



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA DIVISIÓN DE ESTUDIOS

PROFESIONALES

**PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA SUBESCALA DE
DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA DEL IMADIS EN RESIDENTES
DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

Licenciatura en Psicología

P R E S E N T A N:

Aquiles Reyes Alejandro Roberto

Aranda Torres Ana Ileri

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Samuel Jurado Cárdenas

REVISORA

Dra. Mariana Lara Gutiérrez



Esta tesis se realizó con apoyo del programa PAPIIT: IN303016

Ciudad Universitaria, Cd. Mx. 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, al Dr. Samuel Jurado, por el apoyo que nos ha dado durante el proyecto, además del trato que nos ha dado, que a fuera de la relación académica que tenemos, siempre nos ha tratado con calidez y amabilidad, y quien siempre nos ha tomado en cuenta durante todo este proceso.

A la Dra. Mariana Lara que como revisora del presente trabajo nos mostró su apoyo y amabilidad durante el desarrollo de nuestra investigación.

A nuestras sinodales que con gusto nos han brindado sus conocimientos y correcciones al presente trabajo.

A todas esas personas que nos apoyaron durante la realización de este proyecto, familiares, amigos, estudiantes de la Facultad de Psicología y a todos los profesores que nos regalaron tiempo de su clase para prestarnos a sus alumnos para colaborar en la presente tesis, esto no hubiera sido posible sin su apoyo.

¡Muchas gracias!

DEDICATORIA

A mis padres Arturo y Josefina, a quienes agradezco por el apoyo que me han dado para la realización de mis estudios, así como el esfuerzo y tiempo que han invertido en mí durante todo el tiempo que fui estudiante, y a que me han brindado su apoyo incondicional no solo para mi desarrollo profesional, sino también para mi desarrollo personal.

También agradezco a mis hermanos, que me han apoyado en momentos importantes y con quienes compartí muchas experiencias sobre todo durante la infancia.

A mi tío Ascensión, que a pesar de la distancia siempre ha estado en contacto constante con nosotros y que nos ha motivado a desarrollarnos no solo académicamente, sino también en lo personal.

De igual manera a mis amigos, quienes han sido importantes para mí y a quienes les tengo aprecio por apoyarme y apoyarme sobre diferentes aspectos y que de una forma u otra también han contribuido a la formación de mi carácter.

En general agradezco a todos aquellos, amigos, familiares y conocidos que estuvieron involucrados de forma directa o indirecta en el desarrollo de este trabajo, así como de la formación de la persona que soy hoy en día.

Ana Ireri Aranda Torres

DEDICATORIA

En primer lugar, quisiera dedicar el presente trabajo a mis padres, quienes con su trabajo, esfuerzo, dedicación y paciencia me han ayudado a llegar a este punto, les agradezco todos los regaños y apapachos que me siguen dando ya que sin estos no podría ser la persona que soy ahora, este éxito es para ellos, es una de las pequeñas formas que tengo de regresarles lo mucho que me han brindado.

A mis papás Toña y Juan quienes desde pequeño me mostraron la fuerza y perseverancia que debía tener.

Agradezco al Dr. Samuel quién me brindó la oportunidad de trabajar en este proyecto y que sin su apoyo y confianza, no lo hubiera logrado.

Al Dr. Jaime Grados a quien admiro y estimo demasiado, que junto con el Team Grados me motivaron a buscar una forma de titulación lo más pronto posible y quienes siempre estuvieron atrás de mí para que lograra terminar esta tesis y no fuera solo un triste pasante.

A todas esas personas que aportaron un granito de arena en el proceso, ayudándonos en todo momento, les agradezco infinitamente su cariño, amor y compañía.

“Somos UNAM, somos los mejores”.

Alejandro Roberto Aquiles Reyes

ÍNDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I DEPRESIÓN	9
1.1 Perspectiva Social.....	12
1.2 Perspectiva Biológica	16
1.3 Perspectiva Psicodinámica.....	17
1.4 Perspectiva Cognitivo-Conductual.....	18
CAPÍTULO II IDEACIÓN SUICIDA.....	21
2.1 Depresión y suicidio	26
2.2 Perspectiva Psicodinámica.....	28
2.3 Perspectiva Cognitivo-Conductual.....	29
2.4 Tratamiento y Prevención del suicidio	31
CAPÍTULO III PSICOMETRÍA.....	37
3.1 Confiabilidad	41
3.2 Validez	45
3.3 Análisis Factorial Confirmatorio	46
MÉTODO.....	48
Planteamiento del problema.....	48
Justificación.....	49
Objetivo General	50
Hipótesis	50
Variables	50
Participantes	51

FASE 1	52
Objetivos específicos	52
Instrumentos	52
Participantes	55
Materiales	58
Procedimiento	58
Resultados	60
FASE 2	62
Objetivos específicos	62
Instrumentos	62
Participantes	62
Materiales	64
Procedimiento	64
Resultados	66
DISCUSIÓN.....	68
CONCLUSIONES	71
REFERENCIAS	75

RESUMEN

Para evaluación de la depresión y la ideación suicida en población adulta, en México se utilizan instrumentos validados en otros países, debido a esto se creó el *Inventario Mexicano de Depresión e Ideación suicida* con el cual se pretende que la evaluación sea más objetiva y alineada a la cultura y pensamientos propios del mexicano. La presente tesis tiene como objetivo validar las propiedades psicométricas de las subescalas de depresión e ideación suicida de dicho instrumento.

Para llevar a cabo la validación se dividió el proceso en dos fases, la fase 1 donde el inventario se aplicó a 373 personas entre ellas estudiantes, personas con alguna enfermedad crónica y psiquiátrica y población en general de la Ciudad de México, de la cual se obtuvo la validez concurrente entre el IMADIS y el Inventario de Beck con una $r=.63$ para la subescala de depresión y una $r=.43$ para la subescala de ideación suicida. Posteriormente para la fase 2, se realizaron dos aplicaciones a los mismos participantes en diferentes momentos (test-retest), con el fin de comprobar la estabilidad temporal del instrumento. La muestra fue de 200 y estuvo compuesta de estudiantes y población general de la Ciudad de México. Se obtuvo una $r=.71$ para la subescala de depresión y una $r=.04$ para la subescala de ideación suicida. El resultado final es un inventario válido y confiable que puede ser aplicable para población mexicana con sus debidas reservas en cuanto a estabilidad temporal se refiere.

Palabras clave: *Depresión, Suicidio, Ideación Suicida, Validez, IMADIS.*

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se realizó en Ciudad de México y en diversos estados de la República Mexicana como Sinaloa, Pachuca, Puebla, Aguascalientes y Querétaro con el apoyo del programa PAPIIT: IN303016. Los datos presentados en esta tesis únicamente pertenecen a la población residente en la Ciudad de México.

La depresión es un estado de ánimo, en el que las personas que la padecen expresan con frecuencia sentimientos de aversión hacia sí mismas, sensación de inutilidad y culpabilidad de sus insuficiencias. Algunos de los síntomas pueden ser pérdida de peso, insomnio o dificultad para volver a dormirse si despiertan durante la noche, poco apetito, falta de interés en otras personas, en el sexo u otras actividades que antes disfrutaban. El afectado puede llegar a presentar ideas esporádicas de suicidio, lo que posteriormente podría tener como consecuencia realizar algunos preparativos o llevar a cabo un intento de suicidio. Dicho estado de ánimo es poco frecuente, sin embargo, hay casos en los que se presenta una y otra vez, pudiendo convertirse en un trastorno (Seligman, 1981).

En México, su prevalencia es de 4.1% en mujeres y 1.6% en hombres. La atención a este padecimiento es muy limitada, por lo que las personas de bajos recursos son las más afectadas y más propensas a presentar síntomas depresivos, en especial las mujeres, ya que tienen un menor acceso a los servicios de salud mental, a lo que se le suma el rezago educativo y las diferencias de género que hay en el país (Ramírez & Martínez, 2011).

CAPÍTULO I

DEPRESIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (2012) se calcula que la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo. Estas cifras son bastante importantes debido a que el tratamiento que se les da a las personas con este padecimiento, no siempre se brinda adecuadamente por diversos obstáculos como la falta de recursos por parte de los pacientes, la falta de capacitación del personal sanitario, la evaluación clínica inexacta, la estigmatización de los trastornos mentales, entre otros. Lo cual puede ocasionar que esta enfermedad se convierta en depresión mayor la cual causa varios episodios depresivos con un mínimo de dos semanas de duración y esta fase depresiva puede tardar de meses hasta años. (Salvo, 2017).

La depresión es un problema importante de salud pública a nivel mundial, en el caso de México, ocupa el primer lugar de discapacidad en mujeres y el noveno para hombres. La depresión tiene una alta comorbilidad con otros trastornos como la ansiedad, el consumo de sustancias, diabetes y enfermedades cardíacas. Sin embargo, también influyen factores biológicos, heredados, del desarrollo y del contexto en que el sujeto se desenvuelve (Berenzon, Lara, Robles, & Medina-Mora, 2013)

La depresión se caracteriza por ser un estado en el que puede presentarse sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés en actividades habituales, dichos síntomas pueden variar desde un ligero abatimiento hasta el estupor. También pueden presentarse molestias corporales como tensión cefálica, fatiga, falta de apetito, constipaciones, insomnio, ideas de culpa, entre otras (Canto & Castro, 2004). En el caso de la depresión más profunda hay una constante tensión que se acompaña de pena, angustia, agitación o el padecimiento de un sufrimiento físico o emocional (Martínez, 2003).

Según el DSM-5 (2014) los criterios diagnósticos de la depresión mayor deben ser por lo menos 5 de los siguientes síntomas:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (ej., se le ve lloroso).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente del autoreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para la toma de decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes son un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Cabe mencionar que estos síntomas pueden causar malestar clínicamente significativo y deterioro social, laboral u otros medios dónde el individuo se desempeña, por lo que se considera a la depresión mayor como un trastorno el cual puede desencadenar desde ideas suicidas, autolesiones, intento suicida o consumación de este. Por ello se debe considerar estos síntomas como señales de alarma para evitar la consumación del suicidio.

La depresión se caracteriza por la pérdida, la pérdida es algo que al ser humano le causa un sentimiento de vacío, soledad, desánimo y pena, la cual se puede generar por la ausencia de algo o de alguien.

El sentimiento de duelo es el mismo, aunque en distintas medidas, es decir, una persona puede sufrir la pérdida de un familiar, alguna otra también puede estar sufriendo la pérdida de su mascota, la cual tuvo desde que era pequeño y aun así tener el dolor que la persona que perdió un ser querido dentro de su núcleo familiar, es importante destacar esto, ya que no todos los individuos son propensos a pasar por las fases de duelo y salir de él sin necesidad de ayuda o apoyo psicológico.

1.1 Perspectiva Social

El enfoque social intenta demostrar cómo es que aspectos macrosociales influyen en la presencia de trastornos psicológicos, como son las desigualdades de poder y económicas asociadas a las diferentes clases sociales, así como el lugar que ocupan en la estructura social. Dichos fenómenos tienen una influencia en eventos microsociales, como lo son sucesos negativos y de soporte social de los individuos. Por lo tanto, los fenómenos macrosociales tendrían una influencia en los microsociales, definiendo las capacidades sociales de enfrentamiento hacia el medio, al igual que la integración en redes sociales sobre la identidad del sujeto (Vea, 1989).

En algunas investigaciones trata de descartarse los factores sociales de la depresión. Sin embargo, el incluir otros factores nos permite ampliar la perspectiva psicológica desde la que se entiende la depresión. Uno de estos términos es por ejemplo la alienación y la autoestima. Desde la sociología, haciendo uso de la teoría de Marx, la alienación es considerada por algunos autores, como una de las causas

sociales de la depresión, ya que, dentro de este concepto, el trabajador no decide sobre los objetos de producción, la producción o el resultado, convirtiéndolo también en una mercancía, de esta manera el trabajador se encontraría bajo una situación ligada a la falta de control, que también puede entenderse como indefensión (Álvaro, Garrido, & Scheweiger, 2008). Es por ello que es importante la consideración de diferentes factores para comprender el fenómeno más ampliamente.

Género

De acuerdo con un estudio realizado en México en 2012 por Rafful, Medina-Mora y Borges, sobre las diferencias de la prevalencia de depresión entre hombres y mujeres, encontraron que son más las mujeres que tienen un primer episodio depresivo siendo un 10.4% en mujeres y un 5.4% en hombres, sin embargo, una vez dado este primer episodio, no encontraron diferencias entre géneros en el número o duración de los episodios. También encontraron que mujeres amas de casa en zonas urbanas que se encuentran entre los 45 y 54 años son más vulnerables a padecer depresión (Rafful, Medina-Mora, & Borges, 2012).

