



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional  
Programa de Profundización en Psicología Clínica

“Prevalencia de riesgo suicida en adolescentes de la secundaria Gral. 2 de Mineral de la Reforma; Hidalgo”

Tipo de investigación Empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Nadia María Ortiz Ramírez

Director: Dr. Javier Tadeo Sánchez Betancourt



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, a 19 de Junio de 2017



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.

## ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	4
II.	JUSTIFICACIÓN.....	13
III.	MÉTODO.....	14
IV.	PROCEDIMIENTO.....	16
V.	RESULTADOS.....	17
VI.	CONCLUSIONES.....	23
VII.	REFERENCIAS.....	25
VIII.	ANEXOS.....	27

## Resumen

Se realizó un estudio para conocer la prevalencia de ideas suicidas en adolescentes de la escuela secundaria general 2 de Mineral de la Reforma; Hidalgo. Se aplicó el "IRISA" Indicador de Riesgo Suicida en Adolescentes (Hernández & Lucio, 2002) se retomaron sólo los reactivos que tienen que ver con el área de ideación suicida en la cual los adolescentes puntuaron más de la media al pensar en "desear estar muerto" al mismo tiempo se empleó el cuestionario de Sucesos de Vida, versión para adolescentes de Lucio y Durán (2003) que evalúa 8 áreas: Familiar, Social, Personal, Problemas de Conducta, Logros y Fracayos, Salud y Escolar. No se encontraron diferencias significativas a través de T de student entre ambos grupos respecto a los sucesos no normativos. Las mayores diferencias en cuanto a los sucesos no normativos, estuvieron en el área social, familiar y personal en donde los adolescentes reportaron un mayor número de sucesos.

## Summary

A study was conducted to determine the prevalence of suicidal ideation in adolescents at the general secondary school 2 of Mineral de la Reforma; Hidalgo. The "IRISA" Indicator of Suicide Risk in Adolescents (Hernández & Lucio, 2002) was used only to react to the area of suicidal ideation in which adolescents scored more than average when thinking of "wanting to be Dead "at the same time was used the questionnaire on Life Events, version for adolescents of Lucio and Durán (2003) that evaluates 8 areas: Family, Social, Personal, Behavior Problems, Achievements and Failures, Health and School. No significant differences were found through student T between the two groups regarding non-normative events. The greatest differences in non-normative events were in the social, family and personal area where adolescents reported a greater number of events.

**Palabras clave:** Adolescencia, riesgo suicida, ideación, estrés, adolescentes, sucesos de vida.

## I. INTRODUCCIÓN.

La adolescencia es considerada como una etapa de transición en la que se efectúan importantes transformaciones en todos los niveles, biológico, cognitivo, y social, más relevantes y de mayor proporción a las que se dan en otras etapas de la vida, es por ello que es una etapa muy compleja en la vida del ser humano. El adolescente enfrenta cambios físicos y tiene que adaptarse a su grupo de amigos, lo que provocará cambios en sus ideas, prácticas, valores y el concepto de sí mismo, para construir una identidad propia. Estos ajustes se ven afectados por la relación que el adolescente tenga con su familia, y la falta de un entorno familiar adecuado podrá generar desajustes comportamentales y emocionales. Cuando el adolescente sufre de problemas emocionales y de conducta por lo regular origina una depresión y sentimiento de minusvalía el cual sino es tratado a tiempo desencadena ideas suicidas las cuales llegan a finalizar en un intento o suicidio consumado. Es por ello que la mayor incidencia de problemas emocionales y de conducta se da durante la pubertad y la adolescencia (Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin & Jiménez, 2009).

