



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Ideación suicida y su relación jerárquica con variables
psicológicas y de identificación personal en jóvenes
de ambos sexos de la Universidad Tecnológica
Costa Grande de Guerrero**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
MARCO ANTONIO MONTES VARGAS

Director:

Lic. **José Carlos Rosales Pérez**

Dictaminadores:

Dra. **Martha Hermelinda Córdova Osnaya**

Dra. **Luz de Lourdes Eguiluz Romo**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

Junio 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

RECONOCIMIENTO

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

DEDICATORIA

A mis padres:

Isaac José Antonio Montes Angeles y Ludimn Vargas Ramírez

A mis hermanas:

Soledad Marlene Montes Vargas y Marisol Montes Vargas

A mi cuñado:

Diego Torres Callejas

*Porque han sido, son y serán mi máximo ejemplo, un orgullo y el motor que me
permitió alcanzar este sueño*

Familia, Gracias por este esfuerzo de todos los días

A mis sobrinos:

Melissa Torres Montes y Diego Torres Montes

En quienes espero que mi persona les sirva ejemplo

*No puede haber grandes dificultades
cuando abunda la buena voluntad.*

(Nicolás Maquiavelo)

AGRADECIMIENTOS

*A la gloriosa y majestuosa Universidad Nacional Autónoma de México y a mi
apreciada Facultad de Estudios Superiores Iztacala*

*A toda, toda la familia Montes
Por todo ese cariño que me han brindado*

*A toda, toda la familia Vargas
Por todo el afecto recibido*

*A mis amigos, por que hemos crecido juntos
y porque también son parte de mí....*

*Carmen Muñoz, Anai Casanova,
Verónica García, Diana Vázquez,
Enrique Barrientos, Aldo Ruiz*

*A la pandilla del cch
Perla, José Luis, Rodolfo, Daniel*

A los cuates de la esquina

*A los barracuda de la fes
Leafar, Alejandro, Paulina, Anabel*

*Y en especial a
Rosa Elena García, Claudia Angélica Hernández,
Cyndy Quintana Vite
Por compartir esta hermosa aventura
de convertimos en psicólogos*

*A Fabiola Pérez Hernández
Por su inspiración, cariño e inmenso amor*

*En la utopía de ayer, se incubó la realidad de hoy, así como en la utopía de
mañana palpitarán nuevas realidades.
(José Ingenieros)*

Por mi raza habla el espíritu

INDICE TEMÁTICO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1: EL SUICIDIO.....	6
1.1. Definiciones del suicidio.....	6
1.2. Incidencia del comportamiento suicida.....	7
1.3. Proceso, comportamiento suicida y tipos de suicidio.....	10
1.4. Posturas psicológicas ante el suicidio.....	12
1.5. Factores de riesgo.....	13
1.5.1. Suicidio en adolescentes	
1.5.2. Factores de riesgo en adolescentes	
1.5.3. Métodos suicidas en adolescentes	
CAPÍTULO 2: LA IDEACIÓN SUICIDA EN MÉXICO.....	21
2.1. Definición de la ideación suicida.....	21
2.2. La medición de la ideación suicida en México.....	23
2.2.1. Escala de Roberts- CES-D	
2.2.1.1. Escala de Roberts- CES-D en estudiantes de secundaria	
2.2.1.2. Escala de Roberts- CES-D en estudiantes de secundaria y preparatoria.	
2.2.1.3 Escala de Roberts- CES-D en estudiantes universitarios	
2.2.2. Presuntas de los autores	
2.2.3. Escala de Beck	
2.2.3.1. Escala de Beck, en pacientes de un hospital general.	
2.2.3.2. Escala de Beck, en estudiantes universitarios	
2.2.3.3. Escala de Beck, en población abierta	
2.2.4. Escala de Okhasa	
2.2.4.1. Escala de Okhasa, en una muestra de servicios de urgencia.	

2.2.5. Otros instrumentos	
2.2.5.1. SIS-Q	
2.2.5.2. SBAS	
2.3. Hallazgos de las investigaciones sobre ideación suicida en México.....	33
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.....	35
3.1. Planteamiento del problema.....	35
3.1.1 Preguntas de investigación	
3.1.2 Objetivos	
3.1.2.1 Objetivo General	
3.1.2.2 Objetivos Específicos	
3.1.3 Hipótesis	
3.2. Método.....	38
3.2.1 Definición de la Población	
3.2.2 Descripción de la Muestra	
3.2.3 Descripción de los Materiales	
3.2.4 Descripción de Instrumentos y Aparatos	
3.2.5 Descripción del Lugar	
3.2.6 Definición de las Variables	
3.3. Procedimiento.....	44
3.3.1 Diseño de Investigación	
3.3.2 Diseño de Muestreo	
3.3.3 Descripción de Sesiones, Fases o Ensayos	
CAPÍTULO 4: DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	46
4.1 Características de identificación personal.....	46
4.1.1 Descripción de datos generales	
4.1.1.1 Muestra total	
4.1.1.2 Por sexo	

- 4.1.2 Descripción de datos académicos**
 - 4.1.2.1 Muestra total**
 - 4.1.2.2 Por sexo**
- 4.1.3 Descripción de datos económicos**
 - 4.1.3.1 Muestra total**
 - 4.1.3.2 Por sexo**
- 4.1.4 Descripción de experiencias negativas**
 - 4.1.4.1 Muestra total**
 - 4.1.4.2 Por sexo**
- 4.1.5 Descripción de atención psicológica**
 - 4.1.5.1 Muestra total**
 - 4.1.5.2 Por sexo**
- 4.1.6 Descripción de datos de apoyo**
 - 4.1.6.1 Muestra total**
 - 4.1.6.2 Por sexo**
- 4.1.7 Descripción de antecedente suicida**
 - 4.1.7.1 Muestra total**
 - 4.1.7.2 Por sexo**
- 4.1.8 Análisis final**

4.2 Ajuste psicométrico de escalas y reactivos: confiabilidad y validez.....72

- 4.2.1 Escala de actitudes y creencia disfuncionales**
 - 4.2.1.1 Muestra total**
 - 4.2.1.2 Por sexo**
- 4.2.2 Escala de locus de control externo**
 - 4.2.2.1 Muestra total**
 - 4.2.2.2 Por sexo**
- 4.2.3 Escala de apego social**
 - 4.2.3.1 Muestra total**
 - 4.2.3.2 Por sexo**
- 4.2.4 Escala de desesperanza**
 - 4.2.4.1 Muestra total**
 - 4.2.4.2 Por sexo**
- 4.2.5 Escala de agresión**
 - 4.2.5.1 Muestra total**
 - 4.2.5.2 Por sexo**

4.2.6 Escala de estado emocional	
4.2.6.1 Muestra total	
4.2.6.2 Por sexo	
4.2.7 Escala de ideación suicida	
4.2.7.1 Muestra total	
4.2.7.2 Por sexo	
4.2.8 Análisis final	
4.3 Comprobación de hipótesis de investigación.....	79
4.3.1 Análisis final	
CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	92
BIBLIOGRAFÍA.....	96
ANEXO.....	102

RESUMEN

El suicidio entre los jóvenes de la República Mexicana es, desafortunadamente, una situación cada vez más frecuente y que desgraciadamente va en aumento. Los individuos que presentan un grado mayor de ideación suicida tienen más probabilidades de intentar o cometer suicidio que los sujetos con menor grado de pensamiento suicida (Villardón, 1993).

En este trabajo se identifica de acuerdo al sexo, la incidencia de ideación suicida alta y su asociación jerárquica de las variables psicológicas y de identificación personal integradas en el instrumento de Detección de Ideación Suicida en Jóvenes, aplicado a estudiantes universitarios de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.

El tipo de diseño empleado fue observacional, prolectivo, transversal-descriptivo. El muestreo fue de tipo no probabilístico-intencional. La muestra quedó conformada por 451 estudiantes, 306 hombres y 145 mujeres. La ideación suicida se evaluó mediante el instrumento, "Detección de Ideación Suicida en Jóvenes". Aplicando el instrumento, en el salón de clases de los participantes.

El 4.9% de la muestra total manifestó ideación suicida alta, sin diferencia significativa entre hombres y mujeres. En la muestra empleada, las variables psicológicas que se relacionan con la ideación suicida son: estado emocional y apoyo familiar. Las variables de identificación personal que se relacionan con la ideación suicida son: has sufrido alguna forma de abuso sexual, en los últimos meses has vivido alguna experiencia que ha trastornado tu vida, has sido víctima de situaciones humillantes, la condición económica de tu familia es, alguna persona cercana a ti se ha suicidado o intentado suicidarse.

La ideación suicida es un fenómeno multifactorial. Siendo el estado emocional, la variable psicológica que guarda una mayor asociación con la ideación suicida.

INTRODUCCIÓN

El suicidio ha sido y es un tema de interés abordado históricamente por los profesionales de la salud mental. La conducta suicida definida por diversos autores a lo largo del tiempo como, el acto humano de causar la propia muerte, han sido el objeto de diversos estudios e investigaciones, y ha sido atribuido a diferentes causas como, el último acto de una persona libre, un acto heroico y hasta un pecado.

Los antecedentes del suicidio se remontan hasta las civilizaciones más antiguas; la definición de sus características varía de acuerdo a la cultura y a la estructura socioeconómica por lo cual ha surgido el interés en el estudio de este tema en diversas áreas como (antropológicas, biológicas, médicas, sociales y por supuesto psicológicas). A pesar de este interés pocas son las fuentes de datos que permitan un acercamiento completo a la situación de suicidio en nuestro país (Ortiz, Cornelio, Reynoso, Toledo y Torre, 2002). También se destaca que desde los años cincuenta se han efectuado diversas investigaciones del tema (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996).

El suicidio ha estado presente en la mayoría de las culturas, y actualmente es uno de los problemas que enfrentan todas las sociedades; a pesar de ello en la actualidad no existe un acuerdo entre los diferentes profesionales para responder a la pregunta de porque se suicida la gente. A pesar de que existen numerosos estudios que ofrecen acercamientos con respecto a las principales causas que llevan a una persona a cometer esta conducta, aun no se ha podido determinar una causa, por lo que se concluye que el suicidio es un acto causado por una gran variedad de factores (Serrano y Flores; 2005).

Palacios, Barrera, Ordoñez y Peña (2006), reportan que los estudios sobre el suicidio en general son abundantes así como los datos al respecto, sin embargo no se cuenta con la información suficiente sobre el suicidio en adolescentes, a pesar de que se han hecho esfuerzos por comprender el fenómeno en este último grupo.

Cada día en cualquier parte del mundo alguien se suicida y posiblemente cientos lo intentan, ya que el fenómeno del suicidio ocurre independientemente del país, cultura, etnia, religión, posición socioeconómica, estado civil y género; por lo que en determinadas personas en cualquier momento de su vida pueden sentir que su existencia no tiene sentido ya sea por, alguna enfermedad, la pérdida de una relación importante para su desarrollo, la soledad, o los problemas o dificultades cotidianas, lo que convierte el suicidio en una opción de solución para estos individuos.

Según reportes del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEGI, 2007), se desconocen los motivos que llevan al suicidio; en 58% de los casos las razones se ignoran, los intentos de suicidio se traducen en lesiones, traumas emocionales y mentales, distintas discapacidades y hospitalizaciones, esto sin contar que en muchos casos no se documentan. Sumado a estos datos, es relevante destacar que los adolescentes entre los 10 y 19 años representan el 21% de la población mexicana (INEGI, 2007); lo que convierte a los jóvenes en un grupo de alto riesgo (Monge, Cubillas, Román y Valdez, 2007). Como dato a destacar la muerte por suicidio constituye, después de los accidentes, la segunda causa de muerte entre los jóvenes (INEGI, 2007). Las estadísticas que presenta el INEGI, son datos que tenemos que afrontar, aunque no nos guste hablar de la muerte.

La mayoría de las sociedades continúan manteniendo altos niveles de suicidio ya que de alguna forma en la actualidad resulta mucho más fácil acceder a los medios necesarios para cometer suicidios. Los medios y sustancias necesarias, se encuentran fácilmente accesibles para todo tipo de individuo.

Los antecedentes del estudio del suicidio lo denotan como un problema grave de salud, ya que este problema arrebató la vida a muchos jóvenes con un futuro prometedor, ocasionando además conflictos emocionales, sociales y económicos en todo su grupo social, el cual requiere de una total atención, las investigaciones recientes indican que la prevención del suicidio, si bien es posible, comprende una serie de actividades que van desde la educación, el tratamiento de

trastornos mentales, el control de los factores de riesgo así como la eliminación de los medios para lograrlo.

Sumado a todo lo anterior es pertinente mencionar, que con el paso del tiempo las sociedades han cambiando paulatinamente hacia una aceptación del suicidio como salida posible y justificable a diversas situaciones, esto ocasiona que el suicidio se vea como una fenómeno en cierta forma normal, lo cual puede favorecer el hecho de que se hayan tomado pocas medidas eficaces dirigidas a la prevención. Por otro lado, un individuo potencialmente suicida al verse menos castigado por la sociedad, podría decidir con menos dificultad el camino de la muerte autoprovocada. Esto nos permite reflexionar acerca de que algo esta ocurriendo en las grandes ciudades, comunidades y poblaciones, donde la gente recurre al suicidio como una forma de escapar de situaciones difíciles, por lo cual tenemos la obligación, a la falta de información de seguir trabajando en el tema, lo cual nos permitirá tener una noción más amplia de que es y cómo se presenta el suicidio con la finalidad de contar con el conocimiento que nos permita brindar una solución a tal problemática a la cual no se le ha dado la atención necesaria y que comúnmente suele evadirse por las personas que manifiestan tal conducta, sus familiares y las propias autoridades de salud por lo cual es importante enfrentarlo y comprender las razones que llevan a un adolescente, a terminar con su vida, así como saber cuál es el significado de este acto y cómo puede prevenirse.

Por lo cual es de relevancia estar consiente de la magnitud de la situación, con la finalidad de disminuir la incidencia de esta problemática y servir de apoyo a individuos con ideación suicida, ya que no solo se afectan a ellos sino a todo su grupo social.

La ideación suicida, se destaca como la fase más importante para la prevención del acto suicida.

Y entendemos a la ideación suicida como: Deseos, planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca del suicidio (Beck, et al., 1979; en: Córdova, Rosales, Caballero y Rosales, 2007).

A todo lo anterior se concluye que el tema es alarmante y es importante abordarlo y seguir contribuyendo en las investigaciones, el siguiente trabajo tiene como propósito identificar de acuerdo al sexo la incidencia de ideación suicida y su asociación jerárquica de las variables psicológicas y de identificación personal integradas en el instrumento de Detección de Ideación Suicida en Jóvenes, aplicado a estudiantes universitarios de la Universidad Tecnológica Costa Grande en el Estado de Guerrero.

En el primer capítulo de la presente investigación se pretende explicar los aspectos más relevantes que engloban al comportamiento suicida, con el objetivo de comprender en lo mayor posible tal problemática. El primer aspecto a tratar en este capítulo, es la definición y características de esta conducta así como la prevalencia tentativa del suicidio consumado, el proceso del comportamiento suicida y las postulas psicológicas del suicidio. Un segundo aspecto a tratar son los factores de riesgo que abarcan a este fenómeno, con la finalidad de conocer cuales son las causas que lo fomentan en los adolescentes.

El segundo capítulo se centra en el estudio de la ideación suicida, la finalidad del capítulo es, identificar la evolución del estudio de la ideación suicida en México, su definición, medición y los hallazgos de las investigaciones realizadas en nuestro país.

En el tercer capítulo se describe la metodología con la cual se realizara la investigación lo cual es el eje del estudio, inicialmente se presenta el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, objetivo e hipótesis. Continuando con la descripción del método en el cual se presenta la definición de la población así como la descripción de la muestra, materiales, instrumentos y aparatos, lugar y variables a emplear en la investigación. Finalmente se muestra el procedimiento de la investigación el cual comprende el diseño de la investigación, muestreo y la descripción de las sesiones, fases o ensayos.

En el cuarto capítulo se presenta una descripción y análisis de los resultados obtenidos en la investigación; se presentan las características de las variables de identificación personal así como de las variables psicológicas, esto en la muestra total como una comparación entre hombres y mujeres. Finalmente se presenta de forma estadística la comprobación de las hipótesis planteadas.

Por ultimo se presentan las conclusiones y discusión derivadas de la investigación.

CAPÍTULO 1: EL SUICIDIO

En el primer capítulo de la presente investigación se pretende explicar los aspectos más relevantes que engloban al comportamiento suicida, con el objeto de comprender en lo mayor posible tal problemática. El primer aspecto a tratar en este capítulo, es la definición y características de esta conducta, así como la prevalencia tentativa del suicidio consumado, el proceso del comportamiento suicida y las postulas psicológicas del suicidio. Un segundo aspecto a tratar son los factores de riesgo que abarcan a este fenómeno, con la finalidad de conocer cuales son las causas más probables que manifiestan los adolescentes.

1.1. Definiciones del suicidio

Etimológicamente, la palabra suicidio proviene del latín y resulta de la unión de las palabras *sui* (sí mismo) y *caédere* (matar), siendo su significado literal la acción de matarse a sí mismo.

La palabra suicidio en un diccionario tradicional de uso español se encuentra definida de la siguiente forma; Suicidio: quitarse voluntariamente la vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al suicidio en términos del acto humano de causar la suspensión de la propia vida (OMS, 2001).

El suicidio implica un hecho activo o pasivo de autodestrucción permitiendo o acelerando el fallecimiento propio (Freemann y Reinecke, 1995).

Se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado (Durkheim, 2003).

Las anteriores definiciones explican al fenómeno del suicidio como consecuencia de las características personales, mentales, de conducta y cognitivas de los individuos.

Como se mencionó al principio del apartado el objetivo del mismo es brindar una definición sobre lo que es la conducta del suicidio, esto con la finalidad de que esta sea la definición que se emplee a lo largo de toda la investigación, entendiendo entonces al comportamiento suicida como:

- Un proceso y un acto consiente que tiene como objetivo final producir la propia muerte.

1.2. Incidencia del comportamiento suicida

La conducta suicida en las últimas décadas ha mostrado una tendencia a elevar su tasa de incidencia a nivel mundial, algunos investigadores opinan que probablemente las tasas ciertas son considerablemente superiores a las que resultan de los casos notificados. Ya que en algunos casos, puede ser imposible determinar si algunas muertes causadas por accidentes de automóvil, ahogamiento, caídas y sobredosis de drogas, fueron intencionales o accidentales. Se estima generalmente que la información sobre el comportamiento suicida en la adolescencia está por debajo de su ocurrencia, porque muchas muertes de este tipo se clasifican imprecisamente como no intencionales. Hay que destacar que los registros sobre los intentos de suicidio no indican el estado actual ni el desarrollo de este fenómeno en México. Afortunadamente han aparecido algunos estudios que informan sobre la prevalencia de los intentos de suicidio y de la ideación suicida entre diferentes grupos y poblaciones del país, sin embargo, hasta ahora, esta información no es suficiente para comprender perfectamente tal problemática.

Entre los estudios e investigaciones revisados sobre la prevalencia de la conducta suicida en adolescentes, destacamos los siguientes:

Mondragón, Borges, y Gutiérrez (2001), elaboraron un análisis con el objetivo de presentar un resumen y una comparación de los resultados de los estudios más recientes en diferentes poblaciones de México, sobre el intento y la ideación suicida, en los que se utilizaron diferentes metodologías e instrumentos para medirlas. Encontrando que la prevalencia de ideación suicida es similar a las observadas en otros países, por ejemplo, las prevalencias mundiales de la ideación suicida va desde 3.4% hasta 52.9% en los adolescentes y en los adultos, mientras que en México el rango es de 1% a 40% en los mismos grupos, siendo más elevadas en la población adolescente que en la adulta.

Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez (1996); presentaron un estudio llamado: Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994, los resultados de dicha investigación denotan que en 1970 se presentaron 554 muertes por suicidio en todo el país, siendo estos entre hombres y mujeres y en el año de 1994 hubo un total de 2,603 muertes. Existiendo en ese periodo un aumento de 156%, viéndose este aumento más marcado en la población masculina.

El suicidio en la población joven se encuentra entre las primeras diez causas de muerte. En diversos países se observa un crecimiento paulatino pero constante en su tendencia epidemiológica por lo que se considera como un problema de salud (González-Forteza, et al., 2002). El intento de suicidio y el suicidio consumado entre adolescentes se han incrementado en las últimas décadas en México (Mondragón, Borges, y Gutiérrez (2001). Si además se considera que entre el 2000 y el 2020 el grupo de edad más grande de la población mexicana será el de 10 a 19 años (INEGI, 2007), adquiere aún mayor relevancia su prevención y manejo correspondiente como problema de salud pública (Jiménez y González, 2003).

Por otra parte, el informe Salud: México 2004, resalta que entre 1998 y 2003 las muertes por suicidio en niños y adolescentes aumentaron 4.9% anual; es decir, en más de 3000 casos (Palacios, Barrera, Ordoñez y Peña, 2006).

Un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en países con población superior a 100 millones de habitantes afirma que México es el país con el porcentaje más alto de incremento más de 61.9% en el periodo de 81-83/93-95; le siguen en orden descendente la India, Brasil y la Federación Rusa. En el país, la tasa de suicidios por cada 100 000 habitantes fue de 3.4 en 1999. Asimismo, los reportes oficiales del año 2001 indican que 7.4% de las muertes violentas tuvieron como causa el suicidio o las lesiones auto-infligidas, principalmente entre personas de 15 a 24 años de edad. Según estudios realizados en México, se calcula que por cada tentativa de suicidio existen aproximadamente veinte que no se registran (Chávez, Medina y Macías, 2008).

González-Forteza, et al., (2002), partiendo de la pregunta de que tan frecuente es el suicidio entre la población estudiantil adolescente, desarrollaron un trabajo con el objetivo de identificar la prevalencia del intento suicida en la ciudad de México, así como describir las características del intento suicida entre hombres y mujeres. Mostrando como resultado que la prevalencia del intento suicida de estudiantes adolescentes en la ciudad de México fue de 8.3% en 1997, incrementándose para el año 2000 en un 9.5%., el estudio mostró que la problemática suicida era más frecuente en mujeres, sin embargo se observó que tanto en los hombres como en la mujeres con reporte de intento, fue similar el perfil de las características del intento suicida en cuanto a edad, recurrencia, motivos y letalidad.

En otros estudios, se calcula que por cada suicidio consumado hay de ocho a diez intentos de suicidio, y por cada intento, ocho lo pensaron, planearon y estuvieron a punto de llevarlo a cabo. El 40% de quienes han intentado suicidarse lo han hecho en varias ocasiones de ellos, 10% a 14% terminan suicidándose (Monge, Cubillas, Román y Valdez; 2007).

Los datos más recientes aportados por el Instituto Nacional de Estadística y Geográfica (INEGI, 2007), indican que en el 2007, en todo el territorio nacional se reportaron un total de 4,394 suicidios, suicidándose un total 3,620 hombres y 773 mujeres. De estos se reportaron en el Distrito Federal un total de 317 suicidios siendo 261 en hombres y 56 mujeres. Para el caso del Estado de México se reportaron un total de 458 suicidios quedando la cifra en 356 hombres y 102 mujeres. De este total nos indican que los suicidios de personas de entre los 15 y 19 años fue en un porcentaje del 12.5% y de 20 a 24 años un porcentaje de 11.8%.

Los resultados de las investigaciones revisadas revelan una tendencia al aumento del suicidio. Los estudios indican que el género masculino comete más suicidio que el femenino. Además de los datos epidemiológicos de ideación, intento y suicidio consumado entre adolescentes en nuestro país, el foco de estudio abarca también la necesidad de evaluar el efecto de otras variables asociadas. Bajo la misma línea los autores coinciden y manifiestan que algunas

personas que recurren al suicidio, lo habían experimentado recientemente en algún familiar o alguna persona cercana a él, lo anterior es de relevancia ya que nos permite postular que el suicidio es un acto totalmente prevenible.

1.3. Proceso, comportamiento suicida y tipos de suicidio

El suicidio no es una conducta que se presente repentinamente, se entiende como un proceso. Sin embargo en muchos casos las personas que tienen pensamientos suicidas nunca atentan en contra suya e incluso las que intentan suicidarse puede que no tengan el plan de quitarse la vida.

Se pueden identificar en el proceso suicida varias etapas: ideación suicida, contemplación del suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y el suicidio consumado. Al respecto cabe enfatizar que estas etapas pueden o no ser secuenciales y que pasar por una o varias etapas no requiere pasar por las demás (González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003).

Sauceda, Lara y Fócil (2006), mencionan que el comportamiento suicida varía desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado, pasando por la elaboración de un plan para hacerlo, obtener los medios necesarios e intentar suicidarse. Bajo la misma línea encontramos lo citado por Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006) ya que mencionan que en la conducta suicida intervienen tanto la ideación suicida como el acto suicida en sí. En el suicida se detectan: el suicidio consumado, los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio y los intentos de baja letalidad. De igual forma PoKorny (1986) en: Gutiérrez, Contreras, y Orozco (2006), menciona tres categorías del suicidio: el suicidio consumado, el intento de suicidio y las ideas suicidas.

