



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
Emiliano Zapata del Estado de Morelos

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
ROSALBA RAMOS CLATEMPA

Directora: Dra. **Martha Hermelinda Córdova Osnaya**
Dictaminadores: Lic. **José Carlos Rosales Pérez**
Dra. **Luz de Lourdes Eguiluz Romo**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

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.

AGRADECIMIENTOS

Si bastara con tan sólo decir gracias a todas aquellas personas que estuvieron involucradas para la realización de este trabajo, podría enumerar a todas las personas, y realmente nunca terminaría, también podría olvidar a alguien y no sería grato. Por ello, extendiendo mi agradecimiento a mi familia, a todos mis amigos y seres queridos que estuvieron a mi lado en este gran camino, que se interesaron por mi trabajo, preguntaron y me motivaron para seguir adelante, porque realmente no fue fácil.

Gracias sinceras a mis padres; Papá: gracias por darme tu apoyo, por ese “felicidades”, pues sé que no es tan fácil para ti pero sé también que todo lo que has hecho y me has dado ha sido de corazón. Mamá: muchas gracias por enseñarme lo que es una guerrera, por ser mi mayor motivación, por toda la fortaleza que siempre has mostrado y por ser todo a la vez, por tu reconocimiento y el gran apoyo, miles de gracias. A mis hermanos, gracias por el apoyo que me han brindado y por compartir esta dicha conmigo. Quisiera que en estas líneas que escribo se viera reflejado qué tan agradecida me encuentro con las personas, pero siempre habrá mucho que decir y pocas palabras que plasmen y expresen no sólo un gracias, que a veces puede ser tan vacío, sino un verdadero reconocimiento con el cual yo regrese poco de lo mucho que me han dado.

Agradezco a todos los que aún sin saberlo me ayudaron, que me inspiraron a trabajar en el tema del suicidio; gracias a ti, por haberme encaminado a conseguir este sueño, por aquel día en que me dijiste: “Encontré algo para ti” y mira, si fue para mí, ¡muchas gracias!. También, quiero extender este agradecimiento a mis amigos, que estuvieron conmigo en los momentos más difíciles, cuando parecía que mi esfuerzo no tenía sentido, gracias por devolverme esa esperanza y por alentarme para continuar y concluir este trabajo, que es muy importante en mi vida profesional y personal. Gracias a ti, por siempre estar conmigo, por tener palabras de aliento, por escucharme todas las veces en que te decía que ya no quería seguir adelante, por esas palabras que me impulsaron para continuar y concluir mi trabajo, gracias sinceras por hacer tanto por mí, por seguir conmigo y mostrarme que queda un largo camino, gracias por estar conmigo.

A mis asesores en este gran proyecto, porque gracias a ustedes tuve y tengo la oportunidad de trabajar sobre un tema que es de mi interés. Gracias Dra. Martha Córdova por su dedicación a este tema, por el

compromiso que mostró a lo largo de todo este proceso, por guiarme en este camino, por orientarme y corregirme, por motivarme con su gusto por el tema, por siempre imprimir interés y dedicación, por su disposición y trabajo, realmente agradezco el que dirija este trabajo, gracias por reforzar mi interés por la investigación.

Lic. José Carlos Rosales, gracias por su conocimiento, por compartir parte del gran conocimiento que posee, gracias por esas lecciones tan interesantes, por ayudarme a encontrar el sentido de las fórmulas, por todo lo que aprendí y por su disposición e interés por el tema del suicidio, en verdad gracias por ser ese lado realista, por ser ese motivador para seguir adelante, por las veces en que hizo más interesante el trabajo con todos aquellos ejemplos vivenciales.

Doctora Luz de Lourdes Eguiluz, gracias por ser parte de este importante proyecto, por el gran interés y compromiso que tiene con el tema del suicidio, por su conocimiento y por permitirme realizar un adecuado trabajo al ser impulsada por el empeño que cada uno de ustedes pone, porque siempre es importante sentir un buen respaldo.

Compañeras y compañero de trabajo, muchas gracias porque aunque pueda parecer que cada quien realizó su trabajo, agradezco el que hayan llegado hasta este sitio, porque persistieron, por su dedicación, interés y entrega en cada lección; gracias por hacer todo este proceso divertido e interesante, gracias por ser tan comprometidos, porque ninguno se dio por vencido, este no sólo es un agradecimiento hacia ustedes, es un reconocimiento a su entrega y trabajo.

Gracias inmensas a todas las personas que sin saberlo contribuyeron en este mi trabajo, porque impulsada por muchas personas me atreví a seguir de cerca este globo para conseguir mi sueño, y puedo decir que ¡lo conseguí! y me encuentro muy orgullosa de lo que junto con ustedes he logrado... ¡Muchas Gracias!

Dedicado a mis padres, hermanos, amigos y para aquellas personas que se despidieron antes de tiempo, porque siempre estarán presentes...

ÍNDICE TEMÁTICO

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1. EL SUICIDIO	
1.1 Definiciones del suicidio	6
1.1.1 Perspectiva sociológica.....	8
1.1.2 Perspectiva psiquiátrica	9
1.1.3 Perspectiva psicológica	9
1.2 Factores de riesgo asociados al suicidio.	11
1.3 Comportamiento suicida	19
1.3.1 Ideación suicida.....	20
1.3.2 Tentativa suicida	20
1.3.3 Suicidio consumado	21
1.4 Incidencia del intento de suicidio y el suicidio consumado en los jóvenes mexicano.	22
1.4.1 Intento de suicidio	23
1.4.2 Suicidio consumado.....	25
CAPÍTULO 2. LA IDEACIÓN SUICIDA EN MÉXICO	
2.1 Definición de la ideación suicida	27
2.1.1 Definiciones teóricas	28
2.1.2 Definiciones en investigaciones mexicanas	29
2.2 La medición de la ideación suicida en México y sus hallazgos de acuerdo al sexo	31
2.2.1 Escala de Roberts-CES-D	32
2.2.1.1 La escala de Roberts-CES-D empleada en adolescentes estudiantes de secundaria y preparatoria	33
2.2.1.2 La escala de Roberts-CES-D empleada en universitarios	36
2.2.1.3 La escala de Roberts-CES-D empleada en usuarios de los centros de salud	36
2.2.1.4 La escala de Roberts-CES-D empleada en población abierta	37

2.2.2 Preguntas	37
2.2.2.1 Preguntas empleadas en adolescentes estudiantes de secundaria y preparatoria	37
2.2.2.2 Preguntas empleadas en población abierta	38
2.2.3 Escala de Beck	39
2.2.3.1 Escala de Beck con formato de entrevista clínica semiestructurada empleada en estudiantes universitarios	39
2.2.3.2 Escala de Beck con formato autoaplicable empleada en estudiantes universitarios	40
2.2.3.3 Escala de Beck con formato autoaplicable empleada en población abierta	41
2.2.3.4 Escala de Beck empleada en usuarios de los centros de salud	41
2.2.4 Escala de Okasha	42
2.2.4.1 Escala de Okasha empleada en usuarios de los centros de salud	42
2.2.4.2 Escala de Okasha empleada en población abierta	42
2.2.5 Otros instrumentos	43

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1 Planteamiento del problema	44
3.1.1 Pregunta (s) de investigación	46
3.1.2 Objetivo(s)	46
3.1.3 Hipótesis	47
3.2 Método	48
3.2.1 Definición de la población	48
3.2.2 Descripción de la muestra	48
3.2.3 Descripción de los materiales	49
3.2.4 Descripción de Instrumentos y aparatos	49
3.2.5 Descripción del lugar	49
3.2.6 Definición de las variables	50

3.3 Procedimiento	54
3.3.1 Diseño de investigación	54
3.3.2 Diseño de muestreo	54
3.3.3 Descripción de sesiones, fases o ensayos	55

CAPÍTULO 4. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Variables de identificación personal	56
4.1.1 Datos generales	56
4.1.1.1 Muestra total	56
4.1.1.2 Por sexo	57
4.1.2 Datos académicos	58
4.1.2.1 Muestra total	58
4.1.2.2 Por sexo	60
4.1.3 Datos económicos	63
4.1.3.1 Muestra total	63
4.1.3.2 Por sexo	64
4.1.4 Experiencias negativas	66
4.1.4.1 Muestra total	66
4.1.4.2 Por sexo	70
4.1.5 Atención psicológica	75
4.1.5.1 Muestra total	75
4.1.5.2 Por sexo	76
4.1.6 Datos de apoyo	78
4.1.6.1 Muestra total	78
4.1.6.2 Por sexo	80
4.1.7 Antecedente suicida	83
4.1.7.1 Muestra total	83
4.1.7.2 Por sexo	85
4.2 Variables psicológicas	88
4.2.1 Ajuste psicométrico de Escalas y Reactivos; Confiabilidad Validez	88
4.2.1.1 Muestra total	88

4.2.1.1.1 Ajuste de escalas y reactivos	88
4.2.1.1.2 Confiabilidad	89
4.2.1.1.3 Validez	90
4.2.1.2 Por sexo: Hombres y mujeres	94
4.2.1.2.1 Ajuste de escalas y reactivos	95
4.2.1.2.2 Confiabilidad	96
4.2.1.2.3 Validez	97
4.2.2 Descripción de las escalas y reactivos	105
4.2.2.1 Escala de Actitudes y Creencias	105
4.2.2.1.1 Muestra total	105
4.2.2.1.2 Hombres y mujeres	106
4.2.2.2 Locus de control externo	107
4.2.2.3 Apoyo social	108
4.2.2.3.1 Muestra total	108
4.2.2.3.2 Hombres y mujeres	108
4.2.2.4 Espiritualidad	109
4.2.2.5 Desesperanza	109
4.2.2.5.1 Muestra total	109
4.2.2.5.2 Hombres y mujeres	110
4.2.2.6 Escala de Estado emocional	111
4.2.2.6.1 Muestra total	111
4.2.2.6.2 Hombres y mujeres	112
4.2.2.7 Escala de Ideación suicida	112
4.3 Comprobación de las hipótesis de investigación	114
 CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	 127
 BIBLIOGRAFÍA	 135
 ANEXO	

RESUMEN

La ideación suicida se refiere a todos aquellos pensamientos, deseos y planes sobre quitarse la vida, por lo que es del comportamiento suicida el más complejo, ya que solamente se puede acceder a él por medio de preguntas. Es un fenómeno multifactorial que se asocia con variables psicológicas y sociodemográficas, además de ser considerado como un indicador para prevenir el suicidio, por ello el objetivo de la presente investigación fue identificar de acuerdo al sexo la incidencia de ideación suicida y su relación jerárquica con variables psicológicas y de identificación personal que integran el instrumento "Detección de Ideación Suicida en jóvenes" aplicado a los estudiantes de la Universidad Tecnológica Emiliano Zapata en el Estado de Morelos. El muestreo fue no probabilístico intencional; la muestra estuvo conformada por 579 alumnos, 323 (55.8%) hombres y 256 (44.2%) mujeres, con edades de 18 a 36 años. Se encontró que el 4.3% del total de la muestra presentó ideación suicida alta con diferencia de intensidad de puntuación entre los sexos; a través del análisis de regresión múltiple se observó que las variables psicológicas y de identificación personal se asociaron jerárquicamente con la ideación suicida y al ser comparadas predominaron las variables psicológicas en la asociación jerárquica. A partir de la teoría Cognitivo-Conductual y la Teoría Racional Emotivo Conductual, se interpretó que los hombres de la muestra presentan distorsiones cognitivas que ajustándose a la TREC, ante eventos activantes no identificados, tienen como consecuencia estado emocional negativo, así mismo, hay distorsiones sobre el medio al no percibir apoyo. En las mujeres, se encontraron distorsiones cognitivas sobre el medio y el sí mismo, es decir, no perciben apoyo familiar y ante su exigencia de éxito, son vulnerables a sentirse fracasadas, de acuerdo con la TREC muestran como consecuencia estado emocional negativo y ausencia de estado emocional positivo. El análisis realizado en la investigación cobra mayor relevancia al ser multivariado puesto que concuerda con la teoría que establece que la ideación suicida es un fenómeno multifactorial, así mismo, se vincula con la teoría para una interpretación más completa, quedando esta línea de investigación propuesta para posteriores estudios.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un tema que se ha estudiado a lo largo de la historia del ser humano y en la actualidad es un fenómeno con alta incidencia entre los jóvenes. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 1990 al año 2001, se dio un incremento en el porcentaje de suicidios en el grupo de edad de 15 a 24 años en todo el mundo, siendo en algunos países la segunda o tercera causa de defunciones en los jóvenes, lo que los ha llevado a ser considerados como el grupo de riesgo suicida (Chávez-Hernández, Medina y Macías-García, 2008). En el caso particular de México, las cifras que se manejan son alarmantes ya que se menciona, se ha presentado un aumento considerable, reportándose que en el año 2004 ocurrieron 3324 suicidios mostrando un incremento del 3.2% respecto a los datos reportados en 1995 (INEGI, 2005). Sin embargo, existen inconsistencias en la forma en que se han realizado los registros de suicidios, ya que, no todas las muertes por suicidio son reportadas, por ello las cifras no son exactas y realmente pueden ser más suicidios de los registrados.

En nuestro país, el suicidio ya es un problema de salud pública que afecta a todas las edades, inclusive, ya se presentan casos de suicidio en menores de edad; en particular, el tema llama mucho la atención, por la situación en la que se encuentra nuestro país y por el desalentador futuro que le espera a los jóvenes más aún por ser éste el grupo de mayor riesgo. Para su estudio, el comportamiento suicida se ha dividido en ideación suicida, tentativa suicida y suicidio consumado. En esta investigación, se aborda el tema de la ideación suicida, ya que tanto de intentos de suicidio como de suicidios consumados se reportan más estudios, los cuales se han realizado generalmente en adolescentes; por ello es que esta investigación es de suma importancia, ya que al ser la ideación suicida meramente pensamientos, es importante detectarla para la futura elaboración de planes de intervención que permitan prevenir posibles intentos de suicidio o en el peor de los casos suicidios consumados.

Así mismo, la relevancia del tema se cimienta sobre la teoría, la cual indica que la ideación suicida es el comportamiento del que se encuentra menor teorización, ya

que, para muchos autores este concepto hace referencia a cogniciones de contenido variado y en particular, se habla de ideación suicida cuando las personas tienen pensamientos sobre quitarse la vida. De acuerdo con Beck (1972) la ideación suicida son todos aquellos deseos, planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca de quitarse la vida, así como las expectativas de cómo llevarlo a cabo, es decir, hace referencia a un constructo cognoscitivo. En este caso, pocas veces se verbalizan estos pensamientos por ello, la investigación de este fenómeno es importante, ya que sólo podremos saber el índice de ideación suicida que existe en determinadas poblaciones por medio de preguntas.

Se ha reportado que el porcentaje de ideación suicida ha tenido un aumento considerable en la población de 15 a 24 años de edad, es decir, estudiantes mayormente de nivel universitario; al mismo tiempo, existe gran importancia metodológica debido a que sólo dos investigaciones se han llevado a cabo en esta población, y de las dos investigaciones encontradas, solamente en una se empleó la Escala de Roberts-CES-D (González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez, 1998), que es la escala que se utiliza en esta investigación. El análisis de esta investigación es multivariado por lo que encuentra mayor importancia y concordancia con la teoría al considerarse la ideación suicida como un fenómeno multifactorial; al mismo tiempo, se realiza la interpretación de los resultados a partir de la teoría Cognitivo conductual y la Teoría Racional Emotivo Conductual. Finalmente, las implicaciones sociales que la ideación suicida conlleva, son numerosas, ya que como se menciona, las personas se desarrollan en una sociedad y al presentarse el suicidio, no sólo implica a la persona que lo comete sino al medio en el que se desenvuelve, así también, cuando se realiza un programa de intervención se trabaja con la persona que manifiesta ideación suicida y con las personas que lo rodean.

Por lo tanto y en base a lo anterior, el objetivo de la presente investigación es Identificar de acuerdo al sexo la incidencia de ideación suicida y su relación jerárquica con las variables psicológicas y de identificación personal que integran el instrumento "Detección de Ideación Suicida en jóvenes" aplicado a los estudiantes de la Universidad Tecnológica Emiliano Zapata en el Estado de Morelos.

En el primer capítulo se desarrolla el tema del suicidio, es decir, se presentan las definiciones que se han incluido en la literatura, se hace una revisión desde la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como las establecidas por la perspectiva sociológica con Durkheim, la perspectiva psiquiátrica y la perspectiva psicológica; posteriormente, se habla acerca de los factores de riesgo que se asocian al comportamiento suicida; se aborda también el comportamiento suicida dividido en Ideación Suicida, Tentativa Suicida y Suicidio Consumado, y, finalmente, se muestran algunos estudios que han reportado la incidencia del intento de suicidio y del suicidio consumado en los jóvenes mexicanos.

En el capítulo dos, se aborda el tema de la ideación suicida, en primera instancia, se presentan las definiciones que se han desarrollado teóricamente a partir de la perspectiva cognitivo conductual, después, se habla de las definiciones que se han elaborado por los autores que han investigado la ideación suicida en México; posteriormente, se reporta la medición de la ideación suicida en la población mexicana y los hallazgos de acuerdo al sexo, en este apartado, se habla de las distintas investigaciones dirigidas a adolescentes, población general y jóvenes universitarios, distribuidas de acuerdo a la escala que se utilizó para su medición.

El capítulo tres está constituido por la metodología empleada para la investigación, primero, se presenta el planteamiento del problema justificando la importancia de este estudio, después se abordan las preguntas de investigación, se desarrolla el objetivo general, los objetivos específicos y las hipótesis. En este apartado, se define la población, es decir, se describe la muestra empleada para la investigación, los criterios de inclusión y exclusión, la descripción de los materiales, del instrumento y del lugar. También, se definen las variables que se incluyeron en la investigación, se presenta el diseño de la investigación, el diseño del muestreo y finalmente la descripción de la sesión de aplicación y el procedimiento.

En el capítulo cuatro se encuentra la descripción y el análisis de los resultados para la población general y por sexo; en este apartado, se describen las variables de identificación personal, en las que se encuentran: datos generales, datos

académicos, datos económicos, experiencias negativas, atención psicológica, datos de apoyo y antecedente suicida. Después, se describen las variables psicológicas, las cuales son: Ideación suicida, Estado Emocional, Desesperanza, Actitudes y Creencias Disfuncionales, Locus de Control, Apoyo Social, Espiritualidad y Agresión; para lo cual, se realiza el ajuste psicométrico de escalas y reactivos, es decir, se calcula la confiabilidad y validez para las escalas y sus reactivos, este procedimiento se presenta para la muestra total, para hombres y mujeres. Por último, se lleva a cabo la comprobación de las hipótesis de investigación.

Finalmente, en las conclusiones se presentan los datos más relevantes encontrados en la investigación, se realiza la explicación de lo encontrado a partir de la teoría cognitivo conductual y la teoría racional emotivo conductual, posteriormente, se enfatiza sobre las bondades de la investigación así como las limitaciones que se encontraron, se plantea la importancia de seguir investigando sobre el tema y las propuestas para posteriores estudios.

CAPÍTULO 1. EL SUICIDIO

El suicidio actualmente es uno de los problemas que enfrentan todas las sociedades, y aún no existe un consenso que responda la pregunta de por qué se suicida la gente; por lo que es considerado un acto multicausado y constituye uno de los problemas más importantes de salud pública, siendo así que se demanda una mayor atención, especialmente en el campo de la prevención. El aumento del suicidio en los jóvenes y el conocimiento sobre las circunstancias sociales, características personales y condiciones en general que anteceden o precipitan el acto suicida, ha alcanzado un gran interés precisamente cuando el suicidio ha llegado a convertirse en la segunda causa de muerte entre el grupo de jóvenes de entre 15 y 24 años de edad (González, 2000).

Siendo de gran importancia el tema sobre el suicidio en los jóvenes, en éste apartado se abordarán las definiciones que se tiene acerca del suicidio, los factores asociados a la conducta suicida y la incidencia que se ha detectado en jóvenes mexicanos.

1.1. Definiciones del suicidio

El suicidio es considerado un acto autodestructivo y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1969, un acto suicida es todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos, sin embargo, el suicidio es todo acto que tiene como resultado la muerte del individuo (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004).

Para algunos autores como Gutiérrez-Garza, Contreras y Orozco-Rodríguez (2006), el suicidio es el acto de matarse de forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí. Así mismo, en el comportamiento suicida se detectan: a) los actos fatales o suicidio consumado; b) los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio; y c) los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica.

El sociólogo Durkheim (1994), definió al suicidio como un acto totalmente consciente e intencional, que busca como resultado final producir la propia muerte; para dicho autor, el individuo que realiza el suicidio se encuentra inmerso en un contexto de condiciones propiciatorias, favorecidas tanto por la desintegración social, como por la pobreza y el estancamiento económico; tomando en cuenta que algunos países con situaciones socialmente inadecuadas prevalecientes desde hace por lo menos dos décadas, se encuentran repercutiendo en casi todos los sectores de la sociedad.

En numerosos casos la decisión de quitarse la vida aparece como un comportamiento funcional, pues pone fin a situaciones de sufrimiento y tensión que se han convertido en insoportables para la persona que la padece. Los términos suicidio y suicida se emplean para referirse a conductas “elegidas” que tienen como meta provocar la muerte propia a corto plazo. Todos los comportamientos a los que se alude con dichos términos han sido motivados por una decisión consciente de morir; pese a ello, muchas veces no pretenden generar un daño personal sino simplemente expresar y comunicar sentimientos de desesperación, desesperanza o enojo.

También se ha considerado al suicidio como una situación de crisis que pone en peligro la vida. Para algunos individuos, la crisis suicida es momentánea, transitoria y temporal, y cuando se resuelve, el individuo pierde su tendencia suicida. Para otros, sin embargo, la crisis puede convertirse en crónica y conllevar años de trastornos, crisis vitales y pensamientos suicidas. Estas ocasiones pueden, de hecho, convertirse en una forma de vida. Por ello, dentro de la conducta suicida, se hace referencia a la habilidad que las personas tienen para resolver problemas, en el caso de los sujetos suicidas se sienten en un túnel sin salida debido a que los métodos que usualmente llevaban a cabo para la solución de sus problemas les son inadecuados llevándolos a considerar el suicidio como un punto de alivio, una salida y solución a sus problemas, por lo que para ellos, el suicidio es una opción razonable y funcional (Freemann y Reinecke, 1995).

1.1.1. Perspectiva sociológica

La vertiente sociológica explica el suicidio como producto de un conjunto de aspectos de la sociedad, sus estructuras y características. El representante más importante y clásico de esta orientación es Durkheim, cuya teoría ha influido y sigue influyendo en las diferentes interpretaciones que se han realizado y se realizan sobre el suicidio.

Emilio Durkheim en su libro “El suicidio” aborda el suicidio desde una perspectiva etiológica, tomando como objeto de estudio la tasa de suicidios y no el suicidio individual. Durkheim definió la tasa de suicidios como la razón entre la cifra global de muertes voluntarias y la población de cualquier edad y sexo; por otra parte, entendió el suicidio como todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado.

Durkheim (1994) habla de tres tipos de suicidio: el egoísta, el altruista y el anómico. El suicidio egoísta es consecuencia de la falta de integración social o de una individualización excesiva, siendo así, que la integración familiar, como una forma de integración social, afecta a la tasa de suicidios en los adolescentes y en los adultos. Por otra parte, el suicidio altruista se deriva de una integración social demasiado fuerte. Este tipo de suicidio no está muy extendido en la sociedad actual, ya que la potenciación de determinados valores relacionados con el individualismo hace que la persona se sienta menos obligada a ciertas acciones por el hecho de que éstas sean valoradas socialmente. Finalmente, el suicidio anómico aparece cuando la sociedad está perturbada por transformaciones demasiado repentinas, no es capaz de ejercer su acción reguladora y el individuo pierde los puntos de referencia, es decir, el individuo no logra adaptarse a los cambios que ha sufrido una sociedad.

En el trabajo de Durkheim sobre el Suicidio, se visualiza una explicación desde el ámbito sociológico que clasifica al suicidio en términos de relación del individuo con su grupo social (Durkheim, 1994).

1.1.2. Perspectiva psiquiátrica

Dentro de esta perspectiva, y de acuerdo con Freemann y Reinecke (1995), el suicidio se ha considerado principalmente desde dos orientaciones, la clásica y la epidemiológica. La orientación psiquiátrica clásica explica el suicidio desde el concepto de enfermedad mental; esto es, desde una perspectiva individual y patológica. En la actualidad, se mantiene en consideración la determinación biológica de la conducta suicida, en función de ciertos neurotransmisores y de otro tipo de disfunciones orgánicas; dentro de este campo, existe una teoría biológica explicativa de la depresión y de los trastornos afectivos que se ha aplicado y ampliado al suicidio, pero que pocas veces ha sido estudiada como causa directa de la conducta autodestructiva, es decir, del suicidio.

Por otra parte, la epidemiología psiquiátrica trata de aunar aspectos individuales con aspectos sociales; es la rama de la psiquiatría que enlaza aspectos psicopatológicos y personales con variables sociales, dentro de esta perspectiva, la probabilidad de que se manifieste una conducta suicida está determinada por el factor o el conjunto de factores de riesgo que se presenten en la persona; entre los factores considerados para la identificación de los grupos de riesgo se distinguen las variables sociodemográficas, psicopatológicas y sociales. Los estudios epidemiológicos del suicidio indican que los hombres son los que más se suicidan y las mujeres son las que más lo intentan.

1.1.3. Perspectiva psicológica

Desde la orientación psicológica se ofrecen diferentes concepciones de la conducta suicida que sitúa las variables psicológicas como las principales causas explicativas de la autodestrucción. La conducta suicida presenta los componentes como la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese. Para éste autor, la hostilidad se refiere hacia sí mismo, la cual, en los momentos previos al suicidio, se ve aumentada; la perturbación es el grado en que una persona se encuentra inquieta o preocupada y que está relacionada con estados emocionales negativos como pueden ser el malestar, la pena, la culpa y la amargura. En cuanto a la constricción, ésta reúne ciertas características cognitivas, como la imposibilidad de la persona

suicida de percibir todos los aspectos de la realidad, de modo que sólo hace conscientes los aspectos negativos y el pensamiento dicotómico. Cuando el estado psíquico de una persona se caracteriza por una alta hostilidad hacia sí mismo, una elevada perturbación y constricción, la potencialidad suicida es alta. Es entonces, cuando la idea de cese, de dormir eternamente, de muerte, se presenta como una posible solución (Shneidman, 1976; citado en Freemann y Reinecke, 1995).

Dentro de la perspectiva psicológica Villardón (1993), menciona que en todo acto suicida se presentan diez características comunes:

- El propósito común del suicidio es buscar una solución
- El objetivo común es el cese de la conciencia- del contenido insufrible de la muerte
- El estresor común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas
- La emoción común en el suicidio es la indefensión- desesperanza
- El estado cognitivo común es la ambivalencia
- El estado perceptual común en el suicidio es la constricción. La persona percibe solamente una posibilidad ante los problemas
- La acción común es el escape
- El acto interpersonal común es la comunicación de la intención
- El acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de la vida.

Por otra parte, los investigadores que han empleado modelos de depresión derivados de la indefensión aprendida consideran que los sentimientos de desesperación del paciente se originan por la incontrolabilidad de los resultados negativos y positivos. Para la mayoría de los individuos, en diversas situaciones, hay un alto grado de control de los pensamientos y las acciones. Ciertos actos o reacciones impulsivas se moderan por la necesidad de evitar el dolor o el castigo o por la necesidad de respuestas positivas. Sin embargo, existen ciertas situaciones o circunstancias que producen el efecto de incrementar la vulnerabilidad tanto a los estímulos internos como a los externos, o bien, disminuyen el umbral de control, esto sucede con la conducta suicida de los individuos.

1.2. Factores de riesgo asociados al comportamiento suicida

De acuerdo con Castro (2000), en numerosos casos la decisión de quitarse la vida aparece como un comportamiento funcional, pues pone fin a situaciones de sufrimiento y tensión que se han convertido en insoportables para la persona que la padece; en este acto, la persona tiene una participación activa en la decisión de su propia muerte.

Buendía, Riquelme y Ruiz (2004) sugieren que en los adolescentes, para que se lleve a cabo un acto suicida, los problemas familiares tienen gran importancia debido a que se habla de presencia de riesgo de cometer dicha acción cuando existe una mala comunicación, hay conflictos con los padres, el adolescente se encuentra alienado con la familia, el amor, afecto y apoyo son inadecuados. Por lo que los problemas familiares y su relación con el suicidio han sido ampliamente estudiados, al igual que otras variables.

Serrano y Flores (2005) realizaron un estudio con el objetivo de analizar la relación entre el estrés y el afrontamiento con la ideación suicida en adolescentes de la ciudad de Mérida, Yucatán. Participaron 370 jóvenes, de los cuales 48.1% fueron hombres y 51.9% mujeres, con un rango de edad entre los 12 y los 18 años. Encontrando que en el caso de los hombres, a mayor estrés con la pareja y mayor uso de un estilo de afrontamiento con respuestas agresivas con la pareja, mayor ideación suicida; a mayor estrés familiar, mayor estrés social y mayor uso de un estilo de afrontamiento con respuestas agresivas con familiares. En el caso de las mujeres, a mayor estrés con la pareja y mayor estrés social, mayor ideación suicida; a mayor uso de respuestas agresivas y no agresivas ante estresores familiares, mayor uso de respuestas agresivas y no agresivas ante estresores con el mejor amigo (a), y a mayor uso de respuestas agresivas y evasivas con la pareja, mayor ideación suicida. A pesar de que el factor de estrés con la pareja obtuvo una puntuación inferior a la media teórica, mostró estar relacionado con la ideación suicida tanto en los hombres como en las mujeres. En esta muestra, la dimensión de la pareja parece ejercer un mayor impacto en el malestar o bienestar emocional. A medida que los adolescentes se sienten estresados, muestran una mayor frecuencia

en el uso de respuestas de afrontamiento poco funcionales hacia el estrés; en el caso de las mujeres, muestran mayor ideación suicida si enfrentan los problemas a través de respuestas agresivas y no agresivas con familiares y mejores amigos, en comparación con los hombres, quienes únicamente mostraron ideación suicida si respondían agresivamente con su pareja.

Algunas veces la delimitación de los factores capaces de establecer una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de conductas suicidas, están determinadas en ocasiones por la pérdida temprana de uno de los padres, haber sido objeto de abuso sexual, exposición a violencia familiar, presencia de trastornos del estado de ánimo, problemas académicos, dificultades para la inserción en el mercado laboral unido a problemas económicos. Se ha encontrado que la depresión es el factor de riesgo más común en conductas suicidas en jóvenes; en la mayoría de las tentativas de suicidio están presentes trastornos del estado de ánimo, siendo la depresión uno de los correlatos más potentes en la conducta suicida; por lo que se le considera como un predictor. La cronicidad del trastorno del estado de ánimo y la presencia de una “doble depresión” han resultado estar significativamente asociados con la conducta suicida en los adolescentes. La relación que existe entre la severidad de la depresión y el suicidio se debe tomar en cuenta partiendo de que la ideación suicida, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado representan una progresión de gravedad (Shaffer y Waslick, 2003).

Otro de los factores que interviene en la ideación suicida es la desesperanza, la cual es definida por Beck como un deseo de escapar de algo que uno considera que es un problema insoluble y no tiene esperanza de que el alivio del mismo sea posible en el futuro. La desesperanza tiene que ver con un sistema de esquemas cognitivos que parte del elemento común de las expectativas negativas, hasta que lleva a un sentimiento general de desesperación y de falta de intención de vivir; ésta, sería una de las características centrales de las personas deprimidas y de las suicidas. En adolescentes con trastornos del estado de ánimo, la desesperanza y la baja autoestima parecen estar en relación con la presencia de ideación suicida grave, así mismo, la desesperanza se ha encontrado relacionada con la severidad de la ideación suicida. Por otra parte, una familia disfuncional puede disminuir la

autoestima de los adolescentes, ser una amenaza para su integridad física y psicológica y puede contribuir a que se generen sentimientos de vulnerabilidad y motivación para el suicidio (González, 2000).

Algunos autores (González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez, 1998) han señalado que la crisis suicida puede ser el resultado directo o indirecto de la expresión de pensamientos o ideas suicidas, o de una forma de comportamiento autolesivo, que oscila desde la autolesión no suicida hasta atentados graves contra la propia vida, acompañados de un deseo expreso de morir; para estos autores, la depresión es el primer factor de riesgo para la ideación o intentos suicidas, al igual que para el suicidio consumado en los adolescentes. Siendo así que, los motivos para la ideación o tentativa suicida pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable, en este caso, puede deberse a la depresión.

Miró (2000), postula algunas de las motivaciones por las que una persona puede realizar un intento de suicidio, entre las que se encuentran:

- Desesperación por no alcanzar determinadas metas u objetivos que se han impuesto, lo que se vive como un fracaso irremediable.
- El suicidio es una conducta de huida, como una vía de escape ante situaciones estresantes u opresivas.
- Una forma de llamar la atención ante una situación desesperada en busca de ayuda.
- La conducta suicida es una forma de chantaje a otras personas para obtener determinados cambios en la actitud de los demás y lograr así unas condiciones de vida más aceptables.
- No se encuentra sentido a la vida, hay un cansancio de vivir, sólo surgen sentimientos negativos.
- La sociedad y el aislamiento hacen que la vida pierda sentido, ya que no se puede compartir.

Según Suárez, Bousuño y Bobes (2004), el suicidio está relacionado con las crisis por las circunstancias de la vida. La intencionalidad del comportamiento y de los suicidios no siempre es la de matarse, y a veces ni siquiera de hacerse daño. Por ello, el aspecto clave en el fenómeno suicida es el problema de la intencionalidad, además del deseo de morir.

Sin embargo, se han descrito intencionalidades conscientes como: chantaje, demandar atención ante una situación desesperada, escapar de un peligro o amenaza, agredir psicológica y vengativamente a otros con la responsabilidad de la propia muerte (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004).

Muchos sujetos, como lo menciona Castro (2000) no logran elaborar proyectos de la vida, esta forma de mirar la vida se caracteriza por la presencia de pensamientos dicotómicos (blanco o negro), rigidez de pensamiento (sólo hay una manera de hacer algo) y la incapacidad para lograr razonamientos divergentes. La desconfianza y el aislamiento están también presentes en sujetos en riesgo suicida; estas personas generalmente descartan toda propuesta de orientación y apoyo frente a las situaciones conflictivas que pueden estar viviendo.

De acuerdo con Suárez, Bousuño y Bobes (2004), en algunas ocasiones influye el estado de ánimo depresivo y la desesperación. En algunas personas se encuentra la urgente necesidad de acabar con la vivencia insoportable de dolor psicológico (sufrimiento) que experimentan. Dicho sufrimiento se acompaña además de sentimientos negativos, entre los que destacan la desesperanza (pesimismo respecto al futuro), la impotencia (vivencia de incapacidad para resolver el problema) y la indefensión (vivencia de que nadie puede ayudarle).

Sin embargo, y aún cuando existen diversos factores relacionados con el suicidio, en algunas personas se presentan coincidencias en cuanto a los factores que llevan al suicidio. Rivera (1998) llevó a cabo una investigación para establecer los factores más comunes que se relacionaron con los suicidios registrados en el Distrito Federal, por medio de la revisión en el Departamento de Averiguaciones Previas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, los libros de actas de personas fallecidas por diferentes causas en el lapso del 1º de enero al 31

de diciembre de 1984, se seleccionaron aquellos casos en que dicha causa se catalogó como suicidio consumado o como probable acto suicida. Las variables de estudio fueron la estación del año contra: la edad, el sexo, la escolaridad, la ocupación, el lugar de residencia, el estado civil, el temperamento, el problema que desencadenó el acto, el deseo de morir, la hora y el día de la semana en que ocurrió el suicidio. Se encontró que la mayor proporción de suicidios fue de hombres; en cuanto a la edad, el mayor porcentaje fue de 20 y 29 años, así mismo fue más frecuente en los empleados (22.4%) y en los que se dedicaban a labores domésticas (19%); las enfermedades crónicas y terminales fueron la primer causa (33%) y los problemas familiares estuvieron en segundo lugar (12.3%). Hubo mayor incidencia por la tarde (28.8%), y el día con mayor frecuencia fue el domingo, no hubo diferencia significativa con respecto a la estación del año. Se concluyó que las características más predominantes en estos casos de suicidio fueron: el sexo masculino, la edad de 20 a 29 años y que la principal causa fue una enfermedad crónica.