Para algunos adolescentes los cambios normativos, conformados por aquellos eventos que todos los jóvenes deben confrontar, pueden ir acompañados de otros sucesos de vida adversos, los cuales según Masten y Garmezy (1985; citado en Arenas, Lucio y Forns, 2012), se refieren a cualquier cambio en el ambiente que provoque un alto grado de tensión emocional, interfiera con los patrones normales de respuesta de los individuos y se asocie a síntomas físicos y problemas de salud mental. Estos eventos de vida adversos pueden incrementar el nivel de estrés que experimentan algunos jóvenes al considerarlos como situaciones abrumadoras, violentas y difíciles de sobrellevar generando en ellos sentimientos de depresión y desesperanza, variables asociadas al intento de suicidio en esta población (Arenas, Lucio y Forns, 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud (2010), aproximadamente un millón de personas en el mundo se suicidan cada año y entre 10 y 20 millones lo intentan, así mismo menciona que el Suicidio se concibe como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona, con el pleno conocimiento o previsión de su

desenlace fatal; además es considerado como una de las cinco principales causas de mortalidad entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad y sucede con más frecuencia entre los varones. Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,53 millones y de 10 a 20 veces más personas realizarán intentos de suicidio, es decir aproximadamente una muerte cada 20 segundos y un intento cada 1-2 segundos (Cañón; 2011). En la adolescencia los jóvenes transitan por un periodo de grandes cambios y transformación de las interacciones sociales lo cual incluye riesgos y beneficios para su salud mental y física; en muchos lugares y de diversas formas los adolescentes ven sometida su identidad, cuestionamientos y creatividad a pensamientos particulares y totalitarios (Andrade; 2012).

De acuerdo a los Centros de Enfermedad, Control y Prevención (CDC) en 2007 cada 4,140 personas entre los 15 y 24 años fueron reportados como suicidios. En la actualidad el suicidio va aumentando; muchos expertos creen que el suicidio y el consumo de drogas está vinculado, ya que el Sistema de Notificación Nacional de Muertes Violentas anuncio en 2009 que en muchos de los suicidios se han encontrado abuso de drogas en adolescentes (Huddle & Schleifer; 2012).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) refiere que durante 2012 en México se registraron 5,549 suicidios, de los cuales 80.6% fueron consumados por hombres y 19.4% por mujeres. En los últimos años el intento de suicidio ha aumentado preocupantemente en los adolescentes mexicanos, convirtiéndose en un grave problema de salud pública; el Consejo Nacional de Población señala que en los últimos 20 años se duplicó el número de suicidios entre los niños y adolescentes al pasar de 1.4 a 3.7 por cada cien mil habitantes, por lo que a partir de 2006 constituye la tercera causa de muerte infantil (Águila, 2011).

Estadísticas de instituciones de Salud Pública revelan que un promedio de 14 jóvenes, entre los 15 y 24 años, muere cada día por suicidio, es decir, cada hora y 40 minutos comete suicidio una persona por debajo de los 25 años; en los últimos 35 años el índice de suicidio juvenil se ha triplicado, de 7 a 16% de adolescentes reporta un historial de intentos de suicidio (Águila, 2011).

En los últimos años se documentó un notable incremento en las tasas de suicidios entre la población infantil y juvenil en la República Mexicana, sobresalen el Distrito Federal, Yucatán, Campeche, Tabasco y Jalisco (Águila, 2011).

La tasa de suicidios de los adolescentes hidalguenses se encuentra en el segundo grupo de mayor impacto en el país, algo que en la mayoría de los países “es un indicador de salud mental de la población”, reveló el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). En el grupo más vulnerable, donde se alcanzan más de 11 casos por cada 100 mil habitantes entre 14 y 19 años, se encuentran Aguascalientes, Distrito Federal, Guanajuato y Tabasco, seguidos del grupo donde se dan entre 9 y 11 casos, en el cual se encuentra el estado de Hidalgo y otras siete entidades más. Los adolescentes que se quitan la vida son hasta tres veces más que en Baja California, Sinaloa, Durango, Zacatecas, Guerrero y Veracruz. El método más usado por los adolescentes que se suicidaron son estrangulamiento o sofocación en ocho por cada diez casos; seguido de un disparo con arma para los varones; en el caso de las mujeres el método más común es el envenenamiento por gases, vapores, alcohol o plaguicidas y en ambos casos, el acto suele cometerse en el interior de sus viviendas en el 77 por ciento de los casos (Revista Informativa Quadratín, 2014).