El intento de suicidio es un acto deliberado que lleva al individuo a hacerse daño el mismo sin resultados fatales; la ideación suicida es un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel de conflicto interno, que aumenta cuando una persona con poca capacidad de enfrentamiento tiende a experimentar situaciones estresantes, incluye los deseos, planes, ideas o pensamientos del sujeto,

relacionados con quitarse la vida, así como sus planes para llevarlo a cabo (Mondragón, Borges, y Gutiérrez, 2001).

Un aspecto que distingue el intento suicida de otras conductas que ponen en riesgo la vida como la drogadicción, el sexo desprotegido y la violencia, es que el intento suicida es un acto cuyo propósito se pretende alcanzar en un corto plazo, es decir que sus ganancias sean inmediatas (González-Forteza, et al., 2002).

Se considera que los individuos que presentan un grado mayor de ideación suicida tienen más probabilidades de intentar o cometer suicidio que los sujetos con menor grado de pensamientos de suicidio (Villardón, 1993).

Freemann y Reinecke, (1995) mencionan que la conducta suicida se puede dividir en cuatro tipos:

- Suicidas desesperados
- Suicidas histriónicos
- Suicidas psicóticos
- Suicidas racionales

Los suicidas desesperados, amparan la idea de que no hay oportunidad, de que se mejore su situación y por lo tanto no tienen ninguna razón para seguir viviendo.

En los suicidas histriónicos, la característica que los generaliza es que, como cualquier otra persona manifiestan diferentes necesidades de excitación. Este tipo de individuos realizan conductas peligrosas y arriesgadas que les pueden costar la vida, estos actos pueden ser extravagantes y repetitivos.

Suicidas psicóticos, estos individuos tratan de suicidarse por los efectos de alucinaciones impositivas o voces provenientes de sus alucinaciones que estimulan sus ideas de quitarse la vida.

Suicidas racionales, estos sujetos son aquellos que han decidido suicidarse en base de una consideración racional. Consideran que ellos eligen el momento de su muerte.

Lo anterior nos permite deducir que dentro de la conducta suicida, se incluyen las siguientes etapas: ideación suicida, intento de suicidio y el suicidio consumado.

- La ideación suicida son todos aquellos pensamientos de autodestrucción.
- El intento de suicidio es cualquier acción que tenga como objetivo quitarse la vida sin lograrlo.
- El suicidio consumado se entiende cuando se logra ocasionar la propia muerte.

Ante todo lo anterior se puede mencionar que el comportamiento suicida, a menudo ocurren como respuesta a una situación que la persona ve como abrumadora.

Finalmente hay que denotar que el suicidio es un proceso en que los anteriores comportamientos suelen darse en forma progresiva, de tal manera que la ideación suicida es una condición necesaria para desplegar intentos suicidas y así lograr el suicidio consumado. La predicción de quiénes progresarán a un suicidio consumado es difícil de hacer, de tal forma que el conocimiento de la ideación suicida es una herramienta de relevancia ante la prevención del suicidio.

1.4. Posturas psicológicas ante el suicidio

Villardón, (1993) menciona que existen diversas orientaciones psicológicas que explican al suicidio como resultado de las características mentales de los sujetos, las características cognitivas tales como anticipación de fracaso futuro, pensamiento dicotómico y visión negativa de si mismo, constituyen las variables psicológicas más frecuentes relacionadas con el comportamiento suicida

Por otra parte Palacios, Barrera, Ordoñez y Peña, (2006) desarrollaron una investigación en la cual mencionan las teorías y modelos psicológicos que abordan y que dan una explicación del tema como lo son el cognoscitivo, de estrés, conductual, de la desesperanza aprendida y del autocontrol, estos hacen referencia específicamente a los trastornos afectivos en adolescentes que los encaminan a desarrollar comportamientos suicidas.

De acuerdo al modelo de distorsión cognitiva se plantea que la persona que responde con ideas negativas acerca de sí misma, del mundo y del futuro, tendrá mayor probabilidad de deprimirse y de pensar en comportamientos suicidas; estas personas realizan una selección de la información negativa que refuerza la visión negativa que tienen del mundo y de sí mismos, lo que maximiza la posibilidad de que estas personas lleguen al suicidio consumado. El modelo de estrés sostiene que los síntomas de comportamiento suicida en los adolescentes se producen como una reacción a problemas familiares, tales como agresión parental, una excesiva disciplina y conflicto entre los padres. De acuerdo con el modelo conductual de reforzamiento, los sentimientos y comportamientos suicidas son causados por insuficiente o inadecuado reforzamiento positivo. Por su parte, el modelo de la desesperanza aprendida plantea que la ocurrencia de eventos percibidos como incontrolables, causa en la persona vulnerable sentimientos de incapacidad para enfrentar las demandas de la vida, lo que ocasiona que estas personas vean en el suicidio la única opción como solución a sus problemas. Mientras que según el modelo de auto-control las personas con depresión tienen deficiencias en sus capacidades de autoevaluación, autoreforzamiento y automonitorización, lo que potencializa que estas personas comenten suicidio (Palacios, Barrera, Ordóñez y Peña, 2006).

1.5. Factores de riesgo

En este apartado se presentan los factores que llevan a los jóvenes a cometer comportamientos suicidas, para lo cual se presenta la revisión de algunas investigaciones que se han interesado en el tema.

1.5.1. Suicidio en adolescentes

El aumento de los suicidios en adolescentes durante los últimos años, puede considerarse como una manifestación de las presiones sociales que deben soportar ya que los adolescentes están expuestos a una gran variedad de estresores que se originan en el contexto escolar, familiar, amistades, romances, el sexo o en su imagen, así como en la facilidad de conseguir drogas (Freemann y Reinecke, 1995).

En la etapa de la adolescencia, se presentan en los jóvenes cambios difíciles que les producen ansiedad, inseguridad, baja autoestima y depresión hasta llegar, en muchas ocasiones, a una tentativa de suicidio. Es por ello que hay que poner atención y hacer la diferencia entre el adolescente que piensa en el suicidio como una llamada de auxilio y aquél que realmente lo lleva a cabo. No todos los suicidios en los adolescentes son motivados por una decisión consciente de morir; muchas veces ni siquiera pretenden generar un daño personal, sino simplemente comunicar sentimientos. El suicidio de los adolescentes es un tema que suele callarse ya que impacta en el sistema familiar y social.

Al tratar de entender los problemas existenciales o cuando se trata de comprender el sentido de la vida y la muerte, es común que las personas experimenten pensamientos suicidas, los pensamientos suicidas se vuelven anormales cuando la realización de estos pensamientos parece ser la única salida para sus dificultades. La muerte por suicidio entre los adolescentes y jóvenes está incrementándose, por lo cual se considera urgente su prevención eficaz. Es por ello que para prevenir el intento y el suicidio consumado, es primordial conocer los factores de riesgo.

González- Forteza, Berenzon y Jiménez (1999), destacan que en México el suicidio es un fenómeno que se presenta de forma común entre los jóvenes, denotando que en la mayoría de los casos son los hombres los que suelen suicidarse en mayor medida que las mujeres, a pesar de que las mujeres lo intentan más.

1.5.2. Factores de riesgo en adolescentes

González-Forteza, Berenzon y Jiménez (1999), mencionan que el suicidio está inmerso en un contexto de condiciones propiciatorias, favorecidas por la desintegración social, como la pobreza; la presencia de aislamiento social, una pobre red de apoyo y los eventos de vida negativos que también deben ser tomados en cuenta al momento de evaluar el riesgo. De igual forma el riesgo es mayor en individuos separados o solteros. La presencia de patología psiquiátrica es uno de los factores que más fuertemente se asocia con los comportamientos suicidas. También se han relacionado con suicidio el consumo de sustancias, principalmente alcohol, la esquizofrenia y algunos trastornos de personalidad; de igual manera, se señala que el principal factor de riesgo de suicidio entre los varones es el ambiente familiar mientras que para las mujeres lo constituyen además el sentirse en desventaja con las amigas, la baja autoestima, la impulsividad, la mala comunicación con la madre y la preferencia al aislamiento en situaciones problemáticas.

Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006) destacan que los trastornos psiquiátricos, depresivos, el abuso del alcohol, la ansiedad y la esquizofrenia están asociados significativamente con el suicidio y que los factores de riesgo más comunes en los suicidas incluyen aislamiento, salud precaria, depresión, baja autoestima, desesperanza, sentimientos de rechazo familiar y social.

Entre los estudios revisados encontramos el de González-Forteza, García, Medina- Mora y Sánchez (1998), en el cual estudiaron a la ideación suicida en un total de 1,890 estudiantes universitarios de la Ciudad de México, para identificar variables predictoras y de riesgo de la ideación suicida; bajo la premisa de que la mayoría de los jóvenes le teme al futuro y que el estrés que se genera en esta etapa del desarrollo puede encaminar a los jóvenes al suicidio. Los resultados del estudio muestran que los síntomas de ideación suicida oscilaron entre 27% y 30% de los universitarios. La autoestima resultó ser la variable predictora de protección, las variables de riesgo fueron el estrés psicosocial y sus consecuencias emocionales.

González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, (2003) realizaron una investigación con el objetivo de identificar correlatos de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes. Participaron 508 hombres y 428 mujeres estudiantes en el Centro Histórico de la Ciudad de México, cuya edad promedio fue de 13,7 años. Los resultados indican que los estudiantes con depresión o ideación suicida tienen más conflictos con sus padres, indicando que sus padres discuten por problemas económicos, tienen menor autoestima y no tienen una buena relación con algún miembro de su familia, son impulsivos y usan respuestas de afrontamiento agresivas. La prevalencia de intento suicida fue en hombres: 7% y mujeres: 17%. Los estudiantes impulsivos presentan más riesgo con antecedente de intento suicida. En hombres, el afrontamiento agresivo también se asocia con un riesgo mayor. En mujeres, el tener conflictos con los padres presenta riesgo mayor, así como que sus padres discutan por problemas económicos.

En un estudio realizado en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, se halló que la ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno relacionado con la desesperanza y la depresión, al igual que con el consumo de drogas y alcohol. Encontrando que de los 1,094 sujetos participantes 972 de ellos no habían tenido ideación suicida y solo 110 la habían presentado, denotando que las mujeres divorciadas y con patrones de consumo de alcohol son el mayor grupo de riesgo en estos casos (Mondragón, Saltijera, Bimbela, y Borges, 1998).

Por otra parte en un ensayo sobre el suicidio en Tabasco, se analizan las posibles causas por las cuales se generaba la conducta suicida encontrando que las causas más comunes eran: el padecer alguna enfermedad, el alcoholismo, decepción amorosa y las crisis económica (Ortiz, Cornelio, Reynoso, Toledo y Torre, 2002).

De acuerdo a Palacios, Barrera, Ordoñez y Peña, (2006) se considera que la tendencia a los comportamientos suicidas puede estar influida por factores psicosociales y cambios en el estilo de vida que específicamente en las poblaciones jóvenes, podrían correlacionarse con la tasa de trastornos depresivos, los problemas académicos, el uso o abuso de alcohol o de otras drogas, el pobre

acceso a tratamientos específicos y el fácil acceso a métodos más letales de suicidio. La orientación sexual también se ha relacionado con comportamientos suicidas, especialmente en jóvenes y adolescentes, posiblemente debido a los síntomas depresivos secundarios. Entre otros factores de riesgo para el suicidio se encuentran los sentimientos de culpa o de desesperanza, el hogar desorganizado, el sexo, los eventos traumáticos, divorcio de los padres, muerte de un ser querido, el maltrato físico y psicológico, la comunicación familiar y el área social.

Como podemos percibir hay que tener atención en una gran cantidad de factores, además de los ya mencionados en las diversas investigaciones, hay que tener en cuenta a aquellos individuos que son abandonados de manera permanente antes de los 15 años, la identificación con familiares suicidas, deprimidos o alcohólicos, convivencia con un enfermo mental, dificultades socioeconómicas, determinadas conductas antisociales, la falta de apoyo social, la posibilidad de adquirir drogas y armas de fuego.

Podemos mencionar que los factores de riesgo más recurrentes que llevan a los jóvenes a cometer comportamientos suicidas, son:

- Problemas familiares
- Separación de los amigos, de la pareja, de los compañeros de clase
- Muerte de una persona querida u otra persona importante
- Conflictos interpersonales
- Problemas legales
- Soledad
- Incapacidad en la solución de problemas
- Escaso control de impulsos
- Sometimiento y victimización
- Fracaso en los estudios
- Falta de empleo y problemas económicos
- Embarazo no deseado, aborto
- Enfermedad
- Consumo de alcohol o drogas
- Trastornos psiquiátricos

- Falta de apoyo social
- Autoestima baja
- Estrés
- Depresión
- Trastornos de personalidad

Algunas señales del acto suicida son las siguientes:

- Dificultad para comer o dormir
- Cambio radical en el comportamiento
- Regalar pertenencias
- Ordenar asuntos personales
- Se aíslan de familiares y amigos
- Pérdida de interés en su apariencia personal
- Pérdida de interés en sus actividades rutinarias

Expresiones verbales como:

- No deseo seguir viviendo
- Quiero terminar con todo
- No aguanto más
- Soy una carga para mi familia
- Las cosas no van a mejorar
- Mi vida es inútil

Gutiérrez, Contreras y Orozco, (2006) destacan que frecuentemente el suicida da indicios verbales directos e indirectos de su intención suicida. Un 60% de los suicidas que lograron su propósito había consultado al médico el mes anterior al suceso, más de la mitad había comentado con alguien su deseo de morir, y un tercio del total había hecho una amenaza declarada de suicidio.

Sumado a todo lo anterior, Tercero (1999) menciona que los estudios revelan que los jóvenes que intentan suicidarse se desarrollan en un medio psicosocial inadecuado. No sólo importa este medio, sino el cómo percibe el individuo a este ambiente. Esto es porque una situación o acontecimiento tiene una gran variedad de interpretaciones posibles y es la persona quien le da el sentido que puede o quiere según sus circunstancias personales, sociales y familiares.

1.5.3. Métodos suicidas en adolescentes

La literatura especializada en el tema reporta que la conducta suicida se lleva a cabo con diferentes métodos, como lo pueden ser:

- Armas de fuego
- Medicamentos
- Venenos
- Ahorcamiento
- Salto desde altura
- Intoxicación
- Incineración
- Asfixia
- Apuñalamiento
- Ahogamiento
- Chocando su auto

De estos el (INEGI, 2007), reporta a las armas de fuego y el envenenamiento por medicamento como los dos métodos más usuales.

En los cuales intervienen una gran variedad de factores como la disponibilidad y la accesibilidad a ellos, así como su capacidad letal. Es por ello que no existen variaciones en lo que respecta al método utilizado de acuerdo a las variables como el sexo, edad y lugar de residencia. Los hombres prefieren métodos suicidas más violentos, las mujeres en comparación suelen utilizar métodos más pasivos y menos violentos. También se está de acuerdo, esto por su alta incidencia en que la intoxicación por medicamentos es el método más utilizado.

A todo lo expuesto se puede concluir que los factores de riesgo ante el comportamiento suicida son demasiados y muy variados más sin embargo todos son factibles a percibir y denotar a tiempo antes de que un individuo llegue al suicidio consumado. Ante todo hay que considerar que las conductas anteriormente mencionadas son individuales, pues lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros no representa problema alguno, aparte de que los

factores de riesgo en las mujeres no son similares a los de los hombres, aunque existen los que son comunes a cualquier edad y sexo.

En el siguiente capítulo se aborda la ideación suicida en México.

CAPÍTULO 2. LA IDEACIÓN SUICIDA EN MÉXICO

En el primer capítulo se mencionó que dentro de la conducta suicida, se incluyen las siguientes etapas: ideación suicida, intento de suicidio y el suicidio consumado. Siendo la ideación suicida la fase más relevante en la prevención del suicidio, denotando que estas etapas pueden o no ser secuenciales y que pasar por una o varias etapas no significa pasar por las demás.

Es por ello que este capítulo se centra en el estudio de la ideación suicida. La finalidad del capítulo es, identificar la evolución del estudio de la ideación suicida en México, su definición, medición y los hallazgos de las investigaciones realizadas en nuestro país.

Para cubrir con lo anterior se realizó únicamente la revisión de los artículos que midieran la ideación suicida; con población mexicana, que dichas investigaciones estuvieran publicadas en revistas científicas y que en su título estuviera implícito el nombre de ideación suicida. Dicha revisión arrojó un total de veintidós artículos publicados del año 1993 al año 2007; (Ver anexos, tabla 2.1), en la cual se señalan los autores, año, título y revista, los artículos se encuentran señalados conforme al año que fueron publicados.

2.1 Definición de la Ideación Suicida

A pesar de que los artículos centran su atención en el estudio y medición de la ideación suicida, no en todos ellos se brinda una definición de lo que es la ideación suicida, ocasionando que el estudio y entendimiento del tema resulte complejo.

A continuación se presenta la definición sobre ideación suicida citadas en investigaciones mexicanas (Ver anexos, Tabla 2.2), en la cual se menciona los autores y año, la definición citada textualmente y los autores originales de la definición.

Medina-Mora, et al., (1994) citando a otros autores mencionan que la ideación suicida es un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel de conflicto interno; se asocia con la desesperanza y la falta de autoestima con el intento de suicidio, la depresión y el abuso de sustancias. Esta definición es

empleada en otras dos investigaciones más, la primera desarrollada por González-Forteza, Jiménez y Gómez, (1995) y la segunda se encuentra publicada por López, et al., (1995).

González-Forteza, García, Medina-Mora, y Sánchez, (1998) complementan la definición antes mencionada, entendiendo a la ideación suicida como tener pensamiento o fantasías acerca de la propia muerte.

Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges, (1998) indican que la ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno, relacionado con la desesperanza y la depresión, al igual que con el consumo de drogas y alcohol.

A lo anterior podemos mencionar que una primera definición de lo que es la ideación suicida, empleada en las investigaciones realizadas en nuestro país quedaría de la siguiente forma:

Ideación suicida: tener pensamiento o fantasías acerca de la propia muerte, considerada como síntoma frecuente e inespecífico, que refleja el nivel de conflicto interno; se asocia con la desesperanza y la falta de autoestima, con el intento de suicidio, la depresión y el abuso de sustancias.

Por su parte González, Díaz, Ortiz, González-Forteza, y González, (2000) citando a otros autores mencionan que podemos entender como ideación suicida a los deseos y planes para cometer el suicidio.

González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez, (2001) se refieren a la ideación suicida como conductas o pensamientos relacionados con la propia muerte, pero sin morir.

Mondragón, Monroy, Medina-Mora y Borges, (2003) mencionan que la ideación suicida es una construcción cognitiva, manifestada en un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel de conflicto interno.

La ideación suicida puede ser definida como, tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte (Chávez, Pérez, Macías, y Páramo, 2004).

Rascón, et al., (2004) mencionan dos definiciones, en la primera se postula que la ideación suicida se conoce como la pauta de afrontar los problemas que tiene cada persona; en la segunda indican que la ideación suicida es un síntoma frecuente e inespecífico que refleja un nivel de conflicto interno asociado con la desesperanza y la falta de autoestima.

En el artículo publicado por Córdova, Rosales, Caballero, y Rosales, (2007) se encuentran las siguientes enunciaciones: La ideación suicida consiste en pensamientos de terminar con la propia existencia. La ideación suicida son aquellas ideas que los individuos tienen y que frecuentemente presentan pensamiento reiterativo sobre el tema de la muerte o permanentemente ocupa un lugar central en la vida del sujeto, que tiene planes y deseos de cometer suicidio pero no ha hecho evidente el intento.

Algunas de las definiciones citadas son derivadas de las planteadas por otros autores, teniendo en cuenta toda esta diversidad entendemos a la ideación suicida de acuerdo a lo planteado por Beck, el cual postula que la ideación suicida se entiende como: Deseos, planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca del suicidio (Beck, et al., 1979; en: Córdova, Rosales, Caballero y Rosales, 2007).

2.2. La medición de la ideación suicida en México.

La ideación suicida es un constructo cognoscitivo claramente vinculado con el intento de suicidio, mismo que su vez ha sido identificado como el mejor predictor del suicidio consumado. En otras palabras, quien tiene pensamientos suicidas puede tener una mayor tendencia a intentar suicidarse, y quien lo ha intentado una vez es probable que lo intente hasta llegar a lograrlo.

En últimos años ha aumentado el interés por el estudio del suicidio y con ello también el estudio de la ideación suicida, existiendo una gran inquietud por conocer los factores implicados en esta problemática. A continuación revisaremos los instrumentos empleados para la medición de la ideación suicida en investigaciones mexicanas tomando como referencia los veintidós artículos publicados del año 1993 al año 2007 ya antes mencionados.

2.2.1. Escala de Roberts- CES-D

Los cuatro reactivos que componen la escala Roberts-CES-D son: “no podría seguir adelante” “tenía pensamientos de muerte”, “sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto y “pensé en matarme”.

González-Forteza, Berenzon, Tello, Facio, y Medina-Mora (1998), emplean en su investigación la escala de Roberts-CES-D e indican que las opciones de respuesta de las cuatro preguntas permiten conocer la ocurrencia de los síntomas en la última semana: 0= 0 días; 1=1-2 días; 2= 3-4 días, y 3=5-7 días; así, el rango teórico es de 0 a 12. También señalan que los cuatro reactivos quedan agrupados en un solo factor que explica el 66.8% del total de la varianza.

2.2.1.1. Escala de Roberts- CES-D en estudiantes de secundaria

La escala de ideación suicida de Roberts-CES-D es empleada en tres estudios con estudiantes de secundaria. (Ver anexos, Tabla 2.3).

En la tabla 2.3, se muestran las características y resultados de los estudios donde se emplea la escala de ideación suicida de Roberts- CES-D en estudiantes de secundaria. González-Forteza, Andrade y Jiménez, (1997) emplean un muestreo no probabilístico intencional, en una muestra total de 423 sujetos, 235 hombres y 188 mujeres, provenientes del Distrito Federal, indican que la consistencia interna de la escala fue de $\alpha = .88$ y que las variables que se asocian con la ideación suicida son para el caso de los hombres, el estrés por violencia familiar y para el caso de las mujeres, el estrés por violencia familiar y el estrés por enfermedad de los padres; no indican validez ni prevalencia de ideación suicida. González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez, (2001) emplean un muestreo transversal y ex-post-facto en una muestra total de 936 sujetos, 508 hombres y 428 mujeres, provenientes del Distrito Federal, indican que la consistencia interna de la escala fue de $\alpha = .78$, el criterio estadístico para el punto de corte se basó en el puntaje medio más una desviación estándar, siendo esta la primera investigación en donde se postula este punto de corte, obteniendo en los hombres 1.7 y para las mujeres 2.6, la prevalencia de ideación suicida encontrada es de 15.1% en los hombres y 18.2% en las mujeres; no presentan validez ni asociación

con otras variables. González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, (2003) emplean un muestreo transversal y ex-post-facto en una muestra total de 931 sujetos, 508 hombres y 428 mujeres, provenientes del Distrito Federal, indican que la consistencia interna de la escala fue de $\alpha = .77$, el criterio estadístico para el punto de corte se basó en el puntaje medio más una desviación estándar e indican que las variables que se asocian con la ideación suicida son para el caso de los hombres la depresión y el afrontamiento agresivo y para el caso de las mujeres la depresión y los conflictos con los padres; no presentan validez ni prevalencia de ideación suicida.

2.2.1.2. Escala de Roberts- CES-D en estudiantes de secundaria y preparatoria.

La escala de ideación suicida de Roberts-CES-D también es empleada en estudiantes de secundaria y preparatoria (Ver anexos, Tabla 2.4).

En la tabla 2.4, se muestran las características y resultados de los estudios donde se emplea la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D en estudiantes de secundaria y preparatoria. Medina-Mora, et al., (1994), emplean un muestreo estratificado, bietápico y por conglomerados una muestra total de 3459 sujetos, 51% hombres y 49% mujeres, provenientes del Distrito Federal, indican que la consistencia interna de la escala fue de $\alpha = .88$ y encuentran una prevalencia total de ideación suicida de 47% con un síntoma y 10% con los cuatro síntomas e indican que el consumo de drogas se asocia con la ideación suicida. López, et al., (1995), presentan en su investigación el mismo método y resultados del artículo publicado un año antes por Medina-Mora, et al., 1994.