Por otra parte Quintanilla, Valdez, Vega y Flores (2006) realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar si existe una correlación entre la personalidad y las estrategias de afrontamiento en sujetos con tentativa suicida; para lo cual, definieron los rasgos de la personalidad de acuerdo con McCrae (1992): neuroticismo (N), extraversión (e), abierto a la experiencia (O), conformismo (A) y conciencia (C). Participaron 70 pacientes (57% fueron mujeres y 43% hombres) que ingresaron al Hospital Civil de Guadalajara, quienes tenían una edad mínima de 15 años y una máxima de 63, ninguno presentaba trastornos de conciencia por lesión o medicación; así, se observó que en el 67% de los casos, las personas con tentativa suicida han perdido de manera importante la defensa como condición natural de sobrevivencia. Las estrategias de afrontamiento indicadas muestran que el esfuerzo que desarrolla el individuo con tentativa suicida está dirigido a la emoción para buscar un alto grado de malestar o de bienestar; el 42% de los sujetos utilizaron la estrategia autoculpabilizante como primera opción, 29% la fantasía o la alteración del significado emocional, y sólo 8% buscaba identificar y solucionar el problema. Se concluyó que es el tipo de personalidad lo que influye de manera importante en el

estilo de afrontamiento, y que un sujeto con personalidad tipo N es más susceptible de entrar en crisis, tener mayor riesgo suicida y menor capacidad de afrontar adecuadamente los problemas.

Garland y Zigler (1993) identificaron algunos factores de riesgo para cometer suicidio los cuales son: desequilibrio de los neurotransmisores y predictores genéticos, trastornos psiquiátricos, baja capacidad para resolver problemas, abuso sexual y físico, problemas de identidad y de preferencias sexuales, acceso a armas de fuego, abuso de sustancias, desempleo y problemas laborales; otros autores, han identificado intentos suicidas anteriores, conducta antisocial o agresiva, antecedentes familiares de suicidio y disponibilidad de un arma de fuego.

Los trastornos psiquiátricos (trastornos afectivos, de la conducta o de la personalidad), son indicadores del riesgo de la conducta suicida; se ha encontrado en algunos estudios que la mayor parte de las víctimas de suicidio habían estado sometidas a tratamiento psiquiátrico; así como los grupos que presentaron características de ansiedad y de conductas obsesivas, se volvieron vulnerables ante cualquier cambio en el medio. Por otra parte, el intento previo se ha convertido en el mejor predictor del suicidio, pues se dice que más del 40% de los que intentan suicidarse lo han intentado varias ocasiones.

Uno de los elementos cognoscitivos que se asocia a la conducta suicida con mayor frecuencia, es la desesperanza; sin embargo, se ha observado que no siempre es un predictor significativo del intento suicida. Se ha encontrado que factores como la incapacidad para resolver problemas interpersonales y la negativa de buscar ayuda se han asociado tanto a la desesperanza como a la conducta suicida. El abuso de alcohol y drogas, al disminuir la inhibición, se constituye en un elemento precipitante del suicidio y en un factor de riesgo significativo. Se ha comprobado que gran parte de los adolescentes con intento de suicidio, se hallaban intoxicados al realizarlo y eran consumidores previos; por otra parte, los acontecimientos estresantes han sido asociados con el incremento de la conducta suicida. Los antecedentes familiares de suicidio también deben tomarse en cuenta como factores de riesgo, si consideramos los modelos de imitación social y herencia

genética. Las experiencias humillantes, el fracaso escolar o laboral, el rechazo, los conflictos interpersonales con la pareja o con los padres, la humillación y la frustración por conflictos en las preferencias sexuales, discusiones con el (la) novio (a), con los padres, problemas escolares, así como el abuso físico o sexual, en el caso de las mujeres, todos han sido identificados como factores precipitantes de la conducta suicida (González - Forteza, Borges, Gómez y Jiménez, 1996).

Freemann y Reinecke (1995), sugieren que dentro de los factores psicológicos que aumentan la vulnerabilidad de las personas a cometer o idear el suicidio, se encuentra la percepción de soledad, tanto si la persona se encuentra aislada como si se halla inmersa en una multitud, esto aumenta la vulnerabilidad. A muchos individuos suicidas, la soledad les predispone a entretenerse más seriamente en los pensamientos suicidas que en otros momentos pueden rechazar o ignorar.

Otro de los factores de riesgo es la capacidad limitada de resolución de problemas, pues para algunos individuos, disponer de una capacidad limitada o pobre para resolver problemas puede pasar desapercibida en el curso de sus vidas, en ellos, si sus vidas son sencillas y sin motivos de complicación, las destrezas de resolución de problemas complejos pueden ser innecesarias. Sin embargo, si la vida se complica a consecuencia de un desastre personal o natural, las destrezas limitadas de resolución de problemas que permitían una vida relativamente cómoda pueden ser insuficientes para el manejo del incremento de estrés. En estas situaciones los individuos pueden considerar el suicidio como una opción porque su capacidad limitada para resolver problemas es inadecuada para generar otras soluciones más apropiadas.

Por otro lado, generar agresividad en respuesta a situaciones reales o imaginarias hace más vulnerable al individuo. No se considera la agresividad como algo que se encuentra almacenado sino como algo que se genera constantemente por determinadas cogniciones o imágenes; en este caso, al encontrarse acosado por la agresividad, el control de impulsos o la función razonadora abandonan al individuo. Cuando el individuo que dispone escaso control de impulsos, puede responder a cualquiera o a todos los impulsos sin discriminar la respuesta apropiada,

cualquier movimiento en alguna dirección carece de autoobservación, la cual representa un apartado de la conducta prosocial.

También, se habla de que el individuo depresivo o ansioso es más vulnerable de interpretar negativamente los hechos o reacciones de otras personas. Esta vulnerabilidad cognitiva a observar los acontecimientos como triste o desesperado (depresión), o peligroso y amenazador (ansiedad) genera una relación entre la depresión, la ansiedad y el suicidio.

Así mismo, algunos factores estresantes típicos que se encuentran asociados con el comportamiento suicida, son las experiencias traumáticas y la enfermedad psiquiátrica, principalmente la depresión. Sin embargo, aunque se considera que el agravamiento del trastorno psiquiátrico puede llevar al suicidio, una crisis psicosocial puede convertirse en el factor estresante que desencadene el intento o el acto suicida. Se han descrito tres características dependientes de rasgo que presentan las personas con pensamiento o tendencia suicida: a) pensamientos de derrota, en otras palabras, una tendencia a percibirse como perdedor cuando se enfrentan a situaciones estresantes de tipo psicosocial; b) percepciones de “imposibilidad de escapatoria”, asociadas a alteraciones de memoria autobiográfica y déficit para resolver problemas; y c) percepción de “imposibilidad de rescate”, es decir, desesperanza, el abandono de los intentos por responder a situaciones estresantes al carecer de control sobre ellas. Es así que los factores estresantes que pueden aumentar el riesgo de suicidio son principalmente la pobreza, la pérdida de un ser querido, las discusiones entre familiares o con amigos, la ruptura de una relación y los problemas legales y laborales; al mismo tiempo, tienen influencia las recesiones económicas, el desempleo asociado, la desintegración social, la inestabilidad política y el colapso social (Gutiérrez-Garza, Contreras y Orozco-Rodríguez, 2006).

Finalmente, el historial de intentos de suicidios previos es una de las predicciones más seguras de una futura conducta suicida; algunos estudios retrospectivos de suicidios consumados revelan que aproximadamente un tercio de las personas que se han suicidado habían hecho esfuerzos anteriores (Freemann y Reineck, 1995).

Por lo tanto, el riesgo de los intentos repetidos de suicidio parece aumentar cuando la meta del primer intento no se realizó y permanecen aún los motivos que la provocaron, por lo que el intento de suicidio se convierte en un estilo de manejo habitual de situaciones problemáticas, hasta que, finalmente consuman el suicidio. Por lo cual, se llega a considerar que el intento de suicidio puede ser un hecho trascendente en la vida del o los individuos que lo llevan a cabo, debido a que puede contribuir al cambio de esquemas en las percepciones que tiene la persona acerca de sí mismo, su mundo y su futuro; se habla de que han pasado el límite de ser personas que piensan en el suicidio a ser personas capaces de actuar sobre ese impulso y consumir el intento.

1.3. Comportamiento suicida

El comportamiento suicida puede dividirse en varias categorías, y entendiendo al suicidio como un proceso, las etapas que lo pueden constituir son varias, y no necesariamente son secuenciales ni indispensables. Para Chávez-Hernández, Medina y Macías-García (2008), la conducta suicida empieza con la ideación suicida pasiva, posteriormente hay una contemplación activa del propio suicidio, la cual se puede hacer presente por medio de amenazas verbales o advertencias que hacen a las personas que se encuentran en su medio, después está la planeación y preparación, y finalmente la ejecución del intento suicida y el suicidio consumado.

Por lo cual, para estudiar la problemática suicida se reconocen dos grandes categorías de análisis: cuando el desenlace es mortal: suicidio consumado, y cuando no se consigue la muerte: parasuicidio; conformado por diversas instancias como el intento suicida y la ideación suicida.

1.3.1. Ideación suicida

Dentro del comportamiento suicida, la ideación suicida es la conducta de la cual hay menor teorización o definición en la literatura; dicho concepto para muchos autores es un término muy amplio ya que hace referencia a cogniciones de contenido variado. Generalmente, se conoce que la ideación suicida hace referencia a todos aquellos pensamientos acerca de quitarse la vida.

De acuerdo con Buendía, Riquelme y Ruiz (2004) la ideación suicida puede referirse a pensamientos fugaces de que la vida no vale la pena, englobando preocupaciones, fantasías autodestructivas, planes muy explícitos y bien meditados para cometer el suicidio.

En comparación con la definición de Beck (1972) para quien los pensamientos suicidas se dan de manera persistente, en su definición, se incluye la elaboración de los planes para llevarlo a cabo, los cuales son impulsados por un intenso deseo de matarse; en algunas ocasiones, las ideas de suicidio pueden ser interpretadas como una expresión extrema de un deseo de escapar a los problemas o situaciones que parecen irresolubles e intolerables.

Por otra parte, el término “ideación suicida” se usa a menudo en la bibliografía técnica y se refiere a pensamientos acerca de suicidarse, con diversos grados de intensidad y elaboración. En la bibliografía, el término se refiere también al sentimiento de estar cansado de la vida, la creencia de que no vale la pena vivir y el deseo de no despertar del sueño. Si bien estas ideaciones expresan distintos puntos de gravedad, no existe necesariamente una continuidad entre ellos (Castro, 2000).

1.3.2. Tentativa suicida

El intento de suicidio se define como cualquier acción que tenga el objetivo de quitarse la vida sin lograrlo. En el caso de los intentos suicidas, 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 hacerlo. Se estima que el 40 % de las personas que han intentado suicidarse lo han intentado en varias ocasiones; de ellos, de 10 a 14% terminan suicidándose (Monge, Cubillas, Román y Valdez, 2007).

El intento de suicidio es una etapa del proceso suicida que tiene un alto impacto en la población en general, pero en la actualidad este fenómeno se ha destacado por su aumento en los jóvenes debido en parte a su extrema vulnerabilidad. El problema de los intentos de suicidio se ha visto aumentado más en las mujeres que en los hombres.

González-Forteza, et al. (2002) ha señalado que el intento suicida es un acto propositivo y consciente para tratar de quitarse la vida, en el cual, alguien se puede autoinfligir una lesión no para morir, sino para “obtener ganancias secundarias”, como “llamar la atención” a modo de “grito de ayuda” cuando así lo considera una persona, o para “manipular”; sin embargo, también puede ser una forma para “castigar” a otras personas como los padres o al novio (a), o alguna persona que le esté causando daño y de la cual quiera vengarse.

Tanto el suicidio consumado como el intento de suicidio, tienen características en común, como es el hecho de contener un componente de autolesión; sin embargo, el intento suicida incluye otros significados como puede ser la demanda de ayuda, un intento de cambiar las circunstancias ambientales, una llamada de atención o una forma de manipulación.

Así mismo, en los intentos de suicidio se encuentran conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia. En esta conducta, se hace referencia a actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el sujeto que los ejecuta.

1.3.3. Suicidio consumado

La definición que se ha utilizado con mayor frecuencia en la literatura, es la desarrollada por el sociólogo Durkheim, así como la definición elaborada por la Organización Mundial de la Salud; por lo tanto, el suicidio consumado es todo acto suicida que tiene como resultado la muerte del individuo (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004). El suicidio consumado es considerado como todo acto propositivo que tiene como finalidad terminar con la propia vida del sujeto que lleva a cabo el intento, es la culminación a veces de esas ideas suicidas o de los intentos previos a la muerte. Por lo tanto, sólo es posible hablar de suicidio consumado cuando el comportamiento de la persona produce su muerte, esto es, que la persona tiene la intención de quitarse la vida.

En los suicidios consumados, se incluyen todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima la que es

consciente de la meta a lograr. El suicidio consumado es el que más se conoce, pues sobre el tema, lo que se publica son las cifras de muertes por suicidio, esto es, cuando la persona intenta quitarse la vida y lo logra.

1.4. Incidencia del intento de suicidio y suicidio consumado en los jóvenes mexicanos.

En los Estados Unidos, el suicidio entre las personas más jóvenes (15 a 24 años) tuvo un incremento de más del cien por ciento entre 1950 y 1982, mientras que la tasa de todas las edades ha cambiado muy poco desde 1950. De 1960 a 1988, la tasa de suicidio se incrementó de 5.2 a 13.2 para el grupo de 15 a 24 años, mientras que disminuyó de 20.7 a 14.6 y 27.9 a 25.9 para los grupos de 45 a 64 y el de 75 a 84 años respectivamente. La situación del suicidio en México presenta algunas particularidades con relación a la de los Estados Unidos.

El suicidio es una causa de muerte poco importante para el total de población, sin embargo, ha cambiado sustancialmente. En 1970 hubo 554 defunciones por suicidio registradas en el país para ambos sexos, cifra que ascendió en 1991 a 2120 lo que representó un aumento del 282%. El aumento de la tasa de suicidios se ha visto afectado principalmente en el sexo masculino a diferencia del sexo femenino. En particular, en el año 1990 en México para el grupo de 15 a 24 años, el suicidio fue la cuarta causa de muerte (González - Forteza, Borges, Gómez y Jiménez, 1996).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática, en México se registraron 3 517 intentos de suicidio en el año 2004, de los cuales se consumaron 3324 (94.5%). Este alto porcentaje se debe a que los intentos de suicidio no están obligados a denunciarse ante el ministerio público y los suicidios sí.

Al analizar por sexo la frecuencia de los suicidios, se aprecian más suicidios de hombres que de mujeres, siendo que, por cada 100 suicidios de varones se producen 21 de mujeres; en cuanto al intento de suicidio, son las mujeres las que presentan mayor incidencia, se estima que 112 mujeres por cada 100 hombres intentan suicidarse.

En comparación con las cifras reportadas en el año de 1990, se encuentra una tendencia ascendente hacia el 2004, al pasar de 1.6 a 3.2 suicidios por cada cien mil habitantes (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2005).

1.4.1. Intento de suicidio

González- Forteza et al., (2002) realizó un estudio para identificar la prevalencia del intento suicida en la Ciudad de México, según los indicadores: delegación política, sexo, nivel educativo y tipo de escuela, para describir las características del intento suicida en hombres y mujeres, de acuerdo con: el número de veces, edad del intento, principal motivo y método utilizado e indicadores de letalidad. El estudio se realizó en dos momentos, uno en 1997 y otro en el 2000. La prevalencia del intento suicida en la Ciudad de México en 1997 fue de 8.3%, y en el 2000 se incrementó a 9.5%; en 1997 las delegaciones con prevalencias superiores a la global fueron: Cuauhtémoc, Tlalpan, Iztacalco y Benito Juárez; y en el 2000 fueron Benito Juárez, Venustiano Carranza, Gustavo A. Madero y Cuauhtémoc. En ambos, la prevalencia del intento suicida fue mayor en las mujeres; la mayoría de los adolescentes con prevalencias de intento suicida tenían en promedio 15 años de edad; tanto en 1997 como en el 2000, la conducta suicida se manifestó cuando los estudiantes tenían entre 10 y 15 años de edad así como la tendencia marcada en las personas que asisten a escuelas privadas. Se concluyó que el principal motivo tanto en hombres como en mujeres se refiere a los problemas familiares, el método que más utilizan tanto hombres como mujeres fueron cortaduras con algún objeto punzo cortante.

Ahora bien, como se mencionó, entre adolescentes y jóvenes se encuentran las tasas más altas de intentos de suicidio y en ocasiones el adolescente se ve forzado a definir sus relaciones con la sociedad a pesar del temor e incertidumbre que suele suscitar el futuro y la responsabilidad, el error y el fracaso, y por saber que tendrá que hacerse cargo de sí mismo. Un método mediante el cual se trata de manejar el estrés que se genera durante la adolescencia, es el despliegue de conductas autodestructivas como: la drogadicción, delincuencia, sexualidad desprotegida y el suicidio (Chávez, Pérez, Macías y Páramo, 2004).

Monge, Cubillas, Román y Valdez (2007), llevaron a cabo un estudio con adolescentes de entre 15 y 19 años de edad de ambos sexos, en dónde se analizó la prevalencia del intento de suicidio en estudiantes de nivel medio superior en escuelas públicas y privadas del estado de Sonora y su relación con la dinámica familiar. Del total de estudiantes con intento suicida, la proporción fue de tres mujeres por cada varón. Las escuelas públicas representaron el 11.7% y las privadas el 10.5%. Los principales motivos fueron: “sentí que mi vida no valía la pena en ese momento”, “intenté escapar de una situación dolorosa o estresante”, “discutí fuertemente con mis padres”, “provoqué remordimientos a mis padres o a gente cercana a mí”, “experimenté una fuerte desilusión”, “discutí o terminé con mi novio (a)”, “hice algo malo y quería castigarme”, “una persona cercana a mí falleció y me sentía muy triste”, “quería conocer qué es la muerte”, y “probar a mis amigos o a mí mismo (a) que soy valiente”; del total de la muestra, el 55.5% trató de intoxicarse con medicamentos; 18% intentó cortarse, morderse o arañarse las venas; 14.1% se cortó las venas y 6.9% reportó haber ingerido drogas, saltar de lugares altos o intentar sufrir un accidente automovilístico. Las variables familiares asociadas al intento suicida fueron la percepción familiar, los sentimientos de incompreensión, los sentimientos de rechazo, convivir con un miembro de la familia con problemas de alcohol y preferencia por parte de alguno de los padres hacia otro de sus hijos. Se concluyó que el problema de los intentos de suicidio está presente en la población adolescente escolarizada aún cuando tradicionalmente se le considera una población de bajo riesgo, los intentos se presentaron en mayor frecuencia por parte de las mujeres.

Se ha señalado que los adolescentes varones cometen actos suicidas en una proporción cuatro veces mayor que las mujeres (18% y 14% respectivamente), en tanto que éstas intentan suicidarse sin lograrlo en una proporción tres veces más frecuente que los varones. Investigaciones realizadas en la Ciudad de México (González-Forteza, 1993; 1995) ponen en evidencia ciertas diferencias según el género en relación con los recursos de apoyo, la sintomatología depresiva y la ideación suicida.

Según estimaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz” basadas en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de 2003, 2.8% de la población de 18 a 65 años había intentado suicidarse alguna vez en su vida. Las estimaciones sostienen que los intentos de suicidio son mayores en las mujeres: 3.5% de la población femenina lo intentó contra 2.0% de la población masculina.

En nuestro país, se estima que los intentos de suicidio ocurren con una frecuencia setenta veces mayor que los consumados (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2005).

1.4.2. Suicidio consumado.

Desde la perspectiva epidemiológica, el suicidio se presenta actualmente como un problema de salud pública mundial debido al considerable incremento de su incidencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo clasifica como muerte por lesiones auto-inflingidas, para el año 2000 se consumaron aproximadamente 800,000 suicidios; México es el país con el mayor incremento en los porcentajes de suicidio. En el año de 1999 las estadísticas vitales de la Secretaría de Salud registraron 3, 339 casos de suicidio, cifra que hizo de esta forma de muerte, la decimonovena causa de mortalidad en el país; en ese mismo año, el INEGI documentó 2,531 casos de suicidio en la República Mexicana (Chávez, Pérez, Macías y Páramo, 2004).

De acuerdo con Nicolson (2002), la frecuencia del suicidio aumenta en la adolescencia, principalmente cuando tienen una historia de problemas familiares como: conflictos, pérdidas de seres queridos o enfermedades graves; los adolescentes a veces tienen un sentimiento abrumador de desesperanza y la sensación de que sus problemas son insolubles, se sienten poco queridos, temen el futuro y pasan vergüenza. Se llega a pensar que cuando los adolescentes intentan suicidarse pueden tener el deseo de dar a conocer cómo se sienten, de vengarse de alguien o de hacer que alguien cambie su forma de pensar, de poner a prueba los sentimientos de otra persona; la mayoría de los adolescentes que se suicidan suelen

mostrar signos de depresión, pueden sentirse aislados e imitar a otras personas que presenten conductas suicidas.

Siendo así que el suicidio en la población joven se encuentra entre las primeras diez causas de muerte en los países que mantienen un registro estadístico del problema; por lo cual, los perfiles epidemiológicos muestran que los jóvenes son el grupo poblacional con mayor riesgo suicida; en los hombres, la mayoría tiene lugar entre los 20 y 24 años (18.4%), y de los 15 a los 19 años (13.3%). A su vez, en las mujeres, la mayoría de los suicidios tiene lugar entre los 15 y 19 años (26.6%) seguidos por las de 20 a 24 años (18.4%). En las mujeres es mayor la proporción de intentos suicidas, sin embargo, en los hombres predominan los suicidios consumados (González-Forteza, et al., 2002).

Finalmente, en el 2006 las cifras que presentó el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) sobre el suicidio, se señaló que la mayor parte de los suicidios son cometidos por jóvenes de entre 15 y 19 años. De acuerdo con el documento "Estadísticas de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos" edición del 2007, elaborado por el INEGI, mientras que en 1998 se registraron tres mil 342 muertes por esta causa, en el 2007 se elevó a cuatro mil 394, es decir, un crecimiento de 30% en sólo nueve años, lo cual equivale prácticamente a 12 suicidios por día (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2005).

CAPITULO 2. LA IDEACIÓN SUICIDA EN MÉXICO

La investigación de la ideación suicida en México ha tenido poco desarrollo, ya que se ha dirigido en mayor proporción a los datos estadísticos sobre los suicidios consumados y las hospitalizaciones debidas a uno o varios intentos de suicidio en las personas. Al mismo tiempo, ha sido considerada dentro del comportamiento suicida y se ha incluido en los estudios y en las investigaciones dirigidas a la población mexicana para conocer los datos sobre suicidio consumado y los intentos de suicidio.

La ideación suicida afecta principalmente a la población de los jóvenes, que, en muchas ocasiones expresan sentimientos de desesperanza sobre su vida presente así como una visión negativa sobre su futuro, siendo estas determinantes para el pensamiento sobre la propia muerte, sin llevar a cabo el acto, se queda a nivel de pensamiento o fantaseo. Por lo anterior, en el presente capítulo se aborda la definición de la ideación suicida, la cual han adoptado investigadores mexicanos y en muchos de los casos, la han desarrollado, al mismo tiempo se presentan los estudios que se han realizado en población mexicana mostrando los hallazgos de acuerdo al sexo.

2.1. Definición de la Ideación suicida.

La ideación suicida ha sido definida por diversos autores, generalmente ha sido considerada como síntoma, malestar y en últimas definiciones como un constructo cognitivo. Algunos autores consideran la ideación suicida como parte de un proceso complejo y al mismo tiempo dinámico, que lleva al suicidio, por lo cual se considera que puede ser un indicador de riesgo suicida; siendo así, la definición se desarrolla y se toma de diversos autores en las investigaciones realizadas en población mexicana. Es importante señalar que para los investigadores la definición ha ido evolucionando, ha dejado de ser un síntoma, para ser considerado como pensamiento, fantasía o plan sobre la propia muerte.

2.1.1. Definiciones teóricas

La ideación suicida es aquella parte del comportamiento suicida en el cual, para su desarrollo teórico, se ha tomado en cuenta principalmente la teoría cognitivo-conductual, dentro de la cual y de acuerdo con Beck, Rush, Shaw y Emery (1983), es definida como aquellos deseos, pensamientos y fantasías de autodestrucción, esto es, cuando las personas tienden a pensar o fantasear acerca de su propia muerte. Para Beck, la ideación suicida representa un constructo cognoscitivo que involucra pensamientos, deseos y fantasías sobre la propia muerte, así mismo, se ha establecido que la ideación suicida guarda estrecha relación con la desesperanza y la depresión.

La ideación suicida hace referencia a todos aquellos deseos, planes, ideas o pensamientos que un sujeto tiene acerca del suicidio (quitarse la vida), así como las expectativas de cómo llevarlo a cabo (Beck, et al., 1972). Alude a cogniciones cuyo contenido puede ser variado; puede referirse a pensamientos repentinos de que la vida no vale la pena, pasando por preocupaciones extremas que llevan a fantasear sobre conductas autodestructivas, hasta la planificación para cometer el suicidio.

Ésta conducta, ocurre cuando una persona persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio, sin llevar a cabo el acto o ejecutar alguna planeación para conseguir su muerte (Suárez, Bousuño, y Bobes, 2004).

Chávez, Pérez, Macías y Páramo (2004) consideran que la ideación suicida hace referencia a tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte; y que su importancia ha sido menos estudiada que el intento suicida o el suicidio consumado; a su vez, también señalan que durante la adolescencia son experimentados diversos factores tanto psicológicos como ambientales que están asociados a la predisposición de tener conducta suicida; entre ellos se la presencia de ideación suicida.

Dentro de las ideaciones de suicidio, se estudian distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido del oficio de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción (Castro, 2000).

Las ideas suicidas pueden inferirse de la conducta aunque con cautela y a través de la comunicación del paciente ya sea por escrito, espontáneamente, en una entrevista o a través de un cuestionario (Villardón, 1993).

Algunos autores consideran que la ideación suicida es un constructo cognoscitivo vinculado directamente con el intento de suicidio, y se considera como el mejor predictor del suicidio consumado, pese a esto, cabe señalar que el suicidio no es una serie de pasos por lo que la ideación suicida es un indicador no el inicio de un proceso.

La ideación suicida sólo puede ser detectada o conocida a partir de la expresión ya sea oral o escrita, por lo que, la mejor manera de identificar este comportamiento suicida es a partir de un autorreporte, por lo cual la importancia de su estudio ya que se queda en el plano de la conducta no observable, por ello la importancia de realizar estudios para detectar la incidencia de ideación suicida en los jóvenes mexicanos.

2.1.2. Definiciones en investigaciones mexicanas.

Otra forma por medio de la cual se ha presentado la conceptualización de la ideación suicida, ha sido en las investigaciones realizadas y publicadas en México; las cuales han estado dirigidas a diversas poblaciones, principalmente la población de los jóvenes y adolescentes estudiantes.

En estas investigaciones, el sustento teórico que presentan los investigadores es diverso, por lo que muchos incluyen alguna definición sobre la ideación suicida, sin embargo, en las investigaciones que se han realizado, la definición de la ideación suicida no es la misma en los autores, llevándola a ser considerada de forma variada, es por ello que en la tabla 2.1 (ver anexo) se muestran las definiciones incluidas en algunas investigaciones realizadas en México.

La tabla 2.1 indica que la definición de la ideación suicida a tomado diversas formas, desde ser considerada como un síntoma que da informe sobre el conflicto interno de las personas, hasta considerarse como estado emocional; sin embargo, es importante señalar que muchos investigadores retoman estas definiciones de

estudios anteriores por lo que, en muchas ocasiones la información es distorsionada y adjudicada a autores diferentes.

Considerado como un síntoma, la ideación suicida se ha incluido dentro de la sintomatología depresiva por medio de la cual se le toma como parte del malestar emocional que se asocia con diversas variables, primordialmente ha sido asociada con la baja autoestima, la depresión y la desesperanza, en algunos estudios también se ha asociado con el consumo de sustancias como el alcohol o las drogas.

También ha sido considerada como estado emocional por medio del cual se da a conocer el conflicto que la persona enfrenta, esta definición ha sido manejada por la mayoría de los autores, sin embargo, es una definición que no concuerda con la propuesta por Beck, la cual hace referencia a pensamientos, deseos o fantasías acerca de la propia muerte, es decir, los autores al hablar de ideación suicida aluden a estados emocionales y/o síntomas y no a cogniciones, como lo establece Beck.

Otra de las definiciones incluye el término de pensamiento o deseo, sin embargo, sigue siendo considerada como un síntoma que es frecuente e inespecífico y se asocia con diversas variables por lo cual, al igual que muchos problemas, existe asociación con otros fenómenos y no se encuentran aislados, pese a ello, la definición sigue conservando los errores al considerar la ideación suicida como síntoma que refleja el grado de conflicto que posee una persona.

Finalmente, se observa que a lo largo de los años, las definiciones adoptadas muy pocas veces son renovadas o revisadas, por ello, aún en este momento, para muchos investigadores la ideación suicida sigue siendo considerada como una emoción, perdiendo de vista el hecho de que se refiere más a un constructo cognitivo, como lo señala Beck (1979) en su definición sobre la ideación suicida; para quien se refiere a todas aquellas ideas que los individuos tienen sobre la propia muerte, presentando pensamientos reiterativos sobre dicho tema, y/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 (Beck 1979. Citado en Córdova, Rosales, Caballero y Rosales, 2007).

Es evidente que la definición que se realiza sobre la ideación suicida presenta problemas debido a que para muchos investigadores anteriormente y aún en años recientes, sigue siendo equivocadamente considerada como una emoción, por lo cual la mayoría de las investigaciones acerca de esta problemática no presentan una definición, pero si su medición, siendo éste un problema debido a la falta de concisión en lo que se está midiendo, pues la mayoría de los reactivos que se utilizan hacen referencia hacia la presencia de pensamientos de no poder seguir adelante y de la propia muerte; para muchos el retomar definiciones de investigaciones pasadas limita el desarrollo de una definición consistente, lo que implica que se siga considerando como parte de la sintomatología depresiva y no como la presencia de pensamientos y deseos sobre la propia muerte; a partir de lo cual se puede colocar a la Ideación Suicida con una variable que se asocia con muchas otras, pero que no está determinada por alguna en específico.

La definición de la ideación suicida, en las investigaciones realizadas en México encuentra poca teorización, y la falta de literatura en el país es lo que limita e impide una adecuada definición en la cual influye la corriente teórica que se maneje, y como se refiere a pensamientos, a conducta no verbal, la teoría cognitivo conductual es la que ha de definir la ideación suicida, en la cual se ha teorizado por parte de Beck, sin embargo, en algunos casos las definiciones han sido manipuladas por parte de los investigadores equivocando las palabras de los autores y considerándola aún como síntoma y emoción.

2.2. La medición de la ideación suicida en México y sus hallazgos de acuerdo al sexo.

La medición de la ideación suicida en la población mexicana, se ha realizado de diversas formas o métodos, principalmente se ha llevado a cabo por medio de preguntas que suelen ser redactadas por los investigadores, otra forma de medir la ideación suicida es a partir de algunas escalas, primordialmente la escala de Roberts-CES-D, la escala de ideación suicida de Beck tanto la clínica como la autoaplicable y la escala de Okasha.

Generalmente los resultados que se encuentran son analizados y reportados de diversas formas; la manera en la que se mide la ideación suicida en la población mexicana depende de los investigadores, por lo que la ideación suicida en México se mide con varias escalas, siendo la escala de Roberts-CES-D la que se usa con mayor frecuencia por lo que ha sido la que se ha confiabilizado y validado para los adolescentes mexicanos.

Debido a que en México la ideación suicida no es registrada como los suicidios consumados, y por lo tanto no existe un registro acerca de dicho comportamiento, las investigaciones que se realizan son importantes para detectar a la población de riesgo así como realizar un plan de intervención en aquellos sectores de la población que se consideran en riesgo. A partir de esta problemática, se han desarrollado investigaciones para reportar la prevalencia de ideación suicida en diferentes grupos y diferentes poblaciones mexicanas. A continuación se describen los instrumentos usados para la medición de la ideación suicida.

2.2.1. Escala de Roberts-CES-D.

La escala de Roberts-CES-D es la escala que se ha utilizado con mayor frecuencia por los investigadores mexicanos, las poblaciones a las cuales se ha aplicado la prueba ha sido a población abierta en centros de salud, a adolescentes estudiantes de secundaria y preparatoria y en estudiantes universitarios.

Esta escala se encuentra incluida en la escala de sintomatología depresiva del CES-D. Consta de cuatro reactivos: “No podía seguir adelante”; “Tenía pensamientos sobre la muerte”; “Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto (a)”; “Pensé en matarme”. Estos reactivos exploran el contenido cognoscitivo de pensamientos sobre la muerte en general, y de sí mismo. El formato de respuesta es el mismo que el CES-D, y registra su presencia y duración durante la semana anterior. Las opciones de respuesta son: 0= ningún día, 1= 1-2 días, 2= 3-4 días y 3= 5-7 días de la semana pasada. Los puntos de corte utilizados en los estudios varían de acuerdo al criterio del investigador. Algunas veces se utiliza la media más una desviación estándar, o la suma de los 4 reactivos, es decir de los 4 síntomas. De acuerdo con la confiabilidad, en los estudiantes adolescentes la consistencia

interna de las preguntas sobre el suicidio fue satisfactoria: alpha de Cronbach igual a .78 y alpha de Cronbach igual a .84 (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001).

2.2.1.1. La escala de Roberts-CES-D empleada en adolescentes estudiantes de secundaria y preparatoria.

Como se observa en la tabla 2.2 (ver anexo) la escala de Roberts-CES-D es la que se ha utilizado en mayor proporción para medir la ideación suicida en población mexicana, generalmente se ha usado esta escala para la población de adolescentes estudiantes nivel secundaria y preparatoria, debido al riesgo en el que se ha colocado dicha población.

Como se puede observar, las investigaciones que se han realizado, en cuanto a la temporalidad de la escala, se ha tomado de la última semana lo cual se debe a que esta escala está incluida en el CES-D, por lo que pocos estudios han medido la ideación suicida con una temporalidad diferente como es el caso de Medina-Mora et al., (1994), quienes en su estudio la temporalidad fue de los últimos doce meses, tomando como punto de corte la presencia de por lo menos un síntoma para ser considerado como con ideación suicida, encontrando que las mujeres presentan mayor porcentaje de ideación suicida en comparación con los hombres; así mismo, las variables que se asociaron con la ideación suicida en este estudio fueron el consumo de drogas y alcohol, y en este caso, no se encontraron diferencias de variables entre hombres y mujeres.

Otro estudio que se realizó con temporalidad diferente fue el de González-Forteza, Andrade y Jiménez (1997), en el cual la temporalidad es de los últimos tres meses; en donde a mayor puntaje, mayor ideación suicida, no reportándose la prevalencia y sí las variables que se asocian significativamente, tales como el afecto negativo, los problemas interpersonales y los malestares físicos.

En las investigaciones que se realizaron cuya temporalidad fue de la última semana, uno de estos estudios incluyó una muestra clínica que se comparó con mujeres estudiantes; éste estudio realizado por González-Forteza, Berenzon-Gorn, Tello-Granados, Facio-Flores y Medina-Mora (1998), en el cual no reportaron el

punto de corte, sin embargo sí calcularon la confiabilidad y validez para las dos poblaciones, encontrando que para la muestra clínica los índices de confiabilidad y la varianza explicada fueron mayores. Como resultados, se encontró que la población clínica presentó una mayor prevalencia de ideación suicida, al mismo tiempo se encontró que en la población estudiantil variables como haber interrumpido sus estudios con un lapso mayor a seis meses, se asoció significativamente con la ideación suicida, mientras que para la muestra clínica, el tener antecedentes de intentos de suicidio fue la variable que mayor asociación encontró.

Por otra parte, en el estudio que realizaron González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina-Mora (1998) el cual se llevó a cabo en la ciudad de Pachuca, se encontró que la prevalencia de ideación suicida es muy alta, poco arriba del 50% tanto en hombres como en mujeres, no encontrando diferencias significativas entre los sexos; en esta investigación se reporta un punto de corte diferente para hombres y mujeres sin embargo, no se menciona si existe un índice de prevalencia mayor o diferente significativamente entre los hombres y las mujeres, finalmente, la variable que se asoció a la ideación suicida fue el haber intentado suicidarse.

En los estudios que se han realizado en la ciudad de México, no se encuentra una prevalencia elevada, tal es el caso de la investigación que realizaron González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner (2003), quienes encontraron que la prevalencia para hombres y mujeres es de 6.6% y 16.6% respectivamente y a pesar de los porcentajes de prevalencia no se reportaron diferencias significativas entre hombres y mujeres; en cuanto a las variables que se asociaron significativamente fueron diferentes para hombres y para mujeres; en los hombres se asociaron las variables de sintomatología depresiva y las respuestas de enfrentamiento agresivas no resolutivas, mientras que en las mujeres se asociaron la sintomatología depresiva, las respuestas de enfrentamiento agresivas pero resolutivas, la impulsividad y tener conflictos con el padre y/o con la madre.