En cuanto a las condiciones sociales, las mujeres se ven expuestas a una mayor presión social y situaciones estresantes, lo que las hace más vulnerables a mostrar comportamientos depresivos. Un ejemplo de estas situaciones estresantes es la prevalencia de abuso sexual en menores, que es de 32.3% en mujeres y 14.2% en hombres, lo que muestra una diferencia significativa entre ambos (Kendler, Kuhn & Prescott, 2004)

Estado civil

Se han encontrado diferencias entre las personas que se encuentran casadas y aquellas que están divorciadas en cuanto a la depresión, siendo las personas divorciadas las que presentan sintomatología ansiosa y depresiva, así como un comportamiento más hostil y un mayor consumo de alcohol (Waite, Lou, & Lewin, 2009).

En un estudio realizado por Bastida, Valdez, Valor, González y Rivera (2017) compararon sintomatología depresiva y ansiosa en hombres y mujeres de nacionalidad mexicana que se encontraban en una relación de pareja o que estaban pasado por una ruptura, los resultados mostraron que las personas que han pasado por una ruptura de pareja obtuvieron mayores puntuaciones en sintomatología depresiva y ansiosa.

Nivel socioeconómico

Se ha encontrado que la pobreza duplica las probabilidades de padecer depresión, ya que está relacionada a mayor violencia doméstica, problemas de adicción por parte de algún miembro de la familia, presencia de ancianos o enfermos crónicos, así como un menor apoyo social (Gavira, 2009).

Se han realizado algunos estudios en los que indican que el nivel socioeconómico está relacionado con las probabilidades de padecer depresión, como es el caso de un estudio realizado por Freeman, y otros (2016), el cual tuvo una muestra de 10800, de los cuales 1976 eran finlandeses, 4071 polacos y 4753 españoles, entre

los 33 y 50 años. En Europa se ha encontrado una relación entre el nivel educativo con el nivel socioeconómico, por lo que este estudio utilizó la cantidad de ingresos y el nivel educativo para estimar el nivel socioeconómico. El estudio encontró que el tener un nivel socioeconómico bajo aumenta el riesgo de padecer depresión, además de que en los países en los que se realizó el estudio, también se encontró una mayor prevalencia en mujeres. De este modo, los autores consideran que, en Europa, el nivel socioeconómico podría identificarse por el nivel de educación y de ingresos, esto puede variar entre cada país y la situación económica en la que se encuentre (Freeman et al, 2016).

Nivel educativo

Ramírez y Martínez (2011) realizaron un estudio en población mexicana, donde compararon la influencia de diferentes variables en la depresión. Se seleccionó un grupo de personas de 20 años o más en la Ciudad de México, de los cuales 70% eran mujeres y un 30%, hombres. El 32.3% de los encuestados únicamente habían cursado hasta secundaria, es decir, en el caso de los hombres un 30.2% y 33.3 % de las mujeres. En el caso del nivel licenciatura, solo el 8.4% de las mujeres cursó dicho nivel, a diferencia del 14% en hombres.

Los resultados de este estudio demostraron que la escolaridad resultó ser una de las variables más significativas, siendo de menor influencia las variables de edad e ingreso. De este modo se observó que son las mujeres que tienen un menor acceso a la educación, siendo las más afectadas, ya que un menor acceso a la educación

suele indicar un nivel social bajo, por lo que no tienen acceso a servicios de salud mental, a lo que se le suma la condición de género en México (Ramírez & Martínez, 2011).

Consumo de drogas

La morbilidad del consumo de sustancias y la depresión son un problema clínico común, sin embargo, la relación entre estas sigue siendo muy controversial ya que los trastornos psiquiátricos pueden ser una consecuencia, pero también pueden ser un factor de riesgo para el abuso de sustancias. También es común observar síntomas de depresión en personas que llevan un periodo largo de abstinencia, sobre todo en el caso de los consumidores de cocaína, a menudo se quejan de trastornos del sueño, pérdida de energía, ideas suicidas y falta de interés en el sexo. El uso crónico de cocaína reduce los niveles de dopamina y norepinefrina, lo cual podrían ser los causantes de los síntomas de depresión (Renner & Ciraulo, 1994).

1.2 Perspectiva Biológica

La depresión puede deberse a diferentes causas, hay casos en los que se presenta de forma repentina sin que haya antecedentes familiares de depresión, siendo que en ocasiones se debe a tumoraciones en el tronco del encéfalo o en áreas donde se ve afectado el tálamo e hipotálamo (Ledesma & Melero, 1997).

Algunos estudios post-mortem, realizados en varias regiones del cerebro de personas que sufrían depresión, muertos por causas naturales han mostrado que

las concentraciones de serotonina y el ácido 5-hidroxiindolacético (A5HIA), se encontraban en cantidades reducidas. También se han encontrado niveles bajos de ácido homovanílico en el líquido cefalorraquídeo en personas depresivas con tendencias depresivas, en comparación a las no suicidas, los cuales no mostraron diferencias significativas con el grupo control (Villalobos de Novo & Bonilla, 1988).

En el caso de las mujeres algunos de los episodios depresivos están relacionados con periodos intensos de cambios hormonales como la pubertad, el periodo premenstrual, periodo perinatal, menopausia. Estos cambios hormonales pueden alterar el funcionamiento de los neurotransmisores que regulan el afecto, disparando depresión en personas genéticamente vulnerables. (Kendler, Gardner & Prescott, 2002). Los estrógenos y la progesterona han mostrado tener un efecto sobre los sistemas de neurotransmisión, neuroendocrino y circadiano, teniendo influencia en la síntesis y liberación de serotonina y noradrenalina, por lo que están implicados en trastornos del humor (Gavira, 2009).

1.3 Perspectiva Psicodinámica

La primera hipótesis explicativa sobre la depresión fue hecha por Sigmund Freud, a la que denominó como melancolía, la cual era un duelo provocado por una pérdida de libido. También la consideraba como una separación temporal de la otrora simultánea descarga de placer y displacer. Sin embargo, la primera aproximación sistemática a la construcción de un modelo para la depresión la realizó Abraham en su trabajo "Notas sobre la investigación y tratamiento de la locura maniaco-

depresiva y condiciones asociadas” siguiendo a Freud, donde compara la depresión con ansiedad, ambas resultantes de instintos reprimidos, valiéndose de los algunos conceptos formulados hasta entonces como los mecanismos de presión y proyección (Avila, 1990).

Desde el Psicoanálisis partiendo desde lo que Freud define como los vasallajes del yo, este está regido por otros aspectos: el mundo exterior, cuerpo propio y relaciones sociales; el ello: fijaciones del ello y la libido; y el superyó: necesidad de castigo, satisfacciones masoquistas y sádicas. Por lo tanto, la persona se encuentra en una constante confrontación con lo real bajo sus diferentes rostros, así como el deseo al otro. Por lo que en estos diferentes ámbitos de lo real puede haber factores que provoquen el sufrimiento depresivo. Hay dos signos presentes en el momento depresivo: la tristeza y la inhibición. Para Freud la inhibición es la “renuncia” a alguna función, dicha renuncia lleva a una “limitación funcional del yo”, la cual se considera como una de las características de los estados depresivos debido a la renuncia yoica (Bertholet, 2012).

1.4 Perspectiva Cognitivo-Conductual

Hasta 1970, uno de los modelos más aceptados para explicar la depresión, era el modelo de indefensión aprendida de Seligman (Álvaro, Garrido, & Scheweiger, 2008). Seligman (1981) sugiere que la depresión puede deberse a la indefensión aprendida, un fenómeno observado inicialmente en perros que fueron expuestos a descargas eléctricas a las cuales no podían escapar, posteriormente se presentó a

los perros en una nueva condición en la que podían escapar de la descarga, sin embargo los perros no lo hacían, debido a que habían aprendido que sin importar que hicieran de cualquier forma recibirían la descarga (Seligman, 1981).

Miller y Seligman (1976) realizaron un estudio en el que presentaron a tres grupos de estudiantes, de los cuales, la mitad de cada uno presentaba síntomas depresivos, lo cual fue confirmado con el Inventario de Depresión de Beck. A cada grupo se le expuso a una de las siguientes condiciones; un ruido escapable, ruido inescapable y la ausencia de ruido, y posteriormente se mediría su rendimiento en la resolución de anagramas. Los investigadores encontraron que los sujetos deprimidos y no deprimidos que habían experimentado el ruido inescapable tardaron más tiempo y resolvieron menos anagramas, mientras que el grupo deprimido que había experimentado el ruido escapable tuvo un rendimiento mayor que el grupo deprimido que no fue expuesto a ningún ruido. Lo cual demostró que se producen los mismos déficits en la depresión que en la indefensión inducida de forma experimental, ambos mostraron una dificultad para creer en la eficacia de sus acciones (Miller & Seligman, 1996).

Otros autores sugieren que la depresión es el resultado de la pérdida de reforzadores a acciones que antes eran reforzadas, o bien a un proceso de extinción en la que no se presenta reforzador alguno, un ejemplo de esto podría ser la pérdida

de un ser querido. Sin embargo, el modelo de indefensión aprendida no es incompatible con dichas teorías, pero si sugiere que la depresión no surge de la pérdida de reforzadores, si no a la pérdida del control sobre los mismos (Seligman, 1981).

Seligman también sostiene que la indefensión aprendida y la depresión no pueden ir separadas de los aspectos emocionales de las personas que lo padecen, aunque éstas no pueden ser comparadas con el modelo animal debido a que los animales no pueden comunicarnos sus emociones. Concluye que la depresión está relacionada a emociones, autoestima y al sentido de competencia, que protegen a las personas contra la depresión, y que en medida en que ocurren acontecimientos controlables, surgirá un sentido de dominio y se forjará la resistencia a la depresión (Seligman, 1981).

CAPÍTULO II

IDEACIÓN SUICIDA

Es importante que al hablar de Ideación Suicida también se mencione al suicidio, dicho fenómeno se entiende actualmente como un continuo que va desde la ideación suicida, hasta consumir un acto suicida (Álvarez et al., 2012).

El suicidio, visto como un proceso, puede ser dividido en tres categorías: consumación del suicidio, intento suicida e ideación suicida. Esta última, es considerada un predictor importante en el suicidio. Además de que puede estar relacionada a depresión, conflictos internos, desesperanza y al consumo de sustancias (Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges, 1998).

A pesar de que hay una amplia investigación sobre suicidio, la definición de ideación suicida en la literatura es ambigua, lo cual puede deberse a que es considerada una variable latente. Se ha observado que la ideación suicida puede presentarse en estados de depresión, al tiempo que está relacionada con factores personales, familiares, escolares, conductas de alimentación y autoestima. Se presenta como una preocupación autodestructiva, planificación de un acto letal o el deseo de muerte. Puede manifestarse desde simples expresiones verbales, hasta la ideación de un plan suicida, por lo que no debe entenderse como mediadora o desvinculada a un acto suicida (Sánchez, Villarreal, Musitu y Martínez, 2010).

Debe tener en cuenta que las ideas de muerte estructuran una personalidad cada vez más angustiada y con una progresiva marginación o automarginación social (Marchiori, 1998).

Bajo esta misma línea y de acuerdo con Valdivia (2015), la ideación suicida es un conjunto de cogniciones implícitas o explícitas que contemplan la autoeliminación como objetivo. Estas pueden ser:

- Concretas: el suicidio es contemplado como un objetivo específico, preciso y realista. Algunos ejemplos de esta modalidad son “quiero morir”, “deseo matarme”, “me voy a suicidar”, etc.
- Ambiguas: el suicidio no se contempla de forma específica. Algunos ejemplos de esta modalidad son “quisiera dormir mucho tiempo y quizá no despertar”, “la vida no vale nada”, “no sé qué hago aquí”, etc.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud OMS (2014) más de 800 000 personas se suicidan cada año en el mundo y esta es la segunda causa de defunción entre personas de 15 a 29 años de edad, además de que el 78% de los suicidios se producen en países de ingresos bajos y medianos. Entre los países que representan este 78% se encuentra México, que de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2016) en 2014 se registraron 6,337 suicidios en todos los rangos de edad en general, el grupo más vulnerable es en jóvenes de entre 20 y 24 años, lo que coloca al suicidio como la décimo quinta causa de muerte a nivel nacional con una tasa de 5.2 decesos por cada 100 mil habitantes.

Los datos sobre el suicidio en México y en el mundo son alarmantes y debido a esto se ha estudiado arduamente sobre el tema, ya que en diversas investigaciones los estudios se enfocan a la ideación suicida como medio de prevención a la consumación del suicidio.