La palabra suicidio proviene del latín, y se compone de dos términos: sui, de sí mismo y caedere, matar; es decir, matarse a sí mismo (1984; citado en Aja, 2007). El suicidio es considerado como el acto por el que un individuo, deliberadamente se provoca la muerte, según Durkheim (1985; citado en Aja, 2007) el suicidio es todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir este resultado; para Marchiori (citado en Dzul, Cocom, Cambranis, Montero & Viera; 2013) es un comportamiento intencional y autodestructivo, que es llevado a cabo por una persona en una etapa de su vida altamente sensible, agravado por un contexto familiar y social vulnerable que no lo puede impedir.

Según Frank (1992; citado en Dzul, et al; 2013) el suicidio solo sirve para evitar la resolución del problema de la vida, sin dar la oportunidad para revertirlo, puesto que no hay forma de predecir las cosas un tiempo después.

Es importante mencionar que para Durkheim el suicidio lo concibe como un acto a posteriori, en el cual el individuo consuma la intención que tenía de morir, por lo que tuvo que haber pasado por un proceso de ideas sobre el provocarse la muerte lo que comúnmente se denomina ideación suicida; el que intenta no es suicida, sino solo un candidato para serlo y en estos intentos no está bien definido o claro su intención de matarse o el deseo de morirse (1985; citado en Aja, 2007).

Para Durkheim existen tres tipos de suicidio; el suicidio egoísta, que es el resultado de una alienación por parte del individuo respecto a su medio social, es decir, resulta por la desintegración del medio social, familiar y una sensación de soledad; el suicidio altruista, el cual se encuentra en sociedades estructuradas rígidamente que imponen al individuo una serie de deberes de sentido grupal y que hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral; el tercer tipo se refiere a que el suicidio es anómico ya que se da en sociedades donde la relación de convivencia se halla en desintegración, lo que lleva al individuo a una desorientación individual y aun sentimiento de falta de significado de la vida; Durkheim menciona además que la sociedad determina en gran parte el comportamiento suicida en las personas puesto que la sociedad expone al individuo a situaciones que pueden llevarlo a intentar o quitarse la propia vida (1985; citado en Dzul, et al; 2013).

El suicidio es un comportamiento que no responde a una sola entidad, sino que está compuesto por tres elementos que pueden o no ser secuenciales: ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado; en el cual los ideadores son quienes piensan, desean y planean cometer el suicidio, los que intentan son quienes llevan a cabo un acto de autolesión con el propósito de acabar con su vida sin lograrlo y los consumidores que son los que finalmente logran terminar con su vida (Rosales, Córdova y Guerrero; 2013). El comportamiento suicida se manifiesta en ideas <presencia de pensamientos como morirse o quitarse la vida>, en amenazas <las ideas verbalizadas>, en intentos <actos deliberados en el cual la persona tiene la intención de quitarse la vida> y el suicidio completado; por lo que en los adolescentes previo al intento de suicidio reportan pensar seriamente

en suicidarse, destacando a la ideación suicida como un predictor de los intentos suicidas (Duarté, Lorenzo y Rosselló; 2012).

El proceso suicida se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida que comprende las ideas y deseos suicidas o ideación suicida, las conductas suicidas sin resultado de muerte o intentos suicidas y suicidios consumados, así se establece una secuencia progresiva; es posible que ocurran manifestaciones previas con actitudes de escape, de venganza, altruismo o búsqueda de riesgo, tendencia a percibirse como perdedor, baja tolerancia a la frustración, dificultad para resolver conflictos, desesperanza y abandono (Cañón, 2011).