En la ciudad de Mérida Yucatán se llevaron a cabo dos investigaciones por parte de Serrano y Flores (2003, 2005) en las cuales se reportó la presencia de

ideación en días, en la primera encontró que la ideación suicida se reportó de ninguno a dos días, mientras que en el segundo estudio, no se presentó ideación suicida; en el primer estudio tanto en hombres como en mujeres, la ideación suicida se asoció con la falta de afecto y comunicación con el padre; en el segundo estudio, el instrumento no discriminó variables para las mujeres mientras que en los hombres variables como respuestas agresivas con la familia, los amigos y la pareja, se asociaron significativamente con la ideación suicida.

La tabla 2.2 muestra que la ideación suicida no encuentra diferencias significativas entre sexo, por lo que no se puede afirmar que se presente mayor prevalencia en hombres o mujeres; así mismo, cuando se emplea la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D no suele realizarse un cálculo de validez ni confiabilidad en la población a la cual está dirigido el estudio, otro de los factores que influye en los resultados que se obtienen es el punto de corte, pues en algunos estudios el punto de corte es uno, por lo que si las personas contestan afirmativamente mínimo uno de los cuatro reactivos es considerado como presencia de ideación suicida, es por lo que en esta población la prevalencia de ideación suicida es cerca del 50%.

En la tabla 2.3 se observa que la escala de ideación suicida de Roberts-CES-D de cuatro reactivos, se ha empleado también para adolescentes en población abierta, sin embargo, en dicho estudio no se reportó la prevalencia por lo que sólo se menciona la muestra y el cálculo de la confiabilidad; es un solo estudio que se ha realizado en adolescentes de población abierta por lo que no se tiene mucha información de estos estudios.

2.2.1.2. La escala de Roberts-CES-D empleada en universitarios.

En estudiantes universitarios sólo se encontró una investigación realizada por González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez (1998), la cual se realizó en dos generaciones de jóvenes universitarios en la Ciudad de México cuyo punto de corte fue la presencia de uno o más síntomas; encontrando que es más frecuente que las mujeres presenten por lo menos uno de los cuatro síntomas en comparación con los hombres; las variables que se asociaron significativamente con la ideación suicida

en los hombres fueron el estrés tanto social como familiar y la agresión manifiesta familiar; para las mujeres, las variables que se asociaron fueron el estrés social y familiar, las respuestas agresivas manifiestas de enfrentamiento y la baja autoestima, lo que indica que en las mujeres hay diversas variables que se asocian con la ideación suicida, así como la prevalencia es ligeramente mayor tomando como punto de referencia la obtención de mayor puntaje, sin embargo, la diferencia no es significativa entre los sexos (tabla 2.4).

2.2.1.3. La escala de Roberts-CES-D empleada en usuarios de los centros de salud.

En usuarios de los centros de salud, se ha empleado la escala de Roberts-CES-D (tabla 2.5), en los dos estudios que se realizaron, la muestra estuvo conformada por mujeres; en la investigación realizada por Ramos-Lira, Saltijeral-Méndez, Romero-Mendoza, Caballero-Gutiérrez y Martínez-Vélez (2001), la prevalencia de ideación suicida de las mujeres que acudieron a los centros de salud, sólo se presentó ideación suicida cuando hay violencia sexual, dicha variable tuvo una asociación significativa.

Romero, Mondragón, Cherpitel, Medina-Mora y Borges (2001) realizaron un estudio en la ciudad de Pachuca con una muestra de mujeres que tomaron como punto de corte cualquier respuesta afirmativa de algún reactivo, en este estudio el análisis factorial arrojó un solo factor de tres reactivos, cuya prevalencia fue de 1.57% encontrando un riesgo mayor en mujeres bebedoras fuertes que en bebedoras débiles.

En estos estudios, la población fue únicamente de mujeres, por lo que sólo se muestra la prevalencia en este sexo y esta población, por lo cual no existe un punto comparativo entre hombres y mujeres para poder afirmar que la ideación suicida tiene mayor prevalencia en las mujeres.

2.2.1.4. La escala de Roberts-CES-D empleada en población abierta.

Finalmente, la escala de Roberts-CES-D también ha sido utilizada en población abierta pero sólo tres reactivos (tabla 2.6.); de estos estudios que se realizaron con la escala de tres reactivos, no se reporta la prevalencia de ninguno, y sí se menciona que algunas variables como ánimo deprimido, síntomas somáticos, problemas interpersonales, traición del mejor amigo y desventajas con el grupo de pares, se asociaron significativamente con la ideación suicida; sólo en el estudio que realizaron Medina-Mora et al., (2003) se encontró que la ideación suicida no es un factor de riesgo.

2.2.2. Preguntas.

En las investigaciones mexicanas sobre ideación suicida, se han elaborado preguntas; las cuales generalmente son retomadas por otros investigadores que no suelen reportar el formato de la pregunta, por lo que sólo se menciona su elaboración a partir de la teoría, otras veces se presentan las preguntas que guardan formato similar al de algunas escalas.

2.2.2.1. Preguntas empleadas en adolescentes estudiantes de secundaria y preparatoria.

Dentro de las investigaciones sobre la prevalencia de la ideación suicida, se presenta en la tabla 2.7 (ver anexo) los estudios en los cuales las preguntas fueron empleadas en adolescentes estudiantes.

Las preguntas que se han redactado, son similares a algunas preguntas que se incluyen en algunas escalas; en estas investigaciones generalmente se habla de encuestas que se realizan a domicilio, en cuanto a la temporalidad, en los cuatro estudios que se muestran en la tabla, puede observarse que la temporalidad es sobre la última semana, en los tres estudios se calculó confiabilidad y validez, sin embargo, no se presenta la prevalencia en la muestra total ni por sexo, por lo que las preguntas empleadas en estas investigaciones no arrojaron resultados sobre la ideación suicida, en dichos estudios tampoco se presentan las preguntas y sólo se

menciona que la ideación suicida se asocia significativamente con el ánimo deprimido, el afecto negativo y los problemas interpersonales.

2.2.2.2. Preguntas empleadas en población abierta.

En la mayoría de los estudios que se han realizado por medio de preguntas, la ideación suicida no encuentra diferencias significativas entre hombres y mujeres por lo que el sexo no es una variable de riesgo, al mismo tiempo, en la medición de la ideación suicida, se incluyen variables como la sintomatología depresiva, intentos de suicidio así como indicadores de estrés; por lo que se reporta que la ideación suicida se relaciona con diversas variables, las cuales, en población abierta, encuentran relación significativa con la ideación suicida, como es el caso del estudio de Berenzon, González-Forteza y Medina-Mora (2000), quienes en su investigación encontraron que por medio de las correlaciones hay asociación significativa con variables como la sintomatología depresiva y el intento de suicidio, sin embargo, cabe señalar que dicho estudio fue dirigido sólo hacia la población femenina.

Por otra parte, en el estudio realizado por Borges et al., (2005), se observó que la ideación suicida no encontró riesgo significativo en la población, por lo que la temporalidad puede ser un indicador que reporte la prevalencia de ideación suicida. A pesar de encontrarse una mayor prevalencia de ideación suicida para las mujeres de esta población, no se reportan diferencias significativas, por lo que el sexo no juega un papel predictor para la presencia de ideación suicida; en éste estudio, la temporalidad muestra que cuando se hacen las preguntas refiriéndose a “alguna vez en la vida”, la prevalencia de ideación suicida es mayor que cuando se preguntó acerca de los últimos dos meses.

Por lo tanto, se observa que las preguntas que se han utilizado para la medición de la ideación suicida, no reportan confiabilidad ni validez, por lo que no se sabe si estas preguntas para la población realmente miden ideación suicida y en qué porcentaje lo miden, por lo que sólo se reportan las respuestas afirmativas como porcentaje y de ahí se reporta la prevalencia (tabla 2.8).

2.2.3. Escala de Beck.

La Escala de Ideación suicida de Beck mide la intensidad y las dimensiones (el grado y la severidad) de los pensamientos, deseos, preocupaciones y amenazas de suicidio, además de las características y expectativas del individuo al intentarlo. Es decir, los reactivos evalúan la frecuencia y la duración de los pensamientos suicidas, así como la actitud del paciente hacia ellos. También se evalúa el grado del deseo de vivir, el deseo de intentar suicidarse, los planes para ello, en caso de que los hubiera, y los sentimientos subjetivos de control ante la idea de suicidarse. La escala está formada por 21 reactivos, cada uno de los cuales tiene tres posibles alternativas, calificadas de acuerdo con su intensidad, de 0 a 2. La suma de éstas indica la severidad de las ideas suicidas.

Los dos últimos reactivos no se califican, ya que miden su severidad y el número de intentos previos de suicidarse. En la evaluación de las conductas suicidas se considera su aparición en el último mes, de tal manera que por medio de los reactivos 4 y 5 se define si se sigue o se suspende la entrevista. El punto de corte planteado por Beck es: un puntaje mayor o igual a 10 indica que corre el riesgo de suicidarse; la confiabilidad que se obtuvo para la escala de ideación suicida de Beck en la población mexicana es de un alpha de Cronbach de 0.93, es decir, se encontró alta confiabilidad (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001).

2.2.3.1. Escala de Beck con formato de entrevista clínica semiestructurada empleada en estudiantes universitarios.

En la tabla 2.9. se muestran los estudios que se realizaron aplicando la escala de Beck, la cual se utilizó en estudiantes universitarios, en su formato clínico, esto es, una entrevista semiestructurada por medio de la cual se identifica la presencia de ideación suicida, cabe señalar que dentro del estudio no se menciona la temporalidad de la escala, sin embargo, ésta se refiere al último mes, en cuanto al punto de corte, tanto para hombres como para mujeres se tomó el puntaje, esto es que a mayor puntaje, mayor ideación suicida.

Esta investigación que se llevó a cabo por parte de González, Díaz, Ortiz, González-Forteza y González (2000), en el estudio se calculó la confiabilidad y validez para dicha población, por lo cual la escala pudo discriminar la presencia de cuatro factores que conforman la escala; en esta investigación se encontró que la escala de Beck identifica la presencia de ideación suicida en esta población, al mismo tiempo mostró que tiene gran capacidad de detección en comparación con el trabajo de los clínicos, por lo que en su formato de entrevista semiestructurada tiene alta confiabilidad, esto es un alpha de .84; en cuanto al sexo, no se encontró diferencias significativas entre hombres y mujeres, sin embargo, se encontró que en las mujeres la variable que se asocia significativamente con la presencia de ideación suicida es la presencia de antecedentes de intento de suicidio.

2.2.3.2. Escala de Beck con formato autoaplicable empleada en estudiantes universitarios.

Por otra parte, en la tabla 2.10 se encuentran los estudios que se han realizado con la escala de ideación suicida de Beck en su formato autoaplicable en estudiantes universitarios; ésta investigación realizada por Córdova, Rosales, Caballero y Rosales (2007), muestra que la confiabilidad de dicha escala es alta (alpha de 0.92), sin embargo, en cuanto a la validez, para esta población no se identificaron las subescalas que se encuentran en el formato clínico aplicado a la población universitaria, por lo que la escala cuenta con confiabilidad, pero en el formato autoaplicable y para dicha población no hay validez.

Dentro del estudio se detectó una alta prevalencia de ideación suicida en el último mes en los universitarios, al mismo tiempo se detectaron variables que guardan una asociación significativa con la presencia de ideación suicida tales como el desempleo, no contar con apoyo familiar, el consumo de sustancias ilícitas, haber vivido su infancia con uno sólo de sus padres así como la presencia de pensamientos negativos y ambivalentes o el percibir el futuro como difícil; sin embargo, la escala no es adecuada en su formato autoaplicable en jóvenes universitarios, pues no cuenta con validez para esta población.

2.2.3.3. Escala de Beck con formato autoaplicable empleada en población abierta.

García (2003) realizó una investigación dirigida a la población abierta en las zonas urbanas y rurales del estado de Tabasco (tabla 2.11), en el cual se observa que la temporalidad hace referencia al último mes, sin embargo, no se reporta la validez ni la confiabilidad para dicha población, finalmente encuentra asociación significativa en el total de la población con variables como la depresión, ansiedad rasgo y estado así como la edad; en la investigación no se hacen diferencias entre hombres y mujeres, tampoco se habla de un punto de corte.

2.2.3.4. Escala de Beck empleada en usuarios de los centros de salud

Finalmente, también se ha empleado la ISB en población que asiste a los centros de salud en su formato clínico (tabla 2.12), por lo que se encontró en la investigación realizada por Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges (1998) que el punto de corte es igual a uno, esto quiere decir que a partir de la puntuación de uno, las personas son consideradas con ideación suicida, en este estudio no se menciona la temporalidad sin embargo, esta escala mide la presencia o ausencia de ideación suicida en el último mes; para esta población se encontró una confiabilidad alta (α 0.93) sin embargo no se reporta la validez, por lo que no se describen las subescalas, en este caso, se encontró diferencia significativa entre hombres y mujeres, señalando que la ideación suicida en esta población es dos veces mayor en las mujeres que en los hombres y se relaciona significativamente con variables como el sexo, edad, estado civil, desesperanza y el consumo de alcohol (OR); en este estudio se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres, pese a ello, la validez de la escala no se reporta.

2.2.4. Escala de Okasha

La Escala de Expectativas sobre Vivir-Morir de Okasha consta de 4 preguntas, son un formato de respuesta Si o No, que evalúan un continuo de severidad de la ideación suicida en los últimos 12 meses. Estas son: “¿Has 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?”. Algunas investigaciones han utilizado un punto de corte de 1 o más para seleccionar los casos de ideación suicida. Esta escala se probó con una excelente confiabilidad de .93 en población mexicana (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001).

2.2.4.1. Escala de Okasha empleada en usuarios de los centros de salud

En la tabla 2.13 se presenta la medición de la ideación suicida con la escala de Okasha cuatro reactivos en población abierta. Terroba, Saltijeral y Gómez (1989) emplearon la escala en usuarios de los centros de salud, la temporalidad fue del año anterior encontrando que el 3% de la población total presentó ideación suicida, en esta investigación no se señala confiabilidad ni validez de la escala y se asocian variables como problemas familiares y afectivos; no se reporta prevalencia por sexo por lo tanto tampoco hay alguna diferencia significativo entre los mismos.

En el estudio realizado por Medina-Mora et al., (1992), la temporalidad de la escala fue del mes anterior, tomando como punto de corte la suma de la puntuación, reportando así el porcentaje de ideación suicida de la muestra total, declarando que se presenta ideación suicida en dos mujeres por cada hombre y las variables que se asociaron significativamente son la sintomatología depresiva y el intento de suicidio.

2.2.4.2. Escala de Okasha empleada en población abierta

La misma escala se utilizó en usuarios de los centros de salud (tabla 2.14), la temporalidad fue del mes anterior, el punto de corte fue de puntaje mayor a uno, esta investigación se encontró que las mujeres presentaron mayor ideación suicida por lo que es la única investigación en la que existe diferencia significativa entre sexos, asociándose variables como sintomatología depresiva y presencia de intentos de suicidio.

2.2.5. Otros instrumentos

Se realizó también una investigación desde la visión médica en la cual se midió la ideación suicida por medio de cuatro preguntas, en cuanto a la población, fueron usuarios de los centros de salud, se tomó como punto de corte el mayor puntaje de respuestas afirmativas, esto es, a mayor puntaje, mayor ideación suicida; en este estudio se encontró que las mujeres manifestaron mayor porcentaje de franca ideación suicida; en dicha investigación no se calculó la validez ni la confiabilidad tampoco la asociación con alguna otra variable (tabla 2.15).

Finalmente en los estudios que se han realizado para medir la ideación suicida, la mayoría han sido dirigidos a los adolescentes estudiantes nivel secundaria y preparatoria usando la escala de Roberts-CES-D, encontrando que no existen diferencias significativas entre los sexos por lo que no se considera como una variable predictora de la ideación suicida.

En ocasiones, parece encontrarse imprecisión sobre la medición de la ideación suicida como es el caso de las investigaciones en las cuales se usaron preguntas elaboradas por los autores, que la mayoría no reportan prevalencia en la población estudiada, tampoco datos como validez y confiabilidad, lo cual deja ver que el estudio de la ideación suicida en México aún encuentra muchos vacíos los cuales se llenan a partir de investigaciones que parecen ser las mismas.

La escala de Roberts-CES-D se ha empleado con mayor frecuencia, sin embargo, el punto de corte que se utiliza para cada investigación y población es diferente y cuando se habla del punto de corte igual a uno, es claro que la prevalencia será elevada, por lo tanto, la investigación en México sobre la ideación suicida aún tiene mucho que avanzar, puesto que algunos autores suelen declarar que la ideación suicida se hace presente en un sexo, sin embargo, no se reportan diferencias significativas entre sexos, por lo que aún no se puede decir que la ideación suicida se presenta en mayor proporción en hombres o en mujeres.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

En éste capítulo se presenta la importancia de la investigación de la ideación suicida en los jóvenes de la Universidad Tecnológica de Morelos, así como las preguntas de investigación, objetivos e hipótesis planteadas sobre dicho fenómeno; al mismo tiempo se describe el método que se llevó a cabo y el procedimiento que se implementó para la realización de la investigación.

3.1. Planteamiento del problema

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2002), en el año 2000 se suicidaron casi un millón de personas en el mundo, lo que convirtió al suicidio en la décimo tercer causa de muerte. En México, en el 2002 ocurrieron 3089 suicidios con un aumento de 13% en la población general y de diez veces más entre adolescentes; de los cuales el 82% correspondió a los hombres y el 18% a mujeres, y para el 2004 se registraron 3324 suicidios consumados, de los cuales el 82.8% fueron hombres y el 17.2% mujeres; por lo cual, el suicidio es un fenómeno que va en aumento y se considera ya como un problema de salud pública.

La ideación suicida ha sido considerada como indicador para prevenir el suicidio, ya que en la división del comportamiento suicida se ha establecido a la ideación suicida en primer lugar, sin embargo, es importante aclarar que no siempre se refiere a una serie de pasos a cubrir, pese a ello, una vez detectada la presencia de ideación suicida se pueden prevenir posibles intentos de suicidio o suicidios consumados.

Así mismo la ideación suicida es un fenómeno multifactorial que se asocia con variables tanto psicológicas como sociodemográficas; por ello es importante que en las investigaciones que se realicen en jóvenes universitarios en México se lleve a cabo un análisis multivariado en el que se identifiquen aquellas variables que se asocian significativamente con la ideación suicida.

Por otra parte, la bibliografía muestra que sólo se ha realizado una investigación para medir la ideación suicida en jóvenes universitarios utilizando la Escala de Roberts-CES-D, dicha investigación fue realizada por González-Forteza, García,

Medina-Mora y Sánchez (1998), en dónde encontraron que la prevalencia de ideación suicida difiere en hombres (1.8%) y mujeres (2.0%), sin embargo, esta diferencia no es significativa, por lo cual, es evidente la importancia de las investigaciones dirigidas a esta población.

En cambio, las investigaciones realizadas en la población de estudiantes adolescentes (nivel secundaria y preparatoria) ha sido más frecuente, tal es el caso del estudio realizado por González- Forteza, Berenzon, Tello, Facio y Medina-Mora (1998), en el cual se encontró que la prevalencia de ideación suicida en esta población es del 11.8%; por lo que esta población es en la que más se investiga el fenómeno de la ideación suicida.

Así mismo, son pocos los estudios realizados en otros estados de la República mexicana, particularmente en el estado de Morelos no existen investigaciones que reporten la incidencia de la conducta suicida general o en población estudiantil; sólo se conocen datos estadísticos que muestran el reporte de la ocurrencia de 58 suicidios consumados en el 2003, a diferencia del año 1995 en el que hubo 15 suicidios, por lo que la tasa de suicidio en el estado de Morelos creció un 16.2% (INEGI, 2004), pese a ello, las investigaciones sobre la conducta suicida son nulas en esta entidad.

Dado que el suicidio es considerado como un problema de salud pública por el aumento que se ha reportado en la actualidad; ésta investigación encuentra importancia principalmente porque la ideación suicida ha sido poco estudiada, al mismo tiempo se ha reportado que la edad en riesgo es de los 15 a los 24 años, siendo esta población la menos estudiada, pues en la literatura solamente se encontraron dos artículos en estudiantes universitarios; por otra parte, en las Universidades Tecnológicas no hay estudios que reporten la incidencia de ideación suicida.

En el caso de la Universidad Tecnológica “Emiliano Zapata” en el Estado de Morelos, es importante llevar a cabo esta investigación que permita el reporte de la incidencia de ideación suicida en los jóvenes así como la realización de un análisis multivariado que explique con mayor adecuación dicha conducta, posibilitando la

identificación de diferencias entre hombres y mujeres, así como la realización de un análisis multivariado que permita una explicación integrada de la ideación suicida.

3.1.1. Pregunta(s) de investigación

En los estudiantes de la Universidad Tecnológica Emiliano Zapata en el Estado de Morelos:

1. ¿Cuál es la incidencia de Ideación Suicida en los estudiantes de ambos sexos?
2. ¿Qué variables psicológicas se relacionan con la ideación suicida en los estudiantes de ambos sexos?
3. ¿Cuáles variables de identificación personal en ambos sexos se relacionan con la ideación suicida en los jóvenes?
4. ¿Las variables psicológicas que se asocian con la ideación suicida son las mismas tanto en hombres como en mujeres?
5. ¿Las variables de identificación personal que se asocian con la ideación suicida son las mismas tanto en los hombres como en las mujeres?
6. ¿Cuál es la jerarquía que existe de las variables psicológicas que se relacionan con la ideación suicida en las mujeres?
7. ¿Cuál es la jerarquía que existe de las variables psicológicas que se relacionan con la ideación suicida en los hombres?

3.1.2. Objetivo(s)

Objetivo general

Identificar de acuerdo al sexo la incidencia de ideación suicida y su relación jerárquica con las variables psicológicas y de identificación personal que integran el instrumento "Detección de Ideación suicida en jóvenes" aplicado a los estudiantes de la Universidad Tecnológica Emiliano Zapata en el Estado de Morelos.

Objetivos específicos

En los estudiantes de la Universidad Tecnológica Emiliano Zapata en el Estado de Morelos:

1. Identificar, de acuerdo al sexo, la incidencia de ideación suicida en los estudiantes.
2. Identificar si existen diferencias en cuanto a la incidencia de ideación suicida entre hombres y mujeres.
3. Identificar cuáles de las variables psicológicas y de identificación personal que se relacionan a la ideación suicida en los jóvenes se relacionan con mayor intensidad.
4. Identificar si existen diferencias entre las variables de identificación personal que se relacionan con la ideación suicida en los hombres y en las mujeres.
5. Identificar, de acuerdo al sexo, la relación jerárquica de las variables psicológicas con la ideación suicida en los estudiantes.

3.1.3. Hipótesis

En los estudiantes de la Universidad Tecnológica “Emiliano Zapata” del Estado de Morelos:

1. Menos del 10% de los estudiantes presentarán ideación suicida alta.
2. Será diferente la intensidad de ideación suicida alta entre hombres y mujeres.
3. Las variables de identificación personal en la muestra total tendrán una relación jerárquica con la ideación suicida.
4. La jerarquía de asociación de las variables de identificación personal con la ideación suicida serán diferentes entre hombres y mujeres.
5. Las variables psicológicas en la muestra total tendrán una relación jerárquica con la ideación suicida.
6. La jerarquía de la asociación de las variables psicológicas será diferentes entre hombres y mujeres.
7. Para explicar la ideación suicida en la muestra total, las variables psicológicas tendrán mayor jerarquía que las variables de identificación personal.

8. Para explicar la ideación suicida tanto en los hombres como en las mujeres, las variables psicológicas tendrán mayor jerarquía que las variables de identificación personal.

3.2. Método

3.2.1. Definición de la población

Estudiantes de la Universidad Tecnológica “Emiliano Zapata” del estado de Morelos, matriculados en el ciclo escolar 2007-2008.

3.2.2. Descripción de la muestra

579 alumnos de la UTEZ del estado de Morelos, los cuales fueron 323 (55.8%) hombres y 256 (44.2%) mujeres, con edades de 18 a 36 años, los cuales se conservaron después de establecer los criterios de inclusión y exclusión. De las carreras de: Mantenimiento industrial (105 hombres y 5 mujeres); Diseño y Producción Industrial (3 hombres y 33 mujeres); Tecnologías de la Información y Comunicación (113 hombres y 82 mujeres); Comercialización (24 hombres y 51 mujeres); Procesos de Producción Textil (32 hombres y 33 mujeres); Administración (31 hombres y 43 mujeres) y 24 personas que no indicaron su carrera.

Criterios de inclusión

1. Aceptar participar en la investigación
2. Contestar como mínimo el 80% del cuestionario
3. No estar en tratamiento psicológico en el momento de aplicación del instrumento.

Criterios de exclusión

1. No contestar el 80% del cuestionario
2. Estar en tratamiento psicológico o psiquiátrico en el momento de la aplicación

3.2.3. Descripción de los materiales

Paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 11.5; lápices y Hojas blancas

3.2.4. Descripción de instrumentos y aparatos

Se utilizó el instrumento “Detección de Ideación Suicida en Jóvenes”, diseñado en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) por el Proyecto de Investigación de Ideación Suicida en jóvenes; el cual consta de las áreas: Datos generales, Actitud disfuncional, Locus de control, Espiritualidad, Apoyo social, Desesperanza, Ideación suicida, Estado emocional y Ofrecimiento de ayuda (ver anexo).

Computadora HPw15e, Microsoft Office 2007, programas Word, Excel y PowerPoint.

3.2.5. Descripción del Lugar

La aplicación del instrumento se realizó en las instalaciones de la Universidad Tecnológica “Emiliano Zapata” en el estado de Morelos ubicada en Av. Universidad Tecnológica No. 1, Col. Palo Escrito, C.P. 62760, Emiliano Zapata, Morelos.

Dentro de las instalaciones, se proporcionaron dos aulas audiovisuales las cuales cuentan con las dimensiones de 6m. de ancho por 7m. de largo; una puerta de cristal que mide 1.80 m de altura x 2m. de ancho, las ventanas se encuentran del lado lateral izquierdo; dentro de cada aula hay 60 sellas acojinadas con paleta plegable y una pizarra blanca de 3m. de largo por 1m. de ancho. Para la adecuada iluminación se utilizaron 4 lámparas Phillips de 60 watts.

3.2.6. Definición de las variables

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

N°	Variables Psicológicas	Definición		
		Teórica	Metodológica	Operacional
1	Ideación suicida	Deseos, planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca	Variable Criterio o Dependiente	4 reactivos, uno (“No podía seguir adelante”)

		del suicidio (quitarse la vida), así como las expectativas de cómo llevarlo a cabo (Beck, et al. 1972)		derivado de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y 3 de la Escala de Roberts, la cual se evaluó a través del instrumento "Detección de Ideación Suicida en jóvenes": reactivos 3.3 al 3.6 (ver anexo)
2	Escala de Estado Emocional	Condición proveniente de la evaluación de estímulos internos y externos que es acompañada de sensaciones físicas fuertes (Lega, et al. 2002)	Variable predictiva o independiente	Los 5 reactivos de la Escala de Trastornos Emocionales de Berwick, et al.(1991), la cual se evaluó a través del instrumento "Detección de Ideación Suicida en jóvenes", con los reactivos del 2.67 al 2.71.
3	Escala Reducida de Desesperanza	Sistema de esquemas cognitivos que tienen como denominador común las expectativas negativas acerca del futuro (Beck, et al. 1974).	Variable predictiva o independiente	8 de los 20 reactivos de la Escala de desesperanza de Beck, et al. (1974), que se evaluaron a través del instrumento "Detección de Ideación Suicida en jóvenes" con los reactivos del 2.40 al 2.47.
4	Escala Reducida de Actitudes y Creencias	Evaluación de la realidad que se basa en creencias inconsistentes en	Variable predictiva o independiente	21 reactivos de los 48 de la Escala de Actitudes y Creencias de

		su lógica, inconsistentes con la realidad empírica, absolutistas y dogmáticas (Lega, et al. 2002)		Burgess (1990), los cuales se evaluaron a través del instrumento "Detección de Ideación Suicida en jóvenes" con los reactivos del 2.1 al 2.23.
5	Escala Reducida de Locus de Control	<p>Es la percepción de la atribución del origen de los eventos y el comportamiento personal, atribución que puede ser interno o externa (Rotter, 1975).</p> <p>Locus de control Interno: Refiere a la percepción de que los eventos o comportamientos ocurren principalmente por efecto de las propias acciones.</p> <p>Locus de control Externo Corresponde a la percepción de que los eventos o comportamientos ocurren esencialmente como consecuencia del azar, de la suerte, del poder, o de las decisiones de otros.</p>	Variable predictiva o independiente	7 reactivos (4 externos y 3 internos) de 8 de la Escala de Locus de Control reportada por González-Forteza (1992). En el instrumento "Detección de Ideación Suicida en jóvenes" corresponde a los reactivos del 2.1 al 2.23.
6	Escala Reducida de	Percepción de las provisiones	Variable predictiva	6 reactivos de 12 de la Escala

	Apoyo Social Percibido	instrumentales y/o expresivas (reales o imaginarias) proporcionadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos (Lin, et al. 1985).	o independiente	de Apoyo Social Percibido de Zimet, et al. (1988) los cuales se evaluaron a través del instrumento "Detección de Ideación Suicida en jóvenes" con 3 reactivos de familia; 2.31, 2.33 y 2.34 y 3 reactivos de amigos; 2.32, 2.35 y 2.36.
7	Espiritualidad	Creencias acerca de la relación con un ser superior que ayudan a enfrentar los problemas de la vida diaria.	Variable predictiva o independiente	Reactivos tomados de la Escala de Calidad de Vida y Salud de Sánchez-Sosa y González-Cellis, 2004 (Citado en Caballo, 2006), incluidos en el instrumento "Detección de Ideación Suicida en jóvenes", en los reactivos 2.37 y 2.39.
8	Agresión	Reconocimiento de la tendencia a actuar agresivamente.	Variable predictiva o independiente	Reactivos 2.48 y 2.50 del instrumento "Detección de Ideación suicida en jóvenes". Tomados y adaptados de la escala de riesgo de violencia de Plutchick.

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

Variables de Identificación personal		Definición	
		Teórica	Metodológica
		Características personales que identifican individualmente a los jóvenes de la muestra.	Variable predictiva o independiente
N°	Nombre	Reactivo (s) Incluidos en el instrumento: "Detección de Ideación suicida en jóvenes".	
1	Edad	1.1	
2	Sexo	1.2	
3	Estado civil	1.3	
4	Cuatrimestre que cursa	1.4	
5	Carrera que cursa	1.5	
6	Promedio de calificaciones	1.6	
7	Percepción de desempeño académico	1.7	
8	Religión	1.8; 1.9	
9	Percepción de condición económica	1.10	
10	Dinero con el que cuenta	1.11; 2.38	
11	Consumir o tomar algo para sentirse bien	1.12; 1.13	
12	Percepción de experiencias que alteraron su vida	1.14; 1.15	
13	Percepción de muerte importante de persona cercana	1.16	
14	Percepción de disciplina ejercida en la infancia	1.17	
15	Abuso sexual	1.18	
16	Percepción de haber sido víctima de situaciones humillantes	1.19	
17	Haber recibido atención psiquiátrica o psicológica	1.20; 1.21	
18	Actualmente en tratamiento psicológico o psiquiátrico	1.22	
19	Percepción de problema personal que más preocupa	1.23	
20	Suicidio de persona cercana	1.24	

21	Intento de Suicidio	3.7; 3.8
22	Ideas en la cabeza que no puede evitar	2.49

3.3. Procedimiento

3.3.1. Diseño de investigación

Observacional-Prolectivo-Transversal-Descriptivo (Mendoza-Núñez, 1998).

Observacional porque el investigador sólo describe o mide el fenómeno sin intervenir a voluntad en la variable independiente; prolectivo debido a que la información se obtiene específicamente para el estudio; transversal porque el fenómeno se mide una sola vez, por lo que se presenta una fotografía situacional del fenómeno y descriptivo porque el estudio incluye sólo una población, cuyo objetivo es sistematizar y cuantificar hechos con el fin de conocer con mayor precisión el fenómeno, por lo que también lleva el nombre de estudio exploratorio.

3.3.2. Diseño de muestreo

El muestreo fue no probabilístico intencional ya que las autoridades proporcionaron toda todo el plantel de alumnos y participaron los que aceptaron hacerlo.

3.3.3. Descripción de sesiones, fases o ensayos

Procedimiento

1. Se contactó a la institución y se realizó la solicitud del permiso para realizar la investigación.
2. Preparación e identificación de suficientes instrumentos "Detección de ideación suicida en jóvenes".
3. Selección e identificación de la muestra.
4. La aplicación del instrumento se llevó a cabo en una sola sesión con duración de 6 horas, la cual se realizó en las dos aulas que proporcionó la institución; entre cada aplicación se esperaba un tiempo aproximado de 20 minutos.

- a) Antes de cada aplicación de los instrumentos se les explicó a los participantes la finalidad de la investigación así como la importancia de recabar información psicológica vinculada con su bienestar, indicándoles que su participación era voluntaria y quien no quisiera participar estaba en todo su derecho de negarse, y a quienes decidían participar se les pidió fidelidad en la información proporcionada acerca de sus pensamientos y sentimientos.
- b) Una vez que el aula se encontraba ocupada por los estudiantes inició la aplicación del instrumento.

CAPÍTULO 4. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente capítulo se desarrolla la descripción de la muestra empleada en la investigación, al mismo tiempo, se describen las variables de identificación personal, así como las variables psicológicas que se encuentran dentro del instrumento “Detección de Ideación suicida en jóvenes”; posteriormente se llevará a cabo la comprobación de las hipótesis planteadas en el capítulo anterior.

4.1. Variables de Identificación Personal

4.1.1. Datos generales

En este apartado se describen los datos como tamaño de la muestra, edad y estado civil, en primera instancia se realiza de forma general y posteriormente por sexo.

4.1.1.1. Muestra total

La muestra estuvo conformada por 579 universitarios, esto es 323 hombres (55.8%) y 256 mujeres (44.2%). Como se muestra en la figura 1, las edades de los estudiantes se encontraban entre 18 y 36 años, obteniéndose una media de 19.8 con una desviación estándar de 1.8; la forma de la distribución es con sesgo positivo muy alto ($s=2.59$) y curtosis positiva muy alta ($c=12.85$), lo que indica que la mayoría de los estudiantes tienen alrededor de 20 años, es decir, la mayoría de los participantes se agrupan alrededor de la media y pocos se encuentran en edades mayores a 26 años (mayor a tres desviaciones estándar).

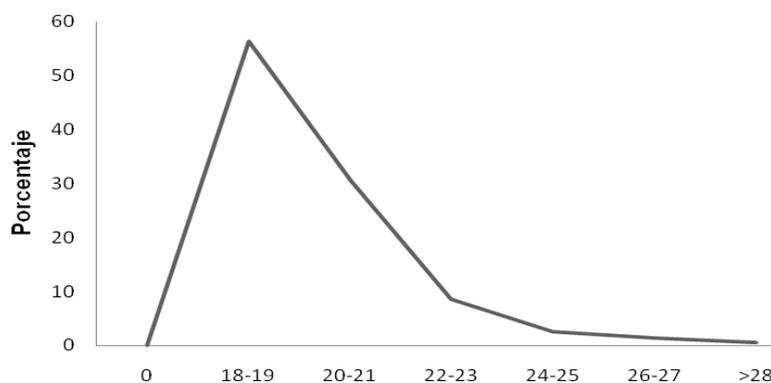


Fig. 1. Distribución de frecuencia de edad de los estudiantes.

En cuanto al estado civil, la mayoría de los participantes respondieron ser solteros y sólo el 4% de la muestra expresó ser casado o encontrarse en unión libre (Tabla 4.1).

Tabla 4.1. Estado civil de los estudiantes de la muestra.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	558	96
Casado	21	4
Total	579	100

4.1.1.2. Por sexo

Dentro de la muestra empleada para la investigación, 323 participantes son hombres (55.8% del total de la muestra) cuya media de edad es de 20 años con desviación estándar de 1.94, como se observa en la figura 2, la distribución tiene un sesgo positivo muy alto ($s= 2.69$) y curtosis positiva muy alta ($c= 14.51$) lo que indica que la mayoría de los hombres tienen entre 18 y 22 años y se agrupan alrededor de la media, encontrándose valores extremos a la derecha (edades mayores a 26 años).