Bajo esta misma línea de prevención del suicidio y de acuerdo al estudio elaborado por Rendón y Rodríguez (2016) sobre las vivencias y experiencias de individuos con ideación e intento suicida, las personas pueden desarrollar dichas ideas por experiencias previas o por una predisposición a la agresión a lo que se conoce como el modelo de diátesis-estrés. Este modelo es muy bien aceptado debido a su explicación del comportamiento suicida desde una perspectiva psicosocial y biológica. Explica que la conducta suicida ocurre cuando existe una predisposición individual a suicidarse (historia familiar de conducta suicida, maltrato infantil, vulnerabilidad biológica del sistema serotoninérgico o un estilo cognitivo de desadaptación el cual provoca un déficit en la solución de problemas) y esta predisposición al suicidio aparece cuando se combina con un estresor (conflictos interpersonales, episodios depresivos, problemas financieros, etc.) (Wasserman, 2016).

El estudio realizado por Rendon y Rodríguez (2016) constó de ocho entrevistas, los participantes alguna vez tuvieron ideas suicidas y algunos de ellos, intentos de suicidio. Estas entrevistas arrojaron algunas emociones representativas y generalizadas de los sujetos con ideas suicidas, de las cuales destacaron por ser

más mencionadas: la soledad, que se relacionó con la experiencia de sentir rechazo de personas significativas y el abandono de estas mismas, desconfianza, inseguridad, coraje y sobre todo dolor.

Siguiendo el modelo de diátesis-estrés se plantea que los recursos externos son los que mantienen a las personas en equilibrio entre las experiencias y los impulsos natos de cada individuo, lo que ofrece recursos de seguridad y confianza. Cuando hay una pérdida de los recursos externos o cuando estos no cumplen la función esperada por la persona vulnerable, surgen en ella sentimientos de minusvalía y soledad que pueden llevarla al suicidio (Rendón & Rodríguez, 2016).

Cuando se habla de suicidio se piensa en la eliminación del individuo como ente biopsicosocial, sin embargo, se olvida la parte en la que el ser humano como parte de su biología cuenta con sentimientos y emociones, por esto cuando alguien piensa en matarse, realmente no está pensando en acabar con él propiamente, sino con aniquilar el sufrimiento personal que siente en ese momento. El sujeto se mata a sí mismo, pero realmente lo que quiere es acabar con ese sufrimiento interminable al que no le ve salida (Acinas, Pérez-Iñigo & Robles, 2013). Si bien cada acto suicida es diferente, muchos de ellos son motivados por las mismas emociones y sentimientos de dolor que al no poder salir de estas inducen a ideas y conductas suicidas.

Las emociones son parte de la personalidad de cada individuo y estas emociones son moldeadas por experiencias de la vida cotidiana como las relaciones interpersonales, el núcleo familiar y la cultura. Habitualmente se entiende por emociones una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo (Chóliz, 2005).

Las emociones tienen diversas funciones en los seres humanos ya que permiten la adaptación al entorno y además de cumplir con esta función adaptativa también cuentan con funciones de supervivencia. Sin embargo, no solo son estas las únicas funcionalidades de las emociones ya que siguiendo la idea de que forman parte de experiencias multidimensionales, el sistema de respuesta que englobaría a la conducta suicida es el sistema conductual/expresivo el cual conlleva a la función de motivación. La motivación y las emociones van de la mano con la conducta, debido a que sin una motivación no se puede llevar a cabo una actividad, pero esta motivación tiene que estar influenciada por una emoción, ya que esta cuenta con la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia (Reeve,2010).

Chóliz (2005) menciona que una conducta “cargada” emocionalmente se realiza de forma más vigorosa y a su vez dirige la conducta en el sentido que facilita el acercamiento o la evitación del objetivo de la conducta motivada en función de las características patológicas de la emoción.

Con base en lo anterior se puede mencionar entonces que la conducta de suicidio es inducida por la motivación que en este caso son las ideas suicidas que a su vez son “cargadas” por emociones acumuladas por uno o varios acontecimientos experimentados a lo largo de la vida del individuo.

Uno de los hallazgos más importantes en la investigación de Rendón y Rodríguez (2016), fue que algunas de las personas al momento de la entrevista ya no contaban con ideas suicidas y no solo eso, otras reportaban que después del inicio del tratamiento psicológico dichas ideas habían desaparecido, no así la “ilusión” de morir. Aunque las ideas suicidas hayan desaparecido, el deseo de morir algún día sigue presente y algunos de los entrevistados sobre todo los que habían tenido la pérdida de un ser querido, reportaban que el morir los ayudaría a reencontrarse con esa persona lo más rápido posible.

Si bien el suicidio es alarmante sobre todo en jóvenes, se debe tener en cuenta que la una de las formas de evitar que este se realice es, identificando factores de riesgo y previniendo ideas suicidas.

2.1 Depresión y suicidio

Para poder comprender un poco más sobre la ideación suicida es necesario saber que estas ideas surgen muchas veces a partir de una experiencia desagradable, la cual puede generar depresión.

La depresión puede generarse por cuatro razones, la pérdida del objeto amado que genera dolor al introyectarse ese objeto o persona hacia uno mismo, agresión introyectada que puede traducirse en humillaciones por sentir una agresión de manera personal y directa, la fatiga severa crónica o bien estar bajo un estrés constante y percibir que los problemas no tienen solución y por último la carencia severa crónica, es decir, ausencia de satisfactores como el dinero, amor, sexo entre otros los cuales no permiten resolver necesidades primarias como la alimentación (Elmiger, 2010).

Si bien la depresión es más común en mujeres, los hombres, cuando llegan a presentarla son vulnerables a un mayor riesgo. Según datos del INEGI (2016) en 2014 la tasa de mortalidad por suicidio en México fue de 8.5 por cada 100 mil hombres y de 2.0 suicidios por cada 100 mil mujeres, siendo esta la tasa más alta de muertes por lesiones autoinflingidas desde el año 2000 para ambos sexos.

Wasserman (2016) explica que los hombres con depresión desarrollan diferentes síntomas a comparación de las mujeres, ya que la depresión en hombres rara vez puede presentarse como ansiedad, dolor o melancolía. Por el contrario, los hombres manifiestan una pobre productividad en el trabajo comúnmente debido a fatiga severa crónica la cual genera una percepción de carencia individual que se transmite al hogar o a sus actividades diarias. Debido a la conducta de los hombres

con baja productividad por depresión, estos suelen actuar compensando la baja productividad con irritabilidad, peleas, falta de concentración, etc.

Los hombres pueden caer en depresión tal vez aún más de lo que se conoce actualmente, pero esta depresión puede ocultarse por el consumo de alcohol, aumento de la agresividad, violencia y suicidio (Wasserman, 2016).

Debe considerarse que la depresión es uno de los factores de riesgo más comunes para desarrollar ideas suicidas y si estas no son detectadas oportunamente se puede convertir en conductas suicida hasta que llega la consumación de este.

2.2 Perspectiva psicodinámica

Para el psicoanálisis freudiano los seres humanos basan su comportamiento en pulsiones las cuales son las que nos guían a comportarnos de cierta manera en diversas etapas de la vida.

Freud (1976) afirma que el odio hacia uno mismo, visto en la depresión, es originado por el coraje que se tiene hacia el objeto amado, coraje que el individuo vuelca contra sí mismo y que provoca una fuerza motivadora en el suicidio.

Es decir que la introyección que se hace del objeto amado hacia la persona es lo que genera el dolor y al tratar de acabar con ese dolor se termina con la vida de uno mismo al hacer suya la melancolía de haber perdido el objeto o ser amado.

Paz (2011) menciona que el intento de suicidio es un proceso melancólico, donde el duelo se vuelve patológico y al curso de esta patología en la libido no logra desplazarse a otro objeto, sino que se introyecta formando parte del yo.

El dolor y la melancolía se vuelven patológicos a lo que el amor no logra resignarse a la par de la fuga del objeto tratando de reemplazarlo de una manera narcisista. “Para el yo, no ser amado por el superyó magnifica la angustia de muerte como afecto que se pone en acto” (Paz, 2011). Ahora al ser absorbido por así decirlo el objeto amado por el yo, se genera odio hacia uno mismo y este odio insulta y denigra al yo, haciéndolo sufrir y al hacerlo sufrir se logra una satisfacción sádica, la cual podría ser representada por pensamientos suicidas logrando así la satisfacción de las pulsiones de muerte.

2.3 Perspectiva cognitivo-conductual.

Una de las mejores terapias para prevenir o tratar la ideación suicida es la terapia cognitivo-conductual, la cual comenzó a utilizarse para este tipo de padecimientos a principios de los noventas y a partir de entonces se ha considerado la mejor terapia con evidencia empírica para tratar a personas en riesgo suicida.

Wenzel y Beck (2008) describen a la terapia cognitivo-conductual en pacientes con riesgo suicida como la intervención psicosocial activa y dirigida, que tiene como objetivo proporcionar a los pacientes habilidades para modificar el constructo suicida, interrumpir procesos cognitivos asociados a crisis suicidas y modificar los

factores de vulnerabilidad que dispone el individuo, los cuales juegan un papel central en las crisis que estos pudieran presentar.

De acuerdo con esta definición, uno de los puntos a destacar son los factores de vulnerabilidad que pueda tener el individuo con riesgo suicida, esto abarca desde su biología y personalidad, hasta el contexto en donde se desenvuelve ya que en muchos casos este es el desencadenante del suicidio, como se explicó en el modelo de diátesis-estrés.

Algunos de los factores de riesgo individuales que presentan las personas con ideas suicidas son la desesperanza donde se ve imposible resolver alguna problemática, invalidez o perder el valor por sí mismo “no valgo nada”, percepción de intolerancia a la angustia “no puedo más con esto” y percepción de que el mundo no los necesita “todos estarían mejor sin mi” (Rudd,2004).

Una buena estrategia metodológica es crucial para evitar errores hacia la prevención del suicidio, ya que por medio del aprendizaje vicario los seres humanos son capaces de replicar conductas, es decir que se adquiere el aprendizaje por medio de la observación de conductas de otros o bien, por imitación.

La conducta suicida puede generar un efecto imitativo. Tras la aparición de suicidios en prensa y televisión (incluidas películas y series), se producen suicidios por imitación o contagio emocional (Acinas y Pérez-Iñigo & Robles, 2013).

La problemática de los suicidios por imitación es el contagio emocional generado, mismo que provoca valor en individuos que no lo tenían para cometer el acto suicida.

El objetivo central de la terapia cognitivo-conductual es lograr una reestructuración cognoscitiva, para cambiar los constructos que el paciente creó anteriormente debido a su experiencia previa, y que sepa utilizar las herramientas que se le brindan para lograr dicha reestructuración.

Se ha observado que con la terapia cognitivo-conductual los pacientes presentan mayor eficacia para resolver sus problemas, además de una reducción en la considerable de la desesperanza presentada entre la primera sesión y la última (Wasserman, 2016).

Si bien la terapia cognitivo-conductual es excelente para el tratamiento de personas con ideas y conductas suicidas, ésta no es suficiente ya que se recomienda que exista una combinación entre terapia y fármacos, así como una gran adherencia terapéutica.

2.4 Tratamiento y Prevención del suicidio

Una salud mental adecuada incluye la sensación subjetiva de bienestar, permite a los individuos reconocer sus habilidades, afrontar el estrés del día a día, trabajar de forma productiva y contribuir al desarrollo de la comunidad (Valdivia, 2015).

La promoción de la salud juega un papel crucial en la prevención del suicidio ya que con esto se alcanzan conductas saludables como son dejar algunas adicciones (tabaco, alcohol, cannabis, etc.), contribuye a una mayor productividad y a una menor mortalidad en general.

La promoción de la salud puede abarcar distintas vertientes las cuales trabajan desde el fortalecimiento de individuos, organizaciones y comunidades comenzado desde lo particular a lo general.

Para la prevención de suicidio el fortalecimiento individual es lo más importante debido a que se comienza a trabajar con algunos factores de riesgo, sobre todo afectivos (depresión, desesperanza, desconfianza, inseguridad, etc.). Estos factores de riesgo se trabajan con actividades como socialización, dinámicas grupales, lectura de textos sobre salud mental, autoestima, auto eficacia, autodeterminación y control, estrategias comunicativas, habilidades sociales, etcétera (Valdivia, 2015).

Otro de los componentes que se utilizan para la prevención del suicidio es la terapia cognitivo-conductual, la cual utiliza planes de seguridad y psicoeducación de los síntomas de la conducta suicida, regulación de las emociones, tolerancia al estrés, asertividad, habilidades sociales, apoyo familiar, entre otras (Wasserman, 2016).

El individuo suicida lo que busca es acabar con el problema que aparentemente no tiene solución y que lleva al individuo a tener ideas suicidas lo que resulta en conducta suicida.

Según Shneidman (1985) existen 10 rasgos en común del suicidio:

1. El estímulo común es el dolor psicológico insoportable.
2. Los estresores son necesidades psicológicas frustradas.
3. El propósito es buscar una solución.
4. El objetivo en común del suicidio es cesar la consciencia.
5. La emoción es la de desesperanza- impotencia.
6. La actitud interna es la ambivalencia.
7. El estado cognitivo es la construcción.
8. El acto interpersonal es comunicar la intención.
9. La acción común es la fuga.
10. La consistencia común es con patrones de afrontamiento.