Serrano y Flores (2003), emplean un muestreo aleatorio simple en una muestra total de 374 sujetos, 181 hombres y 193 mujeres, la zona geográfica es la ciudad de Mérida Yucatán con una temporalidad del estudio de la última semana, no indican punto de corte y mencionan que el análisis factorial arrojó un solo factor que explicó el 69.3% de la varianza total y que la consistencia interna de la escala fue de $\alpha = .73$, no indican la prevalencia de la ideación suicida; encontrando como variables asociadas a la ideación suicida, la comunicación con los padres. Chávez,

Pérez, Macías y Páramo (2004), emplean un muestreo aleatorio, bietápico y por conglomerados en una muestra total de 2532 sujetos, 45.6% hombres y 54.4% mujeres, la zona geográfica es la ciudad Guanajuato con una temporalidad del estudio de la última semana, el resto de las características del estudio no las indican. Serrano y Flores (2005), emplean un muestreo aleatorio simple en una muestra total de 370 sujetos, 178 hombres y 192 mujeres, la zona geográfica es la ciudad de Mérida Yucatán con una temporalidad del estudio de la última semana, no indican punto de corte y mencionan que el análisis factorial arrojó un solo factor que explicó el 69.3% de la varianza total y que la consistencia interna de la escala fue de $\alpha = .85$, sin embargo no indican la prevalencia de la ideación suicida; encontrando como variables asociadas para el caso de los hombres, estrés con la pareja y respuesta agresiva con la pareja y para el caso de las mujeres el estrés con la pareja y estrés social. Jiménez, Mondragón, González-Forteza (2007), emplean un muestreo no probabilístico en una muestra de tres grupos el primero de secundaria con una muestra total de 423, sujetos 56% hombres y 44% mujeres, el segundo grupo integrado por estudiantes de secundaria y preparatoria con un total de 406 sujetos, 49% hombres y 51% mujeres para los de secundaria y un total de 410 sujetos 51% hombres y 49% mujeres para los de preparatoria, el tercer grupo estuvo conformado por estudiantes de secundaria con un total de 936 sujetos, 54% hombres y 46% mujeres, de la delegación Tlalpan, Coyoacán y el Centro Histórico respectivamente, no presentan validez ni prevalencia de ideación suicida, asociando a la sintomatología depresiva con la ideación suicida.

Un estudio más en el cual se utiliza la escala de Roberts-CES-D, emplea dos muestras, la primera conformada por mujeres estudiantes de secundaria y preparatoria y la segunda por mujeres adolescentes internadas por intento de suicidio. En el estudio, González-Forteza, et al., (1998), emplean para la muestra escolar mujeres estudiantes de secundaria y preparatoria, un muestreo transversal y ex-post-facto estratificado ,bietápico y por conglomerados y para la muestra clínica (mujeres adolescentes internadas por intento de suicidio) un muestreo transversal y ex-post-facto no probabilístico intencional, el tamaño de la muestra estuvo conformado por 1772 mujeres en la muestra escolar y 30 mujeres en la

muestra clínica, ambos grupos del Distrito Federal, indican que el análisis factorial arrojó un solo factor que explico en 66.8% de la varianza total, con una consistencia interna de la escala de $\alpha = .83$ para la muestra escolar y un factor que explico en 81.2% de la varianza total con una consistencia interna de la escala de $\alpha = .92$ para la muestra clínica; la prevalencia de ideación suicida fue de 11.8% con todos los síntomas de 1 a 7 días para la muestra escolar y de 56.7% con todos los síntomas de 1 a 7 días para la muestra clínica, puntualizando que como era de esperar la prevalencia de ideación suicida fue más elevada en la muestra clínica, no presentaron asociaciones con otras variables.

2.2.1.3 Escala de Roberts- CES-D en estudiantes universitarios.

La última investigación que emplea la escala Roberts-CES-D para medir la ideación suicida se desarrolla con dos generaciones de estudiantes universitarios (Ver anexos, Tabla 2.5).

La tabla 2.5 muestra las características y resultados del estudio donde emplean la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D en estudiantes universitarios, esta investigación es publicada por González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez, (1998) en el cual emplean un muestreo longitudinal, el tamaño de la muestra para la generación 93 es de un total de 1021 sujetos, 47% de ellos hombres y 53% mujeres y para la generación 95 es de un total de 869 sujetos, 44% hombres y 56% mujeres, la zona geográfica es el Distrito Federal, con una temporalidad de la investigación en la ultima semana y un punto de corte de uno o más síntomas, denotando que el análisis factorial arrojó un solo factor que explico en 56.3% de la varianza total con una consistencia interna de la escala de $\alpha = .71$ y la prevalencia de ideación suicida para la generación 93 es de 1.5% para los hombres y mujeres en los cuatro síntomas y para la generación 95 de 1.8% en los hombres y de 2.0% en la mujeres también en los cuatro síntomas, indica que se asocia la autoestima y el estrés social con la ideación suicida.

2.2.2. Preguntas de los autores

La ideación suicida también es medida por preguntas creadas por los autores de la investigación. Se encontraron cuatro investigaciones donde se mide la ideación suicida por medio de preguntas desarrolladas por los autores (Ver anexos, Tabla 2.6).

Como se puede ver en la tabla 2.6, las primeras tres investigaciones están publicadas por los siguientes autores, González-Forteza y Andrade, (1993); González-Forteza, y Andrade, (1995); González-Forteza, Jiménez, y Gómez, (1995), las cuales guardan algunas similitudes metodológicas entre ellas, puntualizando que el tamaño de la muestra y la zona geográfica es la misma para las tres investigaciones, de igual forma las tres investigaciones indican que el análisis factorial arrojó un solo factor que explico en 70.1% de la varianza total y que la consistencia interna de la escala fue de $\alpha = .78$; en ninguna de las investigaciones se indica el punto de corte ni la prevalencia de ideación suicida. En las investigaciones no se menciona cuales fueron las preguntas empleadas en la medición de la ideación suicida.

Berenzon, González-Forteza y Medina-Mora (2000), evalúan la ideación suicida con la siguiente pregunta: ¿Alguna vez se ha sentido usted tan decaído que pensó en suicidarse?. Su estudio es de tipo aleatorio, estratificado y multietapico, emplean una muestra total de 928 mujeres del Distrito Federal, con una temporalidad de respuesta de alguna vez en la vida y con un punto de corte de un reactivo, obteniendo una prevalencia de ideación suicida de 7.2%. El estudio no indica la validez ni la confiabilidad de tal pregunta.

2.2.3. Escala de Beck

Otro instrumento empleado en la medición de la ideación suicida es la escala de Beck. La escala de ideación suicida de Beck (ISB) cuantifica la intensidad y las dimensiones (grado y severidad) de la destrucción de los pensamientos y los deseos, las preocupaciones y las amenazas de suicidarse, además de las características y las expectativas de intentar suicidarse. Los reactivos evalúan la frecuencia y la duración de los pensamientos suicidas así como la actitud del paciente hacia ellos. Se avalúa también el grado del deseo de morir y el deseo de vivir, el deseo de intentar suicidarse, los detalles sobre su planeación en caso de que hubiera y los sentimientos subjetivos de control ante la idea del suicidio. La escala esta formada por 21 reactivos; cada uno de los reactivos tiene 3 posibles alternativas calificadas de acuerdo con la intensidad, de 0 a 2, la suma de estos proporciona el grado de severidad de las ideas suicidas, los dos últimos reactivos no se califican ya que miden el número de intentos anteriores de suicidio y su severidad. (Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges, 1998).

A pesar de que la escala de ideación suicida de Beck, fue inicialmente desarrollada para pacientes adultos, se ha demostrado que es útil para evaluar la ideación suicida en adolescentes, la escala no pretende predecir el intento suicida pero si valorar la intensidad del deseo de suicidarse. El principal inconveniente de esta escala es que no cuenta con validez.

A continuación se presentan algunas de las características y resultados de las investigaciones en donde es empleada la escala de Beck para medir la ideación suida.

2.2.3.1. Escala de Beck en pacientes de un hospital general.

La Tabla 2.7, muestra las características y resultados de un estudio donde se emplea la escala de Beck, en pacientes de un hospital general, la investigación esta publicada por Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges (1998), he indican que emplearon un muestreo no probabilístico y por cuota en una muestra total de 1094 sujetos, 29.8% hombres y 70.2% mujeres, del Distrito Federal con una temporalidad del ultimo mes antes de la aplicación, con un punto de corte de un punto y una confiabilidad medida con el alpha de Cronbach de .93, encontraron una prevalencia de ideación suicida total del 10%, indicando que hay una estrecha relación entre la ideación suida y la desesperanza.

2.2.3.2. Escala de Beck en estudiantes universitarios

La escala de ideación suicida de Beck también es empleada en estudiantes universitarios (Ver anexos, Tabla 2.8).

La tabla 2.8, muestra inicialmente las características y resultados de un estudio en donde se emplea la escala de Beck en estudiantes universitarios que solicitaron atención medica y publicado por González, Díaz, Ortiz, González-Forteza y González (2000), en el cual emplearon un muestreo transversal y ex-post-facto no probabilístico con una muestra total de 122 sujetos, 22.1% hombres y 77.9% mujeres del Distrito Federal, indican que la escala cuenta con una confiabilidad de .84. El resto de las características no se mencionan.

Otro estudio donde se emplea la escala Beck para medir la ideación suicida en estudiantes universitarios es publicada por Córdova, Rosales, Caballero y Rosales, (2007) los cuales emplean un muestreo de tipo probabilístico, aleatorio estratificado, por conglomerados en una muestra de 521 universitarios del Estado de México con una temporalidad del ultimo mes, con un punto de corte de un punto y con una confiabilidad de .92, obtenida a través del alpha de Cronbach, no señalan la validez de la escala, ni la prevalencia de ideación suicida. Indican a las siguiente variables como asociadas a la ideación suicida; no trabajar, vivir la infancia con solo el padre o madre, consumir café, alcohol, drogas, considerar que

su vida ha sido trastornada, haber recibido atención psicológica, percibir su futuro como difícil e incierto, tener pensamientos negativos sobre si mismo.

2.2.3.3. Escala de Beck en población abierta

García (2003), desarrolló un estudio con población abierta en el estado de Tabasco, con un total de 607 participantes, 291 hombres y 316 mujeres con una temporalidad del último mes, encontrando como variables asociadas a la ideación suicida la depresión y la ansiedad. El estudio no menciona tipo de muestreo, punto de corte, confiabilidad, validez ni prevalencia de ideación suicida. (Ver anexos, Tabla 2.9).

2.2.4. Escala de Okasha

Otro instrumento que ha sido empleado en la medición de la ideación suicida es la escala de Okasha. Mondragón, Monroy, Medina-Mora y Borges, (2003) publican un estudio en el cual emplean la escala Okasha, he indican que consta de cuatro reactivos, encaminados a la detección de la ideación suicida los cuales son los siguientes: ¿Ha experimentado la sensación de que no vale la pena vivir? ¿Ha vivido situaciones ante las que ha deseado dejar de existir? ¿Ha pensado que vale más morir que vivir? ¿Ha estado a punto de intentar quitarse la vida?, con formato de respuesta de SI o NO. Para el caso específico de la investigación de Mondragón et al., (2003) se sumaron las respuestas positivas a los cuatro reactivos, por lo cual los pacientes que contestaron por lo menos un reactivo como afirmativo se seleccionaron como casos de ideación suicida, y los que contestaron negativamente a todos los reactivos se consideran sin ideación suicida. Se puntualiza que la escala tiene una confiabilidad de .93 para la población mexicana.

2.2.4.1. Escala de Okasha, en una muestra de servicios de urgencia

En Tabla 2.10 (ver anexo), se muestran las características y resultados del estudio donde se emplea la Escala de Okasha en una muestra de servicios de urgencia. El tipo de estudio es transversal, con una muestra total de 1511 sujetos de los cuales 52.2% son hombres y 47.5% mujeres, el estudio se realizó en la ciudad de Pachuca, no indican la temporalidad, señalan que el punto de corte es de un reactivo, una confiabilidad de .93., obteniendo una prevalencia de ideación suicida total de 5.7%, 3.7% en hombres y 7.9% en mujeres. Denotando las siguientes variables como asociadas a la ideación suicida: estar separado o divorciado, tomar alcohol, sintomatología depresiva y los eventos de vida.

2.2.5. Otros instrumentos

2.2.5.1. SIS-Q

Luckie, et al., (1998), tienen como objetivo determinar la frecuencia de sujetos con ideación suicida por sexo y edad en una población abierta, para lo cual emplean un instrumento, denominado Cuestionario para la Investigación de la Ideación Suicida (SIS-Q), indican que tiene la capacidad de identificar hasta 84% de los pacientes con ideación suicida. El instrumento incluye los siguientes reactivos: ¿Ha experimentado usted un periodo de dos o más semanas en las que tenga problemas para conciliar el sueño o mantenerse dormido? ¿Ha tenido un periodo de dos o más semanas durante las cuales se siente triste, deprimido o ha perdido el interés y el placer por las cosas por las que usted comúnmente tenía cuidado o las disfrutaba? ¿Ha vivido algún periodo de dos o más semanas en las que se sienta culpable? ¿Ha tenido un periodo en el que sienta que la vida no tiene valor?

En Tabla 2.11 (ver anexo), se muestran las características y resultados de este estudio donde se emplea el SIS-Q, para la medición de la ideación suicida. El tipo de estudio es no probabilístico, emplean una muestra total de 1000 sujetos de los cuales 32.5% son hombres y 67.5% mujeres del Distrito Federal con una temporalidad de respuesta de alguna vez en la vida y con un punto de corte de cuatro reactivos, obteniendo una prevalencia de ideación suicida en su población total de 12.2%, 4.1% en los hombres y 8.0% en las mujeres.

2.2.5.2. SBAS

Rascón, et al., (2004), solo mencionan que para medir la ideación suicida, aplican la Escala de Evaluación de la conducta social del paciente (SBAS), segunda edición y elaborada por Platt y colaboradores. Esta investigación no especifica cual es el reactivo con el cual se mide la ideación suicida.

En Tabla 2.12 (ver anexo), se muestran las características y resultados de este estudio. El tipo de estudio es descriptivo, retrospectivo, no probabilístico y circunstancial con una muestra total de 163 sujetos de los cuales 20.2% son hombres y 79.8% mujeres, una confiabilidad de .78, obtenida de forma global entre entrevistadores, obteniendo una prevalencia de ideación suicida de 13.8% en hombres y 12.5% en mujeres. Denotando las siguientes variables como asociadas a la ideación suicida: depresión, fobia social, distimia y dependencia al alcohol.

2.3. Hallazgos de las investigaciones sobre ideación suicida en México

Identificar las causas de la ideación suicida es un esfuerzo continuo, más aun sabiendo que se trata de un elemento fundamental para estudiar, conocer y prevenir el suicidio consumado, es por ello que es importante conocer los factores que se asocian con la ideación suicida. En el siguiente apartado se presentan las variables que se asocian con la ideación suicida así como las propuestas de las investigaciones sobre ideación suicida realizadas en México (Ver anexos, Tabla 2.13).

Las siguientes son algunas de las variables que se asocian con la ideación suicida.

- Alcoholismo y drogadicción
- Enfermedad crónica
- Ambiente familiar hostil
- Estrés
- Depresión
- Desesperanza
- Problemas económicos

Los factores de riesgo así como las variables predictoras de la ideación suicida no son las mismas para los hombres como para las mujeres, entendiendo que las variables solo incrementan el riesgo de que la ideación suicida se presente y que no es sólo la acción de cada variable por separado lo que la constituye como un factor de riesgo, sino la interacción de las mismas ya que la ideación suicida es un fenómeno multivariable en el que se involucran variables demográficas, sociales y psicológicas.

Finalmente podemos puntualizar que es importante reconocer que el hecho de presentar ideación suicida, independientemente de la frecuencia y complejidad, se trata de una conducta de riesgo que debe de evaluarse y por ningún motivo ignorar cualquier indicio de esta por más mínimo que parezca.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

El siguiente capítulo describe la metodología con la cual se realizó la investigación, lo cual es el eje de la misma. Inicialmente se presenta el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, objetivo e hipótesis. Continuando con la descripción del método, en el cual se presenta la definición de la población así como la descripción de la muestra, materiales, instrumentos y aparatos, lugar y variables a emplear en la investigación. Finalmente se muestra el procedimiento el cual comprende el diseño de la investigación, muestreo y la descripción de las sesiones, fases o ensayos.

3.1. Planteamiento del problema

El suicidio es un fenómeno muy complejo que se da en todas las culturas y en el que están implicados múltiples factores, que van desde la desintegración familiar, problemas económicos, decepciones amorosas, falta de recursos económicos, hasta drogadicción y alcoholismo. En la actualidad el suicidio en los adolescentes constituye para el país un grave problema de salud pública ya que se encuentra entre las principales causas de muerte. El suicidio entre los jóvenes de toda la república es, desafortunadamente, una situación cada vez más frecuente y que desgraciadamente va en aumento.

Los individuos que presentan un grado mayor de ideación suicida tienen más probabilidades de intentar o cometer suicidio que los sujetos con menor grado de pensamiento suicida (Villardón, 1993). Por lo que es importante detectar a los jóvenes con ideación suicida alta para el tratamiento y la prevención del suicidio.

En los adolescentes el proceso suicida puede ser muy variado logra manifestarse en semanas, días e incluso horas, motivo suficiente para tener en cuenta a la ideación suicida como factor clave en la prevención del suicidio, ya que si cortamos el proceso, al detectar adolescentes en riesgo y denotamos las variables psicológicas y de identificación personal relacionadas a la ideación suicida podremos ofrecer la atención requerida, evitando que estos adolescentes recurran al suicidio.

Aunque existentes, son pocas las investigaciones sobre el comportamiento suicida en estudiantes universitarios a pesar de que es una población en riesgo, sumado a esto, hay estados de la república en los cuales no se ha desarrollado investigación alguna sobre el tema ya que al buscar información en la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, percatamos que la secretaria del estado no cuenta con alguna política de atención hacia los jóvenes con problemas de comportamiento suicida en específico de los estudiantes universitarios.

Por lo cual es relevante iniciar con el estudio de la ideación suicida en jóvenes universitarios del estado de Guerrero; estudiando a la ideación suicida y su relación jerárquica con variables psicológicas y de identificación personal en jóvenes de ambos sexos.

3.1.1 Preguntas de investigación

En los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero:

¿Cuales son las variables psicológicas que se asocian con la ideación suicida?

¿Cuales son las variables de identificación personal que se asocian con la ideación suicida?

¿Cuál es la relación jerárquica de las variables psicológicas asociadas con la ideación suicida en los hombres?

¿Cuál es la relación jerárquica de las variables psicológicas asociadas con la ideación suicida en las mujeres?

¿Cuál es la relación jerárquica de las variables de identificación personal asociadas con la ideación suicida en los hombres?

¿Cuál es la relación jerárquica de las variables de identificación personal asociadas con la ideación suicida en las mujeres?

¿Cuál es la incidencia de ideación suicida en los hombres?

¿Cuál es la incidencia de ideación suicida en las mujeres?

3.1.2 Objetivos

3.1.2.1 Objetivo General

Identificar de acuerdo al sexo, la incidencia de ideación suicida alta y su asociación jerárquica de las variables psicológicas y de identificación personal integradas en el instrumento de Detección de Ideación Suicida en Jóvenes, aplicado a estudiantes universitarios de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.

3.1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar de acuerdo al sexo la incidencia de ideación suicida alta en estudiantes universitarios de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.
- Identificar la relación jerárquica de las variables psicológicas de acuerdo al sexo en estudiantes universitarios de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.
- Identificar la relación jerárquica de las variables de identificación personal de acuerdo al sexo en estudiantes universitarios de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.

3.1.3 Hipótesis

1. Menos del 10% de los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero presentaran ideación suicida alta.
2. El porcentaje de ideación suicida alta será diferente entre hombres y mujeres estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.
3. Las variables psicológicas tendrán una relación jerárquica con la ideación suicida en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.
4. Las variables de identificación personal tendrán una relación jerárquica con la ideación suicida en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.

5. La relación jerárquica de las variables psicológicas será diferente para los hombres y mujeres estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.
6. La relación jerárquica de las variables de identificación personal será diferente para los hombres y mujeres estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.
7. Para explicar la ideación suicida en la muestra total, las variables psicológicas tendrán mayor jerarquía que las variables de identificación personal en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.
8. Para explicar la ideación suicida en los hombres, las variables psicológicas tendrán mayor jerarquía que las variables de identificación personal en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.
9. Para explicar la ideación suicida en las mujeres, las variables psicológicas tendrán mayor jerarquía que las variables de identificación personal en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.

3.2. Método

3.2.1 Definición de la Población

Los participantes del estudio, fueron estudiantes de ambos sexos de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.

3.2.2 Descripción de la Muestra

En total participaron 500 estudiantes de ambos sexos de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero. Empleados los siguientes criterios de inclusión y de exclusión.

Criterio de inclusión: Que los estudiantes aceptaran contestar el cuestionario, que contestaran más de un 80% del instrumento y que no se encontraran bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Criterios de exclusión: Que los estudiantes no aceptaran contestar el cuestionario, que no contestaran el instrumento por lo menos en un 80% y aquellos que se encontraban bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Por lo tanto la muestra quedó conformada por un total de 451 estudiantes de ambos sexos de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero; de los cuales 306 son hombres y 145 mujeres.

3.2.3 Descripción de los Materiales

Se empleó el instrumento de Detección de Ideación Suicida en Jóvenes, lápices y el paquete estadístico SPSS (Ver anexo, Cuadro 1).

3.2.4 Descripción de Instrumentos y Aparatos

El instrumento de “Detección de Ideación Suicida en Jóvenes”, consta de 85 ítems, distribuidos de la siguiente forma: la situación socioeconómica de los participantes se mide con 24 ítems, la actitud disfuncional con 23 ítems, el locus de control externo con 4 ítems, el locus de control interno con 3 ítems, el apoyo familiar con 3 ítems, el apoyo de amigos con otros 3 ítems, las creencias espirituales con 2 ítems, la desesperanza se mide con 8 ítems, 3 ítems miden el nivel de agresión, el estado emocional se mide con 5 ítems y por ultimo la ideación suicida se mide con 4 ítems.

3.2.5 Descripción del Lugar

Salón de clases de Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero, con una capacidad de 30 butacas.

3.2.6 Definición de las Variables

La definición teórica, metodológica y operacional de cada una de las variables, se encuentra en las siguientes tablas, las cuales son 3.1 y 3.2

Tabla 3.1. Definición teórica, metodológica y operacional de las variables psicológicas empleadas.

Variable	Nombre	Definición teórica	Definición metodológica	Definición operacional
1	Ideación suicida	Deseos, planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca del suicidio así como las expectativas de llevarlas a cabo (Beck, et al., 1972).	Dependiente	Cuatro reactivos: uno (“no podía seguir adelante”) derivado de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y tres de la Escala de Roberts
2	Actitud disfuncional	Evaluación de la realidad que se basa en creencias inconscientes con la realidad empírica absolutista y pragmática. Que dificultan el logro de los objetivos personales y causan emociones perturbadoras. (Legan, et al., 2002).	Independiente	Escala de actitud disfuncional.
3	Locus de control	Es la percepción de la atribución del origen de los eventos y el comportamiento personal, atribución que puede ser interna o externa (Rotter, 1975; González- Forteza).	Independiente	Definición Operacional: 7 reactivos (4 externos y 3 internos) de 8 de la Escala de Locus de Control reportada por González-Forteza (1992).
4	Apoyo social percibido	Percepción de las provisiones instrumentales y/o expresivas, proporcionadas por la comunidad, redes sociales y amigos (Lin, et al., 1985).	Independiente	6 reactivos de 12 de la Escala de Apoyo Social Percibido de Zimet, et al., (1988).

5	Estado emocional	Condición proveniente de la evaluación de estímulos internos y externos que es acompañada de sensaciones físicas fuertes (Legan, et al., 2002).	Independiente	Puntaje de la escala de trastornos emocionales de Berwick, et al., (1991).
6	Desesperanza	Sistema de esquemas cognitivos que tiene como denominador común expectativas negativas acerca del futuro (Beck, et al., 1974).	Independiente	8 reactivos de los 20 de la Escala de desesperanza de Beck, et al., (1974).
7	Actitudes y Creencias	Evaluación de la realidad que se basa en creencias inconsistentes en su lógica, con la realidad empírica, absolutistas y dogmáticas (Lega, et al., 2002).	Independiente	21 reactivos de los 48 de la Escala de Actitudes y Creencias de Burgess (1990).
8	Espiritualidad	Creencias acerca de la relación con un ser superior que ayudan a enfrentar los problemas de la vida diaria.	Independiente	Reactivos de la Escala de Calidad de Vida y Salud de Sánchez-Sosa y González-Cellis, 2004 (Citado en Caballo, 2006).
9	Agresión	Reconocimiento de la tendencia a actuar agresivamente.	Independiente	Reactivos tomados y adaptados de la escala de riesgo de violencia de Plutchick (Citado en Rubio, et al., 1998)

Tabla 3.2. Definición teórica, metodológica y operacional de las variables de identificación personal.

Variable	Nombre	Definición teórica	Definición metodológica	Definición operacional
1	Edad	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Independiente	Reactivo número 1.1.
2	Sexo	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Independiente	Reactivo número 1.2.
3	Estado Civil	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Independiente	Reactivo número 1.3
4	Cuatrimestre que cursa	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Independiente	Reactivo número 1.4.
5	Carrera que cursa	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Independiente	Reactivo número 1.5.
6	Promedio de Calificaciones	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Independiente	Reactivo número 1.6.
7	Percepción de desempeño académico	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra	Independiente	Reactivo número 1.7.
8	Religión	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Independiente	Reactivos número 1.8 y 1.9.
9	Percepción de condición económica	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Independiente	Reactivo número 1.10.