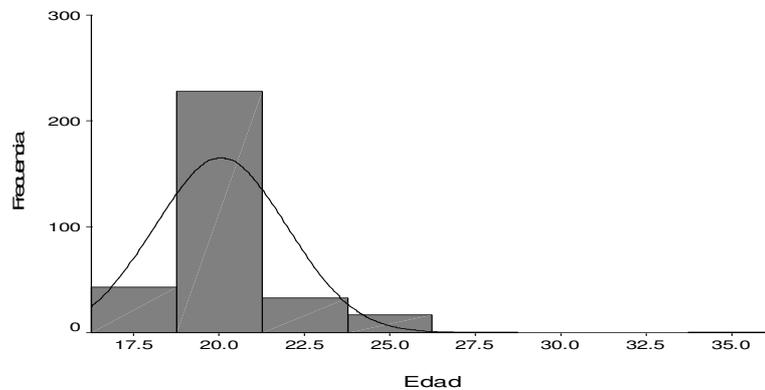


Fig. 2. Distribución de la frecuencia de edad en los hombres de la muestra.

En las mujeres la media de la edad es de 19 años con desviación estándar de 1.63; como se observa en la figura 3, presenta un sesgo positivo muy alto ($s=2.38$) y curtosis positiva muy alta ($c= 8.02$) por lo que los valores se agrupan a la izquierda, la mayoría de las mujeres se encuentran cerca de la media, tienen edades de entre 17 y 21 años, y se encuentran casos extremos, esto es, existen edades mayores a

tres desviaciones estándar (mayor a 24 años) por lo cual, hay participantes cuya edad es de 28 años.

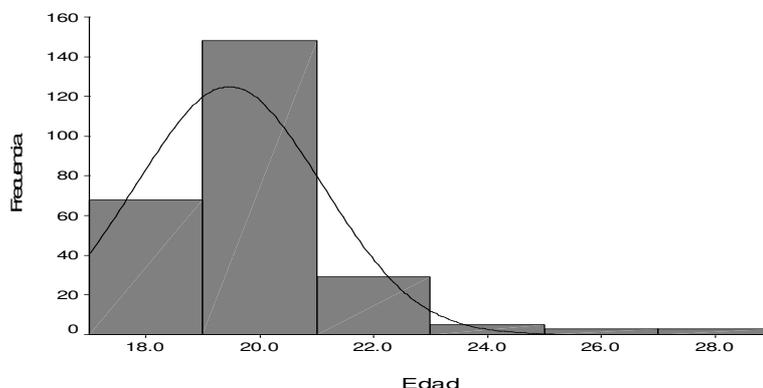


Fig. 3. Distribución de la frecuencia de edad en las mujeres de la muestra.

Respecto al estado civil, el 96% de los hombres (310) son solteros y el 4% restante dijo ser casado o estar en unión libre (tabla 4.2).

Tabla 4.2. Frecuencia del estado civil de los hombres de la muestra.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	310	96
Casado	13	4
Total	323	100

De las 256 mujeres que formaron parte de la muestra, el 97% reportaron ser solteras y sólo el 3% dijo ser casada o encontrarse viviendo en unión libre (tabla 4.3).

Tabla 4.3. Frecuencia del estado civil en las mujeres

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	248	97
Casado	8	3
Total	256	100

4.1.2. Datos académicos

4.1.2.1. Muestra total

En el momento de la investigación, el 58% de la muestra se encontraba cursando el primer año de la carrera y el 42% restante cursaba el segundo año (tabla 4.4).

Tabla 4.4. Frecuencia y porcentaje del año escolar que cursan los estudiantes de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje
Primer año	337	58
Segundo año	242	42
Total	579	100

En la Universidad Tecnológica Emiliano Zapata la carrera en la cual se encuentran inscritos el mayor porcentaje de los estudiantes es en Tecnologías de la Información (33.7%), esto muestra que en esta Universidad la tendencia de los alumnos es a estudiar la carrera relacionada con la computación, lo que posiblemente inique mayor seguridad de incersión en el ámbito laboral (Tabla 4.3).

Tabla 4.3 Carrera que cursan los estudiantes de la muestra.

Carrera	Frecuencia	Porcentaje
No Responde	22	3.8
Mantenimiento industrial	110	19.0
Tecnologías de la información	195	33.7
Procesos de producción	66	11.4
Diseño y producción industrial	36	6.2
Comercialización	75	13.0
Administrativa o administración de empresas	74	12.8
Perdidos	1	0.17
Total	579	100

Sobre el desempeño académico, el promedio de calificaciones que presentan los estudiantes tiene un mínimo de 7 y un máximo de 10; encontrándose, como se muestra en la figura 4, una media de 8.5, por lo que la mayoría de los jóvenes presentan calificaciones entre el 8 y 9, tiene una desviación estándar de .57 así como sesgo negativo de -.05, por lo cual la mayoría de los alumnos se encuentran agrupados en medio y se presentan calificaciones al extremo derecho e izquierdo; así mismo, se encuentra una curtosis negativa de -.60, que indica que la mayoría de los estudiantes se encuentran agrupados alrededor de la media y hay quien se agrupa en los extremos.

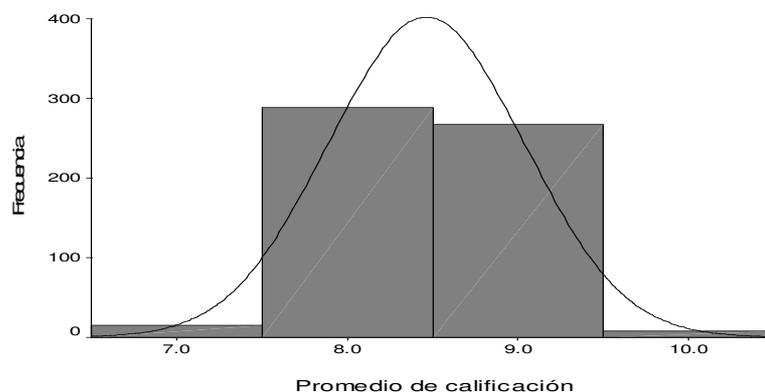


Fig.4. Distribución del promedio de calificación de los jóvenes de la muestra.

Por otra parte, los alumnos consideran que su desempeño académico es bueno, como se indica en la figura 5, en la cual se observa que el 92.1% del total de la muestra afirma que su desempeño académico es bueno, lo cual está relacionado con el promedio de calificaciones con el que cuentan y perciben un buen papel en el estudio, encontrándose que sólo un joven de la muestra considera pésimo su desempeño escolar.

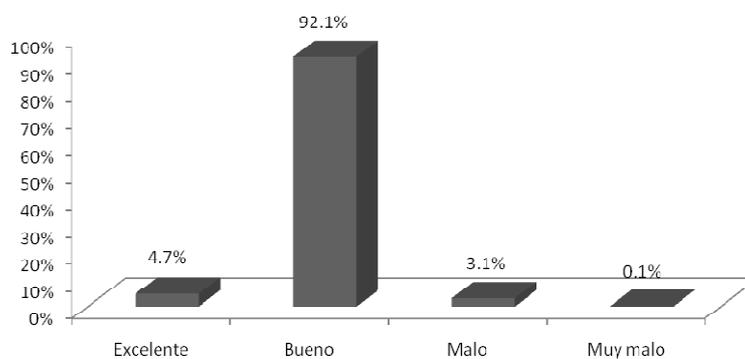


Fig. 5. Distribución de la percepción del desempeño académico.

4.1.2.2. Por sexo

En relación al año escolar el 52.9% de los hombres cursaba el primer año de la carrera, mientras que el 47.1% se encontraban en el segundo año. En cuanto a las

mujeres, el 64.8% estaban en el primer año de la Universidad y el 35.2% estaba cursando el segundo año de la carrera (tabla 4.4).

Tabla 4.4. Frecuencia y porcentaje del año que cursan hombres y mujeres

	Año que cursan	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	Primer año	171	52.9
	Segundo año	152	47.1
	Total	323	100
Mujeres	Primer año	166	64.8
	Segundo año	90	35.2
	Total	256	100

Tanto en hombres como en mujeres, la carrera que mayor porcentaje de alumnos inscritos presenta es Tecnologías de la información (35% y 32% respectivamente); y la carrera que menos alumnos incritos tiene es Diseño y producción industrial para los hombres (0.9%) y Procesos de Producción en las mujeres (2%) (tabla 4.5).

Tabla 4.5. Porcentaje de alumnos inscritos por carrera

	Carrera	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	No responde	15	4.6
	Mantenimiento industrial	105	32.5
	Tecnologías de la información	113	35
	Procesos de producción	32	9.9
	Diseño y producción industrial	3	0.9
	Comercialización	24	7.4
	Administrativa o administración de empresas	31	9.6
	Total	323	100
Mujeres	No responde	7	2.7
	Mantenimiento industrial	5	2
	Tecnologías de la información	82	32
	Procesos de producción	34	13.3
	Diseño y producción industrial	33	12.9
	Comercialización	51	19.9
	Administrativa o administración de empresas	43	16.8
	Perdidos por el sistema	1	0.4
	256	100	

Por otra parte, como se observa en la figura 6 el promedio de calificaciones de los hombres es de 8.4, con desviación estándar de .56; la forma de la distribución es con sesgo positivo bajo ($s=.16$) y curtosis negativa baja ($c=-.50$); lo que indica que la mayoría de los hombres se encuentran agrupados alrededor de la media, esto es que su promedio de calificaciones se es de entre 8 y 9, también se encuentran calificaciones a los extremos tanto derecho como izquierdo.

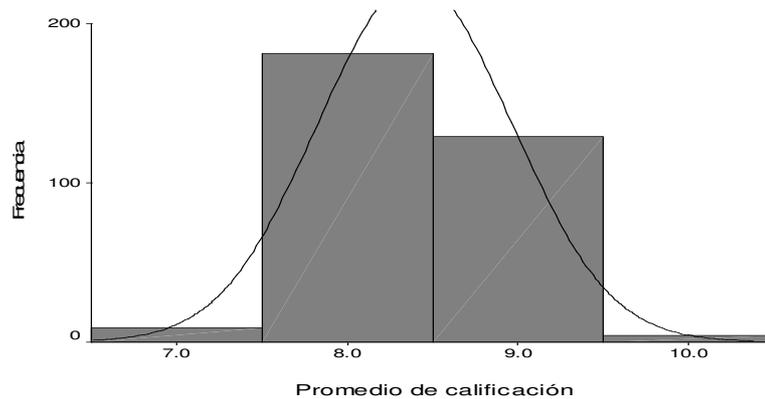


Fig. 6. Distribución de frecuencia del promedio de calificación en los hombres

En cuanto a las mujeres, el promedio de calificaciones es de 8.6 con una desviación estándar de .60; como lo muestra la figura 7, la forma de la distribución es con sesgo negativo bajo ($s=.30$) y curtosis negativa baja ($c=-.50$); por lo que los datos se agrupan en el centro y hay calificaciones hacia los extremos derecho e izquierdo, es decir, la mayoría de las mujeres se encuentran entre el 8 y 9 de calificación y existen datos extremos como calificaciones de 7 y de 10.

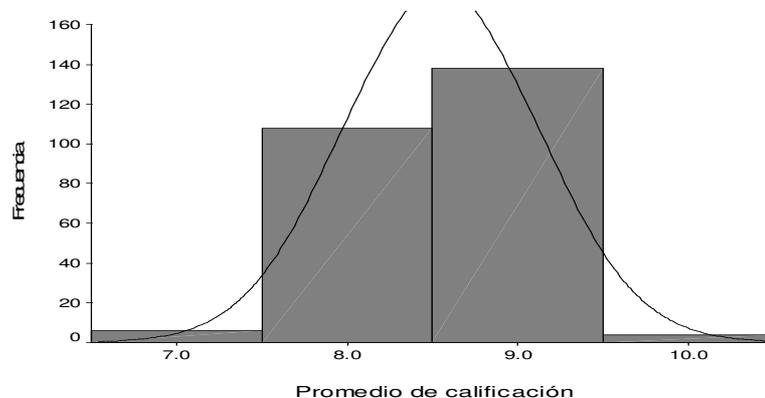


Fig. 7. Distribución de frecuencia del promedio de calificación en las mujeres.

En relación con el desempeño académico, tanto hombres como mujeres consideran que es bueno (90.7% y 93.8% respectivamente) y sólo uno de los hombres reportó que su desempeño académico es malo (tabla 4.6).

Tabla 4.6. Porcentaje por sexo del desempeño académico.

	Desempeño académico	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	Excelente	17	5.3
	Bueno	293	90.7
	Malo	12	3.7
	Muy malo	1	0.3
	Total	323	100
Mujeres	Excelente	10	3.9
	Bueno	240	93.8
	Malo	6	2.3
	Total	256	100

4.1.3. Datos económicos

4.1.3.1. Muestra total

La mayoría de los participantes consideran que la condición económica de su familia es buena (75.3%), como se puede observar en la figura 8, por lo que sólo el 1.2% respondió tener una condición económica muy mala.

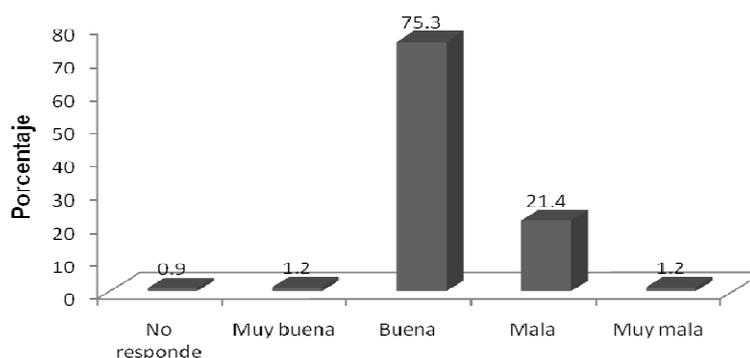


Fig. 8 Condición económica de la familia.

Referente a que tanto les alcanza el dinero, como muestra la figura 9, la mayoría de los alumnos reportan que el dinero con el que cuentan sólo les alcanza para

pasajes y comida (75.3%), y pocos estudiantes de la muestra cuentan con dinero suficiente para pasajes, comida y diversión (18.1%).

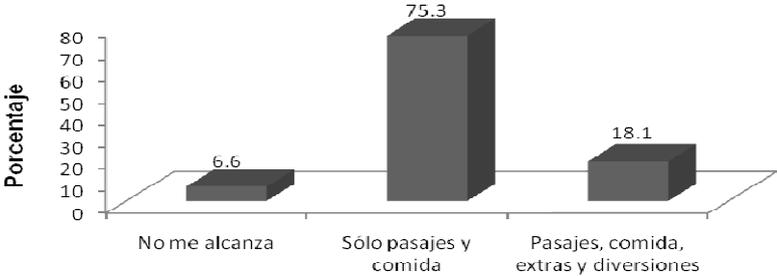


Fig. 9. Para lo que les alcanza el dinero.

Respecto a si el dinero con el que cuentan cubre sus necesidades económicas, como se muestra en la figura 10, el 35.6% respondió afirmativamente, mientras que el 13.3% dijo estar totalmente en desacuerdo, por lo tanto, el dinero con el que cuentan no cubre sus necesidades.

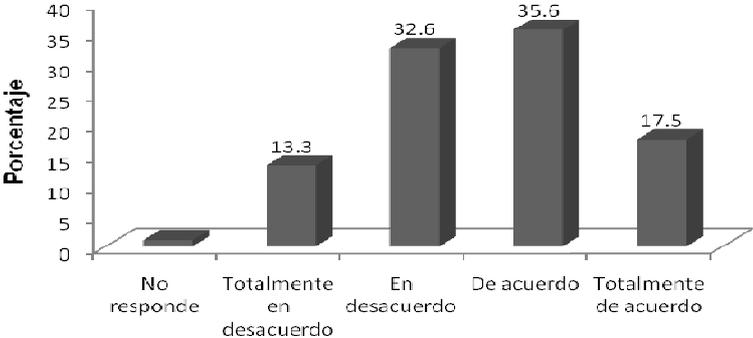


Fig. 10. Distribución del porcentaje en cuanto a la solvencia económica en los jóvenes de la muestra total.

4.1.3.2. Por sexo

En cuanro a la condición económica de la familia, el 76.2% de los hombres y el 74.2% de las mujeres consideran que es buena; mientras que el 1.5% y el 0.8% respectivamente declaran que la condición económica es muy mala (tabla 4.7).

Tabla 4.7. Percepción de la condición económica de acuerdo al sexo.

	Condición económica	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	No responde	4	1.2
	Muy buena	3	0.9
	Buena	246	76.2
	Mala	65	20.1
	Muy mala	5	1.5
	Total	323	100
Mujeres	No responde	1	0.4
	Muy buena	4	1.6
	Buena	190	74.2
	Mala	59	23
	Muy mala	2	0.8
	Total	256	100

Cuando se preguntó acerca del dinero que tienen y para lo que les alcanza, como se observa en la figura 11, la mayoría de los hombres expresaron que el dinero con el que cuentan les alcanza sólo para pasajes y comida (71.2%) y sólo el 6.8% declaró que el dinero no les alcanza ni para pasajes ni para comida.

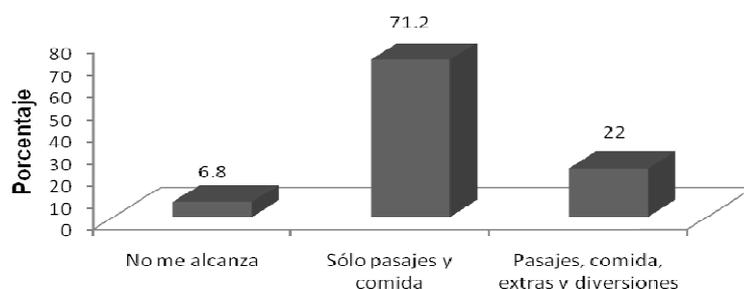


Fig. 11. Porcentajes de lo que les alcanza el dinero a los hombres.

En cuanto a las mujeres, la mayoría expresaron que el dinero con el que cuentan les alcanza, al igual que a los hombres, sólo para pasajes y comida (80.5%), y como lo muestra la figura 12, para el 6.3% del total de las mujeres, el dinero no les alcanza ni para comida ni pasajes.

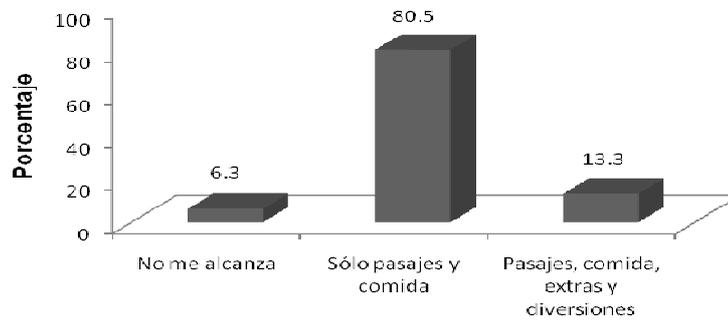


Fig. 12. Porcentaje de la solvencia económica en las mujeres de la muestra.

En el reactivo que cuestiona si el dinero con el que cuentan cubre todas sus necesidades económicas, como se observa en la figura 13, el 35.3% de los hombres y el 35.9% de las mujeres, respondieron que el dinero les alcanza para cubrir sus necesidades, mientras que para el 11.8% de hombres y el 13.7% de mujeres el dinero con el que cuentan no les permite satisfacer sus necesidades económicas.

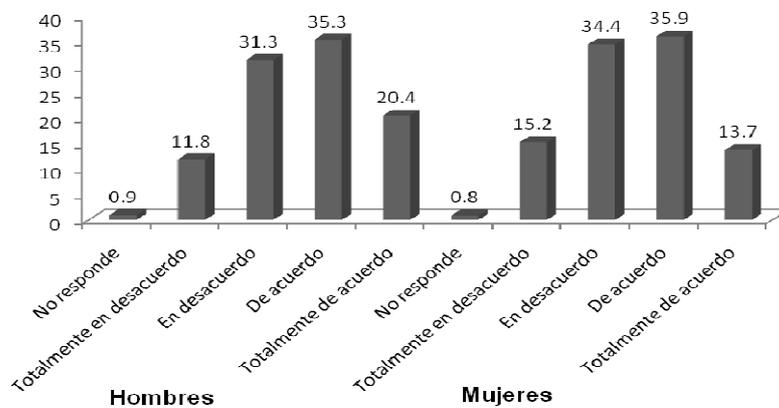


Fig. 13. El dinero con el que cuentan cubre las necesidades de hombres y mujeres de la muestra.

4.1.4. Experiencias negativas

4.1.4.1. Muestra total

Cuando se cuestionó si en los últimos meses vivieron experiencias que trastornaron o alteraron su vida, como se muestra en la figura 14, el 39.7% declaró haber vivido

experiencias que alteraron su vida, mientras que el 60.3% no ha vivido experiencias negativas.

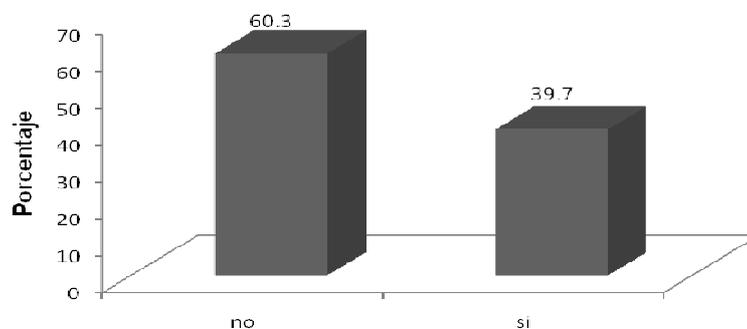


Fig. 14. Porcentaje de la vivencia de experiencia que trastornaron la vida de los jóvenes de la muestra.

De las personas que declararon haber vivido situaciones que alteraron su vida, el mayor porcentaje se refirió a situaciones familiares (28.8%) y el menor porcentaje (1.7%) hizo referencia a problemas relacionados con el trabajo (tabla 4.8.).

Tabla 4.8. Con quien se relaciona lo que trastornó su vida

Con quien se relaciona lo que ha trastornó su vida	Frecuencia	Porcentaje
No responde	3	1.3
La familia	66	28.8
La pareja	35	15.3
Amistades	12	5.2
Escuela	16	7
Trabajo	4	1.7
Salud	9	3.9
Otro	6	2.6
Dos categorías	49	21.4
Más de dos categorías	29	12.7
Total	229	100

Cuando se preguntó si en la infancia o adolescencia ocurrió la muerte de alguna persona muy importante para ellos, el 49.7% del total de la población respondió que si y el 50.3% dijo no haber vivido tal experiencia (Tabla 4.9).

Tabla 4.9. Muerte de persona importante en la infancia o adolescencia.

Muerte de personas importantes en la infancia o adolescencia	Frecuencia	Porcentaje
Si	288	49.7
No	291	50.3
Total	579	100

Al cuestionar sobre la persona con la que se relaciona la muerte, como se muestra en la figura 15, la mayoría sufrió la muerte de su abuelo o bisabuelo (50.3%), y el menor porcentaje se relacionó con Novio (a), Pareja (0.7%).

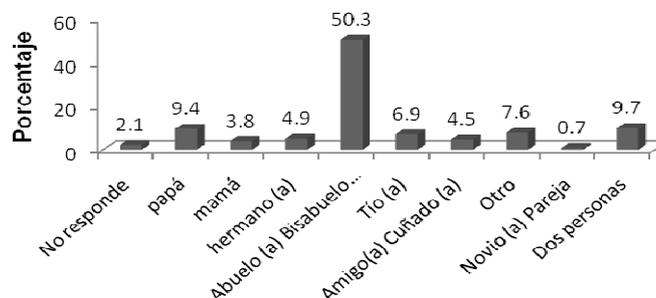


Fig. 15. Porcentaje de personas con las que se relaciona la muerte significativa.

Por otra parte, el 93.4% del total de la muestra total expresó no haber sufrido algún tipo de abuso sexual, mientras que el 6.4% lo vivió (tabla 4.10).

Tabla 4.10. Porcentaje de estudiantes que han sufrido o no alguna forma de abuso sexual.

Ha sufrido alguna forma de abuso sexual	Frecuencia	Porcentaje
No responde	1	0.2
Si	37	6.4
No	541	93.4
Total	579	100

Sobre las situaciones humillantes, el 70.6% del total de los estudiantes, respondieron no haber sido víctimas de alguna humillación, mientras que el 29% contestó afirmativamente ante la pregunta (tabla 4.11).

Tabla 4.11. Porcentaje de jóvenes que han sufrido situaciones humillantes.

Si ha sido víctima de situaciones humillantes	Frecuencia	Porcentaje
No responde	2	0.3
Si	168	29
No	409	70.6
Total	579	100

Así mismo, el problema que mas les preocupa, como se observa en la figura 16, se refiere a problemas personales (42%) y sólo el 0.3% a problemas en el trabajo.

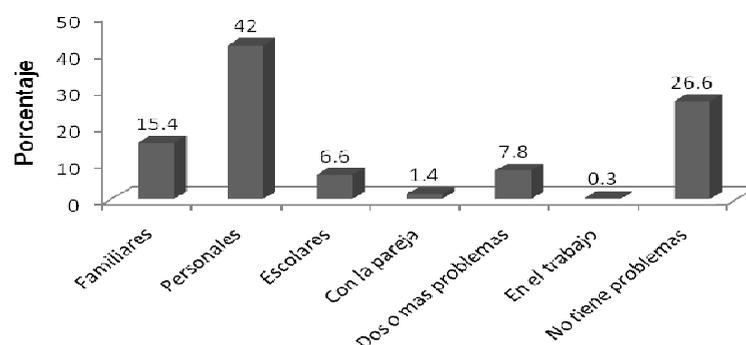


Fig. 16. Problema personal que más les preocupa en la actualidad.

En el reactivo que se refiere a la presencia de ideas frecuentes en la cabeza las cuales no se pueden evitar, como lo muestra la figura 17, el 41.1% de los jóvenes de la muestra estuvieron de acuerdo en que se presentan ideas frecuentes las cuales no pueden evitar, y el 15.9% expresó estar totalmente en desacuerdo.

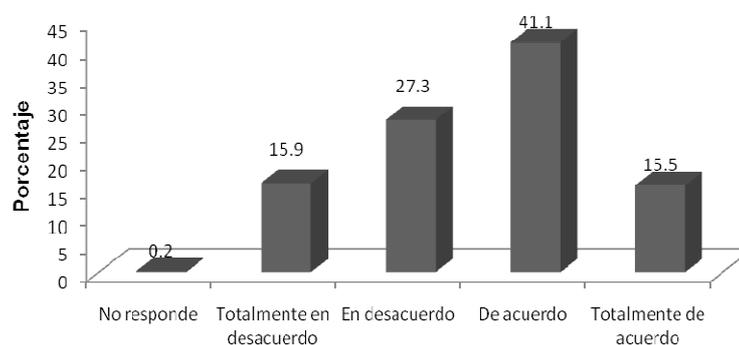


Fig. 17. Presencia de ideas frecuentes e inevitables en la cabeza.

4.1.4.1. Por sexo

Respecto a si en los últimos meses han vivido alguna o varias experiencias que han trastornado o alterado su vida, se observa en la figura 18, que el 35.6% de los hombres y el 44.9% de las mujeres respondieron afirmativamente, es decir, vivieron experiencias trastornantes.

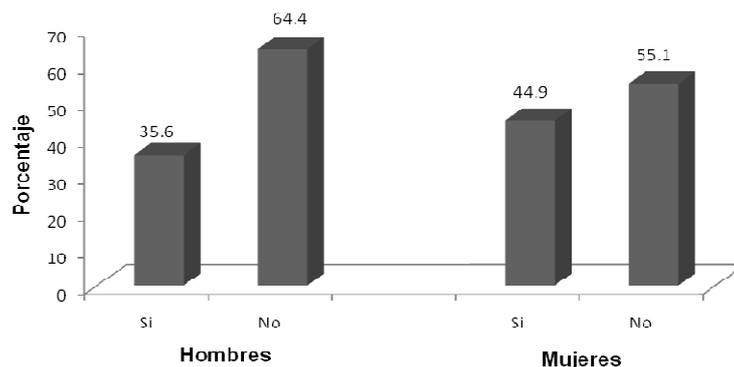


Fig. 18. Porcentaje de haber vivido experiencias trastornantes en los últimos meses.

De los jóvenes que expresaron haber vivido experiencias trastornantes, se observó que la mayoría de los hombres marcaron dos categorías al hacer referencia a la persona con la que se relacionó la experiencia negativa (23.5%); y en las mujeres la experiencia trastornante con la familia (35.7%) fue la que mayor porcentaje obtuvo (tabla 4.12).

Tabla 4.12. Persona con la que se relaciona lo que trastorno y/o alteró su vida

Con quien se relaciona lo que ha trastornado su vida	Frecuencia	Porcentaje
Hombres		
No responde	1	0.9
La familia	26	22.6
La pareja	24	20.9
Amistades	6	5.2
Escuela	8	7
Trabajo	3	2.6
Salud	2	1.7
Otro	4	3.5
<i>Dos categorías</i>	27	23.5
Más de dos categorías	14	12.2

Total	115	100
Mujeres		
No responde	2	1.8
<i>La familia</i>	41	35.7
La pareja	11	9.6
Amistades	6	5.2
Escuela	8	7
Trabajo	1	0.9
Salud	7	6.1
Otro	2	1.7
Dos categorías	22	19.1
Más de dos categorías	15	13
Total	115	100

El reactivo que se refiere a la ocurrencia durante la infancia o la adolescencia de la muerte de persona significativa, se observó que el 49.5% del total de los hombres expresó haber vivido dicho suceso; mientras que el 50% de las mujeres declaró que en esa etapa de su vida se dio el deceso de alguna persona importante (Tabla 4.13).

Tabla 4.13. Muerte durante la infancia o adolescencia de alguna persona significativa.

Muerte de persona importante		Frecuencia	Porcentaje
Hombres			
No		163	50.5
Si		160	49.5
Total		323	100
Mujeres			
No		128	50
Si		128	50
Total		256	100

De los hombres que experimentaron la muerte de alguna persona importante, el 49.4% sufrió la pérdida de algún Abuelo o Bisabuelo, mientras que el 4.4% respondieron haber perdido a su mamá. En cuanto a las mujeres, el 51.6% también sufrió la pérdida de un Abuelo o Bisabuelo y el 1.6% perdió a su novio o pareja (Tabla 4.14).

Tabla 4.14. Persona con la que se relacionó la muerte importante.

La persona con la que se relaciona la muerte significativa		Frecuencia	Porcentaje
Hombres			
Papá		12	7.5
Mamá		7	4.4
Hermano(a)		9	5.6
Abuelo(a), Bisabuelo(a)		79	49.4
Tío(a)		11	6.9
Amigo(a), Cuñado(a)		9	5.6
Dos personas		16	10
Mujeres			
Papá		15	11.7
Mamá		4	3.1
Hermano(a)		5	3.9
Abuelo(a), Bisabuelo(a)		66	51.6
Tío(a)		9	7
Amigo(a), Cuñado(a)		4	3.1
Novio(a) Pareja		2	1.6
Dos personas		12	9.4

En cuanto a si han sido víctimas de algún tipo de abuso sexual, como se observa en la figura 19, el 98.1% de los hombres respondieron negativamente y sólo el 1.5% dijo haber sufrido algún tipo de abuso sexual.

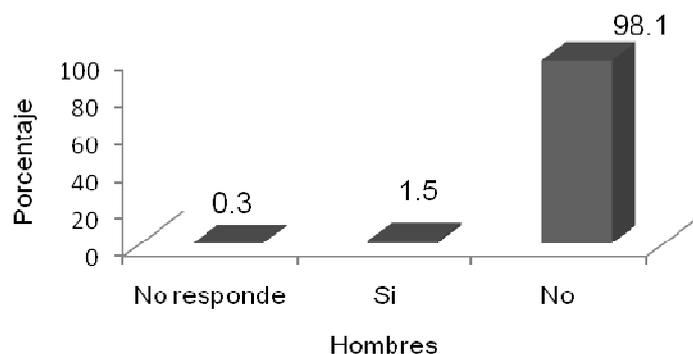


Fig. 19. Porcentaje de hombres que han sufrido o no alguna forma de abuso sexual.

Por su parte, como lo muestra la figura 20, el 87.5% de las mujeres de la muestra expresaron no haber sufrido algún tipo de abuso sexual, mientras que el 15.5% respondió afirmativamente ante el reactivo.

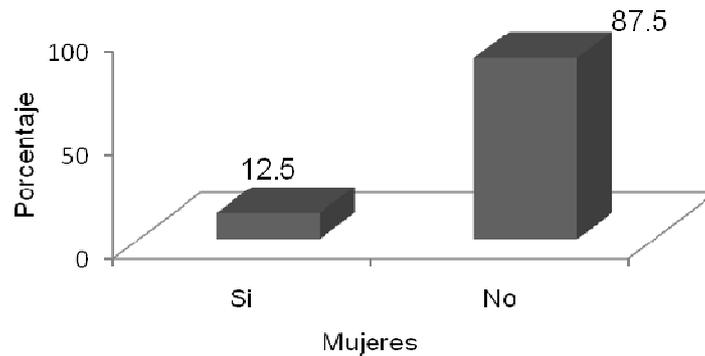


Fig. 20. Porcentaje de mujeres que han o no sufrido algún tipo de abuso sexual.

Así mismo, el reactivo que cuestiona sobre haber sido víctima de alguna situación humillante, el 26.6% de los hombres y el 32% de las mujeres han sufrido alguna humillación en su vida (Tabla 4.15).

Tabla 4.15. Porcentaje en hombres y mujeres sobre si han sido víctimas de situaciones humillantes.

Ha sido víctima de situaciones humillantes		Frecuencia	Porcentaje
Hombres			
Si		86	26.6
No		236	73.1
Total		323	100
Mujeres			
Si		82	32
No		173	67.6
Total		256	100

En el reactivo sobre cuál es el problema que más les preocupa, como se presenta en la figura 21, el 43.3% de los hombres expresaron que son problemas personales, mientras que el 0.6% dijo preocuparle los problemas en el trabajo.

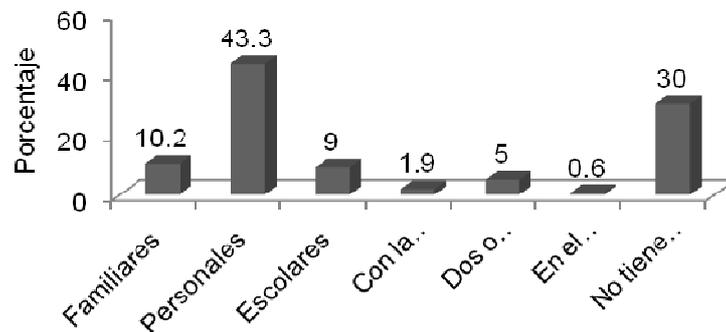


Fig. 21. Porcentaje de los problemas que más preocupan.

Respecto a las mujeres, se observa en la figura 22, que al igual que en los hombres, el problema que más les preocupa se refiere a cuestiones personales (40%) mientras que el 0.8% tiene que ver con la pareja.

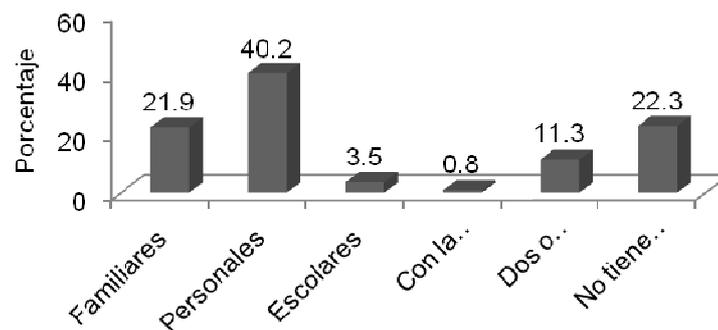


Fig. 22. Porcentaje de los problemas que más les preocupan

Por otra parte el 41.8% de los hombres y 40.2% de las mujeres estuvieron de acuerdo y refirieron tener con frecuencia ideas en la cabeza que no pueden evitar (Tabla 4.16).

Tabla 4.16. Presencia de ideas frecuentes e inevitables.

Tengo con frecuencia ideas en la cabeza que no puedo evitar		Frecuencia	Porcentaje
Hombres			
Totalmente en desacuerdo		47	14.6
En desacuerdo		85	26.3
De acuerdo		135	41.8
Totalmente de acuerdo		55	17

Mujeres			
Totalmente en desacuerdo	45	17.6	
En desacuerdo	73	28.5	
De acuerdo	103	40.2	
Totalmente de acuerdo	35	13.7	

4.1.5. Atención psicológica

4.1.5.1. Muestra total

En cuanto a la atención psicológica o psiquiátrica, el 86.5% del total de la población respondió que no ha recibido ningún tipo de atención ni psicológica ni psiquiátrica, mientras que el 13.5% declaró que si ha recibido alguno de los dos tipos de atención (Tabla 4.17).

Tabla 4.17. Porcentaje de los jóvenes que han recibido atención psicológica o psiquiátrica.