Para poder entender más acerca de la prevención del suicidio, es importante tener claro que no todos los suicidios se pueden evitar aunque muchos de ellos sí y para ello es necesario contar con programas de prevención, tratamiento farmacológico y otros tratamientos no farmacológicos como la terapia cognitivo-conductual, además de aplicar estrategias que determinen la ausencia de errores metodológicos, ya que si no se lleva a cabo una buena estrategia metodológica se puede caer en el contagio psicológico de las conductas suicidas en lugar de dar paso a la prevención de estas (Quintanar, 2007).

Prevención del suicidio en México

Actualmente en la Ciudad de México se ha elaborado un programa para la prevención del suicidio brindando atención psicológica integral y gratuita para jóvenes principalmente, al cual se le ha denominado “Hospital de las emociones”. Además de atención a personas que entren en crisis y estén a punto de suicidarse, pueden hablar por teléfono para que sean intervenidos o canalizados al centro de servicios psicológicos más cercano a su localidad.

Según el boletín del gobierno de la Ciudad de México (2017), en la capital del país se brinda servicio a 15 mil personas con ansiedad, depresión, adicción y violencia escolar; evitando en tan solo una delegación que 1,203 personas entre 12 y 23 años cometieran suicidio.

De acuerdo con Valdivia (2015) los programas de prevención del suicidio deben:

- Integrar estrategias de prevención a escala nacional, cuyo objetivo sea priorizar el riesgo suicida y las barreras que limitan el acceso a tratamiento en todos los niveles.
- Ser evaluados constantemente, aun cuando las distintas variables personales y poblacionales sean complejas.
- Superar la problemática de encontrar financiamiento y planificación adecuada.

Aún falta que esta estrategia de prevención se logre llevar a otros estados de la República para que el programa logre ser altamente efectivo y notar una disminución significativa a las muertes por suicidio en el país.

Las nuevas tecnologías en la prevención del suicidio

Para los suicidólogos un nuevo desafío es evitar el cybersuicidio y los pactos suicidas que se puedan derivar del uso del internet. Si bien las nuevas tecnologías son promotoras del suicidio por la rapidez y la facilidad con la que se encuentra información para llevar a cabo el suicidio, juegos suicidas, chistes suicidas y hasta música con la que los individuos vulnerables con ideas suicidas se motivan individual y colectivamente para consumar el acto (Pérez, 2006).

Sin embargo, el internet y las nuevas tecnologías no solo fomentan el suicidio, sino que también pueden ayudar a prevenirlo combinando algunas técnicas de prevención, como la participación activa de la familia al vigilar las páginas que visitan sus hijos o conocidos y observando cambios de conducta que estos individuos puedan presentar. Pérez (2006) menciona algunas recomendaciones sobre los beneficios que puede tener el internet para la prevención de ideas suicidas y consumación del suicidio:

- Publicar los factores de riesgo para el suicidio.
- Publicar los factores protectores para evitar el suicidio.
- Publicar los mitos y las evidencias relacionadas con el suicidio.

- Publicar los signos de alarma de una crisis suicida.
- Publicar las fuentes de salud mental a las que se pudieran acudir en caso de presenciar situaciones de crisis suicidas.
- Divulgar medidas sencillas que permitan a la población saber qué hacer en caso de detectar un sujeto con riesgo de suicidio.

Estas recomendaciones a lo largo de los años pueden ser aún más efectivas con la ayuda de las redes sociales, ya que con estas la comunicación es mucho más rápida y amigable para los jóvenes ya que estos son la población más vulnerable actualmente.

CAPÍTULO III

PSICOMETRÍA

Para la detección de la depresión y la ideación suicida existen una serie a de herramientas a nuestro alcance, una de ellas es la entrevista, en la cual se indaga sobre diferentes aspectos, como la presencia de algún trastorno psiquiátrico, intentos de suicidio previos, pensamientos recurrentes sobre la muerte o síntomas depresivos. También es importante complementar la información obtenida con instrumentos estandarizados, como los siguientes (De la Torre, 2013):

- La Escala de Desesperanza de Beck (BHS) (Beck, 1974).
- Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck y Steer, 1987)
- Escala de Evaluación de Suicidio (SUAS) (Niméus, Alsén y Träskman-Bendz 2001).
- The Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (Montgomery y Asberg, 1979)
- Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (EBIS) (Beck, Kovacs y Weissman 1979)
- Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida (CCCS-18) (Ruiz, Navarro-Ruiz, Torrente y Rodríguez, 2006)
- La Escala de Riesgo Suicida (Plutchik, 1989)
- SAD Person Scale (Patterson et. Al 1983)
- Reasons for Living Scale (Linehan, 1985)

La mayoría de las escalas utilizadas para la medición de la ideación suicida y la depresión son extranjeras, en algunos de los casos han sido traducidas y estandarizadas para la población mexicana, sin embargo, no existen cuestionarios o instrumentos hechos en México y diseñadas específicamente para las características de la población, es por ello que en este capítulo se hablara de psicometría, con la intención de exponer algunas de las técnicas utilizadas en la investigación y la construcción de un instrumento.

La psicometría es un conjunto de modelos que establecen las bases para llevar acabo la medición de variables psicológicas de manera adecuada, por lo que se convierte en un parte fundamental de la psicología. Tiene como objetivo trasformar fenómenos que no son medibles de forma directa, otorgándole valores numéricos a las respuestas de los participantes, así como a los estímulos que les son presentados, para posteriormente ser interpretadas en función a la teoría en la que se basan. Se especializa en las propiedades métricas de fenómenos psicológicos, haciendo posible medir el comportamiento humano en valores numéricos (Aragón, 2011).

Para medir el comportamiento humano, se recurre a la construcción de tests, que miden aquello que no puede observarse directamente. Los primeros registros de evaluaciones datan del año 2200 a. C. en China, donde, por petición del emperador, para evaluar a los funcionarios del gobierno, con el tiempo las evaluaciones fueron modificadas gradualmente, hasta tomar su forma final alrededor de 1370. Para

entonces, la evaluación constaba de medir aptitudes como equitación, música, escritura, ritos o ceremonias, los principios de Confucio, entre otras (Aragón, 2011).

No sería hasta con René Descartes (1596-1650) que se plantearía que no puede estudiarse de forma objetiva al hombre. Esta postura influiría en los enfoques fenomenológicos humanistas, quienes sostienen que no se puede realizar una evaluación objetiva cuantificable en humanos. Por otro lado, se encontraba la corriente empirista inglesa, que consideraba que el estudio del hombre debía ser objetivo. De esta línea, se desprendería la corriente de psicología conductista, que tiene como objeto el estudio de la conducta observable (Aragón, 2011).

Sin embargo, la psicometría no tomaría forma hasta 1905, que Alfred Binet, en colaboración con Theodore Simon, crearon la primera prueba psicométrica de inteligencia, como resultado del análisis de trabajos alemanes y estadounidenses, que según Binet se enfocaban demasiado en pruebas de tipo sensorial, sugiriendo que la inteligencia debía medirse mediante procesos psicológicos, de tal modo que consideraba que la inteligencia se componía de diferentes componentes.

Durante los años siguientes Yerkes y Terman, elaborarían las pruebas de inteligencia "Army Alfa Test" y "Army Beta Test", diseñado para el reclutamiento de soldados en Estados Unidos al estallar la primera guerra mundial. Estos avances tendrían gran importancia en la psicometría, ya que en 1935 se establecería la

Sociedad Psicométrica Americana, “con el objetivo de estimular el desarrollo de la psicología como ciencia cuantitativa y racional” (Aragón, 2011)

La psicometría ha sido un área que ha contribuido en gran medida a la psicología, comenzó tratando de medir constructos psicológicos, otorgándole a la psicología aparatos formales para analizar la conducta humana (Kohan, 2002).

Una de las dificultades de la psicometría es que un mismo constructo puede ser definido de diferentes formas, es difícil determinar las características de una muestra de ítems de un test para que sea representativa lo que produce errores en las medidas, además de que los test psicológicos carecen de unidades de medida constantes (Tornimbeni, Pérez, & Olaz, 2008).

Los constructos hipotéticos son utilizados en las teorías psicológicas para medir una conducta, dichos constructos hipotéticos no pueden ser medidos u observados de forma directa, por lo que para poder ser medidos tienen que ser traducidos a indicadores tangibles que sean susceptibles a la medición, estos indicadores suelen ser representaciones parciales e imperfectas de los constructos de referencia, a dicho proceso se le denomina operacionalización. De este modo el conjunto de los indicadores tangibles proporciona información parcial que permite la medición de un constructo abstracto (Bastida-Foguet, Coenders, & Alonso, 2004).

Es importante que un instrumento mida lo que se desea, es por ello que es importante tomar en cuenta la precisión y la congruencia del instrumento (Argibay, 2006).

3.1 Confiabilidad

La confiabilidad es el grado en el que las puntuaciones de los test están libres de errores de medición. La exactitud de las puntuaciones permite que estas se mantengan constantes en circunstancias diferentes. Haciendo distinción entre cambios en los rasgos de las medidas y las fluctuaciones de las puntuaciones debidas a cambios personales o circunstanciales que afecten la evaluación. La teoría clásica de los test sostiene que en las puntuaciones observadas en una persona posee dos componentes, un puntaje verdadero y un error de medición implícito. Por ejemplo, si un test es incomprensible, puede generar puntuaciones muy bajas independientemente de las habilidades de los participantes (Tornimbeni, Pérez, & Olaz, 2008).

En todo valor obtenido de una medición existe un error, por lo que para que un instrumento sea confiable, al reducir el error de medición, incrementa la similitud entre el valor obtenido y el observado. El error al que la confiabilidad se refiere, es específicamente a los errores aleatorios, es decir, aquellos que no pueden ser controlados ni predichos (Argibay, 2006).

La confiabilidad también indica el grado de estabilidad, precisión o consistencia que manifiesta un instrumento de medición de un rasgo determinado. Para saber la estabilidad temporal se utiliza la estrategia test-retest. La correlación entre ambas mediciones se denomina coeficiente de fiabilidad test-retest, cuanto más cercano sea el uno del otro, indicará una mayor estabilidad temporal (Abad, Garrido, Olea, & Ponsoda, 2006).

La confiabilidad comprende tres dimensiones. Cada una se asocia a diferentes fuentes del error de medición y tienen diferentes métodos para identificarlas, estas dimensiones son la estabilidad, consistencia interna y confiabilidad inter-examinadores (Tornimbeni, Pérez & Olaz, 2008).

Test - Retest

Este método es utilizado para identificar la estabilidad temporal de un instrumento y consiste en aplicar un test dos veces a una misma muestra, ambas aplicaciones deben estar separadas por un intervalo de tiempo. Para valorar la confiabilidad, se analiza la consistencia entre los dos conjuntos de puntuaciones.

La confiabilidad puede ser expresada por medio de un coeficiente de correlación, que cuando es utilizado para estimar la estabilidad, también se le denomina coeficiente de estabilidad. Dicho coeficiente de correlación se expresa en valores entre -1 y 1. Donde 0 es la ausencia de correlación, 1 correlación positiva perfecta

y -1 correlación negativa perfecta. La elección del coeficiente del nivel de medición depende del nivel utilizado (Tornimbeni, Pérez & Olaz, 2008).

Formas equivalentes o paralelas

El método de formas equivalentes o formas paralelas consiste en aplicar dos formas equivalentes de un test a una misma muestra. Este método permite evaluar la consistencia interna y la estabilidad temporal de un conjunto de puntuaciones. Por lo que, en el caso de la estabilidad temporal, la aplicación se realiza después de un tiempo determinado entre la primera aplicación y la segunda. Este método permite controlar una mayor cantidad de posibles fuentes de error aleatorio (Tornimbeni, Pérez & Olaz, 2008).

Este método se utiliza en casos en los que se ha diseñado una segunda versión de un test. Intenta medir lo mismo que primer test, pero con ítems diferentes. Para obtener la correlación de ambas puntuaciones, se puede hacer uso de la correlación de Pearson, que indicará el grado en el que pueden ser consideradas como equivalentes (Abad, Garrido, Olea, & Ponsoda, 2006).

División por mitades

La división por mitades, se utiliza para evaluar la consistencia interna de un instrumento, para ello, los participantes responden una vez un solo instrumento, pero éste se divide en dos partes, asignándoles dos puntuaciones diferentes a cada participante (Barraza, 2007).

Finalmente se analiza la correlación entre las puntuaciones de las dos mitades por medio de un coeficiente de correlación. Permite verificar el grado en el que las diferentes partes de un test miden la misma variable. Una de las dificultades de este método está en lograr que las dos mitades sean comparables, ya que dependiendo del diseño del test o instrumento puede que una mitad tenga mayor dificultad que otra. Un método común para dividir una prueba es dividir los ítems del test por pares e impares. Otro método exige el apareamiento de todos los ítems, asignándolos al azar a cada una de las mitades (Tornimbeni, Pérez & Olaz, 2008).