10	Dinero con el que cuenta	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Independiente	Reactivos número 1.11; 2.38.
11	Consumir o tomar algo para sentirse bien	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Independiente	Reactivos número 1.12 y 1.13.
12	Percepción de experiencias que alteraron su vida	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Independiente	Reactivos número 1.14 y 1.15.
13	Percepción de muerte importante de persona cercana	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Independiente	Reactivo número 1.16.
14	Percepción de disciplina ejercida en la infancia	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Independiente	Reactivo número 1.17.
15	Abuso sexual	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Independiente	Reactivo número 1.18.
16	Percepción de haber sido víctima de situaciones humillantes	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Independiente	Reactivo número 1.19.
17	Haber recibido atención psiquiátrica o psicológica	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Independiente	Reactivos número 1.20 y 1.21.
18	Actualmente en tratamiento psicológico o psiquiátrico	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Independiente	Reactivo número 1.22.

19	Percepción de problema personal que más preocupa	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Independiente	Reactivo número 1.23.
20	Suicidio de persona cercana	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Independiente	Reactivo número 1.24.
21	Intento de Suicidio	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Independiente	Reactivo número 3.7 y 3.8.
22	Ideas en la cabeza que no puede evitar	Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Independiente	Reactivo número 2.49.

3.3. Procedimiento

3.3.1 Diseño de Investigación

El tipo de diseño empleado en la investigación fue observacional, prolectivo, transversal-descriptivo.

Es Observacional porque el investigador solo describe o mide el fenómeno sin intervenir a voluntad en la variable independiente, Prolectivo 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 y para conocer a detalle el fenómeno (Mendoza, 1998).

3.3.2. Diseño de Muestreo

El diseño de muestreo es de tipo no probabilístico-intencional, debido a que la población fue proporcionada por las autoridades de la universidad.

3.3.3.Descripción de Sesiones, Fases o Ensayos

El instrumento fue aplicado en grupos de treinta estudiantes y se requirió de una sola sesión para su aplicación. La organización fue la siguiente: el instrumento fue aplicado en el salón de clases de los participantes y en donde se les daban las siguientes indicaciones: En su asiento tienen un lápiz y un instrumento llamado Detección de Ideación Suicida en Jóvenes, el cual tienen que contestar de forma individual y en silencio lo más honesto posible, sin dejar preguntas en blanco y si tienen alguna duda levanten su mano para que el aplicador se acerque hasta su lugar, de la misma forma cuando terminen levanten su mano para pasar a recoger el instrumento.

CAPÍTULO 4. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El siguiente capítulo detalla una descripción y análisis de los resultados obtenidos en la investigación; se presentan las características de las variables de identificación personal, en la muestra total, así como una comparación entre hombres y mujeres. Con respecto a las variables psicológicas se presenta el ajuste psicométrico de las escalas y los reactivos de las variables psicológicas, esto en la muestra total como una comparación entre hombres y mujeres. En último lugar se presenta el proceso estadístico que se llevó a cabo para la comprobación de las hipótesis planteadas.

4.1 Características de identificación personal

A continuación se describen los resultados de las variables de identificación personal de la muestra general, así como una comparación de los resultados entre hombres y mujeres.

4.1.1 Descripción de datos generales

4.1.1.1 Muestra total

La muestra quedó constituida por un total 451 jóvenes de los cuales 306 (67.8%) eran hombres y 145 (32.2%) mujeres, todos ellos estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.

Los resultados indican que la media de edad de la muestra total es de 19 años con una desviación estándar de 1.4, la forma de la distribución es con un sesgo positivo alto ($s=1.9$) y una curtosis positiva muy alta ($c= 6.8$) lo que indica una edad mayoritaria en la muestra de alrededor de 20 años y que se presentan datos extremos mayores de 26 años (ver figura 4.1).

Con respecto al estado civil de los jóvenes, se encuentra que el 98% se declaró soltero (ver tabla 4.1).

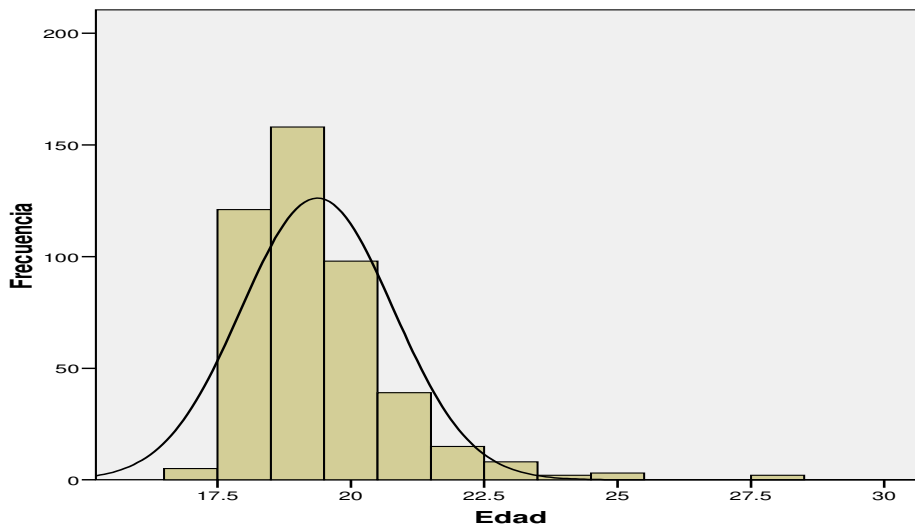


Fig. 4.1 Frecuencia de edad. Muestra total.

Tab. 4.1 Frecuencia y porcentaje del estado civil. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	442	98%
CASADO	9	2%
TOTAL	451	100

4.1.1.2 Por sexo

Los resultados indican que la media de edad para el caso de los hombres es de 19 años, con una desviación estándar de 1.4, la forma de la distribución es con un sesgo positivo muy alto ($s=2.2$) y una curtosis positiva muy alta ($c= 8.3$) lo que indica que la edad mayoritaria en la muestra es de alrededor de 19 años y que se presentan datos extremos mayores de 26 años (ver figura 4.2). Para el caso de las mujeres la media de edad es de 19 años con una desviación estándar de 1.3, la forma de la distribución es con un sesgo positivo alto ($s=1.1$) y una curtosis positiva alta ($c= 1.4$) lo que indica una edad mayoritaria en la muestra de alrededor de 18 años y que se presentan datos extremos mayores de 24 años (ver figura 4.3).

La tabla 4.2, indica el estado civil de los jóvenes, obteniendo que el 98% de hombres y de mujeres se declara soltero.

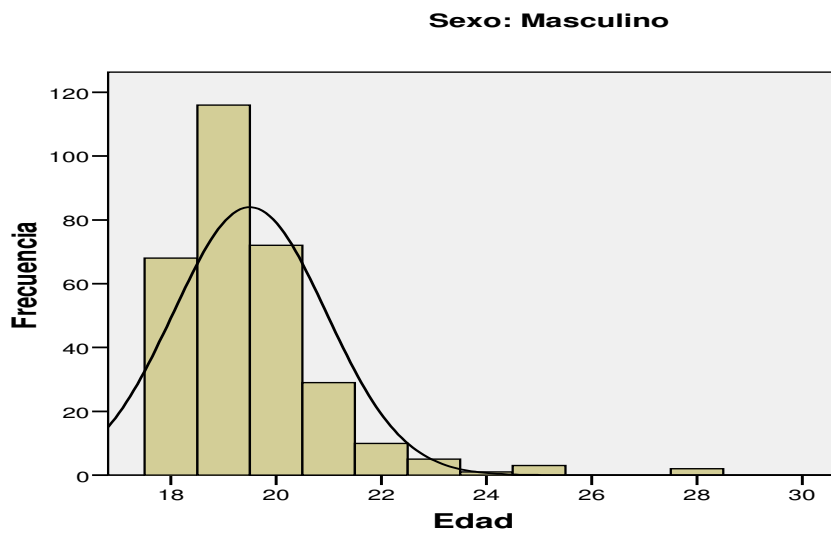


Fig. 4.2 Frecuencia de edad. Hombres.

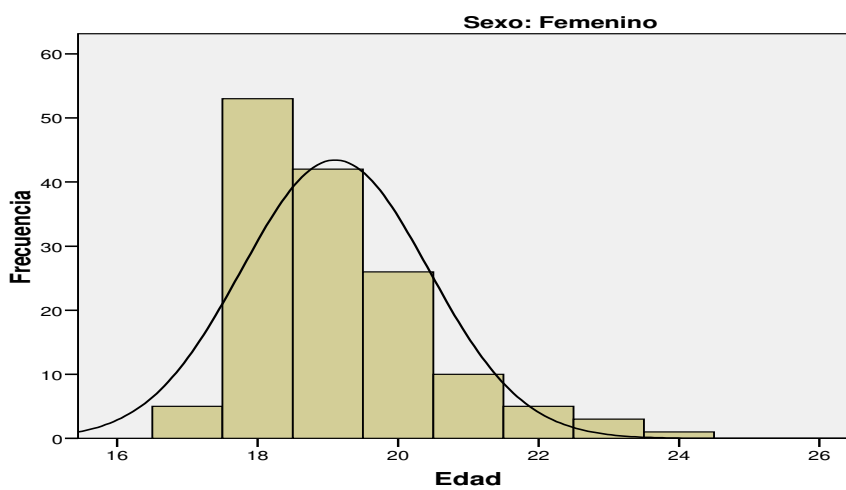


Fig. 4.3 Frecuencia de edad. Mujeres.

Tab. 4.2 Frecuencia y porcentaje del estado civil. Por sexo

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
SOLTERO	300	98%	142	98%
CASADO	6	2%	3	2%
TOTAL	306	100	145	100

4.1.2 Descripción de datos académicos

4.1.2.1 Muestra total

Respecto a los datos académicos se halló que el 70% de los estudiantes, se encuentra en su primer año escolar (ver tabla 4.3).

De las carreras impartidas en la institución un 36% cursa la carrera de metálica en el área automotriz siendo esta la de mayor demanda (ver tabla 4.4).

En cuanto al promedio de calificaciones los resultados indican que la media de calificaciones de la muestra total es de 8, con una desviación estándar de .63, la forma de la distribución es con un sesgo negativo muy bajo ($s=.86$) y una curtosis negativa muy baja ($c=.19$) lo que indica que la calificación mayoritaria en la muestra es de alrededor de ocho (ver figura 4.4).

Un 85% de la muestra percibe a su desempeño académico como bueno (ver tabla 4.5).

Tab. 4.3 Frecuencia y porcentaje del año escolar. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMERO	313	70%
SEGUNDO	138	30%
TOTAL	451	100

Tab. 4.4 Frecuencia y porcentaje de carrera. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO RESPONDE	36	8%
METALICA AREA AUTOMOTRIZ	161	36%
MANTENIMIENTO INDUSTRIAL	36	8%
ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA INDUSTRIAL	1	.2%
ELECTRONICA AUTOMOTRIZ	4	1%
TECNOLOGIA EN ALIMENTOS	32	7%
COMERCIALIZACIÓN	38	8%
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS	45	10%
TURISMO	98	2%
TOTAL	451	100

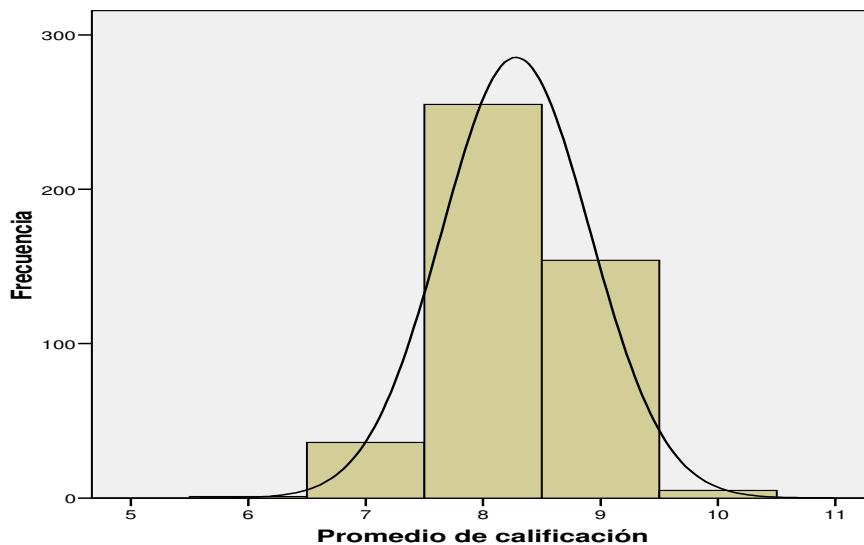


Fig. 4.4 Frecuencia y porcentaje de calificaciones. Muestra total.

Tab. 4.5 Frecuencia y porcentaje de desempeño académico percibido. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	29	7%
BUENO	385	85%
MALO	36	8%
MUY MALO	1	.2%
TOTAL	451	100

4.1.2.2 Por sexo

Los datos académicos indican que el 63%, de los hombres se encuentra en su primer año escolar. La mayoría de las mujeres con un 82% se encuentran en su primer año escolar (ver tabla 4.6).

De las carreras impartidas la que se encuentra con mayor demanda para el caso de los hombres es la carrera de metálica en el área automotriz con un 52%. La carrera de mayor demanda entre las mujeres es la de turismo con un 41% estudiando esta carrera (ver tabla 4.7).

En cuanto al promedio de calificaciones los resultados indican que la media de calificaciones para los hombres es de 8, con una desviación estándar de .62, la forma de la distribución es con un sesgo negativo muy bajo ($s=.003$) y una curtosis negativa muy baja ($c=.22$) lo que indica que la calificación mayoritaria en la muestra es de alrededor de ocho (ver figura 4.5). La media de calificaciones para las mujeres es de 8, con una desviación estándar de .62, la forma de la distribución es con un sesgo negativo muy bajo ($s=.26$) y una curtosis negativa muy baja ($c=.90$) lo que indica que la calificación mayoritaria en la muestra es de alrededor de ocho (ver figura 4.6).

Un 86% de los hombres perciben su desempeño académico como bueno. De igual forma el 83% de las mujeres perciben su desempeño académico como bueno (ver tabla 4.8).

Tab. 4.6 Frecuencia y porcentaje del año escolar. Por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
PRIMERO	194	63%	119	82%
SEGUNDO	112	37%	26	18%
TOTAL	306	100	145	100

Tab. 4.7 Frecuencia y porcentaje de carrera. Por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
NO RESPONDE	29	10%	7	5%
METALICA AREA AUTOMOTRIZ	158	52%	3	2%
MANTENIMIENTO INDUSTRIAL	32	10%	4	3%
ELEC. Y ATOMOTRIZ / ELECTRICIDAD Y ELEC. INDISTRIAL	4	1%	1	1%
TECNOLOGIA EN ALIMENTOS	12	4%	20	14%
COMERCIALIZACIÓN	10	3%	20	19%
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS	23	8%	22	15%
TURISMO	38	12%	60	41%
TOTAL	306	100	145	100

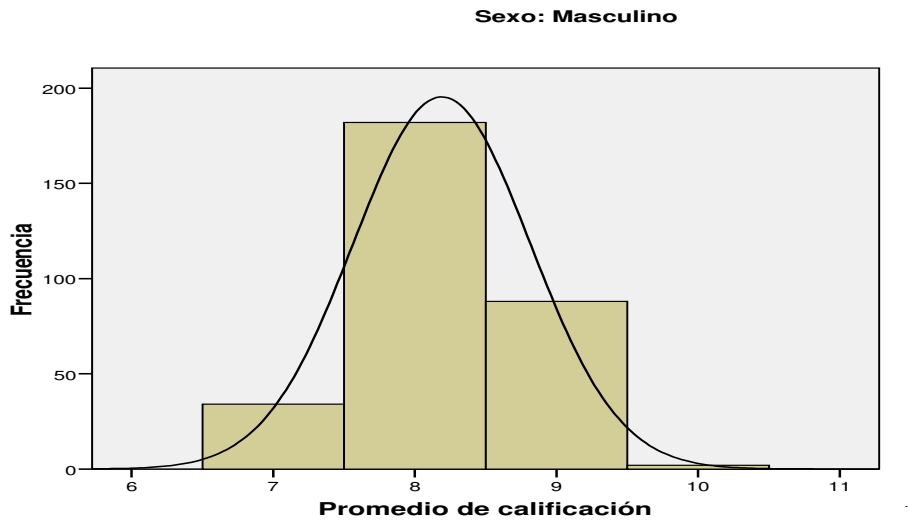


Fig. 4.5 Frecuencia y porcentaje de calificaciones. Hombres.

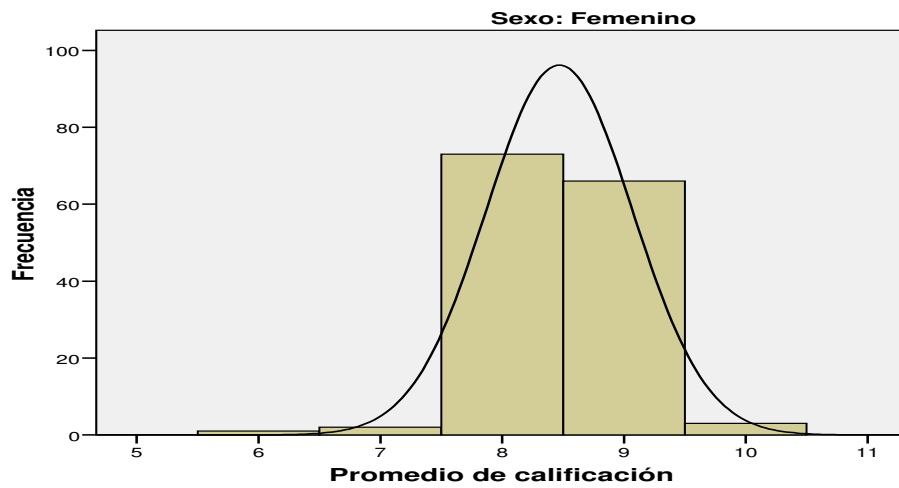


Fig. 4.6 Frecuencia y porcentaje de calificaciones. Mujeres.

Tab. 4.8 Frecuencia y porcentaje de desempeño académico percibido. Por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
EXCELENTE	15	5%	14	10%
BUENO	264	86%	121	83%
MALO	27	9%	9	6%
MUY MALO	0	0%	1	1%
TOTAL	306	100	145	100

4.1.3 Descripción de datos económicos

4.1.3.1 Muestra total

El análisis datos económicos señala que el 66% de los jóvenes manifiesta que su condición económica es buena, con respecto a un 29% que indica que es mala (ver tabla 4.9).

El 75% de los jóvenes respondió que el dinero que perciben solo les alcanza para pasajes y comidas (ver tabla 4.10).

Al preguntarles si el dinero con el que cuentan les alcanza para satisfacer sus necesidades, el 38% indicaron que estaban de acuerdo mientras que un 33% dijo estar en desacuerdo (ver tabla 4.11).

Tab. 4.9 Frecuencia y porcentaje de la percepción de la condición económica. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY BUENA	13	3%
BUENA	298	66%
MALA	130	29%
MUY MALA	10	2%
TOTAL	451	100

Tab. 4.10 Frecuencia y porcentaje sobre lo que alcanza el dinero principalmente. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO ME ALCANZA	40	9%
SOLO PASAJES Y COMIDA	337	75%
PASAJES, COMIDA, EXTRAS Y DIVERSIONES	74	16%
TOTAL	451	100

Tab. 4.11 Frecuencia y porcentaje sobre si el dinero con el que cuento me alcanza para satisfacer todas mis necesidades. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTALMENTE EN DESACUARDO	71	16%
EN DESACUARDO	151	33%
DE ACUERDO	172	38%
TOTALMENTE DE ACUERDO	57	13%
TOTAL	451	100

4.1.3.2 Por sexo

Los datos económicos indican que el 66% de los hombres y el 65% de las mujeres manifiestan que su condición económica es buena, (ver tabla 4.12).

El 77% de los hombres respondió que el dinero que perciben solo les alcanza para pasajes y comidas. En las mujeres el 70% respondió que el dinero que perciben solo les alcanza para pasajes y comidas (ver tabla 4.13).

En el análisis por sexo al preguntarles si el dinero con el que cuentan les alcanza para satisfacer sus necesidades, el 40% de los hombres y el 35% de las mujeres indicaron que estaban de acuerdo (ver tabla 4.14).

Tab. 4.12 Frecuencia y porcentaje de la percepción de la condición económica. Por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
MUY BUENA	9	3%	4	3%
BUENA	203	66%	95	65%
MALA	90	30%	40	28%
MUY MALA	4	1%	6	4%
TOTAL	306	100	145	100

Tab. 4.13 Frecuencia y porcentaje sobre lo que alcanza el dinero principalmente. Por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
NO ME ALCANZA	20	7%	20	14%
SOLO PASAJES Y COMIDA	236	77%	101	70%
PASAJES, COMIDA, EXTRAS Y DIVERSIONES	50	16%	24	16%
TOTAL	306	100	145	100

Tab. 4.14 Frecuencia y porcentaje sobre si el dinero con el que cuento me alcanza para satisfacer todas mis necesidades. Por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
TOTALMENTE EN DESACUARDO	35	11%	36	25%
EN DESACUARDO	111	36%	40	28%
DE ACUERDO	121	40%	51	35%
TOTALMENTE DE ACUERDO	39	13%	18	12%
TOTAL	306	100	145	100

4.1.4 Descripción de experiencias negativas

4.1.4.1 Muestra total

Al cuestionar si en los últimos meses han vivido alguna experiencia que ha alterado su vida, la mayoría de los jóvenes en este caso el 63% respondió que no, y el 37% indico que si (ver tabla 4.15).

De los jóvenes que indican, que si han vivido alguna experiencia que ha alterado su vida, el 40% responde que esta situación se relaciona con algún ámbito familiar, seguido de un 23% que revela que esta en relación a su vida en pareja (ver tabla 4.16).

El 50% de los jóvenes indican que no han sufrido la muerte de alguna persona importante para ellos, mientras un 47% si la ha vivido (ver tabla 4.17).

Con respecto a si habían sido víctimas de algún tipo de abuso sexual el 89% responde que no, el restante 11% indica que si (ver tabla 4.18).

En el ítem que cuestiona si han sido víctimas de situaciones humillantes se denota que el 61% de los jóvenes reporta que no, contra un 39% que indica que si (ver tabla 4.19).

Al preguntar cual es el problema personal que más les preocupa el 35% de los jóvenes indico no tener ningún problema seguido de un 22% que reportó que tenía que ver con algún conflicto familiar (ver tabla 4.20).

Tab. 4.15 Frecuencia y porcentaje sobre si en los últimos meses han vivido alguna experiencia que ha alterado su vida. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	167	37%
NO	284	63%
TOTAL	451	100

Tab. 4.16 Frecuencia y porcentaje sobre lo que se relaciona con lo que ha trastornado su vida. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FAMILIA	67	40%
PAREJA	39	23%
AMISTADES	18	11%
ESCUELA	10	6%
TRABAJO	17	10%
SALUD	13	8%
OTRO	3	2%
TOTAL	167	100

Tab. 4.17 Frecuencia y porcentaje de jóvenes que sufrieron una muerte importante en su Vida. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO RESPONDE	13	3%
SI	213	47%
NO	225	50%
TOTAL	451	100

Tab. 4.18 Frecuencia y porcentaje de alguna forma de abuso sexual. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	48	11%
NO	403	89%
TOTAL	451	100

Tab. 4.19 Frecuencia y porcentaje sobre si han sido víctimas de situaciones humillantes. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	175	39%
NO	276	61%
TOTAL	451	100

Tab. 4.20 Frecuencia y porcentaje del problema personal que más les preocupa. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FAMILIAR	100	22%
PERSONAL	96	21%
ESCOLAR	62	14%
2 O MÁS PROBLEMAS	36	8%
NO PROBLEMAS	157	35%
TOTAL	451	100

4.1.4.2 Por sexo

Al cuestionar si en los últimos meses han vivido alguna experiencia que ha alterado su vida, el 69% de los hombres indicó que no, contra un 31% que sí. El 50% de las mujeres señalaron que sí (ver tabla 4.21).

En cuanto a los que indicaron que sí han vivido alguna experiencia que ha alterado su vida y con respecto a la situación que se relaciona con ello, el 38% de los hombres y el 43% de las mujeres señalan que es en relación a la familia (ver tabla 4.22).

El 45% de los hombres señala que sí han sufrido alguna muerte importante en su vida porcentaje menor que en las mujeres ya que el 52% de ellas señalan que sí han sufrido alguna muerte importante en su vida (ver tabla 4.23).

Con respecto a si habían sido víctimas de algún tipo de abuso sexual el 94% de los hombres y el 81% de las mujeres, responden que no (ver tabla 4.24).

Con respecto a si han sido víctimas de situaciones humillantes el 64% de los hombres y el 54% de las mujeres reportan que no, (ver tabla 4.25).

En análisis por sexo, al preguntar cual es el problema personal que más les preocupa, la mayoría de los hombres en este caso el 38% reportó no tener ningún problema seguido de un 22% que indica que tiene que ver en relación a alguna cuestión personal. En cuanto a las mujeres el 29% indicó no tener problemas seguido de un 27% que indica que tiene que ver en relación a alguna cuestión familiar (ver tabla 4.26).

