Mala
1.11. ¿El dinero con el que cuentas regularmente, te alcanza para ...?	() 1. No me alcanza () 2. Solo pasajes y comida () 3. Pasajes, comida, extras y diversiones
1.12. ¿Acostumbas consumir o tomar algo para sentirte bien? (café, cigarros, etc)	() 1. Si () 2. No (pasa a preg. 1.14)
1.13. ¿Qué es lo que consumes para sentirte bien? (si es más de una opción, coloca 1 a la más importante, 2 a la siguiente, etc.)	() 1. Cigarros () 2. Café () 3. Alcohol () 4. Algún tipo de droga () 5. Medicamentos () 6. Otro: ¿Cuál? _____
1.14. ¿En los últimos meses has vivido alguna(s) experiencia(s) que ha(n) trastornado o alterado tú vida?	() 1. Si () 2. No (pasa a la pregunta 1.16)

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

SECCIÓN 2. Instrucciones: A continuación se te presentan una serie de afirmaciones que pueden reflejar lo que has pensado o como te has sentido últimamente. En cada afirmación marca la columna que identifique tu grado de acuerdo o desacuerdo, conforme a la siguiente escala:

TA **A** **D** **TD**
Totalmente de Acuerdo *De Acuerdo* *En desacuerdo* *Totalmente en Desacuerdo*

Ejemplo:

	TA	A	D	TD
Soy una persona que cumple lo que dice	X			

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

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
	TA	A	D	TD
2.1. Si desagrado a los demás no puedo ser feliz	4	3	2	1
2.2. Quiero caerle bien a algunas personas	1	2	3	4
2.3. La gente probablemente me considerará menos si cometo algún error	4	3	2	1
2.4. Solo porque no le agrada a algunas personas, no significa que sea una mala persona	1	2	3	4

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
	TA	A	D	TD
2.5. Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, pienso que soy una mala persona	4	3	2	1
2.6. Es importante que haga bien algunas cosas	1	2	3	4
2.7. Si fracaso en algo, eso lo considero tan malo como ser un completo fracaso	4	3	2	1
2.8. Solo porque haga algunas cosas mal, no significa que sea un fracaso	1	2	3	4
2.9. Si no hago siempre bien las cosas la gente no me respetará	4	3	2	1
2.10. Quiero hacer bien algunas cosas	1	2	3	4
2.11. A veces es terrible cuando no le gusto a la gente	4	3	2	1
2.12. De vez en cuando necesito estar relajado(a)	1	2	3	4
2.13. Para ser una persona valiosa, debo destacar por lo menos en algo importante	4	3	2	1
2.14. A veces es desagradable cuando no le agrado a la gente	1	2	3	4
2.15. Las persona a quienes se les ocurren buenas ideas valen más que aquellas a las que no se les ocurren	4	3	2	1
2.16. Es importante que haga bien algunas cosas	1	2	3	4
2.17. Algunas veces es insoportable cuando estoy tenso	4	3	2	1
2.18. En ocasiones es frustrante cuando no hago las cosas bien	1	2	3	4
2.19. En ocasiones cuando estoy tenso, pienso que siempre estaré de esa manera	4	3	2	1
2.20. De vez en cuando necesito estar relajado(a)	1	2	3	4
2.21. Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás piensen de mí	4	3	2	1
2.22. En ocasiones, cuando estoy tenso, me resulta difícil funcionar	1	2	3	4
2.23. Para agradar a otras personas, lo mejor es renunciar a los propios intereses	4	3	2	1
2.24. Los mejores alumnos son los que tienen suerte	4	3	2	1
2.25. Obtener lo que quiero depende de mi	4	3	2	1
2.26. Todo lo que hago me sale bien, gracias a la suerte	4	3	2	1
2.27. Mis calificaciones dependen de mi	4	3	2	1
2.28. Es mejor tener suerte que ser inteligente	4	3	2	1

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
	TA	A	D	TD
2.29. Mi éxito en la escuela dependerá de que tan agradable sea yo	4	3	2	1
2.30. El éxito depende de mi	4	3	2	1
2.31. Mi familia trata realmente de ayudarme	4	3	2	1
2.32. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal	4	3	2	1
2.33. Puedo hablar de mis problemas con mi familia	4	3	2	1
2.34. Tengo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia	4	3	2	1
2.35. Mis amigos tratan realmente de ayudarme	4	3	2	1
2.36. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos	4	3	2	1
2.37. Mis creencias personales me dan fuerza para enfrentar las dificultades	4	3	2	1
2.38. El dinero con el que cuento regularmente, me alcanza para satisfacer todas mis necesidades	4	3	2	1
2.39. Mis creencias personales me ayudan a entender las dificultades de la vida diaria	4	3	2	1
2.40. Tengo gran fe en el futuro	1	2	3	4
2.41. Mi futuro parece oscuro	4	3	2	1
2.42. Preveo tiempos mejores que peores	1	2	3	4
2.43. No consigo oportunidades y no hay razón para creer que las tenga en el futuro	4	3	2	1
2.44. Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza	1	2	3	4
2.45. Es muy poco probable que logre verdadera satisfacción en el futuro	4	3	2	1
2.46. En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa	1	2	3	4
2.47. Es una estupidez desear algo, pues nunca consigo lo que quiero	4	3	2	1
2.48. Soy muy agresivo(a)	4	3	2	1
2.49. Tengo con frecuencia ideas en la cabeza que no puedo evitar	4	3	2	1
2.50. Generalmente soy calmado(a), tranquilo(a)	1	2	3	4

SECCIÓN 3. A continuación señala que tanto tiempo, durante el mes pasado, te has sentido de la siguiente manera:

	100% del tiempo	80% del tiempo	60% del tiempo	40% del tiempo	20% del tiempo	0% del tiempo
2.67. He estado muy nervioso(a)	6	5	4	3	2	1
2.68. Me he sentido calmado(a) y en paz	1	2	3	4	5	6
2.69. Me he sentido triste y melancólico(a)	6	5	4	3	2	1
2.70. Me he sentido abatido(a), que nada me puede animar	6	5	4	3	2	1
2.71. Me he sentido feliz	1	2	3	4	5	6

Pensando en la semana pasada, marca el número de días aproximado en que pensaste o te sentiste de acuerdo a lo que afirma cada una de las siguientes frases:

Pensamiento	Número de días durante la semana pasada			
	0	1-2	3-4	5-7
3.3. Que no podía seguir adelante	0	1	3	5
3.4. Tenía pensamientos sobre la muerte	0	1	3	5
3.5. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)	0	1	3	5
3.6. Pensé en matarme	0	1	3	5

3.7. Finalmente, ¿has intentado suicidarte?:

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

3.8. ¿Cuántas veces has intentado suicidarte?:

- 1 () 2 () 3 () Más de 3 ()

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

Nombre: _____

Teléfono: _____ o correo electrónico: _____

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

Correo para recibir ayuda o comunicarte con nosotros

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

apoyo@campus.iztacala.unam.mx

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