Métodos de covarianza de los ítems

Los métodos de covarianza de los ítems requieren solo una aplicación del test a la muestra, a partir de esta única aplicación se estima el grado de covarianza de los ítems, haciendo uso de estadísticos como el coeficiente alfa de Cronbach, para ítems dicotómicos “sí o no” (Tornimbeni, Pérez & Olaz, 2008).

Acuerdo entre examinadores

El método de acuerdo entre examinadores consiste en aplicar un test a una muestra, posteriormente los resultados se entregan a un conjunto de jueces que los puntuarán de forma independiente y finalmente se verifica el grado de acuerdo de los jueces. Para estimar dicho acuerdo, los coeficientes que se utilizan más comúnmente son el índice Kappa para escalas nominales, y los estadísticos Kappa

modificado, “w” de Kendal y el coeficiente de correlación en el caso de las escalas ordinales e intervalares (Tornimbeni, Pérez & Olaz, 2008).

3.2 Validez

De acuerdo con Frías (2014) la validez de un instrumento se refiere al grado en el que el instrumento mide aquello que se quiere medir. Determinar la validez de un instrumento es más difícil que establecer la confiabilidad, ya que en la validez se incluyen una mayor cantidad de elementos teóricos. La validez consta de varios tipos y es importante tenerlas en cuenta, ya que permite inferencias distintas y se utilizan con diferentes propósitos (Argibay, 2006).

Validez de contenido

La validez de contenido permite evaluar si los ítems que hemos usado para realizar el instrumento se encuentran dentro del dominio de interés, y saber si los ítems son una muestra representativa de las características que se eligieron como indicadores de un constructo (Argibay, 2006).

Validez de criterio

La validez de criterio relaciona las puntuaciones del instrumento con otras variables, por ejemplo, si es de nuestro interés establecer la validez de criterio de un test de inteligencia, podría utilizarse algún indicador de rendimiento académico, como criterio para relacionar con el test de inteligencia. Los criterios constan de temporalidad, por ello se habla de validez predictiva, si las puntuaciones de un

instrumento se usan para predecir alguna medida de criterio que se realizará en el futuro, y de validez concurrente si se relacionan las puntuaciones del instrumento con una medida de criterio tomada en el mismo momento. Lo anterior no debe confundirse con el poder predictivo propio de una investigación científica, éste se encuentra presente tanto en la validez predictiva como en la concurrente, es decir, que la validez predictiva y la validez concurrente están ligada en cuanto a una dimensión temporal (Argibay, 2006).

Validez de constructo

La validez de constructo a su vez se divide en nomológica, convergente y discriminante. La validez nomológica se refiere a que las medidas válidas de diferentes conceptos teóricamente vinculados deben estar relacionados de acuerdo con las teorías correspondientes. La validez convergente, se refiere a que las medidas de un mismo concepto deben estar relacionadas, y deben estarlo más que las medidas de conceptos distintos, lo que constituye la validez discriminante (Bastida-Foguet, Coenders & Alonso, 2004).

3.3 Análisis Factorial Confirmatorio

El Análisis Factorial es un modelo estadístico que representa las relaciones entre diferentes variables, dichas relaciones pueden explicarse a partir de variables latentes o no observables denominadas factores.

Existen dos tipos de Análisis Factorial, el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). La diferencia entre ambos tipos de Análisis

Factorial no es precisamente que sean distintos, si no que en el caso del Análisis Factorial Exploratorio el investigador analiza el conjunto de datos sin tener una hipótesis previa sobre la estructura, dejando que los resultados sean los que proporcionen dicha información. Mientras que en el caso del Análisis Factorial Confirmatorio, el investigador ya ha planteado una serie de hipótesis específicas que se pondrán a prueba evaluando el ajuste del modelo (Ferrando, Anguiano-Carrasco, 2010).

El análisis factorial confirmatorio se utiliza cuando un instrumento está dividido en factores y sirve para estimar la validez de constructo. Por medio de esta técnica se analiza las intercorrelaciones de un conjunto de datos, que se remiten a factores subyacentes, que constituyen distintos constructos, los cuales forman parte de la teoría del test. El análisis factorial confirmatorio también se utiliza para la construcción de los instrumentos, pudiendo ser utilizado para establecer si la estructura factorial utilizada, puede ser replicada. Cuando la estructura factorial tiene suficiente similitud con la predicha, se puede considerar que el instrumento tiene validez (Argibay, 2006).

CAPÍTULO IV

MÉTODO

Planteamiento del problema

En los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (2003), uno de los trastornos individuales más comunes fue la depresión mayor. En otros estudios se observó que 9% de la población adulta entre 18 y 65 años, presentan trastornos afectivos, 7.8% corresponden a episodios de depresión mayor, siendo más común en las mujeres. Estos datos indican que es una problemática importante en el país, sin embargo, no se cuenta con pruebas psicométricas estandarizadas y validadas con base a la población mexicana y a sus características culturales.

Actualmente para la detección de la depresión y la ideación suicida en población mexicana, se utilizan inventarios adaptados o traducidos de otros idiomas y que están diseñados con base en la población donde se elaboró cada instrumento por lo que la información obtenida de dichos inventarios puede verse sesgada debido a las diferencias culturales que hay con la población mexicana. Por lo tanto, la construcción y validación de este instrumento en población mexicana, proporcionará datos más confiables para una mejor detección de la depresión e ideación suicida en México.

Justificación

La depresión y la ideación suicida son problemas con una alta frecuencia en la población mexicana y del mundo. En México la depresión está considerada por la Secretaría de Salud (2016) como un problema de salud pública, ya que afecta entre un 12 y 20% de la población adulta. Análisis realizados en México, muestran que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones como la diabetes, trastornos respiratorios o la artritis.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2020 la depresión sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, que actualmente, en el caso de México, ya es la primera causa de pérdida de años de vida en mujeres, y la novena en hombres. La depresión afecta las capacidades mentales, físicas y sociales, asociado también a riesgo de muerte prematura, ya que esta afecta la calidad de vida de las personas que la padecen (Berenzon, Lara, Robles, & Medina-Mora, 2013).

A pesar de que la depresión es un problema importante en México, para su medición se utilizan instrumentos extranjeros, que no están diseñados con base en las características culturales de nuestro país. Es por ello que con este instrumento se quiere obtener datos más confiables que los obtenidos con los instrumentos extranjeros, para así lograr un mayor avance en la investigación sobre dicho tema en México, así como en el diagnóstico y tratamiento de la depresión y la ideación suicida.

Objetivo General

Determinar la validez concurrente y validez por estabilidad temporal de la subescala de depresión e ideación suicida del Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida.

Hipótesis

La Subescala de Ansiedad del IMADIS tiene las propiedades psicométricas adecuadas para su uso en residentes de la Ciudad de México.

Variables

- Depresión

Definición conceptual: Trastorno del estado de ánimo, que dura por lo menos dos semanas, en las cuales la persona muestra tristeza extrema, pérdida de alegría o interés en la vida y otros síntomas como pérdida o ganancia de peso, insomnio, sentimientos de inutilidad o culpa, pérdida de memoria, pensamientos de muerte o suicidio (Papalia, 2009).

Definición operacional: Las repuestas que los participantes dieron a los reactivos de la escala. Los puntajes obtenidos se analizaron psicométricamente de acuerdo con los objetivos de cada fase. Es importante señalar que este proyecto no está evaluando la depresión a nivel clínico.

- Ideación suicida

Definición conceptual: Son pensamientos intrusivos repetitivos acerca de la muerte auto infligida, las formas deseadas de morir así como los objetos, circunstancias y condiciones en que se busca morir (Eguiluz, 1995).

Definición operacional: Las repuestas que los participantes dieron a los reactivos de la escala. Los puntajes obtenidos se analizaron psicométricamente de acuerdo con los objetivos de cada fase. Es importante señalar que este proyecto no está evaluando la ideación suicida a nivel clínico.

Participantes

La muestra utilizada para este estudio constó de 400 participantes, todos ellos residentes de la Ciudad de México, de los cuales 100 eran pacientes con alguna enfermedad psiquiátrica, 100 con alguna enfermedad crónica, 100 estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM y 100 personas de la población general de la Ciudad de México.

FASE 1

Objetivos específicos

Determinar la validez concurrente de la subescala de depresión y la de ideación suicida del Inventario Mexicano de Depresión e Ideación Suicida (IMADIS) mediante la correlación con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (EBIS)

Instrumentos

Subescala de Depresión e Ideación Suicida del IMADIS

El Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida es una prueba diseñada para la identificación de síntomas de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida en la población mexicana, por lo que el lenguaje empleado y la construcción de cada uno de los reactivos son propios de la población. Puede aplicarse tanto de forma individual como colectiva. Entre los requisitos primordiales que debe de cumplir el participante es: tener un nivel de lectura apropiado para comprender la intencionalidad de los reactivos y responder adecuadamente (primaria como nivel de escolaridad mínimo); y disposición para responder cada uno de los reactivos de cada cuestionario (Jurado, 2017).

El estudio preliminar para la creación del IMADIS se llevó a cabo por Figueroa y Meza (2016) con apoyo del programa PAPIIT: IN303016, bajo la supervisión del Dr. Samuel Jurado Cárdenas. Fue dividido en cuatro fases:

1. Recolección de datos, con los que se llevó a cabo la elaboración de un banco de reactivos divididos en tres subescalas: cognitiva, conductual y fisiológica, en donde el primer jueceo se realizó con personas diagnosticadas con dicho fenómeno.
2. Se ejecutó el primer piloteo de la versión uno del inventario en población adulta y adolescente de ambos sexos, los datos obtenidos fueron sometidos a validación por expertos en el área de psicología clínica y psiquiátrica, de esta forma se obtuvo la versión beta del inventario.
3. Se efectuó un segundo piloteo en población estudiantil perteneciente a la Ciudad de México con la finalidad de mejorar la versión beta del inventario, la información generada fue clasificada, contrastada con la teoría y analizada utilizando el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).
4. Se conjuntaron los datos obtenidos de la Ciudad de México con los de otros estados, con lo cual se obtuvieron las frecuencias sociodemográficas. Para concluir con la versión preliminar del Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida se realizaron los análisis estadísticos correspondientes la t de student, Alfa de Chronbach (.94 para depression y .90 para ideación suicida), análisis factorial y ecuaciones estructurales.

Esta tesis se enfoca en la Subescala de Depresión e Ideación Suicida, que está compuesta por aspectos representativos de los constructos cognitivo, fisiológico y de interacción social. Tiene un total de 15 reactivos para la subescala de depresión

y 12 para la subescala de ideación suicida con escala de medición tipo Likert, con las opciones de respuesta: “NUNCA”, “DE VEZ EN CUANDO”, “USUALMENTE”, “MUY AMENUDO” y “SIEMPRE”. La forma de calificar el instrumento va de 0 a 4, con excepción de los reactivos 10 y 13, los cuales se recodifican con la finalidad de no alterar los resultados obtenidos en la prueba.

Versión mexicana del Inventario de Depresión (BDI) e Ideación Suicida (EBIS) de Beck

El BDI y el EBIS son de los instrumentos más empleados en población clínica y no clínica a nivel mundial para evaluar sintomatología depresiva e ideas suicidas, se ha estudiado tanto en población general como psiquiátrica, adolescentes y adultos. Consta de 21 reactivos para cada una de las subescalas que determinan la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales. Fue estandarizada para México por Robles, Varela, Jurado y Páez en el 2001 (Galindo, Rojas, Meneses, Aguilar, Álvarez y Alvarado, 2015). Cuenta con una escala de medición tipo Likert, con las opciones de respuesta: “POCO O NADA”, “MÁS O MENOS”, “MODERADAMENTE” y “SEVERAMENTE”. La calificación va de 0 a 3.

Participantes

Se contó con una muestra no probabilística, accidental por cuota, con un total de 373 participantes, con un rango de edad entre 14 y 81 años, con $X = 33.73$ y $DE = 16.004$, los cuales se clasificaron en cuatro grupos:

1. Estudiantes de la Facultad de Psicología UNAM;
2. Población general, residentes de la Ciudad de México;
3. Pacientes con enfermedad crónica;
4. Pacientes con enfermedad psiquiátrica.

Los criterios de inclusión para esta fase fueron: ser residentes de la Ciudad de México, con nivel de escolaridad primaria mínimo, además de tener disposición para contestar las escalas. En el grupo 1 los participantes debían ser estudiantes de la Facultad de Psicología, mientras que en los grupos 3 y 4 tenían que estar diagnosticados con alguna enfermedad crónica y psiquiátrica respectivamente. Por otra parte, los criterios de exclusión fueron: ser menor de 14 años y dejar algún reactivo en blanco.