Tab. 4.21 Frecuencia y porcentaje sobre si en los últimos meses han vivido alguna experiencia que ha alterado su vida. Por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
SI	95	31%	72	50%
NO	211	69%	73	50%
TOTAL	306	100	145	100

Tab. 4.22 Frecuencia y porcentaje sobre lo que se relaciona con lo que ha trastornado su vida. Por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
FAMILIA	36	38%	31	43%
PAREJA	27	28%	12	17%
AMISTADES	8	8%	10	14%
ESCUELA	7	7%	3	4%
TRABAJO	10	10%	7	10%
SALUD	4	4%	9	12%
OTRO	3	3%	0	0%
TOTAL	95	100	72	100

Tab. 4.23 Frecuencia y porcentaje de jóvenes que sufrieron una muerte importante en su Vida. Por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
NO RESPONDE	5	2%	8	6%
SI	137	45%	76	52%
NO	164	53%	61	42%
TOTAL	306	100	145	100

Tab. 4.24 Frecuencia y porcentaje de alguna forma de abuso sexual. Por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
SI	20	6%	28	19%
NO	286	94%	117	81%
TOTAL	306	100	145	100

Tab. 4.25 Frecuencia y porcentaje sobre si han sido víctimas de situaciones humillantes. Por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
SI	109	37%	66	46%
NO	197	64%	79	54%
TOTAL	306	100	145	100

Tab. 4.26 Frecuencia y porcentaje del problema personal que más les preocupa. Por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
FAMILIAR	61	20%	39	27%
PERSONAL	66	22%	30	21%
ESCOLAR	40	13%	22	15%
2 O MÁS PROBLEMAS	24	8%	12	8%
NO PROBLEMAS	115	38%	42	29%
TOTAL	306	100	145	100

4.1.5 Descripción de atención psicológica

4.1.5.1 Muestra total

Con respecto a si han recibido atención psicológica o psiquiátrica la mayoría de los jóvenes con el 86% indica que no, contra un 14% que indica que si (ver tabla 4.27).

Entre las causas por las cuales recibieron atención psicológica o psiquiátrica se denota que un 25% de los jóvenes indico que fue a causa de trastornos emocionales, seguido de otro 25% que indican que fue a causa de problemas familiares (ver tabla 4.28).

A pesar de que algunos jóvenes indican que en alguna etapa de su vida habían recibido atención psicológica, cabe destacar que para el momento de la investigación ya no se encontraban bajo ningún tratamiento psicológico (ver tabla 4.29).

Tab. 4.27 Frecuencia y porcentaje sobre si han recibido atención psicológica o psiquiátrica. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	61	14%
NO	390	86%
TOTAL	451	100

Tab. 4.28 Frecuencia y porcentaje de las causas por las que recibió atención psicológica. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>TRASTORNOS EMOCIONALES</i>	16	25%
<i>TRAUMAS</i>	5	8%
<i>PROBLEMAS FAMILIARES</i>	15	25%
<i>SOLO SOLICITÓ AYUDA</i>	9	15%
<i>PROBLEMAS DE LENGUAJE, FOBIA, ME ASUSTO, OTRA</i>	6	10%
<i>DOS CATEGORÍAS</i>	1	2%
<i>PROBLEMAS ACADÉMICOS</i>	2	3%
<i>PROBLEMAS DE CONDUCTA</i>	7	11%
<i>TOTAL</i>	61	100

Tab. 4.29 Frecuencia y porcentaje de jóvenes que actualmente se encuentran en tratamiento psicológico. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	451	100%
TOTAL	451	100

4.1.7.2 Por sexo

En relación al análisis por sexo el 89% de los hombres y el 81% de las mujeres indica que no han recibido atención psicológica, contra un 11% de hombres y un 19% de mujeres que indican que si (ver tabla 4.30).

De los que si han recibido atención psicológica el 24% de los hombres indico que fue a causa de problemas familiares, le siguen los trastornos emocionales con un 22%. Mientras que un 29% de las mujeres señalo que fue a causa de trastornos emocionales (ver tabla 4.31).

No se encontró ningún caso en el cual alguno de los jóvenes se encontrara bajo tratamiento psicológico en el momento de la investigación (ver tabla 4.32)

Tab. 4.30 Frecuencia y porcentaje sobre si han recibido atención psicológica o psiquiátrica. Por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
SI	33	11%	28	19%
NO	273	89%	117	81%
TOTAL	306	100	145	100

Tab. 4.31 Frecuencia y porcentaje de las causas por las que recibió atención psicológica. Por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
<i>TRASTORNOS EMOCIONALES</i>	7	22%	8	29%
<i>TRAUMAS</i>	2	6%	3	12%
<i>PROBLEMAS FAMILIARES</i>	8	24%	7	25%
<i>SOLO SOLICITÓ AYUDA</i>	6	18%	3	12%
<i>PROBLEMAS DE LENGUAJE, FOBIA, ME ASUSTO, OTRA</i>	4	12%	2	7%
<i>DOS CATEGORÍAS</i>	0	0%	1	4%
<i>PROBLEMAS ACADÉMICOS</i>	2	6%	0	0%
<i>PROBLEMAS DE CONDUCTA</i>	4	12%	3	11%
<i>TOTAL</i>	33	100	28	100

Tab. 4.32 Frecuencia y porcentaje de jóvenes que actualmente se encuentran en tratamiento psicológico, por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
SI	0	0%	0	0%
NO	306	100%	145	100%
TOTAL	306	100	145	100

4.1.6 Descripción de datos de apoyo

4.1.6.1 Muestra total

En cuanto a los datos de apoyo al cuestionar si los jóvenes practican alguna religión, los resultados indican que el 54% menciona que si, mientras que el 46% indica que no (ver tabla 4.33).

En relación a los que contestaron que si practican alguna religión y al evaluar como es que consideran su actividad religiosa, el 47% considera que es suficiente mientras que el 36% la considera escasa (Ver tabla 4.34).

La mayoría de los jóvenes, el 67% no consume ningún tipo de sustancia para sentirse bien, mientras que el 33% de los jóvenes consumen algo para sentirse bien (ver tabla 4.35).

De los jóvenes que consumen algo para sentirse bien el 36% consume café o té (ver tabla 4.36).

Al cuestionar sobre cual es la percepción de la disciplina que recibieron en la infancia el 69% responde que ni muchas reglas ni muchos castigos, mientras que un 26% indica que fue con muchas reglas y muchos castigos (ver tabla 4.37).

Tab. 4.33 Frecuencia y porcentaje sobre la práctica de alguna religión. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	242	54%
NO	209	46%
TOTAL	451	100

Tab. 4.34 Frecuencia y porcentaje sobre como consideran su actividad religiosa. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUCHA	25	10%
SUFICIENTE	114	47%
ESCASA	86	36%
CASI NULA	17	7%
TOTAL	242	100

Tab. 4.35 Frecuencia y porcentaje sobre si consumen algo para sentirse bien. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	147	33%
NO	304	67%
TOTAL	451	100

Tab. 4.36 Frecuencia y porcentaje sobre lo que consumen los jóvenes para sentirse bien. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CIGARROS	23	16%
CAFÉ O TÉ	53	36%
ALCOHOL	17	12%
MEDICAMENTOS, CAFIASPIRINAS	9	6%
AGUA, AGUA DE SABOR Y EJERCICIO, OTRO	13	9%
MARCA DOS	14	10%
MARCA MÁS DE DOS	13	9%
CHOCOLATE, REFRESCO, DULCES, COMIDA CHATARRA	2	1%
VITAMINAS, BEBIDAS ENERGIZANTES, PROTEÍNAS, PRODUCTOS DE SALUD	2	1%
TOTAL	147	100

Tab. 4.37 Frecuencia y porcentaje de percepción de disciplina recibida en la infancia. Muestra total

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN REGLAS NI CASTIGOS	23	5%
NI MUCHAS REGLAS NI MUCHOS CASTIGOS	312	69%
MUCHAS REGLAS Y MUCHOS CASTIGOS	116	26%
TOTAL	451	100

4.1.6.2 Por sexo

Respecto a los datos de apoyo y en relación al análisis por sexo el porcentaje de hombres que practica alguna religión es de 49%, porcentaje menor en comparación al de las mujeres con un 64% (ver tabla 4.38).

De los que si practican alguna religión el 46% de los hombres y el 47% de las mujeres indican que es suficiente (Ver tabla 4.39).

La mayoría de los hombres en este caso el 65%, indica que no consumen nada para sentirse bien, mientras que el 35% restante señalan que si. En cuanto a las mujeres el 73% no consumen nada para sentirse bien, mientras que un 27% si (ver tabla 4.40).

De los jóvenes que respondieron consumir algo para sentirse bien, el 33% de los hombres y el 44% de las mujeres indico que consume café o té (ver tabla 4.41).

Con respecto a la disciplina que recibieron en la infancia el análisis por sexo nos indica que el 68% de los hombres señala que su disciplina fue basada ni en muchas reglas ni en muchos castigos, mientras que un 72% de las mujeres de igual forma indica que fue basada ni en muchas reglas ni en muchos castigos (ver tabla 4.42).

Tab. 4.38 Frecuencia y porcentaje sobre la práctica de alguna religión. Por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
SI	149	49%	93	64%
NO	157	51%	52	36%
TOTAL	306	100	145	100

Tab. 4.39 Frecuencia y porcentaje sobre como consideran su actividad religiosa. Por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
MUCHA	18	12%	7	7%
SUFICIENTE	69	46%	44	47%
ESCASA	46	31%	40	43%
CASI NULA	15	10%	2	2%
TOTAL	148	100	93	100

Tab. 4.40 Frecuencia y porcentaje sobre si consumen algo para sentirse bien. Por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
SI	108	35%	38	27%
NO	198	65%	107	73%
TOTAL	306	100	145	100

Tab. 4.41 Frecuencia y porcentaje sobre lo que consumen los jóvenes para sentirse bien.
Per sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
CIGARROS	20	18%	3	8%
CAFÉ O TÉ	36	33%	17	44%
ALCOHOL	15	14%	2	5%
MEDICAMENTOS, CAFIASPIRINAS	5	5%	4	10%
AGUA, AGUA DE SABOR Y EJERCICIO, OTRO	7	6%	6	15%
MARCA, DOS	12	11%	2	5%
MARCA MÁS DE DOS	10	9%	3	8%
CHOCOLATE, REFRESCO, DULCES, COMIDA CHATARRA	1	1%	1	3%
VITAMINAS, BEBIDAS ENERGIZANTES, PROTEÍNAS, PRODUCTOS DE SALUD	2	2%	0	0%
TOTAL	108	100	39	100

Tab. 4.42 Frecuencia y porcentaje de percepción de disciplina recibida en la infancia. Por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
SIN REGLAS NI CASTIGOS	16	5%	7	5%
NI MUCHAS REGLAS NI MUCHOS CASTIGOS	207	68%	105	72%
MUCHAS REGLAS Y MUCHOS CASTIGOS	83	27%	33	23%
TOTAL	306	100	145	100

4.1.7 Descripción de antecedente suicida

4.1.7.1 Muestra total

Con respecto al análisis del antecedente suicida los resultados indican que la mayoría de los jóvenes un 82% no ha vivido el intento o suicidio de alguna persona cercana, mientras que un 18% indica que si (ver tabla 4.43).

También se les preguntó a los jóvenes si han intentado suicidarse a lo cual el 91% respondió que no, mientras que un 10% indico que si lo ha intentado (ver tabla 4.44).

De los jóvenes que indicaron que se han intentado suicidarse la mayoría de ellos con un 60% reportó que solo lo ha intentado una sola vez (ver tabla 4.45).

Tab. 4.43 Frecuencia y porcentaje sobre si alguna persona cercana se ha suicidado o intentado suicidarse. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	80	18%
NO	371	82%
TOTAL	451	100

Tab. 4.44 Frecuencia y porcentaje sobre si han intentado suicidarse. Muestra total

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	40	10%
NO	411	91%
TOTAL	451	100

Tab. 4.45 Frecuencia y porcentaje sobre cuantas veces han intentado suicidarse. Muestra total.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UNA	24	60%
DOS	11	28%
TRES	4	10%
MÁS DE TRES	1	2%
TOTAL	40	100

4.1.7.2 Por sexo

Con respecto al análisis de resultados por sexo del antecedente suicida se encontró que el 85% de los hombres no ha experimentado el intento o suicidio de alguna persona cercana contra un 15% que si. Con respecto a las mujeres se encontró que el 77% no ha vivido el intento o suicidio de alguna persona cercana contra un 23% que si (ver tabla 4.46).

La mayoría de los hombres y mujeres no ha intentado suicidarse con un 95% y 82% respectivamente, sin embargo podemos observar que hay un porcentaje más alto de mujeres que han intentado suicidarse siendo que hay un 5% de hombres contra un 18% de mujeres que han intentado suicidarse (ver tabla 4.47).

Tanto en hombres como en mujeres la mayoría de quienes han intentado suicidarse solo lo han realizado una solo vez con un 64% y 57%, respectivamente (ver tabla 4.48).

Tab. 4.46 Frecuencia y porcentaje sobre si alguna persona cercana se ha suicidado o intentado suicidarse. Por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
SI	47	15%	33	23%
NO	259	85%	112	77%
TOTAL	306	100	145	100

Tab. 4.47 Frecuencia y porcentaje sobre si han intentado suicidarse. Por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
SI	14	5%	26	18%
NO	292	95%	119	82%
TOTAL	306	100	145	100

Tab. 4.48 Frecuencia y porcentaje sobre cuantas veces han intentado suicidarse. Por sexo.

	FRECUENCIA HOMBRES	PORCENTAJE HOMBRES	FRECUENCIA MUJERES	PORCENTAJE MUJERES
UNA	9	64%	15	57%
DOS	3	22%	8	31%
TRES	1	7%	3	12%
MÁS DE TRES	1	7%	0	0%
TOTAL	14	100	26	100

4.1.8 Análisis final

A continuación se presenta el análisis final, en cuanto a los resultados obtenidos de las variables de identificación personal.

La muestra quedó conformada por un total 451 jóvenes, 306 hombres y 145 mujeres, con una media de edad de 19 años, el 98% de ellos se declaraba soltero. En relación a los datos académicos el 70%, se encuentra en su primer año escolar, el 52% de los hombres estudian la carrera de metálica en el área automotriz y el 41% de las mujeres turismo, para ambos el promedio de calificaciones es de ocho con un desempeño académico percibido como bueno.

Los datos económicos son muy generales encontrando que el 66% de los jóvenes manifiesta que su condición económica es buena, el 75% indica que el dinero que perciben solo les alcanza para pasajes y comidas y el 38% menciona estar de acuerdo en que el dinero con el que cuentan les alcanza para satisfacer sus necesidades contra un 33% que esta en desacuerdo.

El análisis de las experiencias negativas muestra que el 69% de los hombres indicaron que no han vivido alguna experiencia que ha alterado su vida contra un 31% que si, el 50% de las mujeres señalaron que si; en cuanto a los que indicaron que si han vivido alguna experiencia que ha alterado su vida y con respecto a la situación que se relaciona con ello, el 38% de los hombres y el 43% de las mujeres señalan que es en relación a la familia; el 45% de los hombres indica que si han sufrido alguna muerte importante en su vida, porcentaje menor que en las mujeres con un 52%; con respecto a si habían sido víctimas de algún tipo de abuso sexual el 89% de los jóvenes responde que no; el 61% de los jóvenes reporta que no han sido víctimas de situaciones humillantes, al preguntar cual es el problema personal que más les preocupa el 35% de los jóvenes indicaron no tener ningún problema seguido de un 22% que reportó que tenía que ver con algún conflicto familiar.

Con respecto a si han recibido atención psicológica o psiquiátrica la mayoría de los jóvenes con el 86% indica que no, contra un 14% que señala que si; entre las causas por las cuales recibieron atención psicológica están los trastornos emocionales y problemas familiares principalmente, destacando que para el momento de la investigación ninguno de los participantes se encontraba bajo ningún tratamiento psicológico.

En cuanto a los datos de apoyo el porcentaje de hombres que practica alguna religión es de 49%, porcentaje menor en comparación al de las mujeres con un 64%; de los que si practican alguna religión el 46% de los hombres y el 47% de las mujeres indican que es suficiente, la minoría de los jóvenes en este caso el 33% consumen algo para sentirse bien, prefiriendo el consumo de café o te, al cuestionar sobre cual es la percepción de la disciplina que recibieron en la infancia el 69% responde que ni muchas reglas ni muchos castigos, mientras que un 26% indica que fue con muchas reglas y muchos castigos.

Con respecto al antecedente suicida los resultados indican que la mayoría de los jóvenes un 82% no ha vivido el intento o suicidio de alguna persona cercana, mientras que un 18% indica que si, también se les pregunto que si han intentado suicidarse a lo cual solo el 10% indico que si de los cuales la mayoría solo lo ha intentado una sola vez.

4.2 Ajuste psicométrico de escalas y reactivos: confiabilidad y validez.

En el ajuste de las escalas y los reactivos se realizó una revisión de la agrupación de los reactivos en factores de acuerdo a la escala; para esto se empleó un análisis factorial, eliminando los reactivos con carga menor de 0.40 y que se agruparan en más de un factor, finalmente se realizó un análisis de fiabilidad, eliminando a los reactivos que afectaran la confiabilidad de la escala.

Los resultados del análisis factorial y de confiabilidad para cada una de las escalas en la muestra total se observa en la tabla 4.49, para el caso de los hombres en la tabla 4.50 y para el caso de las mujeres en la tabla 4.51. (Ver anexo, tabla 4.49, 4.50 y 4.51).

4.2.1 Escala de actitudes y creencia disfuncionales

4.2.1.1 Muestra total

La escala de actitudes y creencias disfuncionales, en su versión original integrada en el instrumento “detección de ideación suicida en jóvenes” está compuesta por 23 reactivos de los cuales 7 fueron eliminados por no contar con los criterios de confiabilidad, quedando un total de 16 reactivos, la escala se agrupó en tres factores, el primero denominado de éxito-aprobación cuenta con una confiabilidad de .72, el segundo factor aprobación-comodidad tiene una confiabilidad de .67 y el tercer factor comodidad presenta una confiabilidad de .67. La escala ostenta una varianza explicada total de 44.2% y una confiabilidad total .82 (Ver anexo, tabla 4.49).

4.2.1.2 Por sexo

El análisis de la escala de actitudes y creencias disfuncionales para el caso de los hombres indica que la escala se agrupa en cuatro factores el prime factor denominado comodidad-éxito cuenta con una confiabilidad de .66, el segundo factor comodidad-éxito-aprobación tiene una confiabilidad de .63, el tercero aprobación-comodidad tiene una confiabilidad de .65 y el cuarto comodidad-aprobación-éxito muestra una confiabilidad de .59. La escala presenta una varianza explicada total de 49.9% y una confiabilidad total .81 (Ver anexo, tabla 4.50).

En el caso de las mujeres la escala se agrupa en cuatro factores, el primer factor comodidad-éxito presenta una confiabilidad de .73, el segundo factor comodidad-éxito-aprobación tiene una confiabilidad de .73, el tercer facto denominado comodidad, tiene una confiabilidad de .40 y el cuarto y ultimo factor aprobación-comodidad tiene una confiabilidad de .65. La escala presenta una varianza explicada total de 55.8% y una confiabilidad total .85 (Ver anexo, tabla 4.51).

4.2.2 Escala de locus de control externo

4.2.2.1 Muestra total

El análisis de resultados de la escala de locus de control para la muestra total indica que esta escala esta compuesta por 7 reactivos, de los cuales 4 tuvieron que ser eliminados, por lo cual quedó conformada solo por tres reactivos agrupándose en un solo factor denominado locus de control externo. La escala presenta una varianza explicada total de 64.3% y una confiabilidad total .72 (Ver anexo, tabla 4.49).

4.2.2.2 Por sexo

Para el caso de los hombres, la escala cuenta con una varianza total explicada de 63.4%, se agrupa en un solo factor con una confiabilidad de .71 (Ver anexo, tabla 4.50).

En las mujeres se encontró una varianza explicada de 66.0%, agrupándose en un solo factor con una confiabilidad de .74 (Ver anexo, tabla 4.51).

4.2.3 Escala de apego social

4.2.3.1 Muestra total

Respecto a la escala de apego social, no se eliminó ninguno de los 6 ítems que la conforman, se agrupa en dos factores, apego social familiar con una confiabilidad de .76 y apego social de amigos con una confiabilidad de .84. La escala presenta una varianza explicada total de 72.9% y una confiabilidad total .79 (Ver anexo, tabla 4.49).

4.2.3.2 Por sexo

Para el caso de los hombres, la escala se agrupa en los mismos dos factores que en la muestra total, obteniendo una confiabilidad de .75 para el primer factor y de .84 para el segundo. Presenta una varianza total explicada de 72.1% y una confiabilidad total .77 (Ver anexo, tabla 4.50).

En el caso de las mujeres, el análisis indica que la escala se agrupa en los dos mismos factores con una confiabilidad de .79 para el primer factor y de .85 para el segundo. Con una varianza total explicada de 75.2% y una confiabilidad total .83 (Ver anexo, tabla 4.51).

Podemos observar que no hay diferencia significativa en la confiabilidad y validez de la escala en relación a la muestra total y en cuanto al análisis de hombres y mujeres.

4.2.4 Escala de desesperanza

4.2.4.1 Muestra total

En cuanto a la escala de desesperanza no se excluyó ninguno de los reactivos que la componen, agrupándose en dos factores de cuatro reactivos cada uno, con una confiabilidad de .63 para el primer factor, futuro positivo y .71 para el segundo factor, futuro negativo. La varianza total explicada de la escala fue de 51.5% con una confiabilidad total de .69 (Ver anexo, tabla 4.49).

4.2.4.2 Por sexo

Para en el caso de los hombres el análisis de resultados indica que la escala se agrupa en dos factores el primero denominado futuro positivo y el segundo futuro negativo, obteniendo una confiabilidad de .64 en el primer factor y de .68 en el segundo. La varianza total explicada de la escala fue de 50.8% con una confiabilidad total de .69 (Ver anexo, tabla 4.50).

Para en el caso de las mujeres los resultados indican que la escala se agrupa en los mismos dos factores con una confiabilidad de .58 en el primer factor y de .77 en el segundo. Con una varianza total explicada de 53.9% con una confiabilidad total de .73 (Ver anexo, tabla 4.51).

En el análisis por sexo se observa que la confiabilidad total es mayor en el caso de las mujeres, sin embargo la confiabilidad en el primer factor de la escala es mayor en los hombres y en el segundo factor en mayor en las mujeres.

4.2.5 Escala de agresión

4.2.5.1 Muestra total

La escala de agresión esta compuesta por 3 reactivos de los cuales ninguno tuvo que ser eliminado, agrupándose en un solo factor. La escala en el análisis de la muestra total presenta una varianza total explicada de 54.5%, la confiabilidad de la escala es baja con una confiabilidad total de .58 (Ver anexo, tabla 4.49).

La escala de agresión en lo concerniente a la muestra total no cuenta con los criterios de confiabilidad y validez ya antes mencionados por lo cual será eliminada del resto del análisis.

4.2.5.2 Por sexo

En el análisis por sexo la escala en el caso de los hombres muestra una varianza total explicada de 52.7% y una confiabilidad de .54 (Ver anexo, tabla 4.50).

Para el caso de las mujeres, la escala cuenta con una varianza total explicada de 68.6% y una confiabilidad de .64 (Ver anexo, tabla 4.51).

Respecto al análisis por sexo la escala no cuenta con los criterios de confiabilidad y validez ya antes mencionados por lo cual será eliminada del resto del análisis.

4.2.6 Escala de estado emocional

4.2.6.1 Muestra total

El análisis de resultados de la escala de estado emocional para la muestra total, indica que la escala esta compuesta por 5 reactivos, de los cuales solo uno fue eliminado por lo cual la escala quedó conformada por 4 reactivos, agrupándose en un solo factor. La escala presenta una varianza explicada total de 60.3 % y una confiabilidad total .77 (Ver anexo, tabla 4.49).

4.2.6.2 Por sexo

Para el caso de los hombres, la escala se agrupa en un solo factor y cuenta con una varianza total explicada de 59.2% y una confiabilidad de .76 (Ver anexo, tabla 4.50).

Para el caso de las mujeres, también se agrupa en un factor y cuenta con una varianza total explicada de 63.4% y una confiabilidad de .80 (Ver anexo, tabla 4.51).

4.2.7 Escala de ideación suicida

4.2.7.1 Muestra total

En la escala de ideación suicida solo uno de sus 4 reactivos fue eliminado, la escala se agrupo en un solo factor, obteniendo una varianza total de 70.8% y una confiabilidad de .79 (Ver anexo, tabla 4.49).

4.2.7.2 Por sexo

Para los hombres y mujeres la escala se agrupa en un solo factor. En los hombres la escala cuenta con una varianza total de 69.2% y una confiabilidad de .77 (Ver anexo, tabla 4.50).

En las mujeres se encontró una varianza de 74.4% y con una confiabilidad de .82 (Ver anexo, tabla 4.51).