Ha recibido atención psicológica	Frecuencia	Porcentaje
Si	78	13.5
No	501	86.5
Total	579	100

De las 78 personas que han recibido atención psicológica, el 29% se debió a trastornos emocionales mientras que el 1.3% tuvo que ver con problemas de alimentación como anorexia o bulimia (tabla 4.18).

Tabla 4.18. Causas por las cuales recibieron atención psicológica o psiquiátrica los jóvenes.

Causas por las que recibió atención psicológica	Frecuencia	Porcentaje
No responde	10	12.9
Trastornos emocionales (depresión, ansiedad, etc)	23	29.5
Traumas (muerte, abuso sexual, secuestro)	4	5.1
Problemas familiares (divorcio de los padres, etc)	15	19.2
Problemas con la pareja	1	1.3
Sólo solicitó ayuda	9	11.5
Problemas físicos en general	3	3.8
Problemas académicos (rendimiento, aprendizaje, etc)	4	5.1
Problemas de conducta (hiperactividad, rebeldía, indisciplina)	8	10.3
Problemas con la alimentación (anorexia, bulimia)	1	1.3
Total	78	100

Cuando se cuestionó si actualmente siguen en tratamiento psicológico o psiquiátrico, de acuerdo con la figura 23, el 88.5% del total de la población respondió que no, mientras que el 11.5% no emitió alguna respuesta.

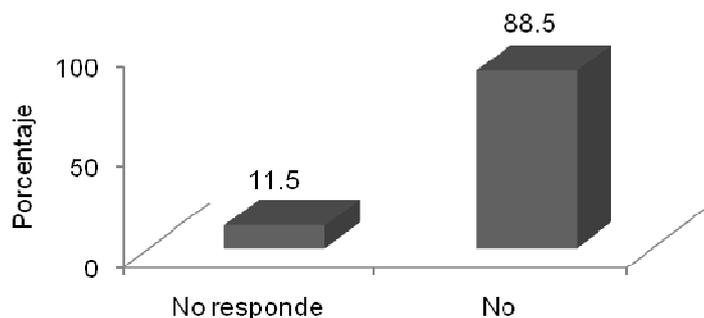


Fig. 23. Porcentaje de actual tratamiento psicológico o psiquiátrico.

4.1.5.2. Por sexo

En cuanto al antecedente de atención psicológica o psiquiátrica, se encontró que el 12.1% de los hombres y el 15.2% de las mujeres, recibió algún tipo de atención especializada (Tabla 4.19).

Tabla 4.19. Porcentaje referente a haber recibido atención psicológica o psiquiátrica.

	Has recibido atención psicológica o psiquiátrica	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	Si	39	12.1
	No	284	87.9
	Total	323	100
Mujeres	Si	39	15.2
	No	217	84.8
	Total	256	100

Sobre los motivos por los cuales recibieron la atención especializada, como se observa en la figura 24, en los hombres el mayor porcentaje se debió a trastornos emocionales (33.3%), mientras que el porcentaje menor porcentaje tuvo que ver con los problemas en la alimentación (2.6%).

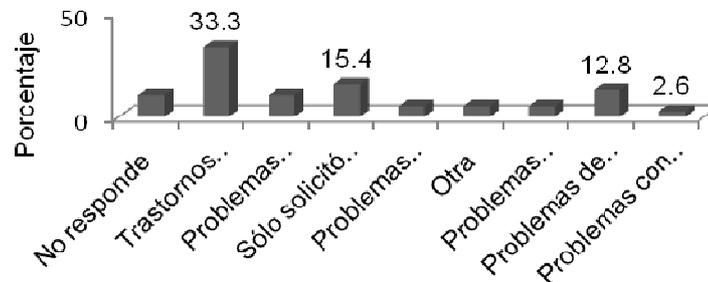


Fig. 24. Causas por las que los hombres recibieron atención especializada.

Mientras tanto, como se muestra en la figura 25, para las mujeres el motivo más fuerte para recibir atención especializada tuvo que ver con problemas familiares (28.2%), seguido por los problemas emocionales (25.6%); a diferencia de los hombres, también solicitaron ayuda debido a traumas como muerte, abuso sexual o secuestro y problemas con la pareja, y en las mujeres no hubo casos por problemas de alimentación.

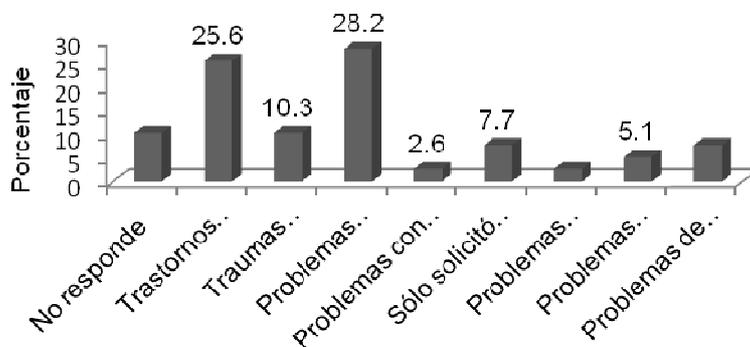


Fig. 25. Causas por las cuales las mujeres recibieron atención.

De los jóvenes que recibieron atención especializada, el 87.2% de los hombres y el 89.7% de las mujeres expresaron que actualmente no siguen en tratamiento psicológico o psiquiátrico (Tabla4.20).

Tabla 4.20. Porcentaje de jóvenes que actualmente reciben atención especializada.

Actualmente sigue en tratamiento psicológico o psiquiátrico		Frecuencia	Porcentaje
Hombres			
	No responde	5	12.8
	No	34	87.2
	Total	39	100
Mujeres			
	No responde	4	10.3
	No	35	89.7
	Total	39	100

4.1.6. Datos de apoyo

4.1.6.1. Muestra total

Otro aspecto importante fue la religión, sobre lo cual, como se observa en la figura 26, el 58.4% de los estudiantes respondió pertenecer a una religión y el 38.7% dijo no tener religión.

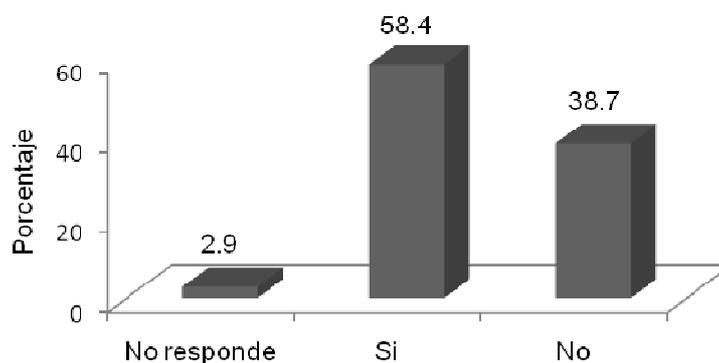


Fig. 26. Porcentaje de la práctica de religión por parte de los jóvenes.

Del porcentaje de los jóvenes que se dijeron pertenecientes a una religión, como muestra la figura 27, el 49.1% de los jóvenes considera que su actividad religiosa es suficiente, mientras que el 14.2% dijo tener una actividad religiosa casi nula.

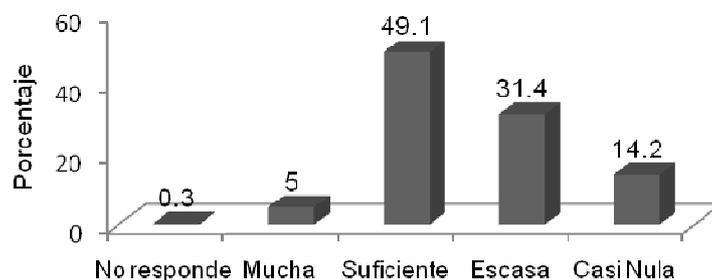


Fig.27. Estimación de la actividad religiosa.

Respecto a si acostumbran o no a consumir algo para sentirse bien, se observa en la figura 28, que el 31% de los estudiantes de la muestra total respondió afirmativamente, mientras que el 69% declaró no recurrir al consumo de sustancias o alimentos para sentirse bien.

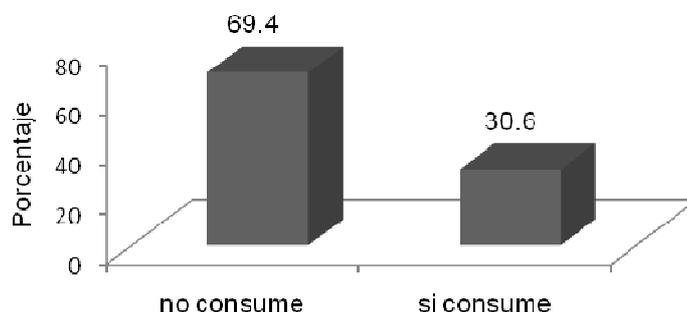


Fig. 28. Acostrumbra consumir o tomar algo para sentirse bien.

Así mismo, de las personas que consumen o toman algo para sentirse bien, la sustancia que consumen con mayor frecuencia es el café (27.7%), y sólo el .6% respondió consumir algún tipo de droga (Tabla 4.21).

Tabla 4.21. Lo que consumen para sentirse bien

Lo que consumen para sentirse bien	Frecuencia	Porcentaje
No responde	2	1.1
Cigarros	32	18.1
Café	49	27.7
Alcohol	21	11.9

Algún tipo de droga	1	0.6
Medicamentos	4	2.3
Otros	17	9.6
Marca dos	30	16.9
Marca más de dos	9	5.1
Chocolate, refrescos, dulces, comida chatarra	10	5.6
Vitamina, energizante, proteínas, productos para la salud	2	1.1
Total	177	100

En cuanto a la disciplina que recibieron en la infancia y adolescencia, el 74.3% respondió que la disciplina no contó ni con muchas reglas ni con muchos castigos, mientras que el 3.6% declaró que su disciplina fue sin reglas y sin castigos (tabla 4.22).

Tabla 4.22. Forma de la disciplina ejercida en los jóvenes durante la infancia y la adolescencia.

Disciplina ejercida durante la infancia y la adolescencia	Frecuencia	Porcentaje
No responde	6	1
Sin reglas ni castigos	21	3.6
Ni muchas reglas ni muchos castigos	430	74.3
Muchas reglas y muchos castigos	122	21.1
Total	579	100

4.1.6.2. Por sexo

En la práctica de alguna religión, como se observa en la figura 29, el 57.9% del total de los hombres dijeron pertenecer o practicar alguna religión, mientras que el 39.6% respondió no tener religión.

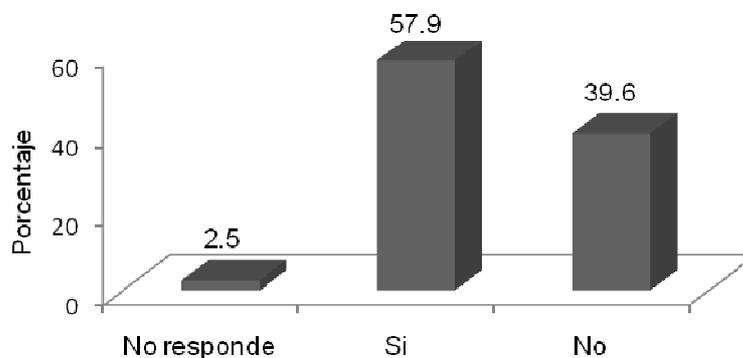


Fig. 29. Porcentaje de la práctica de alguna religión en los hombres.

Como se observa en la figura 30, el 59% de las mujeres de la muestra dijeron practicar alguna religión, mientras que el 37.5% respondió negativamente ante el reactivo.

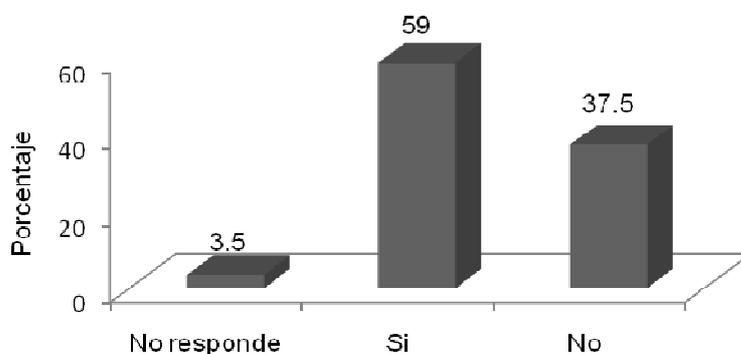


Fig. 30. Porcentaje de la práctica de alguna religión en las mujeres.

Acerca de la práctica religiosa, de los jóvenes, tanto hombres como mujeres, que respondieron pertenecer a alguna religión, se observó que el 47.6% de los hombres y el 51% de las mujeres consideran suficiente dicha actividad; mientras que el 18.2% de los hombres y el 9.3% de las mujeres que pertenecen a alguna religión, consideran casi nula su actividad religiosa (Tabla 4.23).

Tabla 4.23. Percepción de la actividad religiosa de hombres y mujeres.

	Actividad religiosa	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	Mucha	11	5.9
	Suficiente	89	47.6
	Escasa	53	28.3
	Casi nula	34	18.2
	Total	187	100
Mujeres	Mucha	6	4
	Suficiente	77	51
	Escasa	53	35.1
	Casi nula	15	10
	Total	152	100

Al cuestionar si consumen algo para sentirse bien, en la figura 31 se observa que el 37.2% de los hombres y el 23.3% de las mujeres dijeron consumir algo para sentirse bien.

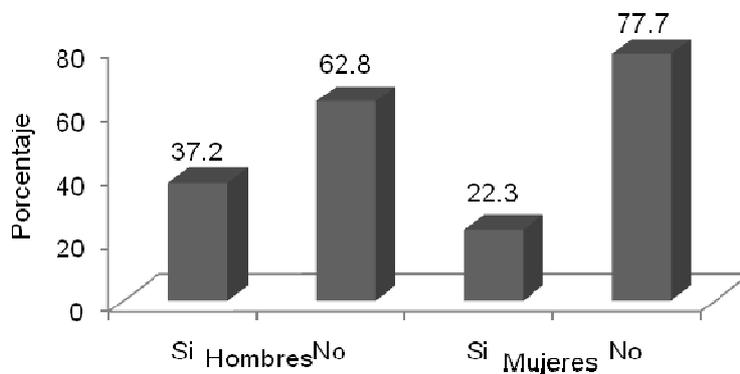


Fig. 31. Porcentaje de hombres y mujeres que acostumbran consumir algo para sentirse bien.

En las personas que respondieron consumir algo para sentirse bien, se encontró que el 25.8% de los hombres acostumbran consumir café, mientras que el 0.8% consumen algún tipo de droga y medicamentos. En cuanto a las mujeres, al igual que en los hombres, el porcentaje mayor de lo que consumen es café (31.6%), mientras que el 1.8% acostumbra consumir productos para la salud (Tabla 4.24).

Tabla 4.24. Sustancias o alimentos que hombres y mujeres acostumbran consumir para sentirse bien.

Lo que consumen para sentirse bien	Frecuencia	Porcentaje
Hombres		
Cigarros	22	18.3
Café	31	25.8
Alcohol	17	14.2
Algún tipo de droga	1	0.8
Medicamentos	1	0.8
Otros	15	12.5
Marca dos	17	14.2
Marca más de dos	7	5.8
Comida chatarra	8	6.7
Vitamina, productos para la salud	1	0.8
Total	120	100

Mujeres		
Cigarros	10	17.5
Café	18	31.6
Alcohol	4	7
Medicamentos	3	5.3
Otros	4	7
Marca dos	13	22.8
Marca más de dos	2	3.5
Comida chatarra	2	3.5
Vitamina, productos para la salud	1	1.8
Total	57	100

Respecto a la disciplina que ejercieron sus padres durante la infancia y adolescencia, el 72.1% de los hombres y el 77% de las mujeres la consideraron sin muchas reglas y sin muchos castigos; mientras que para el 22.9% de los hombres y el 18.8% de las mujeres, la disciplina fue con muchas reglas y con muchos castigos (Tabla 4.25).

Tabla 4.25. Disciplina ejercida sobre hombres y mujeres de la muestra durante la infancia y adolescencia.

Disciplina ejercida en infancia y adolescencia		Frecuencia	Porcentaje
Hombres			
Sin reglas ni castigos		12	3.7
Ni muchas reglas ni muchos castigos		233	72.1
Muchas reglas y muchos castigos		74	22.9
Mujeres			
Sin reglas ni castigos		9	3.5
Ni muchas reglas ni muchos castigos		197	77
Muchas reglas y muchos castigos		48	18.8

4.1.7. Antecedente suicida

4.1.7. 1. Muestra total

Cuando se cuestionó si alguna persona cercana se ha suicidado o ha intentado suicidarse, el 83.9% del total de la muestra respondió negativamente y el 15.4% afirmó el suicidio o intento de suicidio de alguna persona cercana a ellos (Tabla 4.26).

Tabla 4.26. Si alguna persona cercana se suicidó o intentó suicidarse.

Alguna persona cercana se ha suicidado o ha intentado suicidarse	Frecuencia	Porcentaje
No responde	4	0.7
Si	89	15.4
No	486	83.9
Total	579	100

Respecto al reactivo que se refiere a si han intentado suicidarse, como lo indica la figura 32, el 92.1% de los jóvenes respondió que no ha intentado suicidarse, mientras que el 6.2% respondió afirmativamente ante el reactivo.

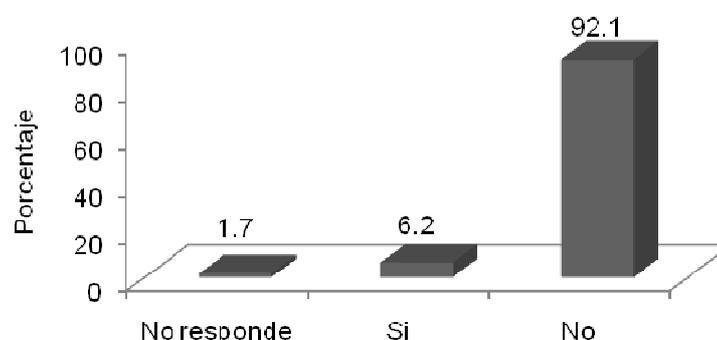


Fig. 32. Antecedente de intento de suicidio.

De las 36 personas que respondieron haber intentado suicidarse, como lo refiere la figura 33, el 50% lo intentó una vez, el 22.2% dos veces y el 8.3% respondió haberlo intentado más de tres veces.

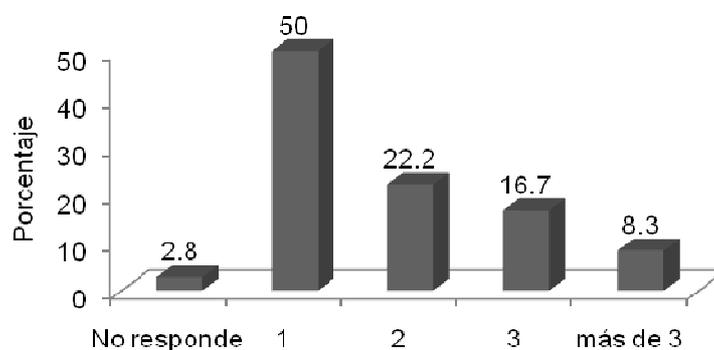


Fig. 33. Porcentaje de los intentos de suicidio.

4.1.7. 2. Por sexo

En cuanto al reactivo que cuestiona si alguna persona cercana ha intentado suicidarse o se ha suicidado, el 13% de los hombres y el 18.4% de las mujeres respondieron afirmativamente (Tabla 4.27).

Tabla 4.27. Antecedente suicida.

Alguna persona cercana se ha suicidado o ha intentado hacerlo		Frecuencia	Porcentaje
Hombres			
No responde		4	1.2
Si		42	13
No		277	85.8
Total		323	100
Mujeres			
Si		47	18.4
No		209	81.6
Total		256	100

Respecto al intento de suicidio, como se muestra en la figura 34, el 3.7% de los hombres y el 9.4% de las mujeres dijeron haber intentado suicidarse, en este caso, se muestra diferencia entre hombres y mujeres, siendo las mujeres de esta muestra las que más han intentado suicidarse.

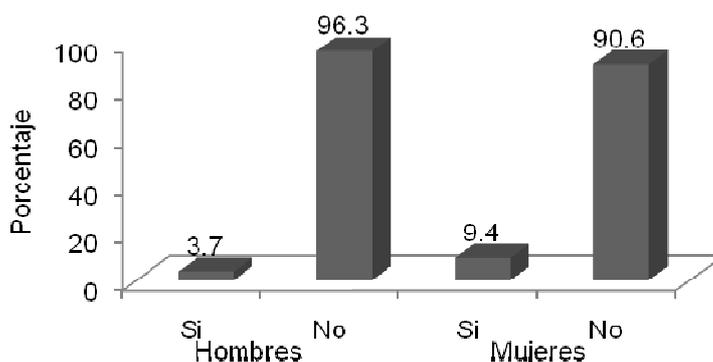


Fig. 34. Porcentaje del intento de suicidio en hombres y mujeres.

Finalmente, de las personas que respondieron haber intentado suicidarse, el 41.3% de los hombres lo ha intentado una vez, el 33.3% dos veces y el 25% tres veces. En comparación con las mujeres, de las que el 54.2% lo han intentado una

vez, el 16.7% dos veces y el 12.5% lo han intentado tres y más de tres veces (Tabla 4.28).

Tabla 4.28. Intentos de suicidio en hombres y mujeres.

	Cuántas veces intentó suicidarse	Frecuencia	Porcentaje
Hombres			
	1	5	41.7
	2	4	33.3
	3	3	25
	Total	12	100
Mujeres			
	1	14	58.4
	2	4	16.7
	3	3	12.5
	Más de 3	3	12.5
	Total	24	100

Resumiendo los hallazgos de las variables de identificación personal, se puede decir que la muestra estuvo conformada por 579 universitarios, de los cuales fueron 323 hombres (55.8%) y 256 mujeres (44.2%). Las edades de los participantes fueron de 18 a 36 años. La mayoría de los hombres tenía alrededor de los 20 años mientras que las mujeres se encuentran alrededor de los 19 años, la mayoría de los jóvenes son solteros y sólo el 4% respondió ser casado (a). La mayoría de los hombres y mujeres se encontraban cursando el primer año de la carrera, en cuanto a la carrera que más cursan, tanto en hombres como en las mujeres es Tecnologías de la información, así mismo, el promedio de calificaciones en ambos sexos se encuentra entre el 8 y el 9, siendo así que expresan tener un buen desempeño académico.

Hombres y mujeres consideran la condición económica familiar como buena y sólo el 1.5% y 0.8% de hombres y mujeres respectivamente, consideran muy mala la condición económica; tanto hombres como mujeres coincidieron en que el dinero con el que cuentan sólo les alcanza para pasajes y comida.

Respecto a las experiencias negativas, se observó que en las mujeres el 44.9% declaró haber pasado por experiencias trastornantes en comparación con el 35.6% en los hombres; en ambos casos, las experiencias trastornantes tuvieron que ver con situaciones familiares y sólo en los hombres hubo algunos que presentaron

problemas en el trabajo. Así también, ambos expresaron haber sufrido durante la infancia o adolescencia la muerte de alguna persona significativa y dicha muerte se relacionó con algún abuelo o bisabuelo en ambos sexos. Por su parte, en las mujeres se presentan más casos de algún tipo de abuso sexual, pues el 15.5% respondió haber sido víctima de abuso sexual y en los hombres sólo se presentó un 1.5%.

Por otra parte, hombres y mujeres de la muestra han experimentado situaciones humillantes, expresaron que el problema que más les preocupa se refiere a situaciones personales y ambos estuvieron de acuerdo en tener ideas en la cabeza que son frecuentes e inevitables. En cuanto a la atención psicológica o psiquiátrica, un bajo porcentaje de hombres y mujeres han recibido esta atención (12.1% y 15.2% respectivamente), en los hombres el motivo de mayor peso fue problemas emocionales mientras que en las mujeres se debió a problemas familiares así mismo, en el momento de la investigación ni hombres ni mujeres se encontraban en tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Respecto a la religión, arriba del 50% tanto de hombres como de mujeres respondieron pertenecer a alguna religión, de los cuales el 47.6% de los hombres y el 51% de las mujeres consideraron suficiente su actividad religiosa. Por otra parte, se observó que los hombres acostumbran consumir más sustancias para sentirse bien, pues en 37.2% de los hombres lo hace, comparado con el 22.3% de las mujeres, ambos sexos acostumbran consumir con mayor frecuencia café, mientras que sólo uno de los hombres consume algún tipo de droga. Finalmente la forma de la disciplina ejercida sobre hombres y mujeres fue sin muchas reglas y sin muchos castigos.

En cuanto al antecedente suicida, el 13% de los hombres y el 18.4% de las mujeres vivieron el suicidio o intento de suicidio de personas cercanas; por otro lado, las mujeres fueron las que intentaron con mayor frecuencia suicidarse, pues de la muestra, el 3.7% de los hombres lo han intentado en comparación con el 9.4% de las mujeres; así también, más del 50% de los jóvenes que intentaron suicidarse lo

hicieron sólo una vez, sin embargo, a diferencia de los hombres, algunas mujeres lo intentaron más de tres veces.

4.2. Variables Psicológicas

En este apartado se describen las variables psicológicas que se incluyeron en la investigación, se aborda la confiabilidad y la validez de cada escala en la muestra total para posteriormente considerar tanto la validez como la confiabilidad por sexo.

4.2.1. Ajuste psicométrico de Escalas y Reactivos; Confiabilidad Validez

En el ajuste psicométrico de Escalas y Reactivos, se realizó la obtención de la confiabilidad y validez para determinar qué reactivos conforman las escalas y así mismo ver dentro de cada escala cuantos factores se presentan para la muestra total; al mismo tiempo se determinó la confiabilidad y la validez de las escalas, por lo que el procedimiento en algunas escalas dio como resultado menos reactivos.

4.2.1.1. Muestra total

4.2.1.1.1. Ajuste de Escalas y Reactivos

En este caso, para la muestra total se llevó a cabo el ajuste psicométrico, es decir, la selección de reactivos por medio del análisis factorial, eliminando aquellos reactivos cuya carga factorial fue $<.40$, esto es, que no contaban con carga factorial significativa y se eliminaron los reactivos que tuvieran carga factorial parecida, es decir, aquellos que se duplicaran en los factores. Finalmente, se eliminaron los reactivos que afectaban la confiabilidad de la escala, esto es, sin los cuales la confiabilidad de la escala era mayor; de esta manera, se obtuvieron los reactivos que conformaron cada escala así como los factores en los cuales se agruparon dichos reactivos, dando como resultado la tabla 4.29.

Tabla 4.29. Ajuste de las Escalas y Reactivos.

Escala	Reactivos iniciales	Reactivos finales
Actitudes y Creencias	23	11
Locus de Control Externo	4	4
Apoyo social	6	5
Apoyo de amigos	3	3
Apoyo familiar	3	2
Espiritualidad	2	2
Desesperanza	8	8
Estado Emocional	5	4
Ideación Suicida	4	4

En el caso de la variable Locus de Control Interno, tuvo que ser eliminada debido a que no reportó validez ni confiabilidad aceptables; como se observa en la tabla 4.29, la Escala de Actitudes y creencias quedó con 11 reactivos, Locus de Control Externo mantuvo los 4 reactivos que se integraron en el instrumento; en el caso del apoyo social, el apoyo de amigos mantuvo los 3 reactivos mientras que el apoyo familiar sólo 2 de los 3 reactivos incluidos reportaron confiabilidad. Por su parte, la espiritualidad conservó los dos reactivos, la desesperanza mantuvo los 8 reactivos empleados para su medición, mientras que el Estado Emocional conservó 4 de 5 reactivos; la Escala de Agresión fue eliminada al no contar con confiabilidad, finalmente la Escala de Ideación Suicida mantuvo los cuatro reactivos que la componen.

4.2.1.1.2. Confiabilidad

La confiabilidad se obtuvo por medio del análisis de fiabilidad en el cual se calculó el índice de confiabilidad a partir del alpha de Cronbach; este procedimiento se realizó por escala, destacando una confiabilidad mayor de .60 representan escalas con consistencia interna (Tabla 4.30).

Tabla. 4.30. Obtención de la confiabilidad de las Escalas.

Escala	Confiabilidad
Actitudes y Creencias	.80
Locus de Control Externo	.75
Apoyo social	.81
Apoyo de amigos	.84
Apoyo familiar	.85
Espiritualidad	.71
Desesperanza	.70
Estado Emocional	.75
Ideación Suicida	.65

Como se observa en la tabla anterior, a excepción de la Escala de Ideación Suicida la cual obtuvo una confiabilidad de Alpha de Cronbach 0.65; las Escalas registraron una confiabilidad de .70 a .80, siendo el apoyo de amigos y el apoyo familiar las Escalas que mayor confiabilidad presentaron (.84 y .85 respectivamente). Lo que indica que existe consistencia interna, esto es los reactivos que conformaron cada escala van en la misma dirección, es decir, los reactivos miden lo mismo.

4.2.1.1.3. Validez

En cuanto a la validez, ésta se obtuvo por escala y dentro de las escalas los factores que la conformaron, en este caso, se llevó a cabo un análisis factorial para determinar la varianza explicada por escala así como los factores de los cuales se conformó; por lo tanto, la varianza explicada debe ser aproximadamente del 50% para decir que la escala muestra validez de constructo, como se muestra en la tabla 4.31.

Tabla 4.31. Validez de la escala de actitudes y creencias.

ESCALA DE ACTITUDES Y CREENCIAS		Varianza Total: 46.01	Alpha de Cronbach: .80
FACTOR 1 Exigencia de Aprobación Alpha: .79		FACTOR 2 Exigencia de Comodidad Alpha: .62	
2.1. Si desagrado a los demás no puedo ser feliz	2.18	En ocasiones es frustrante cuando no hago las cosas bien	
2.5. Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, pienso	2.17	Algunas veces es insoportable cuando estoy tenso	

que soy una mala persona	
2.14. A veces es desagradable cuando no le agrado a la gente	2.22 En ocasiones, cuando estoy tenso, me resulta difícil funcionar
2.11. A veces es terrible cuando no le gusto a la gente	2.19 En ocasiones cuando estoy tenso, pienso que siempre estaré de esa manera
2.3. La gente probablemente me considerará menos si cometo algún error	
2.2. Quiero caerle bien a algunas personas	
2.23. Para agradar a otras personas, lo mejor es renunciar a los propios intereses	

En la Escala de Actitudes y creencias se encontraron dos factores, uno de Exigencia de Aprobación y el otro de Exigencia de Comodidad; la varianza total de la escala fue de 46% lo que indica que presenta validez aceptable, cercana al 50% así como una confiabilidad de .80. Los factores de la escala presentan una confiabilidad de .79 la Exigencia de Aprobación y de .62 la exigencia de Comodidad, por lo cual la escala muestra consistencia y los reactivos miden actitudes y creencias, indica que van en la misma dirección (consistencia interna) y realmente miden lo que pretenden medir, esto es, que hay veracidad en lo que está evaluando la escala para la muestra en la que se empleó.

Por otra parte, en la Escala de Locus de Control Externo, la varianza explicada es de 57.7% y el cociente de confiabilidad es de .75, por lo que se observó que la escala presenta una validez aceptable y confiabilidad adecuada, por lo tanto, la escala está midiendo locus de control externo, encontrándose un solo factor de cuatro reactivos con carga factorial adecuada, esto es, mayor a .40 (Tabla 4.32).

Tabla 4.32. Validez de la Escala de Locus de Control Externo.

LOCUS DE CONTROL EXTERNO	Varianza Explicada: 57.7	Alpha de Cronbach: .75
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		
2.29 Mi éxito en la escuela dependerá de que tan agradable sea yo		

En cuanto al Apoyo Social, la escala se dividió en dos subescalas, la primera es Apoyo de Amigo, la que obtuvo una varianza explicada de 45.2% y un alpha de Cronbach de .84, por lo tanto, la escala presenta validez adecuada así como confiabilidad, dicha escala estuvo compuesta por tres reactivos que van en dirección a medir el apoyo que los jóvenes perciben y reciben de sus amigos. Por otra parte, la subescala de Apoyo Familiar estuvo conformada por dos reactivos cuya varianza explicada fue de 35.7% y un alpha de Cronbach de .85, esto muestra que la Escala presenta validez de constructo y consistencia interna, por lo que estos dos reactivos van en la misma dirección y miden el apoyo que los estudiantes perciben de sus familiares (Tabla 4.33).

Tabla 4.33. Validez de las subescalas de Apoyo Social.

ESCALA DE POYO DE AMIGOS	Varianza Explicada: 45.2	Alpha de Cronbach: .84
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		
ESCALA DE POYO FAMILIAR	Varianza Explicada: 35.7	Alpha de Cronbach: .85
2.33 Puedo hablar de mis problemas con mi familia		
2.34 Tengo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia		

En la Escala de Espiritualidad, la varianza explicada fue de 77.87% y el coeficiente de confiabilidad de .71, por lo tanto se encuentra una validez aceptable así como una confiabilidad adecuada, esto indica que los dos reactivos que conforman la Escala miden Espiritualidad (Tabla 4.34).

Tabla 4.34. Validez de la Escala de Espiritualidad

ESPIRITUALIDAD	Varianza Explicada: 77.8	Alpha de Cronbach: .71
2.37 Mis creencias personales me dan fuerza para enfrentar las dificultades		
2.39 Mis creencias personales me ayudan a entender las dificultades de la vida diaria		

Para la Escala de Desesperanza, la varianza total es de 50.6% y un alpha de Cronbach de .70; la escala a su vez se dividió en dos factores, el primero obtuvo un alpha de .67 y el segundo un alpha de .65, por lo tanto, la Escala presenta validez de constructo así como consistencia interna, por lo que la escala mide desesperanza y cada factor agrupó los reactivos que van en la misma dirección el primer factor se denomina Futuro Positivo el cual presentó una varianza explicada del 25% y el segundo factor se denominó Futuro negativo cuya varianza explicada fue de 24.5% (Tabla 4.35).

Tabla 4.35. Validez de la Escala de Desesperanza y sus factores.

ESCALA DE DESESPERANZA		Varianza Total: 50.6	Alpha de Cronbach: .70
FACTOR: Futuro Negativo Alpha: .67		FACTOR: Futuro Positivo Alpha: .65	
2.47 Es una estupidez desear algo, pues nunca consigo lo que quiero		2.44 Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza	
2.43 No consigo oportunidades y no hay razón para creer que las tenga en el futuro		2.40 Tengo gran fe en el futuro	
2.45 Es muy poco probable que logre verdadera satisfacción en el futuro		2.42 Preveo tiempos mejores que peores	
2.41 Mi futuro parece oscuro		2.46 En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa	

En la escala de Estado Emocional, la varianza total es de 81% y un alpha de Cronbach de .71, a su vez la escala se dividió en dos factores, el primero con una varianza explicada de 42.3% y alpha de .79; el segundo con varianza explicada de 38.7% y alpha de .72; lo cual muestra que la escala presenta validez y confiabilidad aceptable, por lo tanto, mide Estado Emocional así mismo, los reactivos que conforman cada factor van en la misma dirección y miden Estado Emocional Positivo y Estado Emocional Negativo (Tabla 4.36).

Tabla 4.36. Validez de la Escala de Estado Emocional Positivo y Negativo.

ESCALA DE ESTADO EMOCIONAL		Varianza Total: 81.03	Alpha de Cronbach: .71
FACTOR: Estado Emocional Negativo VE: 42.3 Alpha: .79	FACTOR: Estado Emocional Positivo VE: 38.7 Alpha: .72		
2.69 Me he sentido triste y melancólico(a)	2.68 Me he sentido calmado(a) y en paz		
2.70 Me he sentido abatido(a), que nada me puede animar	2.71 Me he sentido feliz		

Finalmente, la Escala de Ideación Suicida se conformó por cuatro Reactivos presentando una varianza explicada del 52% así como un alpha de Cronbach de .65, lo cual indica que en esta población los cuatro reactivos que conforman la escala son significativos para medir ideación suicida, sin embargo, la validez y confiabilidad no son óptimos por lo tanto, existe evidencia de la presencia de variables que influyen a la escala para poder medir ideación suicida en los estudiantes que conformaron la muestra, por lo tanto, la escala mide ideación suicida en bajo porcentaje (Tabla 4.37).

Tabla 4.37. Validez de la Escala de Ideación Suicida.

ESCALA DE IDEACION SUICIDA	Varianza Explicada: 52.25	Alpha de Cronbach: .65
3.5 Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)		
3.6 Pensé en matarme		
3.4. Tenía pensamientos sobre la muerte		
3.3. Pensé que no podía seguir adelante		

4.2.1.2. Por sexo: Hombres y Mujeres

Posteriormente y tomando como premisa que hombres y mujeres son diferentes, se llevó a cabo el ajuste de escalas y reactivos para hombres y mujeres, dentro de lo cual se encontraron algunas diferencias.