El instrumento se aplicó de manera presencial en distintos puntos de la Ciudad de México, entre ellos la Facultad de Psicología y la Clínica de Medicina Familiar Milpa Alta, además de otros lugares que se acordaron con los participantes. En algunos casos se aplicó de forma electrónica, mediante la plataforma de Google Forms.

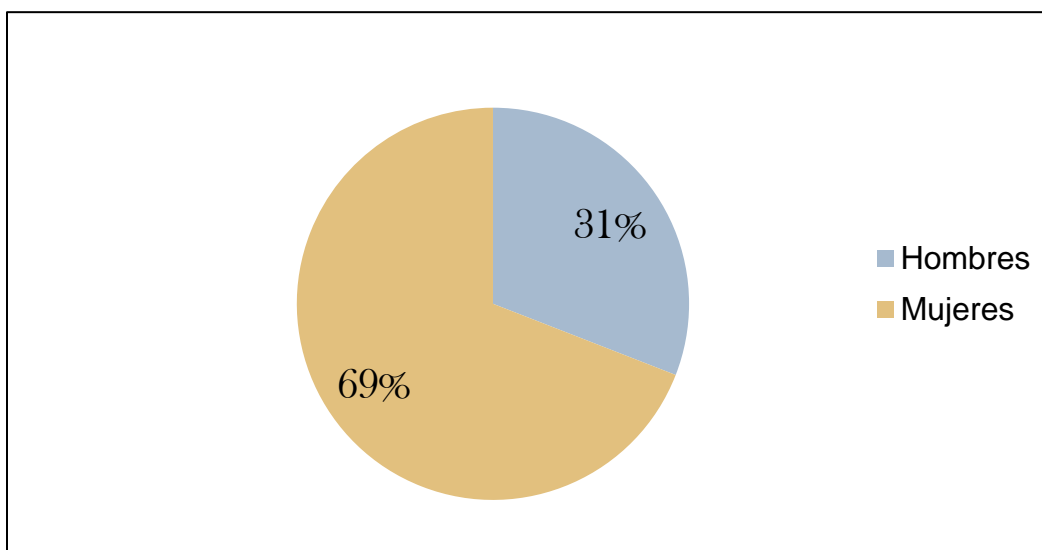
La gran parte de la muestra utilizada fueron mujeres las cuales representan el 69% de la población y hombres que representan el 31% de la muestra (Gráfica 1). De la

muestra obtenida para esta fase, 239 eran solteros, 86 casados, 25 viviendo en unión libre, 11 divorciados, 12 viudos (Gráfica 2), esto debido a que la teoría menciona que las personas que se divorcian o no viven en pareja son propensos a caer en depresión.

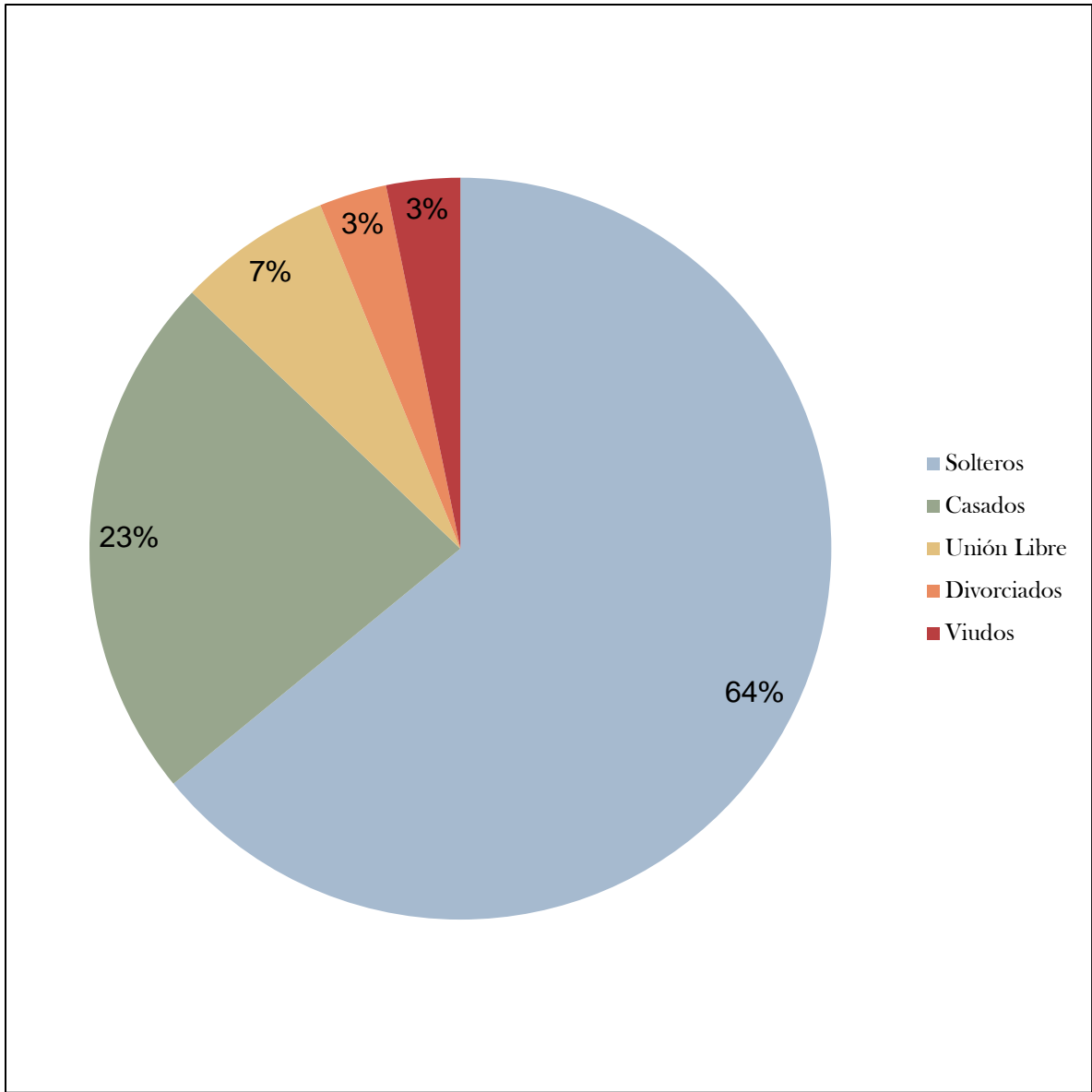
Tabla 1.
Edad

Media	33.73
Desviación Estándar	16.004
Rango	67

*Tabla 2. Muestra el análisis estadístico de la Fase 1 en la variable edad.



Grafica 1. Muestra el porcentaje general dividido por sexos en hombre – mujer en la fase 1



Gráfica 2. Muestra el porcentaje del estado civil de la población general utilizada.

Como podemos observar en la Gráfica 2, más de la mitad de los participantes eran solteros, superando por mucho a los casados y a los viudos, lo cual probablemente se deba a que una parte de los participantes, son estudiantes de la Facultad de Psicología, quienes aún se encuentran en edades jóvenes.

Materiales

- 373 ejemplares de cada una de las subescalas de depresión y de ideación suicida del IMDIS
- 373 ejemplares del Inventario de Depresión de Beck (BDI)
- 373 ejemplares de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (EBIS)
- Lápices y plumas

Procedimiento

A los 400 participantes se les aplicó la subescala de Depresión e Ideación Suicida del IMADIS, el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Ideación Suicida de Beck, la aplicación fue presencial en la mayoría de los casos, solo en algunos casos se realizó de forma electrónica mediante una plataforma Google Forms. En el caso de los participantes pertenecientes a la Facultad de Psicología, se programaron las fechas de aplicación con el apoyo de los docentes.

Debido a la naturaleza del estudio, considerado de riesgo mínimo, por el consentimiento informado se obtuvo sin un escrito, llegando a un acuerdo verbal con los participantes, donde se les informó de la naturaleza del estudio, tal y como se establece en el artículo 23 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. A todos los participantes se les informó que se mantendría confidencialidad y protección de la información obtenida del estudio,

respetando los derechos de los participantes y asegurando el anonimato, cumpliendo con los artículos V y VI de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal.

A todos los participantes se les dieron indicaciones y se les informó que los datos proporcionados serían confidenciales, así como asegurar el anonimato, correspondiente al apartado V artículo 6° de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal, así como del artículo 30 del capítulo II del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, respetando el derecho de los participantes de abstenerse o dejar de participar en cualquier momento del estudio. Durante la aplicación, se les indicó que podían anotar sugerencias o comentarios con respecto a la redacción de los reactivos, y se supervisó que los tests se contestaran completos, de no ser así, se les pedía amablemente que respondieran los reactivos faltantes.

A los participantes dentro de los grupos correspondientes a la población general de la ciudad de México y los estudiantes de Psicología, se les informó que se requería una segunda aplicación, que se realizó un mes después de la primera aplicación, y que constó del mismo procedimiento e indicaciones que la anterior.

Finalmente, los datos fueron capturados en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), recodificando los reactivos del 1 al 4 con el fin de obtener una correlación exacta debido a que las preguntas que se plantean son afirmaciones

para la subescala de depresión y los reactivos 1, 2, 3, 4 y 7 para la subescala de Ideación suicida.

Resultados

Para determinar la validez concurrente del instrumento de la subescala de depresión y de ideación suicida, se llevó a cabo el análisis estadístico pertinente, una vez que los reactivos fueron capturados y recodificados en una base de datos en el programa SPSS. La correlación estadística se obtuvo mediante el coeficiente de correlación de Pearson, con un valor $r=.63$ para la subescala de depresión, en el caso de la subescala de ideación suicida se obtuvo una relación baja, con un valor de $r=.43$, ambas con un valor $p=.00$. Ambos coeficientes de correlación se consideran como una correlación positiva moderada, siendo relevantes en comparación a una correlación igual a cero, sin embargo, en el caso de ideación suicida, con una $r=.43$ puede considerarse como no efectiva (Amon, 1990).

La subescala de depresión del IMADIS obtuvo una media de $X= 19.34$ con una desviación estándar de $DE= 7.563$ y la subescala de ideación suicida obtuvo una media de $X= 15.02$ con una desviación estándar de $DE= 5.364$. Mientras que en el inventario de depresión e ideación suicida de Beck las medias que se obtuvieron en depresión fue de $X= 10.73$ y $X= 9.78$ para ideación suicida, con desviaciones estándar de $DE= 9.161$ para depresión y $DE= 8.565$ en ideación suicida.

Tabla 2.
Estadísticos descriptivos Fase 1

	Media	Desviación estándar
IMADIS Depresión	19.34	7.563
Beck de Depresión	10.73	9.161
IMADIS Ideación suicida	15.02	5.364
Beck de Ideación suicida	9.78	8.565

*Tabla 2. Estadísticos descriptivos del IMADIS (Subescala de depresión e ideación suicida) y subescala de depresión de Beck.

Tabla 3.
Correlaciones IMADIS y Beck de Depresión

IMADIS Depresión	Beck de Depresión	$r = .630$	$p = .000$
IMADIS Ideación Suicida	Beck de Ideación Suicida	$r = .432$	$p = .000$

*Tabla 3. Coeficiente de correlación de Pearson entre el IMADIS (Subescala de Depresión e Ideación Suicida) y subescala de depresión e ideación suicida de Beck.

FASE 2

Objetivos específicos

Determinar el coeficiente de estabilidad por el método test-retest de la subescala de depresión y de ideación suicida del IMADIS.