4.2.8 Análisis final

El siguiente es un resumen de los resultados obtenidos del ajuste psicométrico de las escalas y los reactivos.

La escala de actitudes y creencias disfuncionales, esta compuesta por 23 reactivos de los cuales 7 fueron eliminados, quedando compuesta por 16 reactivos, agrupándose en tres factores. La escala presenta una varianza explicada total de 44.2% y una confiabilidad total .82. Para el caso de los hombres la escala se agrupa en cuatro factores. Con una varianza explicada total de 49.9% y una confiabilidad total .81. En el caso de las mujeres la escala se agrupa en cuatro factores. Mostrando una varianza explicada total de 55.8% y una confiabilidad total .85.

En relación a la escala de locus de control, los resultados indican que en la muestra total la escala esta compuesta por 7 reactivos, de los cuales 4 fueron eliminados, por lo cual quedó conformada por tres reactivos agrupándose en un solo factor denominado locus de control externo. La escala presenta una varianza explicada total de 64.3% y una confiabilidad total .72. Con respecto a los hombres la escala cuenta con una varianza total explicada de 63.4%, se agrupa en un solo factor con una confiabilidad de .71. En las mujeres se encontró una varianza explicada de 66.0%, agrupándose en un solo factor con una confiabilidad de .74.

Respecto a la escala de apego social, no se eliminó ninguno de los 6 ítems que la conforman, se agrupa en dos factores, apego social familiar y apego social de amigos. La escala presenta una varianza explicada total de 72.9% y una confiabilidad total .79. Para el caso de los hombres la escala se agrupa en los mismos dos factores que en la muestra total, obteniendo una confiabilidad de .75 para el primer factor y de .84 para el segundo. Presenta una varianza total explicada de 72.1% y una confiabilidad total .77. En el caso de las mujeres el análisis indica que la escala se agrupa en los dos mismos factores con una

confiabilidad de .79 para el primer factor y de .85 para el segundo. Con una varianza total explicada de 75.2% y una confiabilidad total .83.

En cuanto a la escala de desesperanza no se excluyó ninguno de los reactivos que la componen, agrupándose en dos factores con una confiabilidad de .63 para el primer factor, futuro positivo y .71 para el segundo factor, futuro negativo. La varianza total explicada de la escala fue de 51.5% con una confiabilidad total de .69. En el caso de los hombres la escala se agrupa en los mismos dos factores que la muestra total, obteniendo una confiabilidad de .64 en el primer factor y de .68 en el segundo. La varianza total explicada de la escala fue de 50.8% con una confiabilidad total de .69. En las mujeres la escala se agrupa en los mismos dos factores, con una confiabilidad de .58 en el primer factor y de .77 en el segundo. Con una varianza total explicada de 53.9% con una confiabilidad total de .73.

La escala de agresión esta compuesta por 3 reactivos de los cuales ninguno fue eliminado, agrupándose en un solo factor. La escala en el análisis de la muestra total presenta una varianza total explicada de 54.5%, la confiabilidad de la escala es baja con una confiabilidad total de .58. La escala en lo concerniente a la muestra total no cuenta con criterios de confiabilidad y validez. La escala en el caso de los hombres muestra una varianza total explicada de 52.7 % y una confiabilidad de .54. Para el caso de las mujeres la escala cuenta con una varianza total explicada de 68.6% y una confiabilidad de .64. Tanto para los hombres como mujeres la escala no cuenta con criterios de confiabilidad y validez.

La escala de estado emocional para la muestra total indica que esta compuesta por 5 reactivos, de los cuales solo uno fue eliminado, agrupándose en un solo factor. La escala presenta una varianza explicada total de 60.3% y una confiabilidad total .77. Para el caso de los hombres la escala se agrupa en un solo factor y cuenta con una varianza total explicada de 59.2% y una confiabilidad de .76. Para el caso de las mujeres también se agrupa en un factor y cuenta con una varianza total explicada de 63.4% y una confiabilidad de .80.

Finalmente en la escala de ideación suicida, solo uno de sus 4 reactivos fue eliminado, la escala se agrupo en un solo factor obteniendo una varianza total de 70.8% y una confiabilidad de .79. Para los hombres y mujeres la escala se agrupa en un solo factor. En los hombres la escala cuenta con una varianza total de 69.2% y una confiabilidad de .77. En las mujeres se encontró una varianza de 74.4% y con una confiabilidad de .82.

4.3 Comprobación de hipótesis de investigación

El objetivo del siguiente apartado es comprobar de forma estadística las hipótesis planteadas en la presente investigación.

- Hipótesis 1.

Menos del 10% de los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero presentaran ideación suicida alta.

Para comprobar la hipótesis se realizó un análisis de frecuencias, donde la ideación suicida alta se consideró a partir de la media (1.31), más menos dos desviaciones estándar (2.28) lo que nos da 6.95 puntos, redondeando a 7. Así que la ideación suicida alta se considerara por arriba de estos 7 puntos. Encontrándose que el 4.9% de la muestra total manifestaron ideación suicida alta, por lo tanto en esta muestra fue aceptada la hipótesis de investigación (ver tabla 4.52).

Tab. 4.52 Punto de corte de la ideación suicida, la media más menos dos desviaciones estándar.

I.S	Desviación estándar	-2 Desviaciones estándar	-1 Desviaciones estándar	Media	+1 Desviaciones estándar	+2 Desviaciones estándar
Total	2.82	-4.33	-1.51	1.31	4.13	6.95

- Hipótesis 2.

El porcentaje de ideación suicida alta será diferente entre hombres y mujeres estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.

Para comprobar esta hipótesis se realizó una t de student de medidas independientes. Probabilísticamente en esta muestra no existe evidencia para aceptar la hipótesis de investigación.

$t = 0.46$, $gl = 12$, $p > .05$

Encontrado que el promedio de puntuación para los hombres fue de 10.1 y el promedio de puntuación de las mujeres fue de 13.3, por lo tanto en esta muestra no hubo diferencia significativa entre hombres y mujeres respecto a la manifestación de ideación suicida alta.

- Hipótesis 3.

Las variables psicológicas tendrán una relación jerárquica con la ideación suicida en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.

Para comprobar esta hipótesis se realizó un análisis de regresión múltiple para analizar el efecto de dos o más variables independientes (variables psicológicas) sobre la variable dependiente (ideación suicida). La hipótesis 3 se acepta en la muestra empleada ya que las variables psicológicas (estado emocional y apoyo familiar) se relacionan jerárquicamente con la ideación suicida.

La ecuación de regresión es: $Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + \dots + b_nX_n + E$. Donde el resultado de introducir las variables psicológicas, arrojó la siguiente ecuación:

$I.S = .342 + (.452) \text{ estado emocional} + (-.100) \text{ apoyo familiar} + E$

$F = 69.4$, $gl = 2$, $p < .05$, $r^2 = .236$

La asociación jerárquica de las variables psicológicas que pueden aumentar el riesgo de que se presente ideación suicida es la siguiente:

1. Estado emocional
2. Apoyo familiar

La suma de estas variables se asocia a la ideación suicida. El modelo, arrojó una $r^2 = .236$; así que la ideación suicida fue explicada por el modelo en un 23.6%. Aceptándose la hipótesis de investigación en la muestra empleada.

- Hipótesis 4.

Las variables de identificación personal tendrán una relación jerárquica con la ideación suicida en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.

Para comprobar esta hipótesis se realizó un análisis de regresión múltiple para analizar el efecto de dos o más variables independientes (variables de identificación personal) sobre la variable dependiente (ideación suicida). La hipótesis 4 se acepta en la muestra empleada ya que las variables de identificación personal; has sufrido alguna forma de abuso sexual, en los últimos meses has vivido alguna experiencia que ha trastornado tu vida, has sido víctima de situaciones humillantes, la condición económica de tu familia es, alguna persona cercana a ti se ha suicidado o intentado suicidarse, se relacionan jerárquicamente con la ideación suicida.

La ecuación de regresión es: $Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + \dots + b_nX_n + E$. Donde el resultado de introducir las variables de identificación personal, arrojó la siguiente ecuación:

$I.S = .665 + (.215) \text{ has sufrido alguna forma de abuso sexual} + (.141) \text{ en los últimos meses has vivido alguna experiencia que ha trastornado tu vida} + (.124) \text{ has sido víctima de situaciones humillantes} + (.121) \text{ la condición económica de tu familia es} + (.115) \text{ alguna persona cercana a ti se ha suicidado o intentado suicidarse} + E$
 $F = 20.1, gl = 5, p < .05, r^2 = .175$

La asociación jerárquica de las variables de identificación personal que pueden aumentar el riesgo de que se presente ideación suicida es la siguiente:

1. Has sufrido alguna forma de abuso sexual
2. En los últimos meses has vivido alguna experiencia que ha trastornado tu vida
3. Has sido víctima de situaciones humillantes
4. La condición económica de tu familia es
5. Alguna persona cercana a ti se ha suicidado o intentado suicidarse.

La suma de estas variables se asocia a la ideación suicida. El modelo, arrojó una $r^2 = .175$; así que la ideación suicida fue explicada por el modelo en un 17.5%. Aceptándose la hipótesis de investigación en la muestra empleada.

- Hipótesis 5.

La relación jerárquica de las variables psicológicas será diferente para los hombres y las mujeres estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.

Para comprobar esta hipótesis se realizó un análisis de regresión múltiple para analizar el efecto de dos o más variables independientes (variables psicológicas) sobre la variable dependiente (ideación suicida). La hipótesis 5 se acepta en la muestra empleada ya que la relación jerárquica de las variables psicológicas para los hombres; estado emocional, apoyo familiar, futuro negativo, es diferente en correspondencia a la relación jerárquica de las variables psicológicas en las mujeres; estado emocional, actitud y creencias disfuncionales, apoyo familiar, locus de control externo, como se observa en el análisis de regresión:

En los hombres la ecuación de regresión es:
 $Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + \dots + b_nX_n + E$. Donde el resultado de introducir las variables psicológicas, arrojó la siguiente ecuación:

$$I.S. = .342 + (.393) \text{ estado emocional} + (-.070) \text{ apoyo familiar} + (.043) \text{ futuro negativo} + E$$

$$F = 22.5, gl = 3, p < .05, r^2 = .174$$

La asociación jerárquica de las variables psicológicas que pueden aumentar el riesgo de que se presente ideación suicida en los hombres es la siguiente:

1. Estado emocional
2. Apoyo familiar
3. Futuro negativo

La suma de estas variables se asocia a la ideación suicida. El modelo, arrojó una $r^2 = .174$; así que la ideación suicida fue explicada por el modelo en un 17.4%. Aceptándose la hipótesis de investigación en la muestra empleada.

En las mujeres la ecuación de regresión es: $Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + \dots + b_nX_n + E$. Donde el resultado de introducir las variables psicológicas, arrojó la siguiente ecuación:

$I.S = .826 + (.349) \text{ estado emocional} + (.200) \text{ actitud y creencias disfuncionales} + (-.196) \text{ apoyo familiar} + (-.131) \text{ locus de control externo} + E$

$F = 14.6, gl = 4, p < .05, r^2 .283$

La asociación jerárquica de las variables psicológicas que pueden aumentar el riesgo de que se presente ideación suicida en las mujeres es la siguiente:

1. Estado emocional
2. Actitud y creencias disfuncionales
3. Apoyo familiar
4. Locus de control externo

La suma de estas variables se asocia a la ideación suicida. El modelo, arrojó una $r^2 = .283$; así que la ideación suicida fue explicada por el modelo en un 28.3%. Aceptándose la hipótesis de investigación en la muestra empleada.

Denotando que no solo es diferente la asociación jerárquica de las variables psicológicas entre hombre y mujeres, sino que es diferente el número de variables, identificando en las mujeres un total de cuatro variables en comparación a los hombres en los cuales solo influyen tres. A pesar de que el “estado emocional” y el “apoyo familiar” guardan relación con la ideación suicida tanto en hombres y mujeres, el “futuro negativo” es una variable que únicamente tiene impacto en los hombres y la “actitud y creencia disfuncionales”, junto al “locus de control externo” son variables que solo tienen influencia en las mujeres.

- Hipótesis 6.

La relación jerárquica de las variables de identificación personal será diferente para los hombres y las mujeres estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.

Para comprobar esta hipótesis se realizó un análisis de regresión múltiple para analizar el efecto de dos o más variables independientes (variables de identificación personal) sobre la variable dependiente (ideación suicida). La hipótesis 6 se acepta en la muestra empleada ya que la relación jerárquica de las variables de identificación personal para los hombres; en los últimos meses has vivido alguna experiencia que ha trastornado tu vida, que es lo que consumes para sentirte bien, has sufrido alguna forma de abuso sexual, acostumbras consumir algo para sentirte bien, la condición económica de tu familia es, has sido víctima de situaciones humillantes, alguna persona cercana a ti se ha suicidado o intentado suicidarse, en tu infancia o adolescencia ocurrió la muerte de alguna persona importante para ti, la disciplina que ejercieron sobre ti fue; es diferente a la relación jerárquica de las variables de identificación personal en las mujeres; promedio de calificación, tu desempeño académico consideras que es, la condición económica de tu familia es, el dinero con el que cuentas alcanza para, la disciplina que ejercieron sobre ti fue.

En los hombres la ecuación de regresión es: $Y=b_0+b_1X_1+b_2X_2+b_3X_3+\dots+b_nX_n+E$. Donde el resultado de introducir las variables de identificación personal, arrojó la siguiente ecuación:

$I.S = .933 + (.154)$ en los últimos meses has vivido alguna experiencia que ha trastornado tu vida $+ (-.146)$ que es lo que consumes para sentirte bien $+ (.141)$ has sufrido alguna forma de abuso sexual $+ (.133)$ acostumbras consumir algo para sentirte bien $+ (.131)$ la condición económica de tu familia es $+ (.123)$ has sido víctima de situaciones humillantes $+ (.094)$ alguna persona cercana a ti se ha suicidado o intentado suicidarse $+ (-.080)$ en tu infancia o adolescencia ocurrió la muerte de alguna persona importante para ti $+ (-.072)$ la disciplina que ejercieron sobre ti fue $+ E$

$F = 4.9$, $gl = 9$, $p < .05$, $r^2 = .126$

La asociación jerárquica de las variables de identificación personal que pueden aumentar el riesgo de que se presente ideación suicida en los hombres es la siguiente:

1. En los últimos meses has vivido alguna experiencia que ha trastornado tu vida
2. Que es lo que consumes para sentirte bien
3. Has sufrido alguna forma de abuso sexual
4. Acostumbras consumir algo para sentirte bien
5. La condición económica de tu familia es
6. Has sido víctima de situaciones humillantes
7. Alguna persona cercana a ti se ha suicidado o intentado suicidarse
8. En tu infancia o adolescencia ocurrió la muerte de alguna persona importante para ti
9. La disciplina que ejercieron sobre ti fue

La suma de estas variables se asocia a la ideación suicida. El modelo, arrojó una $r^2 = .126$; así que la ideación suicida fue explicada por el modelo en un 12.6%. Aceptándose la hipótesis de investigación en la muestra empleada.

En las mujeres la ecuación de regresión es: $Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + \dots + b_nX_n + E$. Donde el resultado de introducir las variables de identificación personal, arrojó la siguiente ecuación:

$I.S = .843 + (-.149)$ promedio de calificación $+ (.141)$ tu desempeño académico consideras que es $+ (.306)$ la condición económica de tu familia es $+ (.150)$ el dinero con el que cuentas alcanza para $+ (.085)$ la disciplina que ejercieron sobre ti fue $+ E$

$F = 4.6$ $gl = 5$, $p < .05$, $r^2 = .112$

La asociación jerárquica de las variables de identificación personal que pueden aumentar el riesgo de que se presente ideación suicida en las mujeres es la siguiente:

1. Promedio de calificación
2. Tu desempeño académico consideras que es
3. La condición económica de tu familia es
4. El dinero con el que cuentas alcanza para
5. La disciplina que ejercieron sobre ti fue

La suma de estas variables se asocia a la ideación suicida. El modelo, arrojó una $r^2 = .112$; así que la ideación suicida fue explicada por el modelo en un 11.2%. Aceptándose la hipótesis de investigación en la muestra empleada.

En esta hipótesis no solo es diferente la asociación jerárquica de las variables de identificación personal entre hombre y mujeres, también es diferente el número de variables, mostrando en los hombres un total de nueve variables en relación a las mujeres en las cuales influyen cinco variables, “la condición económica de tu familia es” y “la disciplina que ejercieron sobre ti fue”, son variables que guardan relación con la ideación suicida tanto en hombres y mujeres. Identificando que “en los últimos meses has vivido alguna experiencia que ha trastornado tu vida”, “que es lo que consumes para sentirte bien”, “has sufrido alguna forma de abuso sexual”, “acostumbras consumir algo para sentirte bien”, “has sido víctima de situaciones humillantes”, “alguna persona cercana a ti se ha suicidado o intentado suicidarse”, “en tu infancia o adolescencia ocurrió la muerte de alguna persona importante para ti” son variables que únicamente tiene impacto en los hombres por otra parte las variables, “promedio de calificación”, “tu desempeño académico consideras que es”, “el dinero con el que cuentas alcanza para”, únicamente tienen influencia en las mujeres.

- Hipótesis 7.

Para explicar la ideación suicida en la muestra total, las variables psicológicas tendrán mayor jerarquía que las variables de identificación personal en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.

Para comprobar esta hipótesis se realizó un análisis de regresión múltiple para analizar el efecto de dos o más variables independientes (variables psicológicas y de identificación personal) sobre la variable dependiente (ideación suicida). La hipótesis 7 se acepta en la muestra empleada ya que la variable psicológica; estado emocional, tiene mayor asociación jerárquica que las variables de identificación personal; has sufrido alguna forma de abuso sexual, alguna persona cercana a ti se ha suicidado o intentado suicidarse, en los últimos meses has vivido alguna experiencia que ha trastornado tu vida, la condición económica de tu familia es.

La ecuación de regresión es: $Y=b_0+b_1X_1+b_2X_2+b_3X_3+\dots+b_nX_n+E$. Donde el resultado de introducir las variables psicológicas y de identificación personal, arrojó la siguiente ecuación:

$I.S=1.746+ (.371) \text{ estado emocional}+ (-.172) \text{ has sufrido alguna forma de abuso sexual} + (-.099) \text{ alguna persona cercana a ti se ha suicidado o intentado suicidarse}+ (-.076) \text{ en los últimos meses has vivido alguna experiencia que ha trastornado tu vida} + (-.073) \text{ la condición económica de tu familia es} +E$

$F= 28.5, gl= 7, p < .05, r^2 .304$

Las variables se relacionan jerárquicamente de la siguiente forma:

1. Estado emocional
2. Has sufrido alguna forma de abuso sexual
3. Alguna persona cercana a ti se ha suicidado o intentado suicidarse
4. En los últimos meses has vivido alguna experiencia que ha trastornado tu vida
5. La condición económica de tu familia es

La suma de estas variables se asocia a la ideación suicida. El modelo, arrojó una $r^2 = .304$; así que la ideación suicida fue explicada por el modelo en un 30.4%. Aceptándose la hipótesis de investigación en la muestra empleada.

La variable psicológica; estado emocional, presentan mayor asociación jerárquica con la ideación suicida que las variables de identificación personal, esto en referencia a la muestra total, aceptando así esta hipótesis.

- Hipótesis 8.

Para explicar la ideación suicida en los hombres, las variables psicológicas tendrán mayor jerarquía que las variables de identificación personal en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.

Para comprobar esta hipótesis se realizó un análisis de regresión múltiple para analizar el efecto de dos o más variables independientes (variables psicológicas y de identificación personal) sobre la variable dependiente (ideación suicida). La hipótesis 8 se acepta en la muestra empleada ya que la variable psicológica; estado emocional, tienen mayor asociación jerárquica que las variables de identificación personal; has sufrido alguna forma de abuso sexual, has sido víctima de situaciones humillantes, en los últimos meses has vivido alguna experiencia que ha trastornado tu vida, alguna persona cercana a ti se ha suicidado o intentado suicidarse, en tu infancia o adolescencia ocurrió la muerte de alguna persona importante para ti, la condición económica de tu familia es.

La ecuación de regresión es: $Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + \dots + b_nX_n + E$. Donde el resultado de introducir las variables psicológicas y de identificación personal, arrojó la siguiente ecuación:

$I.S = 1.666 + (.334) \text{ estado emocional} + (-.115) \text{ has sufrido alguna forma de abuso sexual} + (-.097) \text{ has sido víctima de situaciones humillantes} + (-.096) \text{ en los últimos meses has vivido alguna experiencia que ha trastornado tu vida} + (-.083) \text{ alguna persona cercana a ti se ha suicidado o intentado suicidarse} + (.079) \text{ en tu infancia o adolescencia ocurrió la muerte de alguna persona importante para ti} + (.070) \text{ la condición económica de tu familia es} + E$

$F= 11.8$, $gl= 8$, $p < .05$, $r^2 .224$

Las variables se relacionan jerárquicamente de la siguiente forma:

1. Estado emocional
2. Has sufrido alguna forma de abuso sexual
3. Has sido víctima de situaciones humillantes
4. En los últimos meses has vivido alguna experiencia que ha trastornado tu vida
5. Alguna persona cercana a ti se ha suicidado o intentado suicidarse
6. En tu infancia o adolescencia ocurrió la muerte de alguna persona importante para ti
7. La condición económica de tu familia es

La suma de estas variables se asocia a la ideación suicida. El modelo, arrojó una $r^2= .224$; así que la ideación suicida fue explicada por el modelo en un 22.4%. Aceptándose la hipótesis de investigación en la muestra empleada.

Para los hombres la variable psicológica; estado emocional, es la que presentan mayor asociación jerárquica con la ideación suicida, seguida de las variables de identificación personal; has sufrido alguna forma de abuso sexual, has sido víctima de situaciones humillantes, entre otras, aceptando así esta hipótesis.

- Hipótesis 9.

Para explicar la ideación suicida en las mujeres, las variables psicológicas tendrán mayor jerarquía que las variables de identificación personal en los estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande en el Estado de Guerrero.

Para comprobar esta hipótesis se realizó un análisis de regresión múltiple para analizar el efecto de dos o más variables independientes (variables psicológicas y de identificación personal) sobre la variable dependiente (ideación suicida). Esta hipótesis se acepta en la muestra empleada ya que las variables psicológicas tienen mayor asociación jerárquica que las variables de identificación personal.

La ecuación de regresión es: $Y=b_0+b_1X_1+b_2X_2+b_3X_3+\dots+b_nX_n+E$. Donde el resultado de introducir las variables psicológicas y de identificación personal, arrojó la siguiente ecuación:

$I.S=2.124+ (.326) \text{ estado emocional}+ (.219) \text{ la condición económica de tu familia es} + (-.218) \text{ apoyo familiar} + (.187) \text{ el dinero con el que cuentas alcanza para} + (.176) \text{ actitud y creencias disfuncionales} + (-.172) \text{ promedio de calificación} + (-.070) \text{ locus de control externo} + (-.054) \text{ la disciplina que ejercieron sobre ti fue} + E$
 $F= 9.44, gl= 8, p < .05, r^2 .326$

Las variables se relacionan jerárquicamente de la siguiente forma:

1. Estado emocional
2. La condición económica de tu familia es
3. Apoyo familiar
4. El dinero con el que cuentas alcanza para
5. Actitud y creencias disfuncionales
6. Promedio de calificación
7. Locus de control externo
8. La disciplina que ejercieron sobre ti fue

La suma de estas variables se asocia a la ideación suicida. El modelo, arrojó una $r^2= .326$; así que la ideación suicida fue explicada por el modelo en un 32.6%. Aceptándose la hipótesis de investigación en la muestra empleada.

De todas las variables tanto psicológicas como de identificación personal para el caso de las mujeres, las variables psicológicas (estado emocional) son las que guardan mayor asociación jerárquica con la ideación suicida, por lo cual se acepta la hipótesis.

4.3.1 Análisis final

A continuación se presenta el análisis final de los resultados obtenidos por las hipótesis planteadas.

Los resultados indican que el 4.9% de los participantes de la investigación (23 de los 451 estudiantes) manifestaron ideación suicida alta.

Para esta muestra no hubo diferencia significativa en la ideación suicida alta entre hombres y mujeres, encontrando un promedio de puntuación de ideación suicida para los hombres de 10.1 y en las mujeres de 13.3.

Las variables psicológicas se relacionan jerárquicamente con la ideación suicida, siendo el estado emocional y el apoyo familiar, las variables psicológicas más significativas.

De igual forma las variables de identificación personal se relacionan jerárquicamente con la ideación suicida, siendo las siguientes variables las más significativas: has sufrido alguna forma de abuso sexual, en los últimos meses has vivido alguna experiencia que ha trastornado tu vida, has sido víctima de situaciones humillantes, la condición económica de tu familia es, alguna persona cercana a ti se ha suicidado o intentado suicidarse.

La relación jerárquica de las variables psicológicas como de identificación personal es diferente en hombres y mujeres.

Tanto en la muestra total, como para los hombres y mujeres las variables psicológicas tienen mayor asociación jerárquica que las variables de identificación personal.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan las conclusiones y discusión de los resultados obtenidos en la presente investigación.