4.2.1.2.1. Ajuste de Escalas y Reactivos

A continuación se muestra el ajuste de las escalas, en el caso de los hombres, se observa que de los reactivos iniciales (los que se incluyeron en el instrumento) resultaron las escalas finales con el número de reactivos que se presenta en la tabla 4.38.

Tabla 4.38. Ajuste de Escalas y Reactivos en los hombres.

Escala	Reactivos iniciales	Reactivos finales
Actitudes y Creencias	23	10
Locus de Control Externo	4	4
Apoyo social	6	5
Apoyo de amigos	3	3
Apoyo familiar	3	2
Espiritualidad	2	2
Desesperanza	8	8
Estado Emocional	5	4
Ideación Suicida	4	4

En este caso, los reactivos de la escala de actitudes y creencias que para la muestra total obtuvieron mayor confiabilidad; en los hombres el reactivo 19 no funcionó por lo que se eliminó por obtener una carga factorial $< .40$.

En el caso de la Escala de Ideación Suicida, en la muestra general así como en los hombres, se incluyeron los cuatro reactivos de la escala, sin embargo, se encontró una baja confiabilidad.

Así mismo, se llevó a cabo el mismo procedimiento para determinar que reactivos son significativos y miden lo que cada escala pretende medir en el caso de las mujeres, por lo que, al llevarse a cabo el análisis factorial, resultaron los reactivos que se muestran en la tabla 4.39.

Tabla 4.39. Ajuste de Escalas y Reactivos en las Mujeres.

Escala	Reactivos iniciales	Reactivos finales
Actitudes y Creencias	23	10
Locus de Control Externo	4	4
Apoyo social	6	5
Apoyo de amigos	3	3
Apoyo familiar	3	2
Espiritualidad	2	2
Desesperanza	8	8
Estado Emocional	5	4
Ideación Suicida	4	2

En el caso de las mujeres, el reactivo 11 de la Escala de Actitudes y Creencias tuvo que ser eliminado debido a que en ambos factores de la escala su carga factorial fue $>.40$ por lo que causó conflictos en la escala al duplicarse.

En la Escala de Ideación Suicida se eliminaron dos reactivos, ya que la confiabilidad era baja, a diferencia de los hombres para los que se incluyeron los cuatro reactivos que conforman la escala y pese a ello, la confiabilidad y validez fueron bajas; en las mujeres los dos reactivos que resultaron del análisis factorial obtuvieron una confiabilidad $>.60$.

4.2.1.2.2. Confiabilidad

En cuanto a la confiabilidad, se llevó a cabo al igual que para la muestra total, un análisis de fiabilidad por Escala siendo así que para los hombres y para las mujeres se observó lo siguiente (Tabla 4.40).

Tabla 4.40. Obtención de Confiabilidad de las Escalas para hombres y mujeres.

Escala	Hombres	Mujeres
Escala de actitudes y creencias	.78	.83
Locus de control externo	.73	.77
Apoyo social	.81	.82
Apoyo de amigos	.84	.85
Apoyo familiar	.83	.87
Espiritualidad	.70	.74
Desesperanza	.68	.73
Estado emocional	.65	.75
Ideación suicida	.55	.77

Como se observa en la tabla anterior, para los hombres de la muestra, el cociente de confiabilidad de las escalas se encontró del .60 al .84; siendo las Escalas de Apoyo de Amigos y Apoyo Familiar las de más alto índice de confiabilidad; sin embargo, en el caso de la escala de Ideación Suicida, el alpha de Cronbach que se obtuvo fue de .55 por lo que su confiabilidad no es muy buena ya que se encuentra cerca del .60 que es el valor mínimo que se considera para decir que la Escala tiene confiabilidad, por lo tanto, para los hombres, no existe adecuada consistencia interna en la Escala que mide Ideación Suicida.

En las mujeres, como se muestra en la tabla, el alpha de Cronbach de las Escalas fue de .73 a .87; siendo las escalas con alto índice de confiabilidad el Apoyo Familiar, Apoyo de Amigos y las Actitudes y creencias; por otra parte, en la Escala de Ideación suicida se encontró una confiabilidad de .77, en comparación con los hombres, la escala de ideación suicida presenta consistencia interna, esto es que, a diferencia de los hombres hay mayor evidencia para decir que la Escala mide ideación suicida en el grupo de las mujeres.

4.2.1.2.3. Validez

Al igual que en la muestra total, se realizó tanto para hombres como para mujeres, un análisis factorial para obtener la varianza explicada de las escalas y sus factores, por lo que se los resultados fueron los siguientes:

➤ Hombres

En el caso de los hombres, la Escala de Actitudes y Creencias presentó una varianza total de 47.3% y un alpha de Cronbach de .78; a su vez, la escala se dividió en dos factores, el primero con un alpha de .78 y el segundo con un alpha de .59; en el caso de la escala se encuentra validez y consistencia interna debido a que miden actitudes y creencias, por su parte, el factor uno mide Exigencia de Aprobación, a su vez el factor dos mide Exigencia de Comodidad, éste presenta baja confiabilidad pues se obtuvo un alpha de .59, cercana al .60 que es el índice mínimo para considerar que se encuentra consistencia interna, por lo que el factor dos presenta una consistencia interna baja (Tabla 4.41).

Tabla 4.41. Validez de la Escala de Actitudes y Creencias en los Hombres.

ESCALA DE ACTITUDES Y CREENCIAS		Varianza Total: 47.3	Alpha de Cronbach: .78
FACTOR Exigencia de Aprobación VE: 29.38 Alpha: .78	FACTOR Exigencia de comodidad VE: 17.9 Alpha: .59		
2.1 Si desagrado a los demás no puedo ser feliz	2.17 Algunas veces es insoportable cuando estoy tenso		
2.2 Quiero caerle bien a algunas personas	2.18 En ocasiones es frustrante cuando no hago las cosas bien		
2.3 La gente probablemente me considerará menos si cometo algún error	2.22 En ocasiones, cuando estoy tenso, me resulta difícil funcionar		
2.5 Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, pienso que soy una mala persona			
2.11 A veces es terrible cuando no le gusto a la gente			
2.14 A veces es desagradable cuando no le agrado a la gente			
2.23 Para agradar a otras personas, lo mejor es renunciar a los propios intereses			

En cuanto a la Escala de locus de control externo, ésta presenta una varianza explicada de 56% así como un cociente de confiabilidad de .73; la escala presenta un solo factor que agrupa cuatro reactivos, por lo tanto, se encuentra validez de constructo así como consistencia interna, por lo que la escala mide locus de control externo (Tabla 4.42).

Tabla 4.42. Validez de la Escala de Locus de Control Externo en los hombres.

LOCUS DE CONTROL EXTERNO	Varianza Explicada: 56	Alpha de Cronbach: .73
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		
2.29 Mi éxito en la escuela dependerá de que tan agradable sea yo		

En la escala de Apoyo de amigos, se encontró un factor cuya varianza explicada es de 44.7% y un alpha de Cronbach de .84, por lo tanto, la escala presenta validez y

confiabilidad debido a que los reactivos van en la misma dirección y miden el apoyo que los hombres reciben de sus amigos. Por otra parte, en cuanto al apoyo familiar, se encontró en esta subescala una varianza explicada de 37.8% así como un alpha de Cronbach de .83, lo cual indica que la subescala presenta validez de constructo así como consistencia interna, por lo tanto, los dos reactivos que se agruparon miden apoyo familiar (Tabla 4.43).

Tabla 4.43. Validez de las subescalas de Apoyo Social en los hombres.

ESCALA DE POYO DE AMIGOS	Varianza Explicada: 44.7	Alpha de Cronbach: .84
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		
ESCALA DE POYO FAMILIAR	Varianza Explicada: 37.8	Alpha de Cronbach: .83
2.33 Puedo hablar de mis problemas con mi familia		
2.34 Tengo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia		

Respecto a la espiritualidad, se encontró que la escala cuenta con una varianza explicada del 77% y un alpha de .70, por lo que existe consistencia interna y validez de constructo y esta escala mide espiritualidad en los hombres de la muestra (Tabla 4.44).

Tabla 4.44. Validez de la Escala de Espiritualidad en los hombres.

ESPIRITUALIDAD	Varianza Explicada: 77	Alpha de Cronbach: .70
2.37 Mis creencias personales me dan fuerza para enfrentar las dificultades		
2.39 Mis creencias personales me ayudan a entender las dificultades de la vida diaria		

En la Escala de Desesperanza, se encontró que la varianza total es de 49.6% y el alpha es de .68; la escala se divide en dos factores, el primero con una varianza explicada de 25% y alpha de .61 y el segundo con varianza explicada de 24.5% y

alpha de .66; lo que indica que la Escala presenta validez de constructo así como consistencia interna debido a que los reactivos miden lo que pretenden medir, cada factor cuenta con dos reactivos que van en la misma dirección, el primero mide futuro Positivo y el segundo mide Futuro Negativo, por lo tanto esta escala mide Desesperanza en los hombres de la muestra (Tabla 4.45).

Tabla 4.45. Validez de la Escala de Desesperanza y sus factores en los hombres.

ESCALA DE DESESPERANZA		Varianza Total: 49.6	Alpha de Cronbach: .68
FACTOR: Futuro negativo VE: 25.1 Alpha: .61		FACTOR: Futuro Positivo VE: 24.5 Alpha: .66	
2.43 No consigo oportunidades y no hay razón para creer que las tenga en el futuro		2.44 Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza	
2.47 Es una estupidez desear algo, pues nunca consigo lo que quiero		2.42 Preveo tiempos mejores que peores	
2.45 Es muy poco probable que logre verdadera satisfacción en el futuro		2.40 Tengo gran fe en el futuro	
2.41 Mi futuro parece oscuro		2.46 En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa	

Por su parte, en la Escala de Estado Emocional, la varianza total es de 78.9% y un alpha de .65; la escala se divide en dos factores, el primer factor denominado Estado Emocional Positivo presenta una varianza explicada del 42.5% y alpha de .74, el segundo factor que se llama Estado Emocional Negativo muestra una varianza explicada de 38.4% y alpha de .70; por lo tanto, la escala tiene validez de constructo así como una consistencia aceptable, por lo tanto mide Estado Emocional (Tabla 4.46).

Tabla 4.46. Validez de la Escala de Estado Emocional y sus factores en los hombres.

ESCALA DE ESTADO EMOCIONAL		Varianza Total: 78.9	Alpha de Cronbach: .65
FACTOR Estado Emocional Negativo VE: 42.5 Alpha: .74		FACTOR Estado Emocional Positivo VE: 38.4 Alpha: .70	
2.69 Me he sentido triste y melancólico(a)		2.68 Me he sentido calmado(a) y en paz	

2.70 Me he sentido abatido(a), que nada me puede animar	2.71 Me he sentido feliz
---	--------------------------

En la Escala de ideación suicida se encontraron dificultades para los hombres debido a que la varianza que presenta es de 44.6%, es una varianza baja así como un alpha de Cronbach de .55; por lo que se puede expresar que esta escala en los hombres no mide adecuadamente la ideación suicida, en este caso, se incluyeron los cuatro reactivos de la escala, en comparación con mujeres, pese a ello, la validez de constructo y la consistencia interna es baja, por lo tanto, la escala no mide por completo ideación suicida en los hombres (Tabla 4.47).

Tabla 4.47. Validez de la Escala de Ideación suicida en los hombres.

ESCALA DE IDEACION SUICIDA	Varianza Explicada: 44.6	Alpha de Cronbach: .55
3.4. Tenía pensamientos sobre la muerte		
3.6 Pensé en matarme		
3.5 Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)		
3.3. Pensé que no podía seguir adelante		

➤ Mujeres

En las mujeres, la Escala de Actitudes y Creencias obtuvo una varianza total de 47% y alpha de Cronbach de .83; se presentan dos factores, el primer factor (Exigencia de aprobación) con varianza explicada de 25.5% y alpha de .76; en el segundo factor (Exigencia de comodidad) la varianza explicada fue de 21.7% y alpha de .62 por lo que la escala mide Actitudes y Creencias en las mujeres (Tabla 4.48).

Tala 4.48. Validez de la Escala de Actitudes y Creencias en las mujeres.

ESCALA DE ACTITUDES Y CREENCIAS	Varianza total: 47.1	Alpha de Cronbach: .83
Factor: Exigencia de Aprobación VE: 25.5 Alpha: .76	Factor: Exigencia de Comodidad VE: 21.7 Alpha: .62	
2.2 Quiero caerle bien a algunas personas	2.18 En ocasiones es frustrante cuando no hago las cosas bien	

2.23 Para agradar a otras personas, lo mejor es renunciar a los propios intereses	2.22 En ocasiones, cuando estoy tenso, me resulta difícil funcionar
2.1 Si desagrado a los demás no puedo ser feliz	2.17 Algunas veces es insoportable cuando estoy tenso
2.5 Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, pienso que soy una mala persona	2.19 En ocasiones cuando estoy tenso, pienso que siempre estaré de esa manera
2.14 A veces es desagradable cuando no le agrado a la gente	
2.3 La gente probablemente me considerará menos si cometo algún error	

Al igual que en los hombres, la Escala de Locus de Control externo se agrupó en un solo factor con cuatro reactivos que presentan una varianza de 59.8% y alpha de .77, por lo que la escala mide locus de control externo y cuenta con validez y confiabilidad adecuadas (Tabla 4.49).

Tabla 4.49. Validez de la Escala Locus de Control Externo en las mujeres

LOCUS DE CONTROL EXTERNO	Varianza Explicada:	Alpha de Cronbach:
	59.8	.77
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		
2.29 Mi éxito en la escuela dependerá de que tan agradable sea yo		

La escala de apoyo de amigos, al igual que en los hombres, es la escala cuya confiabilidad es la más alta con una varianza explicada de 45.4% y un alpha de .85 lo que indica que se encuentra validez de constructo y consistencia interna al medir el apoyo que las mujeres reciben de sus amigos. En cuanto a la escala de apoyo familiar, la varianza explicada fue de 36% y un alpha de .87, a diferencia de los hombres, las mujeres perciben con mayor importancia el apoyo que reciben de sus familiares, siendo esta la Escala que mayor confiabilidad presentó (Tabla 4.50).

Tabla 4.50. Validez de las subescalas de Apoyo social.

ESCALA DE POYO DE AMIGOS	Varianza Explicada: 45.4	Alpha de Cronbach: .85
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		
ESCALA DE POYO FAMILIAR	Varianza Explicada: 36	Alpha de Cronbach: .87
2.33 Puedo hablar de mis problemas con mi familia		
2.34 Tengo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia		

Sobre la espiritualidad, la escala mostró una varianza explicada del 79.4% y confiabilidad de .74, por lo tanto la escala va en el sentido que pretende y mide Espiritualidad (Tabla 4.51).

Tabla 4.51. Validez de la Escala de Espiritualidad en las mujeres.

ESPIRITUALIDAD	Varianza Explicada: 79.4	Alpha de Cronbach: .74
2.37 Mis creencias personales me dan fuerza para enfrentar las dificultades		
2.39 Mis creencias personales me ayudan a entender las dificultades de la vida diaria		

En la escala de desesperanza la varianza total fue de 52% y alpha de .73; se encontraron dos factores el primero denominado futuro positivo con varianza explicada de 27% y alpha de .73; el segundo factor llamado futuro negativo con varianza explicada de 25% y alpha de .63; lo cual muestra que la escala presenta validez aceptable así como adecuada confiabilidad, por lo que la escala mide desesperanza en las mujeres de la muestra (Tabla 4.52).

Tabla 4.52. Validez de la Escala de Desesperanza y sus factores en las mujeres.

ESCALA DE DESESPERANZA		Varianza Total: 52.2	Alpha de Cronbach: .73
FACTOR Futuro negativo VE: 27.25 Alpha: .73		FACTOR Futuro Positivo VE: 25 Alpha: .63	
2.47 Es una estupidez desear algo, pues nunca consigo lo que quiero	2.40 Tengo gran fe en el futuro		
2.43 No consigo oportunidades y no hay razón para creer que las tenga en el futuro	2.44 Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza		
2.45 Es muy poco probable que logre verdadera satisfacción en el futuro	2.42 Preveo tiempos mejores que peores		
2.41 Mi futuro parece oscuro	2.46 En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa		

En la Escala de Estado Emocional, la varianza total es de 82% y alpha de .75; a su vez se encontraron dos factores, el primero Estado emocional Positivo con varianza explicada de 43.8% y alpha de .82; y el factor Estado Emocional Negativo, que presentó una varianza explicada de 38.7% y alpha de .72; lo que indica que la escala cuenta con validez de constructo así como consistencia interna y mide el estado emocional en las mujeres (Tabla 4.53).

Tabla 4.53. Validez de la Escala de Estado Emocional Positivo y Negativo en las mujeres.

ESCALA DE ESTADO EMOCIONAL		Varianza Total: 82.4	Alpha de Cronbach: .75
FACTOR 1 Estado emocional negativo VE: 43.8 Alpha: .82	FACTOR 2 Estado emocional positivo VE: 38.7 Alpha: .72		
2.69 Me he sentido triste y melancólico(a)	2.68 Me he sentido calmado(a) y en paz		
2.70 Me he sentido abatido(a), que nada me puede animar	2.71 Me he sentido feliz		

Finalmente, la escala de ideación suicida, a diferencia de los hombres, a pesar de sólo considerarse dos reactivos para su medición se encontró una varianza alta, de 83.8% y un alpha adecuado de .77; por lo que estos dos reactivos que se

agruparon en la escala miden en las mujeres ideación suicida, en este caso los dos reactivos que se agruparon cuentan con validez y confiabilidad (Tabla 4.54).

Tabla 4.54. Validez de la Escala de Ideación suicida para las Mujeres

ESCALA DE IDEACION SUICIDA	Varianza Explicada:	Alpha de Cronbach:
	83.8	.77
3.5 Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)		
3.6 Pensé en matarme		

4.2.2. Descripción de las Escalas y Reactivos

La descripción de las Escalas así como sus reactivos se llevó a cabo por medio de la obtención de los puntajes totales, en este procedimiento, se sumaron los puntajes de cada reactivo que conformó cada escala, cuando los factores de las escalas contaron con confiabilidad se obtuvo también el total por factor; posteriormente se calculó la media así como la desviación estándar; dicho procedimiento se realizó en la muestra total, para hombres y para mujeres.

4.2.2.1. Escala de Actitudes y Creencias

4.2.2.1.1. Muestra total

En la muestra total, la escala de actitudes y creencias tuvo dos factores el primero Exigencia de Aprobación y el segundo Exigencia de Comodidad, al analizar se obtuvo para la Escala una media de 23.6 y desviación estándar de 5.4; por lo que en la escala general la mayoría de los jóvenes de la muestra obtuvieron puntuaciones alrededor de 24, por lo tanto, puntuaciones arriba de 29 indican la presencia de actitudes y creencias disfuncionales, por lo tanto presentan problemas.

En el factor uno, la media fue de 13.5 y desviación estándar de 3.9 por lo que en la exigencia de aprobación la mayoría de los alumnos puntuaron alrededor de 14. En cuanto al factor de Exigencia de comodidad, la media fue de 10.1 y desviación estándar de 2.3 por lo que la mayoría de los estudiantes obtuvieron una puntuación alrededor de 10 en este factor (tabla 4.55).

Tabla 4.55. Descripción de la Escala de Actitudes y Creencias, obtención de la media más la desviación estándar en la muestra total.

Actitudes y Creencias		DE	-2DE	-1DE	Media	+1DE	+2DE
Total	Escala	5.39	12.86	18.25	23.64	29.03	34.42
	F1(Exigencia de Aprobación)	3.9	5.66	9.56	13.46	17.36	21.26
	F2 (Exigencia de Comodidad)	2.28	5.61	7.89	10.17	12.45	14.73

4.2.2.1.2. Hombres y mujeres

En los hombres y en las mujeres, la escala mantuvo los dos factores, sin embargo, en la muestra total la escala estuvo conformada por 11 reactivos, pero tanto en hombres como en mujeres tuvo que eliminarse un reactivo debido a su baja carga factorial; por lo que la escala para cada sexo resultó con diez reactivos.

En el caso de los hombres, la media de la escala total fue de 21.2 con desviación estándar de 4.8, por lo que valores arriba de 30 indican presencia de actitudes y creencias disfuncionales en los hombres. En cuanto al factor uno, se obtuvo una media de 13.3 y desviación estándar de 3.8, esto es, que la mayoría de los hombres en el factor Exigencia de Aprobación puntuaron alrededor de 13. En el factor dos, la media fue de 7.9 con desviación estándar de 1.9 por lo tanto, la mayoría de los hombres de la muestra obtuvieron puntuaciones en Exigencia de Comodidad cercanas a 8.

En las mujeres, se encontró que para la escala total, la media fue de 22.4 y desviación estándar de 4.9, por lo que puntuaciones mayores a 32 muestran la presencia de actitudes y creencias disfuncionales. En el factor uno, la media encontrada fue de 11.7 con desviación estándar de 3.4, lo que indica que en el factor de exigencia de aprobación la mayoría de las mujeres puntuaron alrededor de 12. En cuanto al factor exigencia de comodidad la media obtenida fue de 10.7 y desviación estándar de 2.2, por lo tanto la mayoría de las mujeres obtuvieron en este factor puntuaciones alrededor de 11 (Tabla 4.56).

Tabla 4.56. Descripción de la Escala de Actitudes y Creencias en Hombres y mujeres; obtención de la media más la desviación estándar.

		Actitudes y Creencias					
		DE	-2DE	-1DE	Media	+1DE	+2DE
Hombres	Escala	4.78	11.68	16.46	21.24	26.02	30.8
	F1(Exigencia de Aprobación)	3.82	5.64	9.46	13.28	17.1	20.92
	F2(Exigencia de Comodidad)	1.89	4.16	6.05	7.94	9.83	11.72
Mujeres	Escala	4.92	12.6	17.52	22.44	27.36	32.28
	F1(Exigencia de Aprobación)	3.38	4.96	8.34	11.72	15.1	18.48
	F2(Exigencia de Comodidad)	2.22	6.26	8.48	10.7	12.92	15.14

4.2.2.2. Locus de Control Externo

La escala de locus de control externo tanto para la muestra total como para hombres y mujeres se mantuvo con los cuatro reactivos iniciales, en la muestra total se encontró una media de 6.4 y desviación estándar de 2.2, en los hombres la media fue de 6.3 con desviación estándar de 2.1 y para las mujeres se obtuvo una media de 6.5 y desviación estándar de 2.3, por lo tanto, puntuaciones arriba de 11 en la muestra total, en hombres y en mujeres indican problemas en cuanto al locus de control externo. (Tabla 4.57).

Tabla 4.57. Escala de Locus de control externo, obtención de la media y la desviación estándar para la muestra total, hombres y mujeres.

		Locus de Control Externo					
		DE	-2DE	-1DE	Media	+1DE	+2DE
Total	Escala	2.22	1.94	4.16	6.38	8.6	10.82
Hombres	Escala	2.15	2	4.15	6.3	8.45	10.6
Mujeres	Escala	2.3	1.88	4.18	6.48	8.78	11.08

4.2.2.3. Apoyo social

4.2.2.3.1. Muestra total

En la escala de Apoyo social se encontraron dos factores, el primero apoyo de amigos y el segundo apoyo familiar; en la escala para la población total se encontró una media de 16.4 y desviación estándar de 2.9, por ello, valores arriba de 22 presentan problemas en la percepción del apoyo social. En el factor apoyo de amigos, la media encontrada fue de 9.6 con desviación estándar de 1.9, lo que indica que la mayoría de los participantes puntuaron alrededor de 10 y en el factor de apoyo familiar, la media encontrada fue de 6.8 y desviación estándar de 1.5 por lo tanto, la mayoría de los jóvenes de la muestra obtuvieron alrededor de 7 puntos en este factor (Tabla 4.58).

Tabla 4.58. Escala de apoyo social, media más desviación estándar en la muestra total.

		Apoyo Social					
		DE	-2DE	-1DE	Media	+1DE	+2DE
Total	Escala	2.87	10.65	13.52	16.39	19.26	22.13
	F1 (APYAM)	1.92	5.8	7.72	9.64	11.56	13.48
	F2(APYFM)	1.48	3.79	5.27	6.75	8.23	9.71

4.2.2.3.2. Hombres y mujeres

En el caso de los hombres, para la escala total se obtuvo una media de 16.6 y desviación estándar de 2.9, por lo tanto, puntuaciones mayores a 22 indican problemas en la percepción de apoyo social. Para el factor apoyo de los amigos, la media que se obtuvo fue de 9.4 y desviación estándar de 2, lo que indica que la mayoría de los hombres en este factor obtuvieron alrededor de 9 puntos y en el factor apoyo familiar la media fue de 6.8 con desviación estándar de 1.4, por lo que para los hombres fue frecuente el que los hombres puntuaran alrededor de 7.

Por otra parte, en la escala total para las mujeres la media que se obtuvo fue de 16.6 con desviación estándar de 2.9, es decir, las mujeres que puntuaron arriba de 22, al igual que los hombres, presentan problemas en la percepción de apoyo social. En cuanto a los factores, en el factor apoyo de amigos la media que se encontró fue

de 9.9 y desviación estándar de 1.7; finalmente en el factor de apoyo familiar, la media para las mujeres fue de 6.7 y con una desviación estándar de 1.6 (Tabla 4.59).

Tabla 4.59. Escala de Apoyo social, media más desviación estándar en hombres y mujeres.

		Apoyo Social					
		DE	-2DE	-1DE	Media	+1DE	+2DE
Hombres	Escala	2.9	10.39	13.29	16.64	19.09	21.99
	F1 (APYAM)	2	5.38	7.38	9.38	11.38	13.38
	F2 (APYFM)	1.41	3.99	5.4	6.81	8.22	9.63
Mujeres	Escala	2.82	11	13.82	16.64	19.46	22.28
	F1 (APYAM)	1.76	6.45	8.21	9.97	11.73	13.49
	F2(APYFM)	1.56	3.55	5.11	6.67	8.23	9.79

4.2.2.4. Espiritualidad

La escala de espiritualidad se mantuvo como se diseñó tanto para la población total como para hombres y mujeres; en la muestra total se obtuvo una media de 6 y desviación estándar de 1.5, por lo tanto, puntuaciones mayores a 9 muestran problemas en cuanto a la espiritualidad. Así mismo, en los hombres de la muestra, la media fue de 6 y desviación estándar de 1.5 y en las mujeres la media fue de 6.2 con desviación estándar de 1.4, por lo que en esta escala, no se encontraron diferencias significativas entre sexos (Tabla 4.60).

Tabla 4.60. Escala de espiritualidad, obtención de la media más la desviación estándar para la muestra total, hombres y mujeres.

		Espiritualidad					
		DE	-2DE	-1DE	Media	+1DE	+2DE
Total	Escala	1.48	3.12	4.6	6.08	7.56	9.04
Hombres	Escala	1.55	2.91	4.46	6.01	7.56	9.11
Mujeres	Escala	1.39	3.38	4.77	6.16	7.55	8.94

4.2.2.5. Desesperanza

4.2.2.5.1. Muestra total

La escala de desesperanza estuvo conformada por dos factores, el primero futuro negativo y futuro positivo; para la muestra total la escala tuvo una media de 13.3 y

desviación estándar de 3.4, es decir, los jóvenes que obtuvieron puntuaciones mayores a 20 presentan desesperanza. Por su parte, el factor futuro negativo tuvo una media de 6.5 con desviación estándar de 2.2 y el factor futuro positivo presentó una media de 6.7 y una desviación estándar de 2 (Tabla 4.61).

Tabla 4.61. Escala de desesperanza, obtención de la media más la desviación estándar para la muestra total.

		Desesperanza					
		DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Total	Escala	3.43	6.41	9.84	13.27	16.7	20.13
	F1 (Futuro negativo)	2.2	2.14	4.34	6.54	8.74	10.94
	F2 (Futuro positivo)	2.02	2.68	4.7	6.72	8.74	10.76

4.2.2.5.2. Hombres y mujeres

Para los hombres de la muestra, en la escala total se obtuvo una media de 13.4 con desviación estándar de 3.3, es decir, puntuaciones arriba de 20 indican presencia de desesperanza; a su vez, el factor uno obtuvo una media de 6.5 y desviación estándar de 2 y para el factor 2 se encontró una media de 6.9 con desviación estándar de 2.

En las mujeres, se encontró para la escala total una media de 13.1 con desviación estándar de 3.6, para ellas, puntuaciones mayores a 17 muestran la presencia de desesperanza, así mismo, el factor uno obtuvo una media de 6.6 y desviación estándar de 2.4 y en el factor dos se encontró una media de 6.5 con desviación estándar de 1.9, por lo tanto, se pudo observar que en hombres y en mujeres no se encontraron diferencias, por lo tanto tampoco hubo diferencia entre la muestra total (Tabla 4.62).

Tabla 4.62. Obtención de la media más la desviación estándar en la Escala de Desesperanza para hombres y mujeres.

		Desesperanza					
		DE	-2DE	-1DE	Media	+1DE	+2DE
Hombres	Escala	3.31	6.76	10.07	13.38	16.69	20
	F1 (Futuro negativo)	2.06	2.39	4.45	6.51	8.57	10.63
	F2 (Futuro positivo)	2.05	2.77	4.82	6.87	8.92	10.97
Mujeres	Escala	3.58	5.98	9.56	13.14	16.72	20.3
	F1 (Futuro negativo)	2.37	1.85	4.22	6.59	8.96	11.33
	F2 (Futuro positivo)	1.96	2.62	4.58	6.54	8.5	10.46

4.2.2.6. Escala de Estado Emocional

4.2.2.6.1. Muestra total

La escala de estado emocional quedó conformada por dos factores, cada uno con dos reactivos, el primer factor es estado emocional negativo y el segundo estado emocional positivo; para la muestra total, la escala obtuvo una media de 9.8 con desviación estándar de 3.8, es decir, puntuaciones mayores a 17 indican distorsiones en el estado emocional. En cuanto a los factores, para el primer factor se encontró una media de 4.5 con una desviación estándar de 2.4 y en el segundo factor la media obtenida fue de 5.4 y desviación estándar de 2.2 (Tabla 4.63).

Tabla 4.63. Escala de Estado Emocional; la media más la desviación estándar para la muestra total.

		Estado Emocional					
		DE	-2de	-1de	Media	+1de	+2de
Total	Escala	3.81	2.22	6.03	9.84	13.65	17.46
	F1 (Estado emocional negativo)	2.41	-0.33	2.08	4.49	6.9	9.31
	F2 (Estado emocional positivo)	2.24	0.87	3.11	5.35	7.59	9.83

4.2.2.6.2. Hombres y mujeres

En el caso de los hombres, la escala total presentó una media de 9 con desviación estándar de 3.4, por ello, valores mayores a 16 muestran problemas en el estado emocional; por su parte, el primer factor obtuvo una media de 4 con desviación estándar de 2 y el segundo factor con una media de 5 y desviación estándar de 2.

Por su parte, para la escala total en las mujeres se encontró una media de 10.9 y desviación estándar de 4, por lo que para las mujeres de la muestra, el puntuar arriba de 15 indica problemas en el estado emocional; en cuanto a los factores, el primer factor obtuvo una media de 5 y desviación estándar de 2.5 y el factor 2 presentó una media de 5.7 con desviación estándar de 2.3 (Tabla 4.64).

Tabla 4.64. Escala de Estado Emocional; la media más la desviación estándar en hombres y mujeres.

		Estado Emocional					
		DE	-2DE	-1DE	Media	+1DE	+2DE
Hombres	Escala	3.44	2.15	5.59	9.03	12.47	15.91
	F1 (Estado emocional negativo)	2.17	-0.39	1.78	3.95	6.12	8.29
	F2(Estado emocional positivo)	2.18	0.72	2.9	5.08	7.26	9.44
Mujeres	Escala	4.01	2.84	6.85	10.86	14.87	18.88
	F1 (Estado emocional negativo)	2.53	0.1	2.63	5.16	7.69	10.22
	F2 (Estado emocional positivo)	2.26	1.18	3.44	5.7	7.96	10.22

4.2.2.7. Ideación Suicida

La escala de Ideación Suicida en la población total se mantuvo con cuatro reactivos, en este caso, la media que se obtuvo para la muestra total fue de 1.19 con desviación estándar de 1.9 por lo que puntuaciones mayores a 5 indican la presencia de ideación suicida. Para los hombres la media fue de .87 con desviación

estándar de 1.8 por lo que la mayoría de los hombres de la muestra obtuvieron una puntuación alrededor de .87 y, finalmente, para las mujeres de la muestra, la media fue de .46 con una desviación estándar de 1.5, lo que indica que la mayoría de las mujeres de la muestra puntuaron en la escala de Ideación Suicida alrededor de .46 (Tabla 4.65).

Tabla 4.65. Escala de Ideación suicida; obtención de la media más la desviación estándar para la muestra total, hombres y mujeres.

Ideación suicida				
	DE	Media	+1DE	+2DE
Muestra Total	1.9	1.19	3.09	4.99
Hombres	1.8	0.87	2.67	4.47
Mujeres	1.52	0.46	1.98	3.5

Finalmente y como resumen de este apartado que hace referencia a las variables psicológicas en el cual se abordó la confiabilidad y validez de las escalas, se puede decir que, por medio del análisis factorial fueron seleccionados los reactivos que para esta muestra conformaron las escalas y los factores de las escalas. Esto es que, por medio del ajuste psicométrico de escalas y reactivos, se calculó el coeficiente de confiabilidad así como la validez, indicadores de consistencia interna así como validez de constructo; lo cual se determinó para reducir el número de reactivos por escala con la finalidad de obtener la mayor confiabilidad y validez, lo que nos indica que en las Escalas existe correlación entre los reactivos, se encuentran en la misma dirección (confiabilidad) y miden lo que pretender medir (validez).

La escala de Locus de Control Interno fue eliminada debido a que no contó con validez ni confiabilidad; por otro lado, se observó que las Escalas Locus de control Externo, Apoyo de Amigos, Desesperanza e Ideación suicida, conservaron sus reactivos iniciales para la muestra total, sin embargo, en el caso de la Escala de Ideación Suicida, para las mujeres tuvieron que ser eliminados dos de los cuatro reactivos debido a que su carga factorial fue $<.40$; en el caso de esta Escala, en los hombres se encontró que a pesar de mantener los cuatro reactivos la varianza explicada fue menor al 50% y la confiabilidad fue baja, en comparación con las mujeres, en las que a pesar de sólo contar con dos reactivos, la escala mostró

consistencia interna y validez de constructo, en ellas la Escala se puede decir que mide ideación suicida.

Por otra parte, se llevó a cabo la descripción de las escalas, en donde se obtuvieron los puntajes totales para la muestra general así como para hombres y mujeres, destacando que en la escala de Ideación suicida la media en la muestra total fue de 1.19 con DE de 1.9, a partir de estos indicadores, se obtuvo el punto de corte, tomando en cuenta la media más dos desviaciones estándar, por lo que jóvenes cuyo puntaje es mayor a 5 presentan ideación suicida alta. Por otra parte, en el caso de los hombres, la media fue de .87 y la DE fue de 1.8, para las mujeres se encontró una media con valor a .46 y DE de 1.52.

4.3. Comprobación de las Hipótesis de investigación

En el siguiente apartado se desarrolla la comprobación de las hipótesis de investigación planteadas en el capítulo 3; cada hipótesis se irá presentando y se describirá el análisis que se llevó a cabo.

En los estudiantes de la Universidad Tecnológica “Emiliano Zapata” del Estado de Morelos:

Hipótesis 1

Menos del 10% de los estudiantes presentarán ideación suicida alta.

En este caso, para considerar como ideación suicida alta, se llevó a cabo la obtención del punto de corte, por medio del cual se consideró la media más dos desviaciones estándar para la población total, esto es, puntuaciones arriba de 5 son consideradas como ideación suicida alta; por lo tanto, al obtener la frecuencia se encontró que el 4.3% (25 estudiantes) del total de la muestra presenta ideación suicida alta, siendo así que en esta muestra fue aceptada la hipótesis de investigación al obtenerse una incidencia menor al 10% (Tabla 4.66).

Tabla 4.66. Frecuencia de Ideación suicida en la muestra total.

Indicador	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Sin manifestación	0	304	52.5
Medio	1	143	24.7
Medio alto	1-3	54	9.3
Con manifestación	3-5	53	9.1
<i>Con manifestación alta</i>	>5	25	4.3
Total		579	100

Hipótesis 2

Será diferente la intensidad de puntuación de ideación suicida alta entre hombres y mujeres.

Para comprobar esta hipótesis se realizó el cálculo de una t de student para variables independientes, al igual que en la hipótesis anterior, la ideación suicida alta se refiere a puntuaciones mayores de 5 para la muestra total; por lo que se obtuvo una significancia de $p < .05$, es por ello que en esta muestra fue aceptada la hipótesis de investigación debido a que se encontraron diferencias significativas entre la intensidad de puntuación entre los hombres y las mujeres de la muestra que presentan ideación suicida alta.

$$(t= -2.25, \text{gl } (23), p < .05)$$

Hipótesis 3

Las variables de identificación personal en la muestra total tendrán una relación jerárquica con la ideación suicida.