Instrumentos

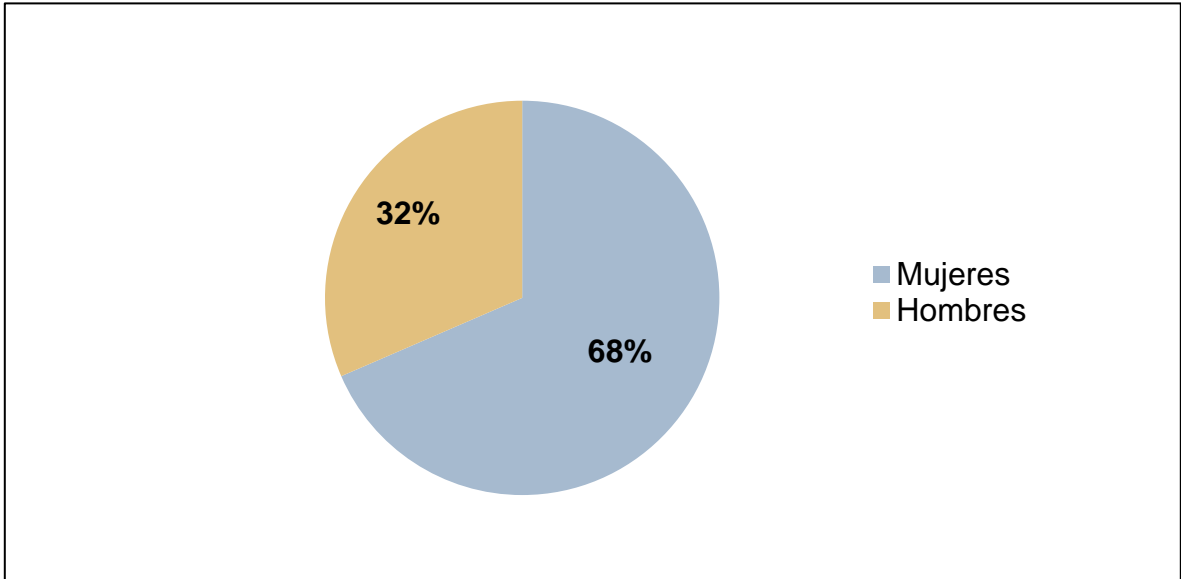
- Subescala de depresión e ideación suicida del IMADIS

Participantes

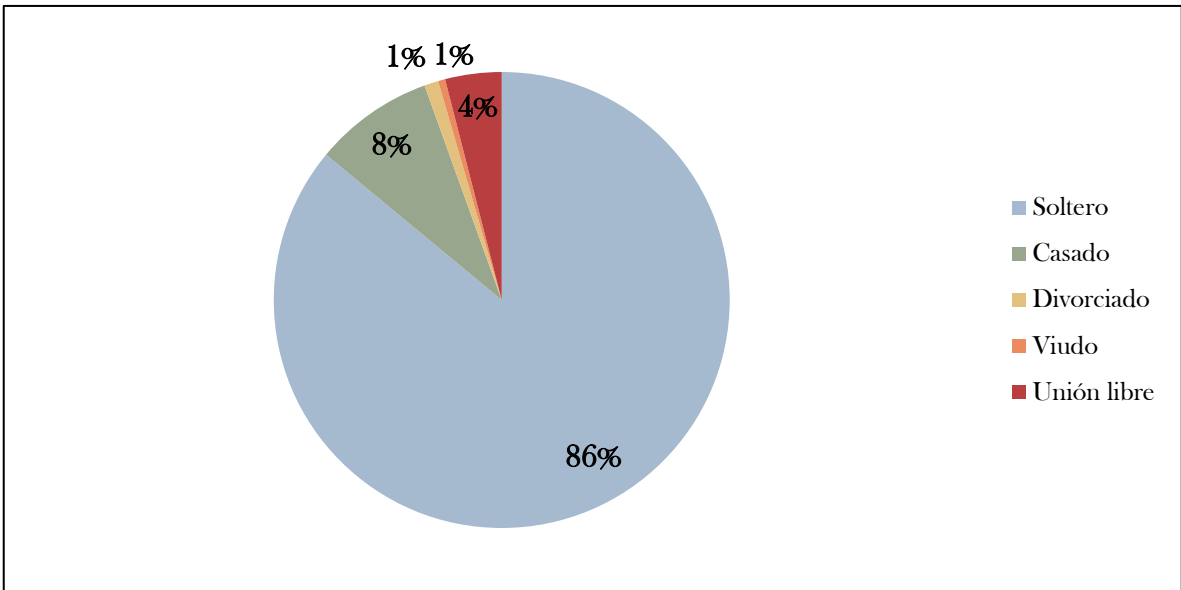
La muestra utilizada estuvo conformada por un total de 200 participantes, 100 estudiantes de la Facultad de Psicología y 100 población general residentes de la Ciudad de Mexico, con un rango de edad de 14 a 76 años, con $X= 24.7$ y $DE= 9.7$.

Los criterios de inclusión para esta fase fueron: ser residentes de la Ciudad de México, con nivel de escolaridad primaria mínimo, tener disposición para contestar las escalas y haber contestado con anterioridad el instrumento. En el grupo 1 los participantes debían ser estudiantes de la Facultad de Psicología. Los criterios de exclusión fueron: ser menor de 14 años y dejar algún reactivo en blanco.

Más de la mitad de la muestra fueron mujeres las cuales representan el 68% de la esta, mientras que los hombres representan el 31% (Gráfica 3).



Grafica 3. Muestra el porcentaje general dividido por sexos en hombre – mujer de la muestra obtenida en la fase 2.



Grafica 4. Muestra el porcentaje del estado civil de la muestra obtenida para la fase 2

La mayoría de los participantes se encontraban solteros, únicamente un 14% reportó otro estado civil, de los cuales el 8% se encontraban casados (Gráfica 4).

Tabla 4.
Edad

Media	24.7
Desviación Estándar	9.775
Rango	62

*Tabla 4. Muestra el análisis estadístico de la Fase 2 en la variable edad.

Materiales

- 200 ejemplares de cada una de las subescalas de depresión y de ideación Suicida
- Lápices y plumas

Procedimiento

Se realizó una primera aplicación de la subescala de Depresión e Ideación Suicida del IMADIS a 100 estudiantes de la Facultad de Psicología y a 100 residentes de la Ciudad de México. Se realizó una segunda aplicación con una diferencia temporal de un mes entre cada una de las aplicaciones. La mayoría de las aplicaciones se realizaron de forma presencial y en algunas excepciones, de forma electrónica. Durante la aplicación, también se les pidió a los participantes que anotaran comentarios en caso de que tuvieran alguna sugerencia en cuanto a la redacción de los reactivos. En el caso del grupo de estudiantes de la Facultad de Psicología, las fechas fueron acordadas y programadas con algunos docentes. Las muestras fueron seleccionadas con base en un muestro accidental por cuota.

A todos los participantes se les dieron indicaciones y se les informó que los datos proporcionados serían confidenciales, así como asegurar el anonimato, correspondiente al apartado V artículo 6° de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal, así como del artículo 30 del capítulo II del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, respetando el derecho de los participantes de abstenerse o dejar de participar en cualquier momento del estudio.

Durante la aplicación, se les indicó que podían anotar sugerencias o comentarios con respecto a la redacción de los reactivos, y se supervisó que los tests se contestaran completos, de no ser así, se les pedía amablemente que respondieran los reactivos faltantes. Posteriormente se dejó pasar un lapso igual a 30 días, debido a que este intervalo se consideró apropiado para la obtención de resultados esperados, y que nos permitía establecer si el instrumento permanecía estable después de ese lapso, además de que dicho intervalo aún nos permitía contactar a los participantes para la segunda aplicación, la cual se aplicó en condiciones similares a la primera.

Finalmente, los datos fueron capturados en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), recodificando los reactivos del 1 al 4 con el fin de obtener una correlación exacta debido a que las preguntas que se plantean son afirmaciones para la subescala de depresión y los reactivos 1, 2, 3, 4 y 7 para la subescala de Ideación suicida.

Resultados

Para determinar una estabilidad en el tiempo del instrumento en las subescalas de depresión y de ideación suicida, se llevó a cabo el análisis estadístico pertinente, una vez que los reactivos fueron capturados y recodificados en una base de datos en el programa SPSS. La correlación estadística se obtuvo mediante el coeficiente de correlación de Pearson, con un valor alto de $r=.71$ para la subescala de depresión y un valor bajo de $r=.04$ para la subescala de ideación suicida ambas con un valor $p=.00$.

Para la subescala de depresión, se muestra que la estabilidad en el tiempo del instrumento es muy alta, ya que esta se aproxima bastante a uno, sin embargo, para la subescala de ideación suicida esta no es significativa, lo cual puede derivarse a la redacción de los reactivos, al tipo de muestra la cual se considera como una población en su mayoría sana y sin ideas suicidas, además de diversos factores ambientales como desastres naturales ocurridos en el país que pudieron sesgar la prueba.

En el test de las subescalas de Depresión e Ideación suicida se obtuvo una media de $X= 14.21$ y una desviación estándar de $DE= 8.171$ para depresión y $X= 22.90$ y $DE= 4.388$ para ideación suicida. Mientras que en el retest se obtuvieron la media de $X= 12.62$ con una desviación estándar de $DE= 8.305$ para depresión y $X= 10.91$ y $DE= 5.344$ para ideación suicida.

Tabla 5.
Estadísticos descriptivos Fase 1

	Media	Desviación estándar
Test Depresión	14.21	8.171
Retest Depresión	12.62	8.305
Test Ideación suicida	22.90	4.388
Retest Ideación suicida	10.91	5.344

*Tabla 5. Estadísticos descriptivos del test y retest de las Subescalas de Depresión e Ideación Suicida del IMADIS.

Tabla 3.
Correlaciones IMADIS y Beck de Depresión

IMADIS Depresión Test	IMADIS Depresión Retest	$r = .718$	$p = .000$
IMADIS Ideación Suicida Test	IMADIS Ideación Suicida Retest	$r = .042$	$p = .000$

*Tabla 4. Coeficiente de correlación de Pearson de las Subescalas de Depresión e Ideación suicida del IMADIS en Test y Retest.

DISCUSIÓN

Partiendo desde el objetivo general determinar la validez concurrente y validez por estabilidad de temporal la subescala de depresión e ideación suicida del IMADIS en población mexicana, se realizó un análisis de las diferentes posturas teóricas, se reunieron los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos utilizados y finalmente se analizaron los resultados mediante las pruebas psicométricas apropiadas.

Para determinar la confiabilidad concurrente de las subescalas de depresión e ideación suicida del IMADIS, se relacionaron las puntuaciones de dichas escalas con las del Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (EBIS) a modo de una medida de criterio, ya que estos instrumentos son utilizados actualmente y de forma común en México para la medición de la depresión e ideación suicida, y que ya han sido validados con anterioridad en nuestro país, a pesar de no ser instrumentos diseñados para poblaciones de otros países.

Se encontró que las subescalas del IMADIS miden con una validez concurrente adecuada la depresión e ideación suicida, al igual que el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck, en particular la subescala de depresión obtuvo una correlación alta, y que, a diferencia de estos dos últimos

instrumentos diseñados por Beck, las subescalas del IMADIS están diseñadas con base a las características de la población mexicana.

En el caso de la confiabilidad por estabilidad temporal se encontró que la subescala de depresión puede mantenerse estable temporalmente, sin embargo, en el caso de la subescala de ideación suicida no se encontró que esta se mantuviera tan estable como la de depresión, por lo que se sugiere una revisión de los reactivos, ya que esto pudo deberse a la redacción utilizada en éstos, el formato del instrumento o el uso de estudiantes para la muestra. Además del hecho de que, para el diseño de la subescala de ideación suicida, debe tomarse en cuenta la diferenciación entre la ideación suicida, conducta suicida, intentos suicidas fatales y no fatales, pensamientos suicidas, planes suicidas, así como el abuso de sustancias, que han demostrado ser un factor de riesgo en los intentos suicidas en países en desarrollo como México. También debe hacerse una diferenciación entre los aspectos del suicidio y de las autolesiones, ya que tienen diferentes prevalencias y factores relacionados (Klonsky, May & Saffer, 2016).

En cuanto a la revisión teórica, se encontraron similitudes entre las posturas teóricas en el tema de depresión, ya que a pesar de que aún hay que hacer revisiones a la escala de ideación suicida, se cumplió con el objetivo de lograr realizar un instrumento que mida depresión e ideación suicida, que responde a las características de la población mexicana.

Encontraromos similitudes entre las posturas teóricas psicodinámica y cognitivo-conductual en cuanto a depresión. En el caso de la postura psicodinámica, ésta plantea que la depresión, surge como resultado de la separación temporal de aquello que produce placer (Avila, 1990), lo cual se relaciona con la teoría de indefensión aprendida de Seligman, que plantea que la depresión se debe a la perdida de reforzadores o acciones que antes eran reforzadas, o bien, a la ausencia total de reforzadores, lo que genera sentimientos de indefensión y desesperanza (Seligman, 1981).

Lo anterior puede estar relacionado con la ideación suicida, ya que los sentimientos de desesperanza son elevados en aquellos que han experimentado ideación suicida, sin embargo, no es más alta en aquellos que han tenido intentos suicidas, en comparación con los que únicamente presentan ideación suicida (Klonsky, May, & Saffer, 2016).

En el caso de la ideación suicida, a pesar de encontrar algunos factores relacionados como el consumo de sustancias, aún se requiere mucha investigación, no únicamente en México, ya que es un tema con muy poca investigación, y el instrumento que se presenta en este proyecto es el primero en diseñarse en base en la población mexicana, abre el campo a nuevas investigaciones sobre la depresión e ideación suicida en nuestro país, dando puntos de referencia, al tiempo que nos permite identificar dónde se debe mejorar para así ir perfeccionando el instrumento, o bien, para obtener más información del tema.