El estudio permitió conocer la condición de la ideación suicida en la muestra empleada, y brinda una aportación importante sobre el estudio de la ideación suicida en jóvenes universitarios.

Los resultados indican que el 4.9% de los participantes presentan ideación suicida, es decir, 23 de los 451 estudiantes universitarios. El promedio de puntuación de ideación suicida para los hombres es de 10.1 y el promedio de las mujeres es de 13.3, el análisis estadístico no arrojó diferencia significativa.

Lo anterior coincide por lo reportado por González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez (1998), ellos miden la prevalencia de ideación suicida en jóvenes universitarios empleando la escala Roberts-CES-D con cuatro reactivos, concluyen que no hay diferencia significativa en la prevalencia de ideación suicida entre hombres y mujeres ya que indican que la presencia de los síntomas de ideación suicida se encuentra entre 27% y 30% respectivamente.

Por medio del análisis de regresión múltiple, se encontraron variables psicológicas y de identificación personal, asociadas a la ideación suicida. No está por demás especificar que una sola variable no se puede considerar como factor de riesgo, si no la interacción de más de una de estas variables. Cabe destacar que las variables asociadas con la ideación suicida encontradas en la investigación son consistentes por lo notificado en otros estudios.

Las siguientes son las variables que guardan una asociación significativa con la ideación suicida, con respecto a la muestra total.

Variables psicológicas:

- Estado emocional
- Apoyo familiar
- Actitud y creencias disfuncionales
- Futuro negativo

VARIABLES IDENTIFICACIÓN PERSONAL:

- Has sufrido alguna forma de abuso sexual
- En los últimos meses has vivido alguna experiencia que ha trastornado tu vida
- Has sido víctima de situaciones humillantes
- La condición económica de la familia
- Alguna persona cercana a ti se ha suicidado o intentado suicidarse
- La disciplina que ejercieron sobre ti fue
- En tu infancia o adolescencia ocurrió la muerte de alguna persona importante para ti
- Promedio de calificación

Por lo anterior se concluye que la ideación suicida es un fenómeno multifactorial, situación congruente con los resultados de otras investigaciones como la de González-Forteza, García, Medina-Mora, y Sánchez, (1998) y Córdova, Rosales, Caballero y Rosales, (2007) en las cuales se enumeran diversas variables asociadas a la ideación suicida.

Por otra parte denotamos que el análisis realizado entre las variables, indica que la relación jerárquica de las variables psicológicas como de identificación personal es diferente entre hombres y mujeres.

Los resultados indican que las variables psicológicas guardan mayor asociación jerárquica que las variables de identificación personal.

Una explicación teórica de la ideación suicida puede estar centrada en la Teoría Cognitivo-Conductual y Racional Emotivo Conductual, las cuales postulando los siguientes aspectos:

La teoría cognitivo-conductual (TC) atribuye que la ideación suicida parte a un déficit en los procesos cognitivos mediante el cual la persona distorsiona la información generada de sus experiencias, alterando negativamente la imagen propia y la de su mundo circundante.

El principal centro de interés de los modelos cognitivo-conductuales consiste en ayudar al paciente a examinar la manera en que construyen y entienden el mundo (cogniciones) y a experimentar con nuevas formas de

respuesta (conductual). Las experiencias tempranas aprendidas pueden fomentar la base para la formación de conceptos negativos acerca de uno mismo, de su mundo y su futuro. A esto se le denomina "triada cognitiva".

La teoría racional emotivo conductual (TREC) se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias del individuo, de su interpretación de la realidad (Ellis, 1962., en: Lega, Caballo y Ellis, A, 2002).

El modelo ABC se considera dentro de la TREC. El modelo ABC funciona de la siguiente forma: El acontecimiento activante o "A" es interpretado por el individuo, quien desarrolla una serie de creencias "B" sobre el mismo; a partir de estas creencias se desarrolla "C" o consecuencias que resultaría de la interpretación que el individuo hace de "A".

En el presente estudio se encontró que el principal factor relacionado con la ideación suicida es el estado emocional negativo, lo que es consistente por lo planteado por la terapia racional emotivo conductual y la terapia conductual, acerca de que la interpretación disfuncional o las creencias irracionales con respecto al medio y al si mismo, dan como consecuencia emociones indeseables.

Por lo cual se concluye que las creencias disfuncionales dan como consecuencia un estado emocional negativo, y este tiene como consecuencia la presencia de ideación suicida.

El análisis de regresión, permitió establecer la existente relación entre las variables estudiadas y cual de ellas contribuía más a la ideación suicida, esto claro en la población empleada lo cual es una aportación importante.

Una limitación de esta investigación es que sus resultados no pueden ser generalizados a todos los estudiantes universitarios.

Se propone realizar una investigación similar pero con una muestra más grande ya que esto permitirá una evaluación más profunda de lo aquí planteado.

Los resultados y conclusiones de la presente investigación están basados en un análisis multivariado a través de la regresión múltiple, lo que hace que los resultados sean más consistentes que lo reportado en otras investigaciones.

Por ultimo, se puede señalar que la investigación se ofrece como un estímulo para continuar con el estudio y la investigación científica del suicidio y de la ideación suicida.

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, A. T., Davis, J. H. Frederick, C. J., Perlin, S., Pokorny, A. D., Schulman, R. E. Seiden, R. H. & Wittlin, B. J. (1972). *Classification and nomenclature*. In H. L. P. Resnik & B. C. Hathorne (Eds.), *Suicide prevention en the 70`s*. (DHEW Publication No. HSM 72-9054). Washington, D. C.: EE.UU: Government Printing Office.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scala. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 6, 861-865.
- Berwick, D. M., Murphy, J. M., Goldamn, P. A., Ware, J. E., Barsky, J. & Weinstein, M. C. (1991). Performance of a five-item mental health screening test. *Medical Care*, 29, 2, 169-176.
- Berenzon, S.G., González-Forteza, C. & Medina-Mora, M. E. (2000). Asociación entre trastornos depresivos y fóbicos con ideación e intento suicida en mujeres de comunidades urbanas pobres. *Revista Mexicana de Psicología*, 17, 1, 55-63.
- Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C & Gutiérrez, R. (1996). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994 (Versión electrónica), *Salud Pública de México*, 38, 3, 197-206.
- Burgess, P. H. (1990). Toward resolution of conceptual issues in the assesment of belief systems in rational-emotive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 4, 171-184.
- Caballo, V. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. CD de pruebas en la sección de "Instrumentos variados". Madrid, España: Pirámide.
- Chávez, A.M., Pérez, H. R; Macías, L.F. & Páramo, C.D. (2004). Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio de la Universidad de Guanajuato (Versión electrónica), *Acta Universitaria*, 14, 3, 12-20.

- Chávez, A., Medina-Mora & Macías, L. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes (Versión electrónica), *Salud Mental*, 31, 3,197-203.
- Córdova, M., Rosales, M. M. Caballero, A.R. & Rosales, P.J.C. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su Asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15, 2, 17-21.
- Durkheim, E. (2003). El suicidio.7α. México: Coyoacán.
- Freeman, A., Reinecke, M. A. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. España: Desclé de Brouwer.
- García, F.R. (2003). Ideación suicida: El papel de variables demográficas, religiosas y psicológicas. *Revista Mexicana de Psicología*, 20, 1, 75-82.
- González-Forteza, C. (1992). *Estresores psicosociales y respuestas de enfrentamiento en los adolescentes: Impacto sobre el estado emocional*. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- González-Forteza, C. & Andrade, P. (1993). Estresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 40, 2, 156-163.
- González-Forteza, C. & Andrade, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18, 4, 41-48.
- González-Forteza, C., Jiménez, A. & Gómez, C. (1995). Indicadores psicosociales con la ideación suicida en los adolescentes. (Versión electrónica) *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 135-139.
- González-Forteza, C., Andrade, P. & Jiménez, A. (1997). Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 43, 4, 319-326.

- González-Forteza, C., Berenzon, G. S., Tello, G. A. M., Facio, F. D. & Medina-Mora, M. E. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. (Versión electrónica) *Salud Pública de México*, 40, 5, 430-437.
- González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M. E. & Sánchez, M.A. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. (Versión electrónica) *Salud Mental*, 21, 3,1-9.
- González-Forteza, C., Berenzon, S. & Jiménez, A. (1999). Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes. *Revista Salud Mental*, Número especial, 145-153.
- González, M.S., Díaz, M. A., Ortiz, L. S., González-Forteza, C. & González, N. J. (2000). Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. (Versión electrónica) *Salud Mental*, 23, 2, 21-30.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L. & Ramírez, C. (2001). El Abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. (Versión electrónica) *Salud Mental*, 24, 6, 16-25.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántara, I., Medina-Mora., Bautista, C., Bermúdez, P. & Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000 (Versión electrónica) *Salud Mental*, 25, 06,1-12.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, M, A. & Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos (Versión electrónica) *Psicothema*, 15, 4, 524-5
- Gutiérrez, A., Contreras, C. & Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales (Versión electrónica) *Salud Mental*, 29, 5, 66-74.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2007). Suicidios registrados por entidad federativa y sexo según medio empleado en el 2007. Recuperado el 20 de octubre del 2008 de, www.inegi.gob.mx

- Jiménez, A. & González-Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigación epidemiológica y psicosociales del instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente (Versión electrónica) *Salud Mental*, 26, 06,35-46.
- Jiménez, T., Mondragón, B., González-Forteza, C. (2007). Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: Results of three studies. *Salud Mental*, 18, 4, 25-32.
- Lega, L. L. Caballo, V. E. & Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. (2a ed.). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Lin, N., Dean, A. & Ensel, W. (1985). The buffering effect of social support subsequent to an important life event. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 247-26.
- López, L, E, K., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J. A, Juárez, F, Carreño, S, Berenzon, S. & Rojas, E. (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias toxicas. Resultado de una encuesta en la población estudiantil. *Salud Mental*, 30, 5, 20-26.
- Luckie, L., Morán, P., Juárez, R., Vázquez, D., Curiel, O. & Ramiro, M. (1998). Identificación de la ideación suicida en una población abierta. *Medicina Interna de México*, 14, 3, 100-104.
- Medina-Mora, M.E., López, L. E., Villatoro, J., Juárez, F, Carreño, S., Berenzon, S. & Rojas, E. (1994). La relación entre ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultado de una encuesta en la población estudiantil. (Versión electrónica) *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 7-13.
- Mendoza, N. (1998). Diseños de investigación. Tópicos de Investigación y Posgrado. 5, 4, 221-224.
- Mondragón, L., Borges, G. & Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y Procedimientos (Versión electrónica), *Salud Mental*, 24, 6, 4-15.
- Mondragón, L., Saltijeral, T., Bimbela, A. & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. (Versión electrónica), *Salud Mental*, 21, 5,20-27.

- Mondragón, L., Monroy, Z., Medina-Mora, M.E. & Borges, G. (2003). Eventos de vida, depresión, consumo de alcohol e ideación suicida en una muestra de servicios de urgencia: Un enfoque de género. *Revista Mexicana de Psicología*, 20, 2, 225-235.
- Monge, J., Cubillas, M., Román, R. & Valdez, E. (2007). Intento de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia (Versión electrónica), *Psicología y Salud*, 17, 01, 45-5.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional. Recuperado el 20 de octubre del 2008 de, www.bvspublica.org.ni/doc//salud_mental/prevención.pdf.
- Ortiz, E., Cornelio, A., Reynoso, C., Toledo, T. & Torre, P. (2002). Factores de riesgo suicida en los municipios de Cárdenas Comalcalco y centro del Estado de Tabasco (Versión electrónica), *Salud en Tabasco*, 8, 3, 107-114.
- Palacios, X., Barrera, A., Ordóñez, M. & Peña, M. (2006). Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el período 1985-2005 (Versión electrónica), *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25, 2, 40-62.
- Rascón, M.L., Gutiérrez, M.L., Valencia, M., Díaz, R., Leños, C. & Rodríguez, S. (2004). Percepción de los familiares del intento e ideación suicida de pacientes con esquizofrenia (Versión electrónica), *Salud Mental*, 27, 5, 44-52.
- Rubio, G., Montero I., Jáuregui, J., Salvador, M., Marín J. & Santo-Domingo J. (1998). Validación de la escala de riesgo de violencia de Plutchick en población española. *Archive of Neurobiology*, 61:307-316
- Sauceda, J., Lara, M. & Fócil, M. (2006). Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio (Versión electrónica), *Salud Mental*, 63, 1, 223-231.
- Serrano, P. M.G. & Flores, G. M. (2003). El afecto del padre: su influencia en la sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 11, 3, 161-167.

- Serrano, P. M.G. & Flores, G. M. (2005). Estrés, respuesta de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes (Versión electrónica) *Psicología y Salud*, 15, 2, 221-230.
- Rotter, J. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.
- Tercero, G. (1999). Perfil psicológico de adolescentes que intentaron Suicidarse (Versión electrónica) *Revista Mexicana de Pediatría*, 66,05, 197-202.
- Villardón, L. (1993). El suicidio, aproximaciones teóricas. *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*, (pp. 29-48). España: Bilbao
- Zimet, G., Dahlem, S. & Farley, G. (1988). Multidimensional scale of perceived social support (MSPSS). *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

ANEXO

Tabla 2.1. Autores, año, título y revista en que fueron publicados los veintidós artículos empleados.

Autores /año	Título del Artículo	Revista
González-Forteza, C y Andrade, P. (1993).	Estresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos.	Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina
Medina-Mora, M.E., López, L. E., Villatoro, J., Juárez, F, Carreño, S., Berenzon, S. y Rojas, E. (1994).	La relación entre ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultado de una encuesta en la población infantil.	Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría
González-Forteza, C y Andrade, P. (1995).	La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos.	Salud Mental
González-Forteza, C., Jiménez, A. y Gómez, C. (1995).	Indicadores psicosociales con la ideación suicida en los adolescentes.	Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría
López, L, E, K., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J. A, Juárez, F, Carreño, S, Berenzon, S. y Rojas, E. (1995).	La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias toxicas. Resultado de una encuesta en la población estudiantil.	Salud Mental
González-Forteza, C., Andrade, P y Jiménez, A. (1997).	Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos.	Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina
González-Forteza, C., Berenzon, G.S., Tello, G. A. M., Facio, F. D y Medina-Mora, M. E. (1998).	Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes.	Salud Pública de México
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
Luckie, L., Morán, P., Juárez, R., Vázquez, D., Curiel, O. y Ramiro, M. (1998).	Identificación de la ideación suicida en una población abierta.	Medicina Interna de México
Mondragón, L., Saltijeral, T., Bimbela, A y Borges, G. (1998).	La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol.	Salud Mental
Berenzon, S.G., González-Forteza, C. y Medina-Mora, M. E. (2000).	Asociación entre trastornos depresivos y fóbicos con ideación e intento suicida en mujeres de comunidades urbanas pobres.	Revista Mexicana de Psicología
González, M.S., Díaz, M, A., Ortiz, L. S., González-Forteza, C. y González, N. J. (2000).	Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México.	Salud Mental

González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L. y Ramírez, C. (2001).	El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes.	Salud Mental
García, F.R. (2003).	Ideación suicida: El papel de variables demográficas, religiosas y psicológicas.	Revista Mexicana de Psicología
González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, M, A. y Wagner, F. (2003).	Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos.	Psicothema
Mondragón, L., Monroy, Z., Medina-Mora, M.E. y Borges, G. (2003).	Eventos de vida, depresión, consumo de alcohol e ideación suicida en una muestra de servicios de urgencia: Un enfoque de género.	Revista Mexicana de Psicología
Serrano, P. M.G. y Flores, G. M. (2003).	El afecto del padre: su influencia en la sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes.	Psicología Iberoamericana
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 de la Universidad de Guanajuato.	Acta Universitaria
Rascón, M.L., Gutiérrez, M.L., Valencia, M., Díaz, R., Leños, C. y Rodríguez, S. (2004).	Percepción de los familiares del intento e ideación suicida de pacientes con esquizofrenia.	Salud Mental
Serrano, P. M.G. y Flores, G. M. (2005).	Estrés, respuesta de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes.	Psicología y Salud
Córdova, O.M., Rosales, M. M., Caballero, A.R. y Rosales, P.J.C. (2007).	Ideación suicida en jóvenes universitarios: su Asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos.	Psicología Iberoamericana
Jiménez, T., Mondragón, B., González-Forteza, C. (2007).	Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: Results of three studies.	Salud Mental,

Tabla 2.2. Definiciones de Ideación Suicida, citadas en investigaciones mexicanas.

Autor /año	Definición	Autores originales
Medina-Mora, López, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas.1994	"Síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel de conflicto interno; se asocia con la desesperanza y la falta de autoestima con el intento de suicidio, la depresión y el abuso de sustancias". Pág. 8.	Levy y Deykin, 1989); Kienhorts, De Wilde, Van Den Bout, Diekstra y Wolters, 1990; Kosky, Silburn y Zubrick, 1990; Kosky, Silburn y Zubrick, 1990.
González-Forteza, Jiménez y Gómez.1995	"Refleja un nivel de conflicto interno frecuentemente asociado con la desesperanza y la depresión". Pág. 136.	Deykin, 1989); Kosky, Silburn y Zubrick, 1990; Kosky, Silburn y Zubrick, 1990.
López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon, y Rojas.1995	"Síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel de conflicto interno; se asocia con la desesperanza y la pobre autoestima con el intento de suicidio, la depresión y el abuso de sustancias". Pág. 26.	Levy y Deykin, 1989); Kienhorts, De Wilde, Van Den Bout, Diekstra y Wolters, 1990; Kosky, Silburn y Zubrick, 1990; Kosky, Silburn y Zubrick, 1990.
González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez.1998	"Tener pensamiento o fantasías acerca de la propia muerte". "Síntoma inespecífico y frecuente que refleja el grado de conflicto interno, asociado frecuentemente con desesperanza y la baja autoestima". "Con dificultades para resolver problemas interpersonales, con el fracaso escolar o laboral, el rechazo y los conflictos". Pág. 2.	Garrison, Lewinsohn, Marsteller, Langhinrichsen y Lann, 1991. Levy y Deykin, 1989); Kienhorts, De Wilde, Van Den Bout, Diekstra y Wolters, 1990. Rotheram-Borus, Trautman, Dopkins y Shruy, 1990
Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges.1998	"Síntoma que refleja un conflicto interno relacionado con la desesperanza y la depresión, al igual que con el consumo de drogas o alcohol". Pág. 21.	
González, Díaz, Ortiz, González-Forteza, y González.2000	"Deseos y planes para cometer suicidio o intento de suicidio". Pág.22.	Beck, Rush, Shaw ,1979
González-Forteza, Ramos, Vignau, y Ramírez.2001	"Conductas o pensamientos relacionados con la propia muerte, pero sin morir". Pag.17.	Kosky, Silburn y Zubrick, 1990; Terroba, Heman, Saltijeral y Martinez, 1986.
Mondragón. L., Monroy, Z., Medina-Mora, M.E. y Borges, G.2003	"Construcción cognitiva, manifestada en un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel de conflicto interno". Pág. 225.	Beck, Steer, Kovacs, Garrison, 1985.
Chávez, Pérez, Macías, y Páramo.2004	"Tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte". Pág.12.	Garrison, 1991.

<p>Rascón, Valencia, Díaz, Leños, y Rodríguez.2004</p>	<p>Gutiérrez, “La pauta de afrontar los problemas que tiene cada persona”. Pág. 45. “Síntoma frecuente e inespecífico que refleja un nivel de conflicto interno asociado con la desesperanza y la falta de autoestima”. Pág. 46.</p>	
<p>Córdova, Caballero, Rosales.2007</p>	<p>Rosales, y “Pensamientos de terminar con la propia existencia”. “Son aquellas ideas que los individuos tienen y que frecuentemente presentan pensamiento reiterativo sobre el tema de la muerte o permanentemente ocupa un lugar central en la vida del sujeto, que tiene planes y deseos de cometer suicidio pero no ha hecho evidente el intento”. Pág. 18.</p>	<p>Pérez, 2004. Beck, et al.,1979.</p>

Tabla 2.3. Características y resultados de los estudios donde se emplea la escala de ideación suicida de Roberts- CES-D en estudiantes de secundaria.

Autor/año	Muestreo	Tamaño de la muestra total, hombres y mujeres	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de corte	Confiabilidad	Validez	Prevalencia I.S total, hombres y mujeres	Asociación con otras variables hombres y mujeres
González-Forteza, C., Andrade, P y Jiménez, A. (1997).	No probabilístico intencional	T: 423 H: 235 M:188	D.F	Ultima semana		α . 88			H: Estrés por violencia familiar. M: Estrés por violencia familiar. Estrés por enfermedad de los padres.
González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L. y Ramírez, C. (2001).	Transversal y ex-post-facto	T: 936 H: 508 M:428	D.F Cuauhtémoc	Ultima semana	Puntaje medio, más una desviación estándar. H:1.7 M: 2.6	α . 78		H:15.1% M:18.2%	
González-Forteza, C., Ramo, L., Caballero, M, A. y Wagner, F. (2003).	Transversal y ex-post-facto	T: 931 H: 508 M:428	D.F Centro Histórico	Ultima semana	Puntaje medio, más una desviación estándar.	α . 77			H: Depresión. Afrontamiento agresivo. H: Depresión. Conflicto con los padres.

Tabla 2.4. Características y resultados de los estudios donde se emplea la escala de ideación suicida de Roberts- CES-D en estudiantes de secundaria y preparatoria.

*M.E. Muestra escolar *M.C. Muestra clínica

Autor/año	Tipo de muestreo	Tamaño de la muestra total, hombres y mujeres	Zona geogr.	Temporalidad	Punto de corte	Confiabilidad	Validación	Prevalencia I.S total, hombres y mujeres	Asociación con otras variables hombres y mujeres
Medina- Mora, M.E., López, L. E., Villatoro, J., Juárez, F, Carreño, S., Berenzon, S. y Rojas, E. (1994).	Estratificado ,bietápico y por conglomerados	T: 3459 H: 51% M:49%	D.F	Año anterior		α . 88		T: 47% un síntoma 10% cuatro síntomas	Consumo de drogas.
López, L, E, K., Medina- Mora, M. E., Villatoro, J. A, Juárez, F, Carreño, S, Berenzon, S. y Rojas, E. (1995).	Estratificado ,bietápico y por conglomerados	T: 3459 H: 51% M:49%	D.F	Año anterior		α . 88		T: 47% un síntoma 10% cuatro síntomas	Consumo de drogas y alcohol.
Serrano, P. M.G. y Flores, G. M. (2003).	Aleatorio simple	T: 370 H: 181 M:193	Mérida	Ultima semana		α . 73	1 Factor 69.3%		Comunicación con los padres.

Chávez, H.A.M., Pérez, H. R., Macías, G.L.F. y Páramo, C.D. (2004).	Aleatorio, bietápico y por conglomerados	T: 2552 H: 45.6% M:54.4%	Guanajuato	Ultima semana					
Serrano, P. M.G. y Flores, G. M. (2005).	Aleatorio simple	T: 370 H: 178 M:192	Mérida	Ultima semana		α . 85	1 Factor 69.3%		H: Estrés con la pareja. Respuesta agresiva con la pareja. M: Estrés con la pareja. Estrés social.
Jiménez, T., Mondragón, B., González-Forteza. (2007).	No probabilístico	(Tres grupos) Sec T: 423 H: 56% M:44% Sec y prep T: 406 H: 49% M:51% T: 410 H: 51% M:49% Sec T: 936 H: 54% M:46%	Tlalpan Coyoacán Centro Histórico	Ultima semana	Puntaje medio, más una desviación estándar.	α . 87			Sintomatología depresiva.

González-Forteza, C., Berenzon, G.S., Tello, G. A. M; Facio, F. D y Medina-Mora, M. E. (1998).	M.E. Transversal y ex-post-facto Estratificado ,bietápico y por conglomerados M.C. Transversal y ex-post-facto No probabilístico intencional	M.E. M:1772 M.C. M:30	M.E. D.F M.C. D.F	Ultima semana		M.E. α. 83 M.C. α. 92	M.E. 1 Factor 66.8% M.C. 1 Factor 81.2%	M.E. 11.8% Todos los síntomas de 1 a 7 días. M.C. 56.7% Todos los síntomas de 1 a 7 días.	
--	---	------------------------------	--------------------------	---------------	--	------------------------------	--	--	--

Tabla 2.5. Características y resultados del estudio donde se emplea la escala de ideación suicida de Roberts- CES-D en estudiantes universitarios.

*G.93. Generación 93 *G.95. Generación 95

Autor/ año	Tipo de muestreo	Tamaño de la muestra total, hombres y mujeres	Zona geográfica	Tempo ralidad	Punto de corte	Confiabi lidad	Validez	Prevalencia I.S total, hombres y mujeres	Asociación con otras variables hombres y mujeres
González- Forteza, C., García, G., Medina- Mora, M. E. y Sánchez, M.A. (1998).	Longitudin al	G.93 T:1021 H:47% M:53% G.95 T:869 H:44% M:56%	D.F	Ultima seman a	Uno o más síntomas	α . 71	1 Factor 56.3%	G.93 Cuatro síntomas H: 1.5% M: 1.5% Cuatro síntomas H: 1.8% M: 2.0%	Autoestima. Estrés social.