La conducta suicida según Villardón Gallego (1993; citado en Lucio, Plascencia-González & Zamarrón-Pérez, 2005) es un continuo que va desde la mera ocurrencia, a la consecución, pasando por la ideación, planificación, amenaza y el intento, por lo que la importancia en la detección y prevención del suicidio es innegable. Una vez comprobado el aumento en el número de suicidios entre la gente joven y partiendo de la continuidad progresiva de la conducta suicida, es de suponerse que sea en la adolescencia, etapa de crisis eminente ampliamente estudiada, cuando empiezan a tomar fuerza los pensamientos suicidas; se considera que los individuos que presentan un grado mayor de ideación suicida tienen más probabilidades de intentar o de cometer suicidio que los sujetos con menor grado de pensamiento suicida (1980; citado en Lucio, et al; 2005).

Asimismo, la evaluación (de proceso y de resultados) de intervenciones psicológicas es un área de investigación poco desarrollada en nuestro país dada su complejidad metodológica y retos éticos; los factores de riesgo asociados al comportamiento suicida son complejos y no existe una sola modalidad para prevenir el suicidio adolescente (Gould et al, 2003; citado en Hernández-Cervantes, 2007). Sin embargo, partiendo de que las investigaciones realizadas en nuestro país permiten al investigador tener un perfil de riesgo suicida adolescente se hace necesaria la progresión a la fase de tratamiento para, de manera sistemática, ir conociendo los mecanismos que promueven la reducción del riesgo suicida así como el cambio hacia el bienestar psicológico, y plantear las

directrices para estudios posteriores de repetición sistemática en otros contextos y con otras poblaciones (Hernández-Cervantes, 2007).

Los factores de riesgo en el suicidio son características que preceden a la conducta suicida o aumentan la probabilidad de que se lleve a cabo, son constructos bien definidos basados en evidencia empírica; un factor de riesgo tiene distintos impactos y depende de muchas consideraciones importantes; incluye la duración de la exposición al factor de riesgo así como su intensidad, es por ello, que cada adolescente es considerado como un individuo y se analizan aspectos únicos de su situación; en cuanto a los factores de protección, estos disminuyen la probabilidad de presentar una conducta suicida o un suicidio (King; Ewell, & Rogalski, 2013).

El riesgo de suicidio se incrementa después de la aparición de la pubertad y los cambios biológicos, psicológicos y sociales asociados con la adolescencia pueden incrementar el grado de estrés experimentado por la mayoría de los jóvenes (1993; citado en Hernández-Cervantes & Lucio, 2006).

En México, González-Forteza, Villatoro, Pick, y Collado (1998; citado en Hernández-Cervantes & Lucio, 2006) encontraron una relación significativa entre estrés psicosocial, malestar emocional e ideación suicida en una muestra de adolescentes mexicanos.

En 1999, González-Forteza, Berenzon y Jiménez (citados en Hernández-Cervantes, 2007) presentaron una visión general de la conducta suicida en adolescentes mexicanos a partir de investigaciones realizadas en el país de 1987 a 1998. De igual manera, los autores proponen abordar el problema del suicidio adolescente desde una perspectiva psicosocial e identificar factores protectores y de riesgo. Al respecto señalan que el principal factor de riesgo de suicidio entre los varones es el ambiente familiar mientras que para las mujeres lo constituyen además el sentirse en desventaja con las amigas, la baja autoestima, la impulsividad, la mala comunicación con la madre y la preferencia al aislamiento en situaciones problemáticas. Asimismo, los autores comentan que a partir de la revisión de la literatura realizada se vislumbra la necesidad de la investigación aplicada para diseñar y evaluar programas preventivos (p. ej., fomento de la salud

emocional y detección temprana de los factores de riesgo) del comportamiento suicida, en particular para la población adolescente escolar.

González-Forteza, Berenzon y Jiménez, por último, discutieron las necesidades de atención en el campo de la prevención del riesgo suicida y la educación para la salud emocional adolescente bajo una perspectiva ecológica en cuatro niveles: (1) en el nivel macrosistema, orientar esfuerzos para desestigmatizar la conducta suicida para su detección oportuna; (2) en el exosistema, la revisión de la función de los medios masivos de comunicación en el reporte de suicidios y el efecto que éste tiene sobre la población adolescente para desencadenar oleadas de conducta suicida por imitación; (3) en el microsistema, hacia el entorno emocionalmente significativo como la familia y los grupos de pares con el propósito de incidir en los factores psicosociales de riesgo de conducta parasuicida; y, (4) por último, en el individuo, para desarrollar estrategias que fortalezcan los factores protectores en circunstancias de vida presentes y futuras (1999; citados en Hernández-Cervantes, 2007).