Para comprobar esta hipótesis se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple cuya ecuación es:

$$Y= B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 \dots + E$$

Donde para esta investigación:

$$Y= \text{Ideación Suicida}$$

En este caso, se introdujeron todas las variables de identificación personal como independientes, por lo que el modelo arrojó la siguiente ecuación:

$$\text{I.S.} = 1.061 + .163 \text{ Abuso sexual} + .130 \text{ Experiencias trastornantes} + .083 \text{ Haber recibido atención psicológica o psiquiátrica} + .082 \text{ Suicidio de persona cercana} + E$$

Como se observa, en la muestra total, las variables de identificación personal que se relacionaron con la ideación suicida fueron las experiencias trastornantes, el haber sufrido alguna forma de abuso sexual, el haber recibido atención psicológica o psiquiátrica y el que alguna persona cercana a ellos se haya suicidado; la ecuación de regresión que se obtuvo cuenta con significancia ($R^2 = .074$ $F = 12.501$ $gl(4)$, $p < .05$), por lo tanto, en esta muestra fue aceptada la hipótesis de investigación debido a que las variables que se asociaron lo hicieron de forma jerárquica siendo la de mayor peso el haber sufrido alguna forma de abuso sexual, le sigue el haber vivido experiencias que trastornaron o alteraron su vida; haber recibido atención especializada y finalmente el que alguna persona cercana a ellos se haya suicidado; este modelo presentó independencia de errores (véase figura 35) y explicó el 7% de la Ideación Suicida detectada en los jóvenes de esta muestra.

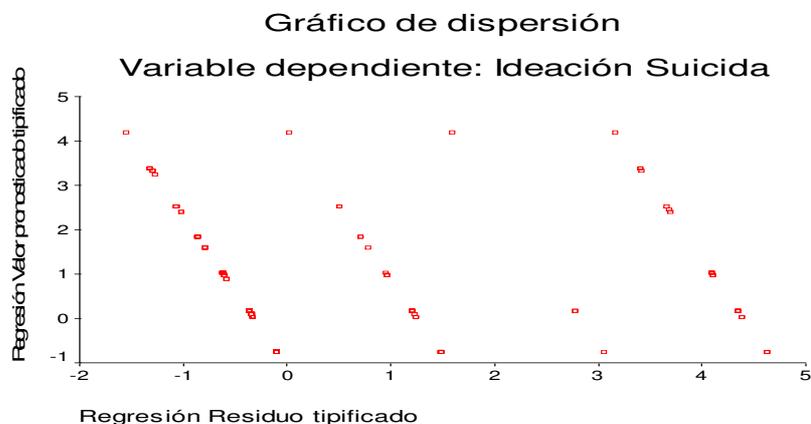


Fig. 35. Independencia de errores de las variables asociadas en la muestra total.

Hipótesis 4

La jerarquía de asociación de las variables de identificación personal con la ideación suicida será diferente entre hombres y mujeres.

Siguiendo el mismo procedimiento que en la hipótesis anterior, se llevó a cabo el cálculo de los modelos de regresión tanto para hombres como para mujeres, resultando los modelos siguientes:

➤ Hombres

$$\text{I.S.} = 1.063 + .201 \text{ Abuso sexual} + .142 \text{ Experiencias trastornantes} + .125 \text{ Suicidio de persona cercana} + .112 \text{ Muerte de persona cercana} + E$$

En el caso de los hombres, las variables de identificación personal que se relacionaron con la ideación suicida fueron el haber sufrido alguna forma de abuso sexual, haber vivido experiencias trastornantes, el suicidio de alguna persona cercana y la muerte de alguna persona cercana, en este caso, el modelo tiene significancia ($R^2 = .095$ $F = 9.459$ $gl(4)$, $p < .05$), siendo la de mayor peso el haber sufrido alguna forma de abuso sexual, seguida por haber vivido experiencias que alteraron o trastornaron su vida, posteriormente se encuentra el suicidio de alguna persona cercana y finalmente, la muerte de persona cercana; este modelo presentó independencia de errores (véase figura 36) y explicó el 9.5% de la ideación suicida que se presenta en los hombres de la muestra.

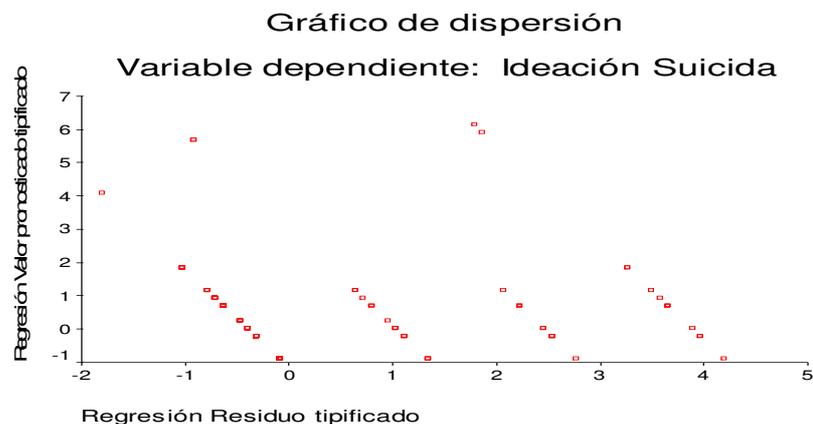


Fig. 36. Independencia de errores de las variables asociadas en los hombres.

➤ Mujeres

$$\text{I.S.} = 2.93 + (-.179) \text{ Promedio de calificaciones} + .157 \text{ Experiencias trastornantes} + .145 \text{ Haber sufrido alguna humillación} + E$$

Para las mujeres, las variables de identificación personal que se relacionaron con la ideación suicida fueron el tener un bajo promedio de calificaciones, haber sufrido alguna experiencia que trastornó o alteró su vida y el haber sufrido alguna humillación; al igual que en los hombres, se encontró en el modelo significancia ($R^2 = .070$ $F = 7.35$ $gl(3)$, $p < .05$), como se observa, las variables se encuentran asociadas de forma jerárquica siendo la de mayor importancia el tener un bajo promedio de calificaciones, le sigue el haber vivido experiencias trastornantes y finalmente el haber sufrido alguna humillación; para las mujeres, éste modelo también presentó independencia de errores (véase figura 37) y explicó el 7% de la ideación suicida presente en las mujeres de la muestra.

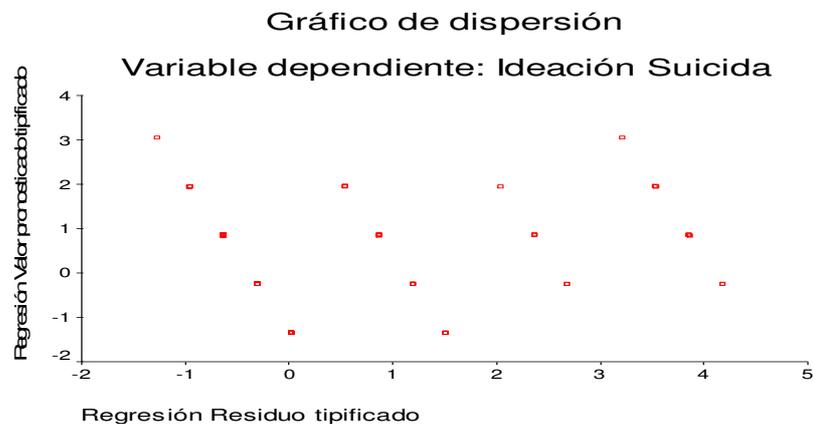


Fig. 37. Independencia de errores de las variables asociadas en las mujeres.

Como se observa en las ecuaciones que se obtuvieron a partir de la regresión múltiple, en los hombres de la muestra, las variables de identificación personal que se asociaron jerárquicamente con la ideación suicida fueron: el haber sufrido alguna forma de abuso sexual, el haber vivido experiencias que trastornaron su vida, el suicidio de alguna persona cercana y la muerte de persona significativa; por su parte, para las mujeres, las variables asociadas jerárquicamente fueron: bajo promedio de calificaciones, el haber vivido experiencias que trastornaron su vida y el haber sufrido alguna humillación, por lo tanto, las variables fueron diferentes para hombres y para mujeres ya que en los hombres fue de mayor peso haber sufrido alguna forma de abuso sexual y en las mujeres el tener un bajo promedio de

calificaciones, por lo tanto, en esta muestra fue aceptada la hipótesis de investigación.

Hipótesis 5

Las variables psicológicas en la muestra total tendrán una relación jerárquica con la ideación suicida.

A través del análisis de regresión múltiple, en este caso se introdujeron todas las variables psicológicas como independientes y la ideación suicida como variable dependiente, por medio de lo cual se obtuvo el siguiente modelo para la muestra total:

$$\text{I.S.} = 1.081 + .198 \text{ Estado emocional negativo} + (-.191) \text{ Apoyo familiar} + .113 \text{ Ausencia de estado emocional positivo} + .100 \text{ Futuro negativo} + E$$

En el caso de las variables psicológicas que se asocian con la ideación suicida en esta muestra, se encontró que el estado emocional negativo, ausencia de estado emocional positivo, el futuro negativo y la ausencia de apoyo familiar, fueron las variables que tuvieron asociación significativa con la ideación suicida para la muestra total ($R^2 = .161$ $F = 28.66$ gl (4), $p < .05$).

Por lo anterior, se acepta la hipótesis de investigación debido a que las variables psicológicas se asocian de forma jerárquica, siendo la de mayor importancia el estado emocional negativo, seguida de la ausencia de apoyo familiar, posteriormente se encuentra el estado emocional positivo y finalmente el futuro negativo; en este caso, el modelo obtenido presentó independencia de errores (véase gráfico 38) y explicó el 16% de la ideación suicida encontrada en la muestra total.

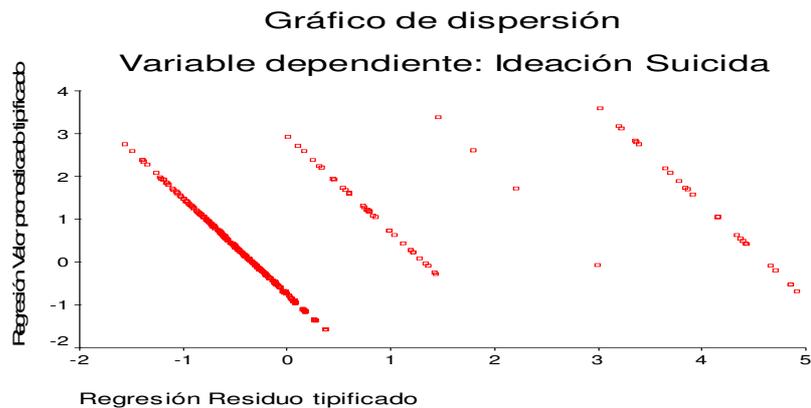


Fig. 38. Independencia de errores de las variables asociadas en la muestra total.

Hipótesis 6

La jerarquía de la asociación de las variables psicológicas será diferente entre hombres y mujeres.

Por medio del análisis de regresión múltiple se obtuvieron las siguientes ecuaciones para hombres y mujeres:

➤ Hombres

$$\text{I.S.} = .981 + .329 \text{ Estado emocional negativo} + (-.141) \text{ Apoyo familiar} + E$$

En el caso de los hombres, las variables psicológicas que se asociaron significativamente con la ideación suicida fueron el estado emocional negativo y la ausencia de apoyo familiar ($R^2 = .134$ $F = 26$ $gl (2)$, $p < .05$); siendo la variable de mayor importancia el estado emocional negativo seguido por la ausencia de apoyo familiar; como se observa, este modelo presentó independencias de errores (véase figura 39) y explicó el 13% de la ideación suicida presente en los hombres de la muestra.

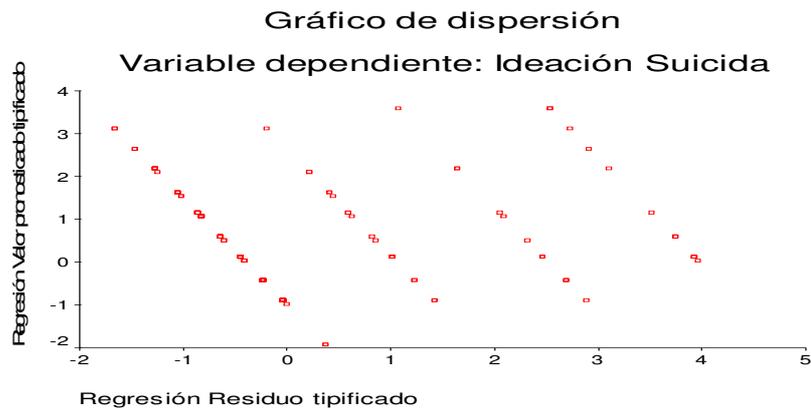


Fig. 39. Independencia de errores de las variables psicológicas en los hombres de la muestra.

➤ Mujeres

$$\text{I.S.} = .95 + (-.227) \text{ Apoyo familiar} + .199 \text{ Estado emocional negativo} + .180 \text{ Ausencia de estado emocional positivo} + E$$

Por su parte, para las mujeres, las variables que se asociaron de manera significativa fueron la ausencia de apoyo familiar, el estado emocional negativo y ausencia de estado emocional positivo ($R^2 = .188$ $F = 21.74$ $gl(2)$, $p < .05$); en este caso, las variables psicológicas también se asociaron de forma jerárquica, siendo la de mayor importancia la ausencia de apoyo familiar, seguida por el estado emocional negativo y finalmente el estado emocional positivo; este modelo presentó independencia de errores (véase gráfico 40) y explicó el 19% de la ideación suicida presente en las mujeres de la muestra.

Por lo tanto, en esta muestra fue aceptada la hipótesis de investigación ya que la jerarquía de las variables asociadas con la ideación suicida son diferentes en hombres y en mujeres; en los hombres se encuentra primero el estado emocional negativo y en las mujeres es de mayor significancia el no contar con apoyo familiar; tanto en hombres como en mujeres las variables psicológicas apoyo familiar y estado emocional negativo se asocian significativamente con la ideación suicida, y la diferencia se encuentra en que en las mujeres se asocia también el estado emocional positivo.

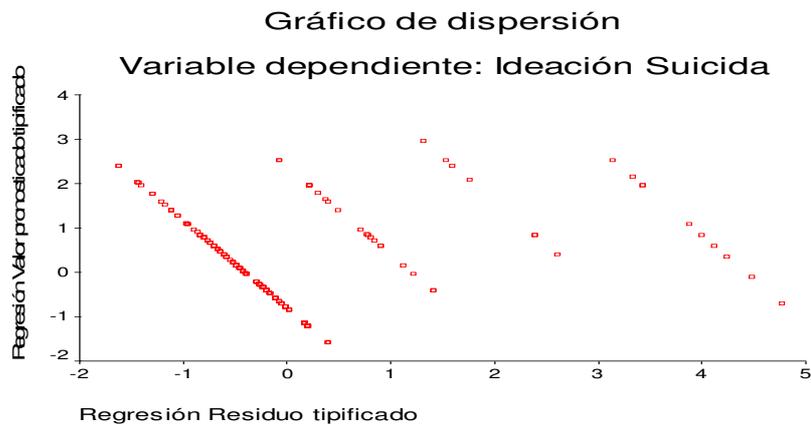


Fig. 40. Independencia de errores de las variables psicológicas en las mujeres de la muestra.

Hipótesis 7

Para explicar la ideación suicida en la muestra total, las variables psicológicas tendrán mayor jerarquía que las variables de identificación personal.

Siguiendo el mismo procedimiento, en este caso se introdujeron como variables independientes las variables psicológicas y las variables de identificación personal que se asociaron jerárquicamente con la Ideación Suicida en la muestra total, en dónde se obtuvo el siguiente modelo:

$$\text{I.S.} = 1.030 + .181 \text{ Estado emocional negativo} + (-.175) \text{ Apoyo familiar} + .109 \text{ Abuso sexual} + .104 \text{ Futuro negativo} + .099 \text{ Ausencia de estado emocional positivo} + .095 \text{ Haber recibido atención psicológica o psiquiátrica} + E$$

En este caso, se observó que la jerarquía de las variables psicológicas y de identificación personal, en primera instancia y con mayor fuerza se asocian las variables psicológicas estado emocional negativo y la ausencia de apoyo social, le sigue la variable de identificación personal que se refiere al haber sufrido alguna forma de abuso sexual, posteriormente se encuentran las variables psicológicas futuro negativo y ausencia de estado emocional positivo, finalmente está la variable de identificación personal sobre haber recibido atención psicológica o psiquiátrica.

La ecuación de regresión que se obtuvo cuenta con significancia ($R^2 = .182$ $F = 22.35$ $gl(6)$, $p < .05$), es por ello que se acepta la hipótesis de investigación al ser

más las variables psicológicas que se asocian con la ideación suicida y al relacionarse éstas con mayor fuerza; en este caso, el modelo que se obtuvo igualmente presentó independencia de errores (véase gráfico 41) y explicó el 18% de la ideación suicida que se encontró en la muestra total.

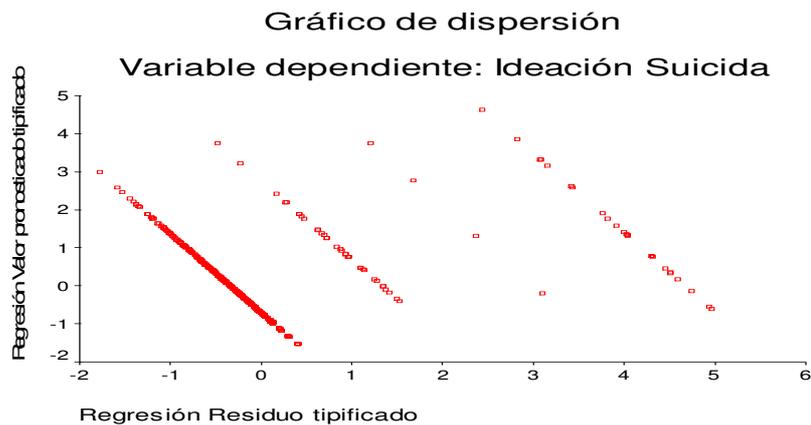


Fig. 41. Independencia de errores de las variables psicológicas y de identificación personal en la muestra total.

Hipótesis 8

Para explicar la ideación suicida tanto en los hombres como en las mujeres, las variables psicológicas tendrán mayor jerarquía que las variables de identificación personal.

Por medio de la regresión múltiple se obtuvo un modelo para hombres y uno para mujeres, en los cuales se incluyen las variables psicológicas y las variables de identificación personal que fueron significativas tanto para hombres como para mujeres:

➤ Hombres

$$\text{I.S.} = .900 + .314 \text{ Estado emocional negativo} + .169 \text{ Abuso sexual} + (-.109) \text{ Apoyo familiar} + E$$

Para los hombres, la ecuación calculada cuenta con significancia ($R^2 = .159$ $F = 21.309$ $gl(3)$, $p < .05$), encontrándose que el estado emocional negativo se asoció con mayor fuerza con la ideación suicida, seguida por la variable de identificación personal que se refiere al haber sufrido alguna forma de abuso sexual y finalmente

la ausencia de apoyo familiar, en este caso, las variables psicológicas encontraron mayor asociación que las variables de identificación personal; para los hombres de la muestra, este modelo mostró independencia de errores (véase figura 42) y explicó el 16% de la ideación suicida detectada en los hombres de la muestra.

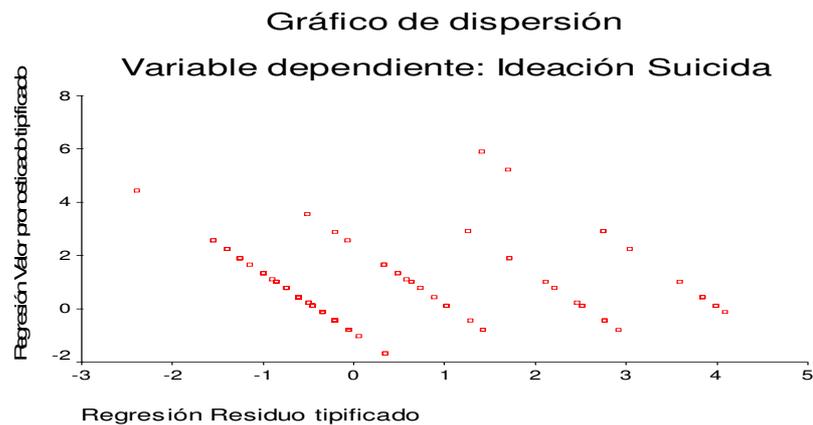


Fig. 42. Independencia de errores de las variables psicológicas y de identificación personal en los hombres de la muestra.

➤ Mujeres

I.S. = 2.369 + (-.216) Apoyo familiar + .205 Estado emocional negativo + .185 Ausencia de estado emocional positivo + (-.142) Promedio de calificaciones + E

Por otra parte, para las mujeres se encontró que las variables psicológicas se asociaron con mayor fuerza a la ideación suicida, por lo tanto, la falta de apoyo familiar, la ausencia de estado emocional positivo y estado emocional negativo fueron las variables psicológicas que se asociaron jerárquicamente con la ideación suicida y sólo el bajo promedio de calificaciones fue la variable de identificación personal que se asoció con la ideación suicida de manera significativa ($R^2 = .213$ $F = 18.28$ $gl(4)$, $p < .05$); para las mujeres, este modelo de regresión explica el 21% de la ideación suicida detectada.

Por lo tanto, en esta muestra fue aceptada la hipótesis de investigación debido a que las variables psicológicas encontraron asociación jerárquica de mayor fuerza con la ideación suicida tanto en hombres como en mujeres.

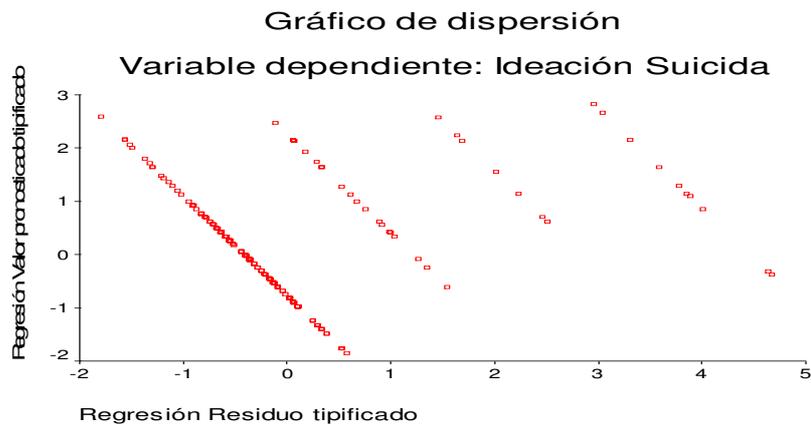


Fig. 42. Independencia de errores de las variables psicológicas y de identificación personal en las mujeres.

Resumiendo los datos encontrados en este apartado de comprobación de hipótesis, se resalta que la incidencia de ideación suicida alta en los jóvenes de esta muestra fue menor al 10%, detectándose un porcentaje del 4.3% (25 estudiantes); así mismo, se encontró diferencia en el porcentaje de ideación suicida alta entre los hombres y las mujeres, siendo así que de los 25 casos que tuvieron ideación suicida alta, 8 son hombres y 17 son mujeres en este caso los hombres registraron menor intensidad de ideación suicida que las mujeres; en cuanto a las variables de identificación que se asociaron con la ideación suicida, para la muestra total fueron: el haber sufrido alguna forma de abuso sexual, haber vivido experiencias que trastornaron o alteraron su vida, haber recibido atención psicológica o psiquiátrica y el que alguna persona cercana a ellas se haya suicidado, por su parte, las variables de identificación personal que se asociaron en el caso de los hombres fueron el haber sido víctimas de alguna forma de abuso sexual, el que alguna experiencia haya trastornado o alterado su vida, el suicidio de alguna persona cercana a ellos y el haber vivido la muerte de alguna persona significativa, en cuanto a las mujeres, las variables asociadas fueron el tener un bajo promedio de calificaciones, el haber vivido alguna experiencia que alterara o trastornara su vida y el haber sufrido alguna humillación.

En cuanto a las variables psicológicas que se asociaron con la ideación suicida, en la muestra total se encontró que fueron el Estado Emocional Negativo, la falta de apoyo familiar, la ausencia de estado emocional positivo y el futuro negativo, para

los hombres las variables asociadas fueron el estado emocional negativo y la falta de apoyo familiar, por otro lado, en las mujeres se encontró que la falta de apoyo familiar, el estado emocional negativo y la ausencia de estado emocional positivo fueron las variables que se asociaron con la ideación suicida, se observó que tanto en hombres como en mujeres se asocian las variables estado emocional negativo y la falta de apoyo familiar, sin embargo, en los hombres el estado emocional negativo fue la variable de mayor peso, mientras que en las mujeres la variable de mayor peso fue la falta de apoyo familiar además de asociarse también la ausencia de estado emocional positivo.

Finalmente, se encontró que las variables psicológicas tuvieron mayor jerarquía que las variables de identificación personal para explicar la ideación suicida tanto en la muestra total como en hombres y mujeres, resaltando que para la muestra total y los hombres, el estado emocional negativo fue la variable de mayor peso que para las mujeres el no percibir apoyo de sus familiares fue la variable peso.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La presente investigación llevada a cabo con los estudiantes de la Universidad Tecnológica Emiliano Zapata del Estado de Morelos, tuvo por objetivo identificar de acuerdo al sexo la incidencia de ideación suicida y su relación jerárquica con las variables psicológicas y de identificación personal que integran el instrumento "Detección de Ideación suicida en jóvenes". Para cumplir este objetivo se aplicó dicho instrumento a 579 estudiantes, a partir de lo cual se detectó la incidencia de ideación suicida así como la jerarquía de asociación de las variables.

En el instrumento, se incluyeron variables Psicológicas y variables de Identificación personal, las cuales a partir del análisis de regresión múltiple, dieron como resultado lo siguiente:

La relación jerárquica de las variables psicológicas, en los hombres fue en el siguiente orden:

- Estado Emocional Negativo
- Falta de Apoyo Familiar

Por su parte, en las mujeres el orden jerárquico fue:

- Falta de Apoyo Familiar
- Estado Emocional Negativo
- Estado Emocional Positivo

En las variables de identificación personal, el orden jerárquico para los hombres fue:

- Haber sufrido alguna forma de abuso sexual
- Haber vivido experiencias trastornantes
- El suicidio de alguna persona cercana
- La muerte de alguna persona cercana a ellos

Para las mujeres, el orden jerárquico fue el siguiente:

- Bajo promedio de calificaciones
- Haber vivido experiencias trastornantes
- Haber sufrido alguna humillación

Como se observa, las variables psicológicas y de identificación personal tuvieron una asociación jerárquica con la ideación suicida y al ser comparadas unas con otras, tanto para los hombres como para las mujeres las variables psicológicas siempre tuvieron predominancia.

Por lo tanto, el objetivo de la investigación se cumplió ya que se identificó la incidencia de Ideación suicida alta, la cual fue del 4.3%, es decir, cuatro de cada cien estudiantes de la muestra presentan distorsiones cognitivas que se manifiestan por medio de la ideación suicida alta, así mismo, se encontró que la intensidad de puntuación es mayor en las mujeres.

Respecto a la incidencia solamente existe una investigación realizada en jóvenes universitarios en la cual se empleó la Escala de Roberts-CES-D para medir la Ideación Suicida, encontrándose similitudes entre la presente investigación y los resultados de González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez (1998), ya que ellos llevaron a cabo la medición de la ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios (generación 1993 y generación 1995), reportando una incidencia menor al 10% en la generación del 95 cuando se presentaron los cuatro síntomas (1.8% en hombres y 2.0% en las mujeres), por lo tanto, la presente investigación refuerza los resultados de estos investigadores ya que aquí se detectó una incidencia de ideación suicida alta del 4.3% de la muestra total (1.4% para los hombres y 2.9% para las mujeres); estos autores encontraron también que la persistencia fue mayor en las mujeres tanto en la generación de 1993 (3.3%) como en la de 1995 (3.5%), lo cual sucedió de igual forma en esta investigación (2.9%), pues al igual que en ambas generaciones, las mujeres presentaron mayor intensidad de ideación suicida alta.

También se empleó la Escala de Roberts-CES-D para medir la Ideación suicida en usuarios de centros de salud, encontrando también similitudes ya que, en la investigación que realizaron Ramos-Lira, Saltijeral-Méndez, Romero-Mendoza, Caballero-Gutiérrez y Martínez-Vélez (2001), los hallazgos mostraron que la incidencia de ideación suicida alta fue del 7% aclarando que se presenta cuando las personas fueron víctimas de violencia sexual, en este caso, sólo se reporta el

porcentaje para las mujeres. En esta misma población, Romero, Mondragón, Cherpitel, Medina-Mora y Borges (2001) realizaron un estudio en el que se midió la Ideación suicida en mujeres de la Ciudad de Pachuca, reportando una incidencia del 1.57%, manifestando que las que beben alcohol en mayor proporción presentan mayor riesgo a desarrollar ideación suicida.

Debido a que la Ideación Suicida es un fenómeno multifactorial y esta investigación abordó tanto variables psicológicas como de identificación personal, una forma de explicar la ideación suicida es por medio de la teoría Cognitivo-Conductual, para la cual, la conducta suicida es un estado mental y se encuentra influida por el medio sociocultural y una variedad de factores físicos y bioquímicos. En esta teoría se habla sobre el “modo suicida” el cual hace referencia a una cadena de esquemas cognitivos, afectivos, motivacionales, fisiológicos y conductuales, que al activarse el individuo experimenta cogniciones relacionadas al suicidio, afecto negativo, excitación fisiológica y la motivación o intento para involucrarse en comportamiento suicida. Para explicar el comportamiento suicida, se ha empleado la Triada cognitiva, la cual hace referencia a una visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro (Freemann y Reinecke, 1995).

Por lo tanto, las personas con ideación suicida adoptan una perspectiva negativista de sí mismos, de su mundo y de sus relaciones con los otros, estos individuos consideran sus vidas como una lucha continua, contra incesantes obstáculos y tienden a ver a los otros como críticos, con actitud de rechazo o sin intención de ofrecer apoyo, su mundo es nada prometedor y carente de recompensas. La ideación suicida se deriva de distorsiones cognitivas específicas en las que las personas ven sus experiencias de manera negativa y consideran que sus intentos por lograr objetivos terminarán en fracasos (Ellis y Ellis, 2008).

Otra de las teorías que ha dado explicación al comportamiento suicida es la Perspectiva Racional Emotivo Conductual, que desarrolló un modelo (A-B-C) para explicar los fenómenos psicológicos, en este caso “A” son los eventos activantes que son interpretados por el individuo quien genera una serie de creencias (B) sobre

dicho evento, a partir de las cuales se desarrollan las consecuencias que pueden ser emocionales y/o conductuales (Lega, Caballo y Ellis, 2002).

De acuerdo con la TREC los individuos que desarrollan ideación suicida, muestran una tendencia mayor al pensamiento irracional. En este caso, el modelo A-B-C, explica que se presenta una variedad de eventos activantes capaces de poner en movimiento el proceso suicida, los eventos traen consigo creencias disfuncionales cuyas consecuencias emocionales y conductuales toman la forma de pensamientos y conductas suicidas así como sentimientos de desesperación y desesperanza. En las personas con ideación suicida existe una forma particular de ver las cosas, suelen catastrofizar (exageran la severidad y significado del problema), subestiman su habilidad para tolerar la situación (baja tolerancia a la frustración) y horrorizarse (las experiencias las ven tan malas que consideran no deberían existir); al mismo tiempo, presentan un déficit en la resolución de problemas y basan su valía en criterios externos por lo que se ven limitados y concluyen que no tienen razón para vivir, por lo tanto no merecen vivir (Ellis y Ellis, 2008).

A partir de los hallazgos de la presente investigación y en relación con la teoría anteriormente expuesta, se explica lo siguiente: se encontró que las variables psicológicas y de identificación personal que se asociaron en forma jerárquica con la ideación suicida en los hombres fueron el Estado Emocional Negativo, el haber sufrido alguna forma de Abuso Sexual y la Falta de apoyo familiar, por lo que según el marco teórico Cognitivo Conductual, muestra que existen distorsiones cognitivas ya que estas se manifiestan por medio de la Ideación Suicida. En el caso del Estado Emocional Negativo, este se ajusta a la Teoría Racional Emotivo Conductual (TREC) debido a que se identifican consecuencias emocionales, que son producto de eventos activantes, los cuales no fue posible identificar en este caso ya que la Escala de Actitudes y Creencias Disfuncionales no mostró suficiente validez ni confiabilidad. Por otra parte, el haber sufrido alguna forma de abuso sexual se asocia con la presencia de ideación suicida, ya que a partir de la creencia disfuncional que tengan sobre el suceso, se acompaña de malestar emocional, es decir, ante eventos que traen el recuerdo de cuando sufrieron alguna forma de

abuso sexual, experimentan un estado emocional negativo. Así mismo, se identificó de acuerdo al modelo Cognitivo Conductual, que los hombres de la muestra que presentaron ideación suicida alta, tienen distorsiones cognitivas en base al medio, es por ello que piensan que les falta apoyo familiar, presentan exigencia de aprobación; en este caso, sólo se presenta una de las distorsiones cognitivas del modo suicida, el cual hace referencia a todos aquellos pensamientos, emociones y conductas disfuncionales o negativas sobre ellos, el medio y el futuro que se traducen en considerarse incapaces para seguir viviendo, que no cuentan con apoyo y las personas no pueden ayudarlos y que no existe futuro para ellos. Por otra parte, debido a que no hay información sobre sí mismos y el futuro, no hay conocimiento sobre si muestran exigencia de éxito y exigencia de comodidad.

Por su parte, en las mujeres las variables asociadas fueron la falta de apoyo familiar, el Estado Emocional Negativo, la Ausencia de Estado Emocional Positivo y el tener un bajo promedio de calificaciones; al igual que en los hombres, se encuentra que de acuerdo con la TREC hay consecuencias emocionales negativas, pero no hay conocimiento sobre los eventos que activan este malestar emocional, si bien es cierto que la escala reporta la existencia de estado emocional negativo y positivo, no informa qué provoca este malestar, por ello sólo se identifica este componente de acuerdo a la Teoría Racional Emotivo Conductual; por otra parte, de acuerdo con el modelo Cognitivo Conductual, las mujeres que presentaron ideación suicida alta, mostraron dos formas de distorsiones cognitivas: del medio y de sí mismas, debido a la manifestación de falta de apoyo familiar, es decir, hay exigencia de aprobación, puesto que piensan negativamente respecto a la relación que entablan con las personas de su medio, en este caso, con su familia. También existe en ellas la exigencia de éxito, con la variable bajo promedio de calificación, ante lo cual se muestran vulnerables, pues al tener un bajo aprovechamiento escolar, las creencias asociadas se refieren a fracaso personal, se ven a sí mismas como incapaces o fracasadas, dichas creencias disfuncionales se ven acompañadas de estado emocional negativo. Por último, tanto en hombres como en mujeres, no hay información sobre la visión de su futuro, ya que la escala de desesperanza no se

asoció con la ideación suicida a pesar de contar con adecuada validez y confiabilidad.

Finalmente, es importante destacar que el análisis que se llevó a cabo fue multivariado y se realizó a través de la regresión múltiple, por ello es que cobra mayor importancia al considerarse el fundamento teórico y metodológico de que la ideación suicida es un fenómeno multifactorial y no bivariado; así mismo, se realizó un análisis por sexo, a diferencia de estudios anteriores en los cuales se abordaba solamente la incidencia de ideación suicida para la muestra total, dando a entender que entre hombres y mujeres no existen diferencias, lo cual a partir de los hallazgos de esta investigación queda atrás ya que en esta investigación si se encontraron diferencias significativas en cuanto a la intensidad de ideación suicida, siendo mayor en las mujeres; también se observaron diferencias entre las variables psicológico y de identificación social que se asociaron con la ideación suicida en la muestra total, en hombres y en mujeres.

Así mismo, se hace un análisis e interpretación de los resultados a partir de la teoría cognitivo-conductual y la teoría racional emotivo-conductual, que le da mayor relevancia a este estudio puesto que las investigaciones en las que se ha medido la ideación suicida en jóvenes universitarios son meramente estudios epidemiológicos, sólo se reporta la incidencia de ideación suicida y algunas variables asociadas a la misma, sin embargo, no se aborda la interpretación a partir de ninguna perspectiva, siendo esta una de las investigaciones pioneras en este plano.