Tabla 2.6. Características y resultados de los estudios donde se emplean preguntas desarrolladas por los autores en la medición de la ideación suicida.

Autor/año	Tipo de muestreo	Tamaño de la muestra total, hombres y mujeres	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de corte	Pregunta	Confiabilidad	Validez	Prev. I.S total, hombres y mujeres	Asociación con otras variables hombres y mujeres
González-Forteza, C y Andrade, P. (1993).	No probabilístico intencional	T: 423 H: 55.6% M:44.4%	D.F				α . 78	1 Factor 70.1%		M: Conflicto con las amigas. Depresión.
González-Forteza, C y Andrade, P. (1995).	Transversal y ex-post-facto No probabilístico intencional	T: 423 H: 55.6% M:44.4%	D.F				α . 78	1 Factor 70.1%		
González-Forteza, C., Jiménez, A. y Gómez, C. (1995).	No probabilístico intencional	T: 423 H: 55.6% M:44.4%	D.F	Ultima semana	Un síntoma		α . 78	1 Factor 70.1%		
Berenzon, S.G., González Forteza, C. y Medina-Mora, M. E. (2000).	Aleatorio, Estratificado, multietápico	M: 928	D.F	Alguna vez en la vida	Un reactivo	¿Alguna vez se ha sentido tan decaído que pensó en suicidarse ?			M: 7.2%	

Tabla 2.7. Características y resultados de los estudios donde se emplea la escala de Beck, en pacientes de un hospital general.

Autor/año	Tipo de muestreo	Tamaño de la muestra total, hombres y mujeres	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de corte	Confiabilidad	Validez	Prevalencia I.S total, hombres y mujeres	Asociación con otras variables hombres y mujeres
Mondragón, L., Saltijeral, T., Bimbela, A y Borges, G. (1998).	No probabilístico por cuota	T: 1094 H: 29.8% M:70.2%	D.F	Ultimo mes	1 punto (cuartil)	α. 93		T: 10%	Desesperanza. Consumir drogas y alcohol. M: 30 o 40 años de edad. Separada o divorciada.

Tabla 2.8. Características y resultados de los estudios donde se emplea la escala de Beck, en estudiantes universitarios.

Autor/año	Tipo de muestreo	Tamaño de la muestra total, hombres y mujeres	Zona geográfica	Tempo ralidad	Punto de corte	Confiabi lidad	Validez	Prevalencia I.S total, hombres y mujeres	Asociación con otras variables hombres y mujeres
González, M.S., Díaz, M, A., Ortiz, L. S., González-Forteza, C. y González, N. J. (2000)	Transversa l y ex – post-facto No probabilísti co	T: 122 H: 22.1% M:77.9%	D.F			α. 84		T: 22 H: 2 M:20	
Córdova, O.M., Rosales, M. M., Caballero, A.R. y Rosales, P.J.C. (2007).	Probabilísti co, aleatorio Estratificad o , por conglomer ados	T: 521	Estado de México	Ultimo mes	1 punto	α.92		T: 59.9%	No trabajar. Vivir la infancia con solo el padre o madre. Consumir café, alcohol, drogas. Considerar que su vida ha sido trastornada. Haber recibido atención psicológica. Percibir su futuro como difícil e incierto.

Tabla 2.9. Características y resultados de los estudios donde se emplea la escala de Beck, en población abierta.

Autor/año	Tipo de muestreo	Tamaño de la muestra total, hombres y mujeres	Zona geográfica	Tempo ralidad	Punto de corte	Confiabi lidad	Validez	Prevalencia I.S total, hombres y mujeres	Asociación con otras variables hombres y mujeres
García, F.R. (2003).	Seleccion ada al azar	T: 607 H: 291 M:316	Tabasco	Ultimo mes					T: Depresión. Ansiedad.

Tabla 2.10. Características y resultados de los estudios donde se emplea la escala de Okasha en la medición de la ideación suicida.

Autor/año	Tipo de muestreo	Tamaño de la muestra total, hombres y mujeres	Zona geográfica	Tempo ralidad	Punto de corte	Confiabi lidad	Validez	Prevalencia I.S total, hombres y mujeres	Asociación con otras variables hombres y mujeres
Mondragón, L., Monroy, Z., Medina-Mora, M.E. y Borges, G. (2003).	Transversal	T: 1511 H: 52.5% M:47.5%	Pachuca Hidalgo		Un reactivo	α. 93		T: 5.7% H: 3.7% M:7.9%	Separado. Divorciado. Tomar alcohol. Síntomatología depresiva. Eventos de vida.

Tabla 2.11. Características y resultados de los estudios donde se emplea el cuestionario para la investigación de la ideación suicida (SIS-Q) en la medición de la ideación suicida.

Autor/año	Tipo de muestreo	Tamaño de la muestra total, hombres y mujeres	Zona geográfica	Temporabilidad	Punto de corte	Confiabilidad	Validez	Prevalencia I.S total, hombres y mujeres	Asociación con otras variables hombres y mujeres
Luckie, L., Morán, P., Juárez, R., Vázquez, D., Curiel, O. y Ramiro, M. (1998).	No probabilístico	T: 1000 H: 32.5% M: 67.5%	D.F	Alguna vez en la vida	Cuatro reactivos			T:12.2% H: 4.1% M: 8.0%	

Tabla 2.12. Características y resultados de los estudios donde se emplea la Escala de evaluación de la conducta social del paciente (SBAS), en la medición de la ideación suicida.

Autor/año	Tipo de muestreo	Tamaño de la muestra total, hombres y mujeres	Zona geográfica	Temporabilidad	Punto de corte	Confiabilidad	Validez	Prevalencia I.S total, hombres y mujeres	Asociación con otras variables hombres y mujeres
Rascón, M.L., Gutiérrez, M.L., Valencia, M., Díaz, R., Leños, C. y Rodríguez, S. (2004).	Descriptivo, Retrospectivo, No probabilístico y circunstancial	T:163 H: 20.2% M:79.8%				.78 (Global entre entrevistadores)		T: H: 13.8% M: 12.5%	Depresión. Fobia social. Distimia. Dependencia al alcohol.

Tabla 2.13. Propuestas de las investigaciones sobre Ideación Suicida desarrolladas en México

Autores	Año	Objetivo	Propuestas
González-Forteza y Andrade.	1993	Relación entre estresores sociales cotidianos, el malestar depresivo y la I.S.	Las mujeres tienden a sentirse mal en sus relaciones interpersonales y con I.S.
Medina-Mora, López, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas.	1994	I.S. en los jóvenes que recurren a las drogas, la relación entre el estado de ánimo y la sustancia que usan.	La I.S. se incrementa de acuerdo con la gravedad del consumo de drogas.
González-Forteza y Andrade.	1995	Efecto del control y comunicación de los padres y su relación con la sintomatología depresiva y la I.S.	En las mujeres la comunicación con los padres, se correlacionan negativamente con el malestar emocional.
González-Forteza, Jiménez y Gómez.	1995	Impacto de la variables psicosociales de estrés.	Para prevenir la I.S. en adolescentes se requiere de aproximaciones por género.
López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas.	1995	I.S. de los jóvenes que recurren al uso de drogas.	El alcohol y drogas es un factor de riesgo para la I.S.
González-Forteza, Andrade y Jiménez.	1997	Relación entre los factores y dimensiones del estrés cotidiano familiar con la sintomatología depresiva y la I.S.	La problemática en los adolescentes requiere de aproximaciones diferentes por género.
González-Forteza, Berenzon, Tello, Facio y Medina-Mora.	1998	Prevalencia de I.S. y el perfil sintomático e identificar las características sociodemográficas que distinguen a quienes tuvieron mayores puntajes de I.S. entre población de adolescentes estudiantes y pacientes por intento suicida.	La I.S. se correlaciona con el cursar secundaria, bajas calificaciones y haber interrumpido los estudios.
González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez.	1998	Prevalencia de I.S. entre los jóvenes universitarios, relación entre las variables predictoras y de riesgo con la I.S.	El estrés y la baja autoestima como variable predictora de riesgo.
Luckie, Morán, Juárez, Vázquez, Curiel y Ramiro.	1998	Frecuencia de sujetos con I.S. por sexo y edad en una población abierta del hospital regional 1° de octubre.	Mayor I.S. en mujeres de de 35 a 45 años.
Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges.	1998	Relación de la I.S. con la desesperanza y el abuso de drogas y el alcohol.	Factores de riesgo: ser mujer, tener 30 a 45 años, desempleado y desesperanza alta.

Berenzon, González-Forteza y Medina-Mora.	2000	Prevalencia de I.S y su relación con algunas características sociodemográficas.	Factores de riesgo: depresión, ser soltera.
González, Díaz, Ortiz, González-Forteza y González.	2000	Evaluar la concordancia diagnóstica y la consistencia interna de la Escala de la Ideación Suicida de Beck.	La Escala de Ideación Suicida de Beck no pretende predecir el intento suicida, pero sí valorar la intensidad del deseo de suicidarse para saber si es sujeto corre riesgo.
González-Forteza, Ramos, Vignau, y Ramírez.	2001	Identificar en la mujeres y hombres de secundaria, el porcentaje de abuso sexual y su traslape con el hecho de haber intentado suicidarse.	El ser víctima de abuso sexual incrementa la I.S.
García.	2003	Impacto que tienen variables sociodemográficas, religiosas y psicológicas en la I.S.	Factores de riesgo: La depresión, ansiedad, sexo edad, actitudes.
González Forteza, Ramos, Caballero y Wagner.	2003	Correlatos de depresión ideación e intento suicida en adolescentes estudiantes del D.F.	Factores de riesgo: impulsividad, afrontamiento agresivo, conflictos con los padres.
Mondragón, Monroy, Medina-Mora, Borges.	2003	Relación de la I.S, Con la depresión el consumo de alcohol y los eventos de vida.	Planear programas preventivos que tomen en cuenta la diferencia entre hombres y mujeres en la prevalencia de I.S.
Serrano y Flores.	2003	Asociación entre la relación con el padre, la sintomatología depresiva y la I.S.	Mayor afecto, ánimo positivo y comunicación se asocia con una menor I.S.
Chávez, Pérez, Macías y Páramo.	2004	Prevalencia y factores asociados a la I.S.	Multiplicidad de factores dentro la I.S.
Rascón, Gutiérrez, Valencia, Díaz, Leños y Rodríguez.	2004	Percepción del familiar respecto al la I.S de su paciente con esquizofrenia.	Asociación significativa entre depresión e I.S.
Serrano, y Flores.	2005	Relación entre el estrés y el afrontamiento con la I.S.	A mayor estrés con la pareja mayor I.S.
Córdova, Rosales, Caballero y Rosales.	2007	I.S en estudiantes universitarios y los aspectos psicosociodemográficos.	Aspectos psicosociodemográficos relacionados significativamente: consumir drogas, economía, percibir un futuro incierto.
Jiménez, Mondragón, González-Forteza.	2007	Explorar si la autoestima baja y la sintomatología depresiva se relacionan con la I.S.	No hay diferencia significativa entre la autoestima baja y la I.S.

Locus de Control Externo (LCE)	7	3	Total: 64.3%	Factor 1: 2.24. Los mejores alumnos son los que tienen suerte 2.26. Todo lo que hago me sale bien, gracias a la suerte 2.28. Es mejor tener suerte que ser inteligente	Total: .72	F1: .72
Apego social (APS)	6	6	Total: 72.9% F1: 38.1% F2: 34.8%	Factor 1: (Apego familiar) 2.31. Mi familia trata realmente de ayudarme 2.33. Puedo hablar de mis problemas con mi familia 2.34. Tengo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia Factor 2:(Apego amigos) 2.32. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal 2.35. Mis amigos tratan realmente de ayudarme 2.36. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos	Total: .79	F1: .76 F2: .84
Desesperanza (DS)	8	8	Total: 51.5% F1: 27.1% F2: 24.3%	Factor 1: (Futuro positivo) 2.40. Tengo gran fe en el futuro 2.42. Preveo tiempos mejores que peores 2.44. Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza 2.46. En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa Factor 2: (Futuro negativo) 2.41. Mi futuro parece oscuro 2.43. No consigo oportunidades y no hay razón para creer que las tenga en el futuro 2.45. Es muy poco probable que logre verdadera satisfacción en el futuro 2.47. Es una estupidez desear algo, pues nunca consigo lo que quiero	Total: .69	F1: .63 F2: .71
Agresión (AGR)	3	3	Total: 54.5%	Factor 1: 2.48. Soy muy agresivo(a) 2.49. Tengo con frecuencia ideas en la cabeza que no puedo evitar 2.50. Generalmente soy calmado(a), tranquilo(a)	Total: .58	F1: .58

Estado emocional (EEM)	5	4	Total: 60.3%	Factor 1: 2.67. He estado muy nervioso(a) 2.69. Me he sentido triste y melancólico(a) 2.70. Me he sentido abatido(a), que nada me puede 2.71. Me he sentido feliz	Total: .77	F1: .77
Ideación suicida (IS)	4	3	Total: 70.8%	Factor 1: 3.4. Tenía pensamientos sobre la muerte 3.5. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a) 3.6. Pensé en matarme	Total: .79	F1: .79

				2.7 Si fracaso en algo, eso lo considero tan malo como ser un completo fracaso (E) 2.9 Si no hago siempre bien las cosas la gente no me respetará (C)		
Locus de Control Externo (LCE)	7	3	Total: 63.4%	Factor 1: 2.24. Los mejores alumnos son los que tienen suerte 2.26. Todo lo que hago me sale bien, gracias a la suerte 2.28. Es mejor tener suerte que ser inteligente	Total: .71	F1: .71
Apego social (APS)	6	6	Total: 72.1% F1: 37.8% F2: 34.3%	F1: (Apego familiar) 2.31. Mi familia trata realmente de ayudarme 2.33. Puedo hablar de mis problemas con mi familia 2.34. Tengo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia Factor 2 :(Apego amigos) 2.32. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal 2.35. Mis amigos tratan realmente de ayudarme 2.36. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos	Total: .77	F1: .75 F2: .84
Desesperanza (DS)	8	8	Total: 50.8% F1: 25.9% F2: 24.9%	Factor 1: (Futuro positivo) 2.40. Tengo gran fe en el futuro 2.42. Preveo tiempos mejores que peores 2.44. Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza 2.46. En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa Factor 2: (Futuro negativo) 2.41. Mi futuro parece oscuro 2.43. No consigo oportunidades y no hay razón para creer que las tenga en el futuro 2.45. Es muy poco probable que logre verdadera satisfacción en el futuro 2.47. Es una estupidez desear algo, pues nunca consigo lo que quiero	Total: .68	F1: .64 F2: .68

Agresión (AGR)	3	3	Total: 52.7%	Factor 1: 2.48. Soy muy agresivo(a) 2.49. Tengo con frecuencia ideas en la cabeza que no puedo evitar 2.50. Generalmente soy calmado(a), tranquil(a)	Total: .54	F1: .54
Estado emocional (EE)	5	4	Total: 59.2%	Factor 1: 2.67. He estado muy nervioso(a) 2.69. Me he sentido triste y melancólico(a) 2.70. Me he sentido abatido(a), que nada me puede 2.71. Me he sentido feliz	Total: .76	F1: .76
Ideación suicida (IS)	4	3	Total: 69.2%	Factor 1: 3.4. Tenía pensamientos sobre la muerte 3.5. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a) 3.6. Pensé en matarme	Total: .77	F1: .77

Tabla 4.51. Análisis factorial y de confiabilidad de las escalas, en las Mujeres

Escales	Reac. iníciales	Reac. finales	Varianza explicada	Número de factores	Conf. escala	Conf. factor
Actitud Creencias Disfuncionales (ACD)	23	16	Total: 55.8% F1: 16.9% F2: 13.4% F3: 12.8% F4: 12.5%	Factor 1: (Comodidad-Éxito) 2.5 Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, pienso que soy una mala persona (C) 2.7 Si fracaso en algo, eso lo considero tan malo como ser un completo fracaso (E) 2.9 Si no hago siempre bien las cosas la gente no me respetará (C) 2.13 Para ser una persona valiosa, debo destacar por lo menos en algo importante (E) 2.15 Las persona a quienes se les ocurren buenas ideas valen más que aquellas a las que no se les ocurren (C) Factor 2: Comodidad- Aprobación-Éxito 2.2 Quiero caerle bien a algunas personas (A) 2.3 La gente probablemente me considerará menos si cometo algún error (A) 2.11 A veces es terrible cuando no le gusto a la gente (C) 2.14 A veces es desagradable cuando no le agrado a la gente (C) 2.18 En ocasiones es frustrante cuando no hago las cosas bien (E) 2.22 En ocasiones, cuando estoy tenso, me resulta difícil funcionar (C) Factor 3: Comodidad 2.17 Algunas veces es insoportable cuando estoy tenso (C) 2.19 En ocasiones cuando estoy tenso, pienso que siempre estaré de esa manera (C) Factor 4: (Aprobación-Comodidad) 2.1 Si desagrado a los demás no puedo ser feliz (A)	Total: .85	F1: .73 F2: .73 F3: .40 F4: .65

				2.21 Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás piensen de mí (A) 2.23 Para agradar a otras personas, lo mejor es renunciar a los propios intereses (C)		
Locus de Control Externo (LCE)	7	3	Total: 66.0%	Factor 1: 2.24. Los mejores alumnos son los que tienen suerte 2.26. Todo lo que hago me sale bien, gracias a la suerte 2.28. Es mejor tener suerte que ser inteligente	Total: .74	F1: .74
Apego social (APS)	6	6	Total: 75.2% F1: 38.7% F2: 36.4%	F1: (Apego familiar) 2.31. Mi familia trata realmente de ayudarme 2.33. Puedo hablar de mis problemas con mi familia 2.34. Tengo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia Factor 2 :(Apego amigos) 2.32. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal 2.35. Mis amigos tratan realmente de ayudarme 2.36. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos	Total: .83	F1: .79 F2: .85
Desesperanza (DS)	8	8	Total: 53.9% F1: 28.6% F2: 25.2%	Factor 1: (Futuro positivo) 2.40. Tengo gran fe en el futuro 2.42. Preveo tiempos mejores que peores 2.44. Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza 2.46. En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa Factor 2: (Futuro negativo) 2.41. Mi futuro parece oscuro 2.43. No consigo oportunidades y no hay razón para creer que las tenga en el futuro 2.45. Es muy poco probable que logre verdadera satisfacción en el futuro 2.47. Es una estupidez desear algo, pues nunca consigo lo que quiero	Total: .73	F1: .58 F2: .77

Agresión (AGR)	3	3	Total: 58.6%	Factor 1: 2.48. Soy muy agresivo(a) 2.49. Tengo con frecuencia ideas en la cabeza que no puedo evitar 2.50. Generalmente soy calmado(a), tranquilo(a)	Total: .64	F1: .64
Estado emocional (EEM)	5	4	Total: 63.4%	Factor 1: 2.67. He estado muy nervioso(a) 2.69. Me he sentido triste y melancólico(a) 2.70. Me he sentido abatido(a), que nada me puede 2.71. Me he sentido feliz	Total: .80	F1: .80
Ideación suicida (IS)	4	3	Total: 74.4%	Factor 1: 3.4. Tenía pensamientos sobre la muerte 3.5. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a) 3.6. Pensé en matarme	Total: .82	F1: .82

Cuadro 1. Instrumento de Detección de Ideación Suicida en Jóvenes.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



¡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 DETECCIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA EN JÓVENES

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

Pregunta:	Respuesta:
1.1. ¿Edad (en años cumplidos)?	Años: _____
1.2. ¿Sexo?	() 1. Masculino () 2. Femenino
1.3. ¿Estado civil?	() 1. Soltero(a) () 2. Casado(a), Unión Libre
1.4. ¿Trimestre, semestre o año que actualmente cursas?	Trimestre: _____ Semestre: _____ Año: _____
1.5. ¿Carrera?: (solo si te encuentras estudiando una carrera)	_____
1.6. ¿Tu promedio de calificación hasta el momento es de ...?	() 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10
1.7. ¿Tu desempeño académico consideras que es?	() 1. Excelente () 2. Bueno () 3. Malo () 4. Muy Malo

1.8.¿Prácticas alguna religión?	() 1. Si () 2. No (<i>pasa a pregunta 1.10</i>)
1.9. ¿Estimas que tu actividad religiosa es ...?	() 1. Mucha () 2. Suficiente () 3.Escasa () 4. Casi nula
1.10. ¿La condición económica de tu familia es...?	() 1. Muy Buena () 2. Buena () 3. Mala () 4. Muy Mala
1.11. ¿El dinero con el que cuentas regularmente, te alcanza para ...?	() 1. No me alcanza () 2. Solo pasajes y comida () 3. Pasajes, comida, extras y diversiones
1.12. ¿Acostumbras consumir o tomar algo para sentirte bien? (<i>café, cigarros, etc.</i>)	() 1. Si () 2. No (<i>pasa a preg. 1.14</i>)
1.13. ¿Qué es lo que consumes para sentirte bien? (<i>si es más de una opción, coloca 1 a la más importante, 2 a la siguiente, etc.</i>)	() 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 (<i>pasa a la pregunta 1.16</i>)
1.15. ¿Lo que ha trastornado tú vida se relaciona con...? (<i>si es más de una opción, coloca 1 a la más importante, 2 a la siguiente, etc.</i>)	() 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 (<i>pasa a preg. 1.23</i>)
1.21. ¿La causa por la que recibiste atención fue...?:	_____
1.22. ¿Actualmente sigues en tratamiento psicológico o psiquiátrico?	() 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
<i>Totalmente de Acuerdo</i>	<i>De Acuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>
TD		
<i>Totalmente en Desacuerdo</i>		

Ejemplo:

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

En este ejemplo, la persona marcó la casilla **TA** indicando que está totalmente de acuerdo en que siempre cumple lo que dPice. 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. <i>Si desagrado a los demás no puedo ser feliz</i>	4	3	2	1
2.2. <i>Quiero caerle bien a algunas personas</i>	1	2	3	4
2.3. <i>La gente probablemente me considerará menos si cometo algún error</i>	4	3	2	1
2.4. <i>Solo porque no le agrada a algunas personas, no significa que sea una mala persona</i>	1	2	3	4
2.5. <i>Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, pienso que soy una mala persona</i>	4	3	2	1
2.6. <i>Es importante que haga bien algunas cosas</i>	1	2	3	4
2.7. <i>Si fracaso en algo, eso lo considero tan malo como ser un completo fracaso</i>	4	3	2	1
2.8. <i>Solo porque haga algunas cosas mal, no significa que sea un fracaso</i>	1	2	3	4
2.9. <i>Si no hago siempre bien las cosas la gente no me respetará</i>	4	3	2	1
2.10. <i>Quiero hacer bien algunas cosas</i>	1	2	3	4
2.11. <i>A veces es terrible cuando no le gusto a la gente</i>	4	3	2	1
2.12. <i>De vez en cuando necesito estar relajado(a)</i>	1	2	3	4
2.13. <i>Para ser una persona valiosa, debo destacar por lo menos en algo importante</i>	4	3	2	1
2.14. <i>A veces es desagradable cuando no le agrado a la gente</i>	1	2	3	4
2.15. <i>Las persona a quienes se les ocurren buenas ideas valen más que aquellas a las que no se les ocurren</i>	4	3	2	1
2.16. <i>Es importante que haga bien algunas cosas</i>	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 mí	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 mí	4	3	2	1
2.28. Es mejor tener suerte que ser inteligente	4	3	2	1
2.29. Mi éxito en la escuela dependerá de que tan agradable sea yo	4	3	2	1
2.30. El éxito depende de mí	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

<i>2.38. El dinero con el que cuento regularmente, me alcanza para satisfacer todas mis necesidades</i>	4	3	2	1
<i>2.39. Mis creencias personales me ayudan a entender las dificultades de la vida diaria</i>	4	3	2	1
<i>2.40. Tengo gran fe en el futuro</i>	1	2	3	4
<i>2.41. Mi futuro parece oscuro</i>	4	3	2	1
<i>2.42. Preveo tiempos mejores que peores</i>	1	2	3	4
<i>2.43. No consigo oportunidades y no hay razón para creer que las tenga en el futuro</i>	4	3	2	1
<i>2.44. Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza</i>	1	2	3	4
<i>2.45. Es muy poco probable que logre verdadera satisfacción en el futuro</i>	4	3	2	1
<i>2.46. En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa</i>	1	2	3	4
<i>2.47. Es una estupidez desear algo, pues nunca consigo lo que quiero</i>	4	3	2	1
<i>2.48. Soy muy agresivo(a)</i>	4	3	2	1
<i>2.49. Tengo con frecuencia ideas en la cabeza que no puedo evitar</i>	4	3	2	1
<i>2.50. Generalmente soy calmado(a), tranquilo(a)</i>	1	2	3	4

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

	100% del tiempo	80% del tiempo	60% del tiempo	40% del tiempo	20% del tiempo	0% del tiempo
2.67. 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
ayuda, tú eres muy importante!***

¡No dudes en pedir

apoyo@campus.iztacala.unam.mx



¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!