Entre los estudios de prevalencia sobre la ideación suicida destacan los estudios de González-Forteza, Berenzon, Tello, Facio y Medina-Mora (1988; citado en Hernández-Cervantes, 2007) en el cual se determinó la prevalencia de la ideación suicida así como el perfil sintomático de mujeres adolescentes estudiantes del Distrito Federal y pacientes por intento de suicidio; se encontró que la prevalencia de la presencia y de la persistencia de ideación suicida fue más elevada en la muestra clínica de las 30 adolescentes; en cuanto a las características sociodemográficas que distinguieron a las estudiantes con mayores puntuaciones de ideación suicida González-Forteza et al (1998; citado en Hernández-Cervantes, 2007) hallaron las siguientes: el cursar secundaria, obtener calificaciones bajas, percibir como malo su desempeño escolar y haber interrumpido sus estudios. Entre las adolescentes que habían intentado suicidarse, tales características sociodemográficas distintivas fueron el vivir solas con uno de sus padres y pensar que su muerte sería posible.

En el segundo estudio de González-Forteza, García, Medina-Mora, y Sánchez (1998; citado en Hernández-Cervantes, 2007) los autores analizaron los

indicadores psicosociales predictores de la ideación suicida en dos generaciones de estudiantes de una universidad privada; hallaron que los síntomas de ideación suicida estaban presentes entre el 27 y 30% de estos estudiantes y que la autoestima resultó ser la variable de protección común a las dos generaciones de estudiantes; en cuanto a las variables predictoras de riesgo encontraron que el estrés social era común en los hombres de una de las generaciones y entre las mujeres ocurría lo mismo en ambas generaciones; además, puntualizan en que la interacción de los factores de riesgo y protectores emerge una complicada red que requiere ser esclarecida para incidir adecuada y oportunamente en el malestar emocional, y donde es importante no solo involucrar al adolescente sino a su familia por igual.

Platas, Saucedo, Higuera y Cuevas (1998; citado en Hernández-Cervantes, 2007) mencionaron la utilidad de conocer el funcionamiento psicosocial tanto del menor de edad que intenta suicidarse como el de su familia, además de la percepción de ambos del evento. Señalan que en las menores de sexo femenino había una mayor tendencia al suicidio entre los doce y los catorce años; en la mayoría de los casos, se halló una disfunción psicológica en la familia, y tanto la disfunción psicosocial como los síntomas de ansiedad y depresión son reportados por el menor y sus padres. Encontraron, además, que los padres tenían mayor conciencia de la psicopatología del menor que el menor mismo, y a pesar de lo anterior no buscaron ayuda adecuada.

Loza, Lucio, y Durán (1998; citado en Hernández-Cervantes, 2007) establecen que es necesario realizar investigaciones de tipo clínico que permitan lograr una percepción alterna del problema del suicidio, que vaya más allá de la perspectiva epidemiológica; González-Forteza (1998; citado en Hernández-Cervantes, 2007), por su parte, comenta que el estado emocional de los adolescentes se encuentra asociado al impacto estresante de los problemas cotidianos, mediatizado por las características de personalidad (autoestima y locus de control) y del entorno social (relación con los padres y apoyo familiar) que actúan sobre las respuestas de enfrentamiento y sobre el estado emocional a corto plazo.

González-Forteza, Mariño, Mondragón y Medina-Mora (2000; citado en Hernández-Cervantes, 2007) evaluaron las características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) e identificaron la frecuencia de la ideación suicida, así como las características clínicas en una muestra de 122 estudiantes universitarios que acudieron al Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Entre sus conclusiones, destacan la necesidad de estudios biotéricos (tamizaje y confirmación de casos) para la referencia posterior a los servicios de salud mental correspondientes.