Sin embargo, una de las dificultades que se encontró fue que en las mujeres de esta muestra sólo dos de los cuatro reactivos de la escala de Roberts-CES-D fueron significativos para medir la ideación suicida y en los hombres a pesar de que la escala conservó los cuatro reactivos se obtuvo baja confiabilidad y validez; por otra parte, también se encontró como dificultad la falta de información que el instrumento proporcionó para ajustar al marco teórico, es decir, no hay información sobre antecedentes activantes, visión sobre sí mismos y sobre el futuro en los hombres, y en las mujeres se carece de información sobre eventos activantes y visión del futuro,

es por ello, que el instrumento sólo detectó un pequeño porcentaje de la ideación suicida presente en los jóvenes de la Universidad Tecnológica de Morelos.

Debido a que el suicidio es un problema de salud pública y un problema serio entre los jóvenes de edades entre los 15-24 años, se recomienda que se desarrolle un instrumento con mayor validez y confiabilidad así como mayor temporalidad, que mida Ideación suicida en hombres y en mujeres, pues de acuerdo con esta investigación, sí existen diferencias significativas entre los sexos; al igual, este instrumento debe ser elaborado por mexicanos y ser para mexicanos, con un léxico adecuado y común para esta población. Así mismo, se recomienda que se realicen más investigaciones en universitarios ya que es escasa la información que se tiene sobre la incidencia de ideación suicida en los jóvenes de este nivel de educación, tomando en cuenta, que investigaciones anteriores realizadas por otros autores en los cuales emplearon esta escala, se encuentran graves problemas metodológicos, puesto que a esta escala que conocemos por ellos como “La Escala de Roberts”, no se refiere a la escala original, por lo que se recomienda que se emplee adecuadamente y se lleve la investigación a jóvenes universitarios.

También, es importante que se siga esta misma línea de investigación, en la cual se identifican las variables que se asocian con la ideación suicida, pues el suicidio es un fenómeno multifactorial, por ello, es importante que se investigue acerca de otras variables que en la bibliografía se ha reportado guardan relación con la ideación suicida, empleando escalas que presenten validez y confiabilidad, ya que para esta muestra escalas del instrumento como: Escala de Desesperanza, Espiritualidad, Apoyo de Amigos y la escala de Actitudes y Creencias Disfuncionales, a pesar de contar con validez y confiabilidad, no presentaron significancia en la asociación jerárquica con la ideación suicida en los jóvenes de esta muestra.

Al igual, es importante que se involucre el marco teórico para explicar la conducta suicida, pues debido a la importancia que la teoría guarda para la explicación de los fenómenos psicológicos, se recomienda que en posteriores estudios se expliquen los resultados a partir de la teoría con la finalidad de conocer similitudes y diferencias; al mismo tiempo, es importante desarrollar un plan de

intervención, puesto que ya se detectó el porcentaje de personas que se encuentran en riesgo, que a partir de entrevistar a los jóvenes que mostraron ideación suicida alta, se podrán conocer las situaciones ante las cuales se activa el modo ; así elaborar e implementar un plan de intervención para prevenir posibles de suicidio o en el peor de los casos suicidios consumados.

BIBLIOGRAFÍA

- Arnal M. & Benavente J. (2004). Que es la depresión, síntomas y tipos. En: *Las Depresiones del Adolescente. Una ayuda para padres y profesores* (75-89). Valencia, España: Universidad Tecnológica de Valencia.
- 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.
- Beck, A.; Rush, J.; Shaw, B. & Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer. 194-220.
- 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.
- Berenzon, S., Medina-Mora, M. E., López, E. K. & González, J. (1998). Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la Ciudad de México. *Revista Mexicana de Psicología*, 15, 2, 177-185.

- 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.
- Borges, G., Wilcox, H. C., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., Blanco, J. & Walters, E. (2005). Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-month prevalence psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental*, 28, 2, 40-47.
- Brown, G. K., Jeglinc, E., Henriques, G. & Beck, A. (2008). Terapia cognitiva, cognición y comportamiento suicida. En Thomas E. Ellis (Dir.), *Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia* (pp. 51-72), México: Manual Moderno.
- Buendía, J., Riquelme, A. & Ruiz, J. (2004). *El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida*. España: Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones. pp. 21-53.
- Burgess, P. H. (1990). Toward resolution of conceptual issues in the assessment 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.
- Castro, M. M. (2000). Ideaciones y comportamientos suicidas. En: M. Casullo, P. Bonaldi, y M. Fernández. *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte* (11-43). Argentina: Paidós.

- Chávez-Hernández. A. M., Medina, N. M. C. & Macías-García L. F. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes (versión electrónica), *Salud Mental*, 31, 3, 197-203.
- Chávez, H. A. M., Pérez, H. R., Macías, G. L. F. & Páramo, C. D. (2004). Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de La Universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria*, 5, 3, 12-20.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En Isabel Caro Gabalde (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp. 119-129). Mexico: Paidós.
- Córdova, O. 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. (1994) *El Suicidio*. México, D.F.: Ediciones Coyoacán.
- Ellis, A. & Ellis, T. E. (2008). El suicidio desde la perspectiva del comportamiento emotivo racional. En: Thomas E. Ellis (Dir.), *Cognición y suicidio. Teoría, investigación y Terapia* (pp. 73-88), México: Manual Moderno.
- Freemann A. & Reinecke, M. A. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- García, F. R. (2003). Ideación suicida: El papel de variables demográficas, religiosas y psicológicas. *Revista Mexicana de Psicología*, 20, 1, 75-82.

- Garland, A.F. & Zigler, E. (1993). Adolescent suicide prevention: Current research and social policy implications (versión electrónica). *American Psychologist*, 48, 2, 169-182.
- Godoy-Izquierdo. & Godoy, A. (2001). Escala de Auto-eficacia específica de afrontamiento del Estrés (AEAE). En V. Caballo (Dir.) (2006). *Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Pirámide, Madrid.
- González, B. R. (2000) Trastornos depresivos. En: *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Pirámide. pp. 229-257.
- 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. *Salud Mental*, 23, 2, 21-30.
- González-Cellis, A. & Sánchez-Sosa, J. (2004). Escala de Calidad de Vida y Salud (WHOQoL-100). En V. Caballo (Dir.) (2006). *Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Pirámide, Madrid.
- González-Forteza C. Berenzon, S. & Jiménez, A. (1999). Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes (Versión electrónica), *Salud Mental* (número especial), 145-153.

- González-Forteza C., Borges, G., Gómez, C. C. & Jiménez, T. A. (1996). Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectiva (Versión electrónica), *Salud Mental*, 19, 3, 33-38.
- 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. 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. (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. Mariño, C., Rojas, E., Mondragón, L. & Medina-Mora, M. E. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hidalgo y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias. *Revista Mexicana de Psicología*, 15, 2, 165-175.
- 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. *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. *Salud Mental*, 21, 3, 1-9.
- González-Forteza, C., Jiménez, A. & Gómez, C. (1995). Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en los adolescentes. Instituto Mexicano de Psiquiatría (Ed.). *Anales. Reseña de la X Reunión de Investigación y Enseñanza*, 135-139.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, M. A. & Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15, 4, 524-532.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L. & Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24, 6, 16-25.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Pick, S. & Collado, M. E. (1998). El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México. Análisis según su nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 21, 2, 37-45.

- González-Forteza. C., García, G., Medina-Mora. E. & Sánchez, M. A. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 21, 3, 1-9.
- González-Forteza. C., Villatoro, V. J. Alcántar, E. I., Medina, M. E., Fleiz, B. C., Bermúdez, L. P. & Amador, B. N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25, 6, 1-12.
- Guelar, D. & Crispo, R. (2000) Depresión y suicidio en la adolescencia. En: *Adolescencia y trastornos del comer*. Barcelona: Gedisa Editorial, 217-242.
- Gutiérrez-Garza A. G., Contreras, C. M. & Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales (Versión electrónica), *Salud Mental*, 29, 5, 66-74.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2004). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2005). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*. México: INEGI. Cuaderno Num. 11.
- Jiménez, T. A., Mondragón, L. & González-Forteza, C. (2007). Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: results of three studies. *Salud Mental*, 30, 5, 20-26.
- Lara, M., Acevedo M. & Luna, S. (2001). *Guía para el Trabajo de Grupo*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Pax, México.
- 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, 247-267.
- 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 tóxicas. Resultado de una encuesta en la población estudiantil. *Salud Mental*, 14,4, 25-32.
- 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., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván-Castillo, F. & Tapia-Conyer, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Pública de México*, 45, supl. 1, s16-s25.
- Medina-Mora, M. E., López, L. E., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S. & Rojas, E. (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 7-14.
- Medina-Mora, M. E., Rascon, M. L., Tapia, R., Mariño, M. C., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J. & Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 3,7, 48-55.

- Mendoza-Núñez, V. M. (1998) Diseños de investigación. *Tópicos de Investigación y Posgrado*, 4, 219-222.
- Miró, E. (2000). Depresión y suicidio. En: Vallejo, R.; Gastón, F. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson. pp. 75-684.
- Mondragón, L., Borges, G. & Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24, 6, 4-15.
- 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.
- Mondragón, L., Saltijeral, T., Bimbela, A. & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol. *Salud Mental*, 21, 5, 20-27.
- Monge, H. J. A., Cubillas, R. M. J., Román, P. R. & Valdez, E. A. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia (Versión electrónica), *Psicología y Salud*, 17, 1, 45-51.
- Nicolson, D. (2002) *Problemas en la adolescencia*. Madrid: Narcea. pp. 127-145.
- Organización Mundial de la Salud (2002) *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. OMS, Ginebra.
- Quintanilla, M. R.; Valdez, F. I.; Vega, M. J. C. & Flores, R. L. E. (2006). Personalidad y estrategias de afrontamiento en sujetos con tentativa suicida. *Psicología y Salud*, 16, 2, 139-147.

- Ramos-Lira, L., Saltijeral-Méndez., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutiérrez, M. & Martínez-Vélez, N. (2000). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 43, 3, 182-191.
- Rivera, C. (1998). Análisis Criminológico del Suicidio en el Distrito Federal. *Psiquiatría*, 14, 1, 33-44.
- Romero, M., Mondragón, L., Cherpitel, C., Medina-Mora, M. A. & Borges, G. (2001). Characteristics of Mexican women admitted to emergency care units. Alcohol consumption and related problems. *Salud Pública de México*, 43, 6, 537-543.
- 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.
- 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.
- Sanz, J. & Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck: Propiedades clínicas y psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 707-750.
- Serrano, P. M. & 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, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 15, 2, 221-229.
- Shaffer, D. & Waslick, B. D. (2003). La depresión en niños y adolescentes. En: *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Ars. Médica. pp. 1-32.
- Sherer, M., Maddux, J. E. Mercadante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. (1982). The Self-efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51,663-671.
- Suárez, J., Bousuño, M. & Bobes, J. (2004). Concepto y clasificación de los comportamientos suicidas. En J. Bobes, P. Saíinz, P. García, M. Bascaran y M. Bousaño. *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. México: Ars Médica. pp. 1-10.
- Terroba, G., Saltijeral, M. T. & Gómez, M. (1989). El suicidio y el intento de suicidio: una perspectiva general de las investigaciones realizadas durante los últimos años. *Reunión de Investigación, Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 4, 4, 310-315.
- Villardón, G. L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao. Universidad de Deusto.
- Weissman, R. & Beck, A. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. Escrito presentado en el encuentro de Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago.
- Zimet, G., Dahlem, S. & Farley, G. (1988). Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). *Journal of Personality Assessment*, 52,30-41.

A
N
E
X
O

Tabla 2.1. Definiciones encontradas en las investigaciones mexicanas sobre la ideación suicida.

Autores	Año	Definición	Autores originales de la definición citada
Medina-Mora, López, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas.	1994	“... Síntoma frecuente e inespecífico, que refleja el grado 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...”p. 8	Levy y Deikin, 1989. (Citado en Medina-Mora, et al). Kienhorts, De Wilde, Van Den Bout, Diekstra y Wolters, 1990 (Citado en Medina-Mora, et al). Kosky, Silburn y Zubrick, 1990 (Citado en Medina-Mora).
González-Forteza, Jiménez y Gómez.	1995	“...El estado emocional se refiere primordialmente a la ideación suicida, la cual refleja un nivel de conflicto interno frecuentemente asociado con desesperanza y depresión, e intentos de suicidio...”p. 136	Levy y Deykin, 1989 (Citado en González-Forteza) Kosky, Silburn y Zubrick, 1990 (citado en González-Forteza)
López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas.	1995	“...Síntoma frecuente e inespecífico, que refleja el grado de conflicto interno; se asocia con la desesperanza y la pobre autoestima, con el intento de suicidio, la depresión y el abuso de sustancias...”p.26	Levy y Deykin, 1989 (citado en López). Kienhorts, De Wilde, Van Den Bout, Diekstra y Wolters, 1990 (citado en López). Kosky, Silburn y Zubrick, 1990 (citado en López)
Mondragón, Saltijeral, Blmbela 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...”p. 21	-----
González-Forteza, García, Medona-Mora y Sánchez.	1998	“... Tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte. Es considerada como un síntoma inespecífico y frecuente que refleja el grado de conflicto interno, asociado frecuentemente con desesperanza y baja autoestima, con dificultades	Garrison, Lewinsohn, Marsteller, Langhinrichsen, Lann, 1991. Levy y Deykin, 1989. Kienhorts, De Wilde, Van Den Bout, Diekstra, Wolters, 1990. Rotheram-Borus,

		para resolver problemas interpersonales, con el fracaso escolar o laboral, el rechazo y los conflictos interpersonales con la pareja o con los padres...” p. 2	1993. Brent, Goldstein, Kolko, Allan, Allmac, Zelenak, 1988. Shaffer, Garland, Gould, Fusher, Trautman, 1988.
González, Díaz, González y González.	2000	“...La ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y conductas posiblemente relacionadas con los pacientes con ideación suicida que han sido diagnosticados con otros trastornos; sin embargo, la ideación suicida no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta, pero que están interrelacionados...”p. 23	Beck, Kovacs y Weissman, 1978.
Mondragon, Monroy, Medina-Mora y Borges.	2003	“...La ideación suicida es una construcción cognitiva, manifestada en un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel de conflicto interno, que se incrementa cuando una persona con baja capacidad de enfrentamiento vive situaciones estresantes. La ideación precede a los planes, los cuales pueden resultar en un intento y después en la muerte...” p. 225	Beck, Steer, Kovacs, Garrison, 1985. González-Forteza, Borges, Gómez, Jiménez, 1995. Vihjalmsson, Kristjansdottir, Sveinbjarnardottir, 1998.
Chávez, Pérez, Macías y Páramo.	2004	“...Tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte...”p. 12	Garrison, et al.,1991
Córdova, Rosales, Caballero, Rosales.	2007	“...La ideación suicida consiste en pensamientos de terminar con la propia vida...”p.12 “... La ideación suicida son aquellas ideas que los individuos tienen y que frecuentemente presentan pensamiento reiterativo sobre el tema de la muerte, y/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...”p.12	Pérez, 2004. Beck, Kovacs y Weissman, 1979.

Tabla 2.2 Características y resultados de los estudios donde emplearon escala de Roberts-CES-D 4 reactivos en estudiantes adolescentes (secundaria y preparatoria).

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte			
					T	H	M	
Medina-Mora, López, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas.	1994	Estratificado bietápico y por conglomerados 3459: 51%hombres 49%muleres	Distrito Federal	Un año anterior al estudio	por lo menos un síntoma de I.S.	-	-	
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
	-	47%	47.9%	52.1%	Ligeramente mayor en las mujeres (%).	Usuarios de drogas (%) Mayor consumo de alcohol (%)	-	-
Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte			
					T	H	M	
López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas.	1995	Estratificado bietápico y por conglomerados. 3459: 51% hombres 49%muleres	Distrito Federal	Un año anterior al estudio	Por lo menos un síntoma de I.S.	-	-	

Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
-	-	47%	47.9%	52.1%	Ligeramente mayor en las mujeres (%).	Consumo de drogas, trabajar, consumir alcohol y lugar de residencia (OR)	-	-
Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte			
					T	H	M	
González-Forteza, Andrade y Jiménez.	1997	No probabilístico e intencional. 423: 235 hombres 188 mujeres	Ciudad de México	Últimos tres meses	A mayor puntaje mayor I.S.	-	-	
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
-	-	-	-	-	-	Afecto negativo, Somatización, Problemas interpersonales y Violencia padres (Pearson).	Afecto negativo, Somatización y Problemas interpersonales (Pearson).	

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte			
					T	H	M	
González- Forteza, Berenzon-Gorn, Tello-Granados, Facio-Flores y Medina-Mora.	1998	No probabilístico e intencional, estratificado bietápico y por conglomerados: 1712 mujeres estudiantes nivel medio superior. 30 adolescentes internadas por intento de suicidio.	Distrito Federa	Última semana	-	-	-	
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
Muestra escolar: Alpha de Cronbach .83	Muestra escolar: Un factor que Explicó el 66.8% del total de la varianza	-	-	11.8%	-	-	Haber interrumpido los estudios por un lapso mayor a seis meses.	
Muestra clínica: alpha de Cronbach .92	Muestra clínica: Un factor que explicó el 81.2% del total de la varianza	-	-	56.7%	-	-	Antecedente de Intentos suicidas.	

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte			
					T	H	M	
González- Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina-Mora.	1998	Estratificado bietápico y por conglomerados. 1848: 45.9% hombres 54.1% mujeres	Cd. Pachuca	Una semana	Mayor a 1 Desviación Estándar.	5.0	6.0	
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
-	-	-	52.8%	40.6%	-	Intento suicida (OR)	-	-
Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte			
					T	H	M	
Villatoro, Medina-Mora, Juárez, Rojas, Carreño y Berenzon.	1998	Estratificado con estados de selección y por conglomerados. 61779:51.5% hombres 48.5% mujeres	Cd. México (zona urbana)	Una semana	Los síntomas como variable continua (de 0-4).	-	-	

Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
-	-	X=.66	-	-	-	No usuarios de drogas y usuarios novatos de drogas (OR)	-	-
Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte			
					T	H	M	
González- Forteza, Ramos, Caballero y Wagner.	2003	Estratificado con estados de selección y por conglomerados 931: 508hombres (54%) 428mujeres (46%)	Centro Histórico de la Ciudad de México.	Una semana	La media más una DE	-	-	
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
-	-	-	6.6%	16.6%	-	Depresión, relación conflictiva con padres problemas económicos y menor autoestima (OR).	Depresión, respuestas De afrontamiento agresivas y no resolutivas (OR).	Depresión, respuestas de afrontamiento agresivas y resolutivas, impulsividad y tener conflictos con el padre y/o la madre. (OR)

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte			
					T	H	M	
Serrano y Florez.	2003	Aleatorio, Simple. 375: 181hombres (48.4%) 193 mujeres (51.6%)	Mérida, Yucatán.	Una semana	X= 1.31 +I DE	-	-	
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
Alpha de Cronbach > de .73	Un factor con una varianza explicada de 69.30%	De ninguno a dos días con I.S. X= 1.31	-	-	-	Menor afecto del padre. Menor comunicación con el padre. (Pearson)	-	-
Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte			
					T	H	M	
Chávez, Pérez, Macías y Páramo.	2004	Aleatorio bietápico por conglomerados 2532: 45.6%hombres 54.5%mujeres	Ciudades:Celaya, Guanajuato, Irapuato, León, Pénjamo, Salamanca, Salvatierra, San	Última semana	Indicadores: Experimentar la sensación de no poder seguir adelante, tener pensamientos	-	-	

				Luis de la Paz y Silao.		sobre la muerte, creer que su familia estaría mejor en su ausencia y pensar abiertamente en matarse.		
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
8%	-	-	-	Intento de Suicidio, Problemas interpersonales	-	-	-	-
Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte			
					T	H	M	
Serrano y Flores.	2005	Muestreo aleatorio simple. 370: 178hombres (48.1%) 192mujeres (51.9%)	Mérida, Yucatán.	Ultima semana	X= 1.85 +1 DE.	-	-	

Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
Alpha de Cronbach de .85	Un factor con una varianza explicada de 69.30%	0 días con I.S.	-	-	-	-	Respuestas agresivas con familiares, con el mejor amigo y con la pareja (Pearson)	El instrumento no discrimina variables para las mujeres (Pearson)
Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte			
					T	H	M	
Jiménez, Mondragón y González- Forteza.	2007	1°secundaria 1992-1993 No probabilístico 423: 56%hombres 44%mujeres	Delegación Tlalpan	Ultima semana	-	4	5	
		2°secundaria y bachillerato 1996-1997 No probabilístico	Delegación Coyoacán		-	5	6	
		816: 406 de secundaria: 49%hombres 51%mujeres 410 de bachillerato: 51%hombres 49%mujeres			-	4	4	

		3ª secundaria 1998-1999 No probabilístico. 936: 54% hombres 46% mujeres	Centro Histórico de la Ciudad de México			-	4	6
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
-	-	-	19.6%	24.7%	-	-	Ánimo deprimido	Baja autoestima y ánimo deprimido
		-	20.4%	19.2%	-			
		-	20.5%	19.1%	-			
		-	14.0%	21.5%	Ligeramente mayor en las mujeres (χ^2)			

Tabla 2.4 Características y resultados de los estudios donde emplearon la escala de Roberts-CES-D 4 reactivos en estudiantes universitarios.

Autores	Año	Muestreo y muestra			Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte		
							T	H	M
González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez.	1998	No probabilístico. Muestra de dos generaciones Generación 1993 1021: 47%hombres 53%mulheres Generación 1995 869: 44%hombres 56%mulheres			Ciudad de México	Ultima semana	1 o más síntomas	-	-
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables			
		T	H	M		T	H	M	
Alpha de Cronbach de .71	Un solo factor que explicó el 53.3%	-	29.4%	27.1%	Es más frecuente la persistencia de por lo menos uno de los 4 síntomas en las mujeres de las 2 generaciones: 3.3%	-	Estrés familiar. Estrés social. Agresión manifiesta y familiar.	Estrés familiar. Estrés social. Respuestas agresivas manifiestas de enfrentamiento. Baja autoestima.	
		-	30%	28.1%	3.5%				

Tabla 2.5 Características y resultados de los estudios donde emplearon la escala de Roberts-CES-D 4 reactivos en usuarios de los centros de salud.

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte			
					T	H	M	
Ramos-Lira, Saltijeral- Méndez, Romero- Mendoza, Caballero-Gutiérrez y Martínez- Vélez.	2001	Probabilístico propositivo 312 mujeres	Centro de salud de la Cd. de México	Última semana	-	-	Igual o mayor a la media más una desviación estándar	
Confiability	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
-	-	-	-	7% de I.S. cuando no hay violencia sexual	-	-	I.S. con violencia sexual	
Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte			
					T	H	M	
Romero, Mondragón, Cherpitel, Medina-Mora y Borges.	2001	Probabilístico 1511 mujeres	Cd. de Pachuca	Última semana	-	-	Respuesta afirmativa en cualquiera de los 4 reactivos.	

Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
Cronbach 0.78	Un factor de 3 reactivos: varianza explicada de 70.1%	-	-	1.57%	-	-	-	Bebedoras fuertes odds ratio 1.57 riesgo Mayor comparadas con bebedoras débiles

Tabla 2.6 Características y resultados de los estudios donde emplearon la escala de Roberts-CES-D 3 reactivos en población abierta.

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte			
					T	H	M	
González-Fortaleza, Jiménez y Gómez.	1995	No probabilístico e intencional para equilibrar las cuotas por edad y sexo. 423: 55.6% hombres 44.4% mujeres	Ciudad de México	Última semana	-	-	-	
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
Alpha de Cronbach de 0.78	Un solo factor que explicó el 70.1% de la varianza total	-	-	-	-	Afecto negativo, Somatización y problemas interpersonales (beta)	Afecto negativo, Somatización y problemas interpersonales. Traición de la mejor amiga. Desventaja con el grupo de pares. Rechazo social. (beta)	

Autores	Año	Muestreo y muestra			Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte		
							T	H	M
Medina-Mora, Cravioto, Villatoro, Fleiz, Galván-Castillo y Tapia-Conyer.	2003	Probabilístico, estratificado con selección de conglomerados. 3882 entrevistas			Zonas urbanas de la República Mexicana	Ultima semana	-	-	-
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables			
		T	H	M		T	H	M	
-	-	-	-	-	-	La ideación suicida no es factor de riesgo (OR)	-	-	

Tabla 2.7 Características y resultados de los estudios donde emplearon preguntas sobre ideación suicida en adolescentes estudiantes (secundaria y preparatoria).

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Preguntas que miden ideación suicida			
González-Forteza y Andrade.	1993	423	Ciudad de México	Última semana	No se mencionan			
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
Alpha de Cronbach de 0.78	Un solo factor que explicó el 70.1% de la varianza total	-	-	-	-	-	Ánimo deprimido (correlaciones)	Afecto negativo, Molestias psicosomáticas. Problemas interpersonales. (correlaciones).
Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Preguntas que miden ideación suicida			
González-Forteza y Andrade.	1995	No probabilístico e intencional para equilibrar las cuotas por edad y sexo. 423: 55.6% hombres 44.4% mujeres	Ciudad de México	Última Semana	No se mencionan			

Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
Alpha de Cronbach de 0.78	Un solo factor que explico el 70.1% de la varianza total	-	-	-	-	Ánimo deprimido, síntomas somáticos (Pearson)	-	Ánimo deprimido, poca comunicación con la madre, falta de interés por parte del padre (Pearson)
Autores	Año	Muestreo y muestra		Zona geográfica	Temporalidad	Preguntas que miden ideación suicida		
González-Forteza y Andrade.	1995	No Probabilístico e intencional para equilibrar las cuotas por edad y sexo. 423		Ciudad de México	Última semana	No se mencionan		
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
Alpha de Cronbach .78	1 solo factor que Explicó el 70.1% de la varianza total.	-	-	-	-	-	Afecto negativo, somatización y problemas interpersonales (coeficiente de correlación Pearson)	Afecto negativo, somatización, animo negativo y problemas interpersonales (Coeficiente de correlación Pearson)

Tabla 2.8 Características y resultados de los estudios donde emplearon preguntas sobre ideación suicida en población abierta.

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Preguntas que miden ideación suicida			
Berenzon, Medina-Mora, López y González.	1998	Muestreo aleatorio 1156: 48.1% Hombres 51.9% Mujeres	Delegación: Tlalpan y Xochimilco	No se menciona	No se mencionan*			
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
-	-	-	17.6%	18.2%	Ligeramente mayor en las mujeres (X^2)	-	-	-
Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Preguntas que miden ideación suicida			
Berenzon, González-Forteza y Medina-Mora.	2000	Estratificado y multietápico. 928 mujeres	Tlalpan y Xochimilco	Alguna vez en la vida	¿Alguna vez se ha sentido usted tan decaído que pensó en suicidarse? ¿Ha intentado suicidarse alguna vez?			
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
-	-	7.2%	-	7.2%	-	-	-	Trastornos depresivos, intento de suicidio, distimia, trastornos fóbicos y de angustia.

Autores	Año	Muestreo y muestra			Zona geográfica	Temporalidad	Preguntas que miden ideación suicida		
Borges, Wilcox, Medina, Zambrano, Blanco y Walters.	2005	Probabilístico estratificado multietápico 2362: 1127 hombres (47.7%) 1235 mujeres (52.3%)			Zona urbana de la Ciudad de México	1° tiempo: alguna vez en la vida 2° tiempo: en los últimos 2 meses	1. ¿Alguna vez pensó seriamente en suicidarse? 2. ¿Ha hecho un plan para cometer suicidio?		
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables			
		T	H	M		T	H	M	
No lo reporta	-	P.1. 1°T: 8.3% 2°T: 3.2%	P1. 1°T: 6.1% 2°T: 1.9%	P1 1°T: 10.4% 2°T: 2.7%	No lo reporta	OR La ideación suicida no ocupa los primeros lugares, No hay riesgo significativo.	-	-	
		P2. 1°T: 3.2% 2°T: 1.0%	P2 1°T: 2.4% 2°T: 1.0%	P2 1°T: 3.9% 2°T: 0.9%					

*Los autores señalan que las preguntas fueron retomadas del CIDI.

Tabla 2.9 Características y resultados de los estudios donde emplearon la escala de ideación suicida de Beck, formato de entrevista clínica semiestructurada, en estudiantes universitarios.

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte			
					T	H	M	
González, Díaz, Ortiz, González-Forteza y González.	2000	No probabilístico 122: 22.1% Hombres 77.9% Mujeres	Ciudad de México	No se menciona	0-38	-	-	
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
Alpha de Cronbach de .84	Cuatro subescalas: 1° 71.2% del total de la varianza 2° 62.6% del total de la varianza 3° 46.4% del total de la varianza 4° 64.5% del total de la varianza	18%	11.1%	21.1%	Diferencias entre mujeres con antecedentes de intento suicida	-	-	Intentos de suicidio

Tabla 2.10 Características y resultados de los estudios donde emplearon la escala de ideación suicida de Beck, formato autoaplicable, en estudiantes universitarios.

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte			
					T	H	M	
Córdova, Rosales, Caballero y Rosales.	2007	Probabilístico aleatorio estratificado por conglomerados. 521	Estado de México	Último mes	X= 3.4 S= 5.72	-	-	
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
Alpha de Cronbach De 0.92	-	59.9%	-	-	-	Falta de trabajo Vivir con sólo uno de sus padres. Consumo de cigarro, café, drogas, alcohol o medicamentos. No contar con apoyo familiar. Haber recibido atención psicológica. Presencia de pensamientos negativos o ambivalentes. Percibir el futuro como difícil e incierto.	-	-

Tabla 2.11 Características y resultados de los estudios donde emplearon la escala de ideación suicida de Beck, formato autoaplicable, en población abierta.

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte			
					T	H	M	
García.	2003	Selección al azar 607: 291 hombres 316 mujeres	Zona urbana y rural del estado de Tabasco	Último mes	-	-	-	
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
-	-	-	-	-	-	Motivo: Depresión Ansiedad rasgo, ansiedad estado y Edad (Pearson)	-	-

Tabla 2.12 Características y resultados de los estudios donde emplearon la escala de ideación suicida de Beck en usuarios de los centros de salud.

Autores	Año	Muestreo y muestra		Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte		
						T	H	M
Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges.	1998	No probabilístico y por cuota. 1094 Pacientes 29%hombres 70%mulieres		Ciudad de México	No lo Menciona (*)	1	-	-
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
0.93	-	110 casos	-	-	Casi dos veces mayor en las mujeres que en los hombres (OR)	Sexo, edad, estado civil y desesperanza. Patrón de consumo de alcohol y el diagnóstico de alcohol de por vida. (OR)	-	-

*En la investigación no se menciona la temporalidad pero hace referencia al último mes.

Tabla 2.13 Características y resultados de los estudios donde emplearon la escala de Okasha 4 reactivos en usuarios de los centros de Salud.

Autores	Año	Muestreo y muestra			Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte		
							T	H	M
Terroba, Saltijeral y Gómez.	1989	-			1094: 392: consulta externa. 349: hospitalización. 349: urgencias 353: hospital general	Último año	-	-	-
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables			
		T	H	M			T	H	M
-	-	3%	-	-	-	Problemas familiares y afectivos.	-	-	-
Autores	Año	Muestreo y muestra			Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte		
							T	H	M
Mondragón, Monroy, Medina-Mora y Borges.	2003	1511: 52.5% hombres 47.5% mujeres			Ciudad de México	El mes anterior	Puntaje >1	-	-

Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
Coeficiente alpha global .93	-	5.7%	3.7%	7.9%	La mujeres manifestaron Mayor IS. $X^2 = 12.96;$ $p > 0.001$	-	Problemas laborales Se casó o se volvió a casar	Divorcio o separación. Muerte del cónyuge Separación de un hijo.

Tabla 2.14 Características y resultados de los estudios donde emplearon la escala de Okasha 4 reactivos en población abierta.

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte			
					T	H	M	
Medina-Mora, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo y Gómez.	1992	No probabilístico, encuesta nacional.	República mexicana	El mes anterior	Suma de los puntos	-	-	
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
Coeficiente alpha global .93	-	10% a 14%	-	-	2 mujeres por cada hombre	Sintomatología depresiva. Intento de suicidio. (frecuencias)	Sintomatología depresiva severa (frecuencias)	Sintomatología depresiva severa (frecuencias)

Tabla 2.15 Características y resultados de los estudios donde emplearon otros instrumentos.

Autores	Año	Muestreo y muestra	Zona geográfica	Temporalidad	Punto de Corte			
					T	H	M	
Luckie, Morán, Juárez, Vázquez, Curiel y Ramiro.	1998	Población abierta asistente al Hospital Regional 1° de Octubre 1000: 675 hombres (67.5%) 325 mujeres (32.5%)	Distrito Federal	Dos o más semanas	Mayor número de respuestas afirmativas	-	-	
Confiabilidad	Validez	Prevalencia de la Ideación suicida			Diferencias significativas entre hombres y mujeres	Asociación significativa con otras variables		
		T	H	M		T	H	M
-	-	12.2%	4.1%	8.0%	Mayor presencia de franca I.S. en las mujeres (%)	-	-	-



**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 proporcionas 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

“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 (pasa a pregunta 1.10)
1.9. ¿Estimas que tu actividad religiosa es ...?	() 1. Mucha () 2. Suficiente () 3. Escasa () 4. Casi nula
1.10. ¿La condición económica de tu familia es...?	() 1. Muy Buena () 2. Buena () 3. Mala () 4. Muy Mala
1.11. ¿El dinero con el que cuentas regularmente, te alcanza para ...?	() 1. No me alcanza () 2. Solo pasajes y comida () 3. Pasajes, comida, extras y diversiones
1.12. ¿Acostumbras consumir o tomar algo para sentirte bien? (café, cigarros, etc.)	() 1. Si () 2. No (pasa a preg. 1.14)

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
	TA	A	D	TD
2.2. Quiero caerle bien a algunas personas				
2.3. La gente probablemente me considerará menos si cometo algún error				
2.4. Solo porque no le agrade a algunas personas, no significa que sea una mala persona				
2.5. Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, pienso que soy una mala persona				
2.6. Es importante que haga bien algunas cosas				
2.7. Si fracaso en algo, eso lo considero tan malo como ser un completo fracaso				
2.8. Solo porque haga algunas cosas mal, no significa que sea un fracaso				
2.9. Si no hago siempre bien las cosas la gente no me respetará				
2.10. Quiero hacer bien algunas cosas				
2.11. A veces es terrible cuando no le gusto a la gente				
2.12. De vez en cuando necesito estar relajado(a)				
2.13. Para ser una persona valiosa, debo destacar por lo menos en algo importante				
2.14. A veces es desagradable cuando no le agrado a la gente				
2.15. Las persona a quienes se les ocurren buenas ideas valen más que aquellas a las que no se les ocurren				
2.16. Es importante que haga bien algunas cosas				
2.17. Algunas veces es insoportable cuando estoy tenso				
2.18. En ocasiones es frustrante cuando no hago las cosas bien				
2.19. En ocasiones cuando estoy tenso, pienso que siempre estaré de manera				
2.20. De vez en cuando necesito estar relajado(a)				
2.21. Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás piensen de mí				
2.22. En ocasiones, cuando estoy tenso, me resulta difícil funcionar				

2.23. Para agradar a otras personas, lo mejor es renunciar a los propios intereses				
2.24. Los mejores alumnos son los que tienen suerte				
2.25. Obtener lo que quiero depende de mi				
2.26. Todo lo que hago me sale bien, gracias a la suerte				
	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
	TA	A	D	TD
2.27. Mis calificaciones dependen de mi				
2.28. Es mejor tener suerte que ser inteligente				
2.29. Mi éxito en la escuela dependerá de que tan agradable sea yo				
2.30. El éxito depende de mi				
2.31. Mi familia trata realmente de ayudarme				
2.32. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal				
2.33. Puedo hablar de mis problemas con mi familia				
2.34. Tengo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia				
2.35. Mis amigos tratan realmente de ayudarme				
2.36. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos				
2.37. Mis creencias personales me dan fuerza para enfrentar las dificultades				
2.38. El dinero con el que cuento regularmente, me alcanza para satisfacer todas mis necesidades				
2.39. Mis creencias personales me ayudan a entender las dificultades de la vida diaria				
2.40. Tengo gran fe en el futuro				
2.41. Mi futuro parece oscuro				
2.42. Preveo tiempos mejores que peores				
2.43. No consigo oportunidades y no hay razón para creer que las tenga en el futuro				
2.44. Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza				

2.45. Es muy poco probable que logre verdadera satisfacción en el futuro				
2.46. En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa				
2.47. Es una estupidez desear algo, pues nunca consigo lo que quiero				
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)				

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

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

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
Que no podía seguir adelante				
Tenía pensamientos sobre la muerte				
Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)				
Pensé en matarme				

--	--	--	--	--

3.7. Finalmente, ¿has intentado suicidarte?:

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

3.8. ¿Cuántas veces has intentado suicidarte?:

1 () 2 () 3 () Más de 3 ()

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

Nombre: _____

Teléfono: _____ o correo electrónico: _____

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

Correo para recibir ayuda o comunicarte con nosotros ¡No dudes en pedir ayuda, tú eres muy importante!

apoyo@campus.iztacala.unam.mx

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