CONCLUSIONES

Los resultados estadísticos de la primera fase del estudio muestran una validez concurrente adecuada de las subescalas de depresión e ideación suicida, por medio de la correlación de Pearson, usando como comparación, el Inventario de Depresión y la Escala de Intencionalidad Suicida, ambas de Beck, con un valor $r=.63$ para la subescala de depresión y un valor $r=.43$ para la subescala de ideación suicida ambas con un valor $p=.00$. Ambos coeficientes de correlación se encuentran dentro del rango 0.4 a 0.69, por lo que son consideradas como una correlación positiva moderada (Amon, 1990). Lo cual confirma que la correlación obtenida es diferente a 0, esto significa que se logró crear un instrumento con una validez concurrente adecuada para la población mexicana.

En el caso de la subescala de ideación suicida puede que la correlación no sea precisamente efectiva, ya que su valor es bajo, pero sigue siendo aceptable. Tomando en cuenta que los resultados obtenidos pertenecen únicamente a la muestra obtenida de la Ciudad de México, es probable que los datos cambien al sumar los resultados obtenidos de las muestras de los estados de Sinaloa, Pachuca, Puebla, Aguascalientes y Querétaro.

En cuanto al coeficiente de estabilidad, se obtuvo mediante el coeficiente de correlación de Pearson, con un valor $r=.71$ para la subescala de depresión y un valor $r=.04$ para la subescala de ideación suicida también con un valor $p=.00$, estos

resultados indican que, tomando en cuenta que conforme el valor de r se aproxime a uno, indica una mayor estabilidad temporal, la subesala de depresión muestra una adecuada estabilidad temporal, sin embargo la de ideación suicida no se mantiene estable durante el tiempo, ya que el valor de r está muy alejado de uno (Revuelta & Ponsoda, 2005). A pesar de esto último podemos decir que se logró diseñar un instrumento con una validez concurrente adecuada para la población mexicana. Sin embargo, sigue siendo un tema que debe seguir siendo investigado.

Si bien el instrumento es adecuado y válido para aplicarse a población mexicana, se deben tener algunas consideraciones ya que por ahora la aplicación debe hacerse con algunas reservas, debido a que la subescala de ideación suicida no tiene estabilidad temporal.

La inestabilidad temporal de la subescala de ideación suicida puede deberse a diversas situaciones como que el instrumento no se aplicó a personas que tuvieran tendencia al suicidio, la investigación se realizó con una población sana, en su mayoría estudiantes, otro de los factores que pudieron afectar fueron los factores ambientales que ocurrieron en la Ciudad de México con el sismo del 19 de Septiembre, solo a unas cuantas semanas de aplicarse el retest de la prueba para la validación de este instrumento debido a la gran cantidad de estrés y ansiedad generada por este hecho. Además la redacción de los reactivos de esta subescala no es clara y generó confusión en la mayoría de los sujetos a los que se les aplicaba el inventario, por último se debe considerar que aún faltan agregarse los resultados

de otros estados de la República Mexicana, ya que estos resultados solo fueron de las personas que residen en la Ciudad de México.

Cabe mencionar que la aplicación de este instrumento para validar la estabilidad temporal se dejó pasar cierto lapso, en este caso se consideró que un mes podría ser un tiempo amplio para aplicar el retest. De acuerdo con Meliá (1993) a mayor tiempo después de aplicarse la primera prueba, mayor posibilidad de que los sujetos hayan cambiado realmente en la variable de interés debido a múltiples factores permanentes o circunstanciales como el aprendizaje, experiencias emocionales, enfermedades, condiciones ambientales, etc.

En el caso de la subescala de ideación suicida, se sugiere una revisión del instrumento debido a los resultados que se obtuvieron en este estudio, y se sugiere una revisión de esta escala en particular. Pueden buscarse nuevos indicadores como el padecimiento de algún trastorno psicológico, o bien el consumo de drogas, factores que se han relacionado con el suicidio en países en desarrollo (Klonsky, May, & Saffer, 2016) como lo es México, así como aplicar la subescala de ideación suicida del IMADIS a una muestra que presente este tipo de ideaciones.

También se sugiere realizar modificaciones al formato en el que está presentado el instrumento, debido a que en algunas ocasiones los participantes se confundían y no respondían algunos reactivos.

Además de aplicar el instrumento a muestras representativas que en este caso cuenten con algún antecedente de suicidio o de depresión y que este instrumento se siga aplicando en otros estados de la República Mexicana o relacionarlos con algunos otros factores de riesgo como la aplicación en personas con algún tipo de adicción.

A pesar de que ha habido varias cosas que pueden mejorarse, se ha creado un antecedente en la investigación de la depresión y la ideación suicida en México, abriendo una brecha para nuevas investigaciones y aportes al tema.

REFERENCIAS

- Abad, F. J., Garrido, J., Olea, J. & Ponsoda, V. (2006). *Introducción a la psicometría*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- acción en México. *Salud Pública de México*, 55 (1), 74-80.
- Acinas, M., Pérez-Iñigo, J. & Robles, J. (2013) *Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Álvaro, J., Garrido, A. & Scheweiger, I. (2008). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*, 68(2), 333-348.
- Amon, J. (1990). Estadística para psicólogos (2). *Probabilidad. Estadística Inferencial*. Madrid: Pirámide.
- Aragón Borja, L. (2011). *Evaluación psicológica: historia, fundamentos teóricos-conceptuales y psicometría*. México: Manual Moderno.
- Argibay, J. (2006). *Técnicas Psicométricas. Cuestiones de Validez y Confiabilidad*. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, (8), 15-33.
- Avila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. *Anales de psicología*, 6 (1), 37-58.
- Baca García, E. & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*, 37(5), 373-380.
- Barraza Macías, A. (2007). Apuntes sobre metodología de la investigación. *Investigación Educativa*, 2 (6), 6-10.

- Bastida González, R., Valdez Medina, J., Valor Segura, I., González Arratia-López Fuentes, N., & Rivera Aragón, S. (2017). Satisfacción marital y estado civil como factores protectores de la depresión y ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26 (1), 95-102.
- Bastida-Foguet, J. M., Coenders, G. & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina clínica (Bar)*, (1), 21-27.
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55 (1), 74-80.
- Bertholet, R. (2012). La depresión, una lectura desde el Psicoanálisis. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Boletín de la Ciudad de México. (2007). Presenta gobierno de la CDMX campaña de prevención y atención al suicidio en jóvenes "Like a la Vida". Recuperado de <http://www.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/presenta-gobierno-de-cdmx-campana-de-prevencion-y-atencion-al-suicidio-en-jovenes-la-vida>.
- Canto, H., & Castro, E. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, IX (2), 257-270.
- Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 521-551.

- Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2007). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideraciones sobre la selección tests en la investigación psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 863-882.
- Chóliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. Recuperado de <http://www.uv.es/=cholz>.
- De la Torre Martí, M. (2013) Protocolo para la detección y manejo inicial de la Ideación Suicida. Recuperado de https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf.
- Eguiluz, L. (1995). Estudio exploratorio de la ideación suicida entre los jóvenes. Memorias del XV Coloquio de Investigación, Iztacala, UNAM; 121-130.
- Elmiger, M. (2010). La subjetivación del duelo en Freud y Lacan. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v10n1/v10n1a02.pdf>.
- Ferrando, P., & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El Análisis Factorial como Técnica de Investigación en Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31 (1), 18-33.
- Figuroa Rivera, M. & Meza León, A. (2017). *Estudio Preliminar del Inventario Mexicano de Depresión e Ideación Suicida* (tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Freeman, A., Tyrovolas, S., Koyanagi, A., Chatterji, S., Leonardi, M., Ayuso-Mateos, J. L. & Haro, J. M. (2016). The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC Public Health*, 16 (1).

- Freud, S. (1976). *Obras completas "Duelo y melancolía"*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Frías Navarro, D. (2014). *Apuntes de SPSS*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Galindo, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J., Álvarez, M. & Alvarado, S. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en Pacientes con Cáncer. *Psicooncología*, 12 (1), 51-58.
- Gaviria Arbeláez, Silvia Lucía. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 316-324. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000200008&lng=es&tlng=es.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/suicidio2016_0.pdf.
- Jurado, S. (2017). Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida: Manual para aplicación y calificación. Facultad de Psicología, UNAM: México.
- Kendler, K., Gardner, C., & Prescott, C. (2002). Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *The American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1133-45.
- Kendler, K., Kuhn, J., & Prescott, C. (2004). Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. *Psychological Medicine*, 34(8), 1475-1482.

- Kohan, N. (2002). Importancia de la investigación psicométrica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (3), 229-240.
- Kristeva, J. (1987). *Sol negro. Depresión y melancolía*. (M. Sánchez Urdaneta, Trad.) Venezuela: Monte Ávila Editores Latinoamericana.
- Leader, D. (2011). *La moda negra. Duelo, melancolía y depresión*. (E. Corona Aguilar, Trad.) España: Sextopiso.
- Ledesma, A., & Melero, L. (1997). *Estudios sobre las depresiones*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Levin, J. (1979). *Fundamentos de Estadística en la Investigación Social*. México: Harla.
- Marchiori, H. (1998). *El suicidio enfoque criminológico*. México D.F, México: Editorial Porrúa.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara Muñoz, C., & Cols. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 55 (3), 2-16.
- Meliá, J. L. (1993). *Apuntes sobre teoría clásica de tests*. Valencia, España: Cristóbal Serrano.
- Miller, W. & Seligman, M. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology*, 105 (1) 3-46.
- Ministerio de ciencia e innovación. (2012). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliampi.pdf.

- 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), 20-26.
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R. & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev*, 30 (1), 133-154.
- Nunnally, J.C. & Bernstein, I.J. (1995). *Teoría Psicométrica*. México, D.F.: McGrawHill Interamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). La depresión, una crisis mundial. Recuperado de http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/2012_wmhday_spanish.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio: Un imperativo global. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1.
- Papalia, D. (2009). *Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia*, Ciudad de México, México: McGraw-Hill.
- Paz, A. (2011). *Aportaciones metapsicológicas para el análisis del intento de suicidio*. Ciudad de México, México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Pérez, S. (2006). La internet. Nuevas posibilidades, nuevos problemas y nuevos desafíos en la prevención del suicidio. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 69 (1), 102-106.
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida: perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. Ciudad de México. México: Editorial Pax México.

- Rafful, C., Medina-Mora, M. & Borges, G. (2012). Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 138 (1-2), (165-169).
- Ramírez, L. & Martínez, O. (2011). Factores asociados a la depresión en las grandes urbes. El caso del Distrito Federal en México. *Revista Gerenc. Polit. Salud*, 10 (20),110-120.
- Reeve, M. (2010). *Motivación y Emoción*. Quinta edición. Ciudad de México, México: McGraw-Hill.
- Rendón, E. & Rodríguez, R. (2016). Vivencias y experiencias de individuos con ideación e intento suicida. *Revista colombiana de psiquiatría*, 45(2), 92-100.
- Renner, J. & Ciraulo, D. (1995). Consumo de Drogas y Depresión. *Revista de Toxicomanías*, (4), 3-10.
- Renner, J. & Ciraulo, D.(1994). Substance abuse and depression. *Psychiatric Annals*, 24(10), 532-539.
- Revuelta, J. & Ponsoda, V. (2005). *Fundamentos de estadística*. Segunda Edición. Madrid: Ediciones de la UNED.
- Rudd, M. (2004). Cognitive therapy for suicidality: An integrative, comprehensive, and practical approach to conceptualization. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 59–72.
- Salvo, L. (2017). Características clínicas del trastorno depresivo mayor en tratamiento en el nivel secundario de atención. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n3/art07.pdf>.
- Sánchez, Villareal, Musitu & Martínez (2010) Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19 (3), 279-287.

- Secretaría de Economía. (2014). Programa Nacional de Protección a los Derechos del Consumidor. Diario Oficial de la Federación, 1-20. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343849&fecha=08/05/2014&print=true.
- Seligman, M. (1981). *Indefensión en la depresión, el desarrollo y la muerte*. Madrid: Debate.
- Tornimbeni, S., Pérez, E. & Olaz, F. (2008). *Introducción a la psicometría*. Buenos Aires: Paidós.
- Valdivia, A. (2015). *Suicidiología: prevención, tratamiento psicológico e investigación de procesos suicidas*. Bogotá, Colombia. Ediciones de la U.
- Vea, R. (1989). Factores psicosociales de la depresión y la ansiedad en madres con hijos deficientes mentales. *Zerbitzuan*, (9), 94-105.
- Villalobos de Novo, V. & Bonilla, E. (1988). La Depresión: Aspectos Bioquímicos y Farmacológicos. Revision. *Investigación Clínica*, 29 (3), 141-172.
- Waite, L., Lou, Y. & Lewin, A. (2009). Marital happiness and marital stability: Consequences for psychological well-being. *Social Science Research*, 57 (2), 201-212.
- Wasserman, D. (2016). *Suicide an unnecessary death*. Stockholm, Sweden: Oxford University Press.
- Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12,189–201.