González-Macip et al (2000; citado en Hernández-Cervantes, 2007) realizaron un estudio en una muestra representativa de 1848 estudiantes de nivel medio y medio superior, públicas y privadas, del ciclo escolar 1996-1997, de Pachuca, Hidalgo para conocer aspectos como el nivel socioeconómico, los hábitos alimenticios, y las actividades realizadas en el tiempo libre de aquellos adolescentes que habían intentado suicidarse (10.1%) en comparación con los que no reportaron intentos de suicidio. González-Forteza y cols. encontraron una proporción 2:1 a favor de las mujeres (13.3%) sobre los hombres (6.3%) en la muestra de estudiantes con intento de suicidio; la edad promedio en la cual se realizó el último intento o único intento suicida fue de 13 años (2000; citado en Hernández-Cervantes, 2007).

En sus conclusiones, los autores resaltan la exposición del adolescente a la ausencia de contacto cotidiano afectivo en algo tan importante para la cultura mexicana como el compartir los alimentos o la convivencia en los espacios de esparcimiento familiar, haciéndolo más vulnerable; proponen en este sentido ofrecer más opciones de actividades, como las de grupo, a los adolescentes que han intentado suicidarse aunado a la concientización de la familia para evitar así conductas suicidas futuras (González-Forteza et al., 2000; citado en Hernández-Cervantes, 2007).

## II. JUSTIFICACIÓN.

Existen factores de riesgo asociados a la conducta suicida en niños y adolescentes, uno de estos factores es la depresión debida en mayor parte a la dificultad para afrontar la frustración, la disfunción familiar, el abuso sexual, la no satisfacción de necesidades básicas y maltrato; la correlación más importante para suicidio en jóvenes es el antecedente de un intento de suicidio previo; el cual está relacionado con diversos factores de riesgo suscitados en su entorno familiar, social y escolar (Cañón; 2011).

La prevalencia del suicidio entre adolescentes se ha convertido en prioridad de salud pública en diferentes países desarrollados. En México se han llevado a cabo diferentes estudios para conocer la prevalencia de la ideación e intento entre jóvenes estudiantes; los resultados de tales investigaciones sugieren una tendencia al aumento junto con otros problemas de salud importantes, como el abuso de sustancias, que cada vez se presentan a una menor edad. Además de los datos epidemiológicos de ideación, intento y muerte por suicidio entre adolescentes en nuestro país, el foco de estudio abarca también la necesidad de evaluar el efecto de otras variables asociadas, así como la implementación de programas de prevención a partir de algunos indicadores sociodemográficos y psicosociales ya identificados (Hernández-Cervantes, 2007).

En el Municipio de Mineral de la Reforma del estado de Hidalgo no se ha llevado a cabo un estudio psicológico en el cual el objeto de análisis sea identificar el riesgo suicida en relación con los sucesos de vida estresantes que viven los adolescentes. Es por ello que es de suma importancia identificar la prevalencia de riesgo suicida en adolescentes que cursan su educación secundaria en el municipio de Mineral de la Reforma con la finalidad de prevenir e implementar estrategias psicológicas que disminuyan el alto índice de suicidios en adolescentes.

### **III. METODO.**

#### **Pregunta de investigación:**

¿Cuál es la prevalencia de riesgo suicida en adolescentes de la secundaria Gral. 2 de Mineral de la Reforma; Hidalgo?

#### **Hipótesis:**

Existe asociación entre los sucesos de vida estresantes y las ideas suicidas en adolescentes de ambos sexos de la secundaria general 2 de Mineral de la Reforma; Hidalgo.

#### **Objetivos:**

- *Objetivo General:*

Determinar la correlación entre los sucesos de vida estresantes y el área de ideación suicida.

- *Objetivos Específicos:*

- Dar a conocer la prevalencia de riesgo suicida en adolescentes de acuerdo al sexo.
- Comparar la efectividad de los resultados con otras investigaciones realizadas.

#### **Participantes:**

Participaron en el estudio 60 estudiantes de la secundaria general No.2 del Municipio de Mineral de la reforma; Hidalgo.

La selección fue por medio de muestreo no probabilístico, participaron de forma voluntaria y con consentimiento informado de sus padres (20 alumnos de cada grado escolar de primero al tercer grado del turno matutino). El rango de edad fue de 13 a 15 años con una media de 13.86, una varianza de 0.62 y una desviación estándar de 0.79.

#### **Escenario:**

Aula de la escuela secundaria Gral. 2 de Mineral de la Reforma, Hidalgo.

**Tipo y diseño de estudio:**

Estudio descriptivo, transversal y correlacional.

**Variables:**

Sexo, edad.

**Criterios de Inclusión:**

1. Edad entre 13 y 15 años de edad.
2. Ser estudiante de secundaria.
3. Adolescentes que han estado expuestos a niveles similares de estrés.
4. No dejar más de 15 reactivos sin contestar.

**Criterios de Exclusión:**

1. Menores de 13 años y mayores de 15 años.
2. Adolescentes con problemas de conducta.
3. Responder menos de 15 reactivos de la Escala de Sucesos de Vida.

**Instrumentos:**

Se aplicó el "IRISA" Indicador de Riesgo Suicida en Adolescentes (Hernández & Lucio, 2002) se retomaron sólo los reactivos que tienen que ver con el área de ideación suicida los cuales son los siguientes:

RA8 "Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo."

RA11 "He deseado estar muerto (a)."

RA12 "Quisiera irme de este mundo."

RA 16 "He creído o he sentido que mi existencia es horrible odiosa"

RA 27 "Conozco o tengo un lugar donde me gustaría morir".

RA 32 "Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas en mi vida".

RA 44 "Desearía no haber nacido"

Los reactivos del IRISA son de tipo lickert con opciones de respuesta:

a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No, nunca

El tiempo promedio de aplicación fue de 15 minutos

Se utilizó el Cuestionario de Sucesos de Vida -Forma para Adolescentes- (Lucio y Durán, 2003). El cual se trata de un autoinforme que consta de 129 reactivos y una pregunta abierta que permite evaluar de manera confiable siete áreas: Familiar, Social, Personal, Problemas de conducta, Logros y Fracayos, Salud y Escolar; e identifica la ocurrencia de sucesos de vida estresantes de los adolescentes a partir de su propia percepción durante los últimos 12 meses.

Los reactivos se puntúan mediante cuatro opciones de respuesta para determinar los eventos que podrían ser catalogados por los adolescentes como a) Cuando me sucedió y fue bueno, b) Cuando me sucedió y fue malo, c) Cuando me sucedió y fue indiferente, y d) Cuando no me sucedió.

Este cuestionario mostró una confiabilidad de .89 en el estudio de estandarización del instrumento. Cuenta además con normas adecuadas para la población mexicana y diversos estudios que indican una validez adecuada (Lucio & Durán, 2003; Lucio, Pérez y Farías, & Durán, 2004). El tiempo de aplicación del instrumento fue de 45 minutos.

#### **IV. PROCEDIMIENTO.**

1. Se obtuvo el consentimiento de las autoridades escolares para poder llevar a cabo la investigación.
2. Se llevó a cabo la selección al azar de los alumnos eligiendo a 20 por cada grupo (primero, segundo y tercero).
3. De los padres de familia de los adolescentes se solicitó su consentimiento el cual fue debidamente informado y de forma voluntaria (Ver anexo 1).
4. Se aplicaron los instrumentos Sucesos de vida e IRISA de forma colectiva a los 60 alumnos en una sola aplicación.
5. Los instrumentos se calificaron de forma manual y se hicieron los análisis mediante estadística descriptiva por medio de Excel (Medidas de tendencia central y dispersión; Pruebas t de Student para las diferencia de acuerdo al sexo en el área de ideación suicida de IRISA y sucesos negativos en Sucesos de Vida; y Correlaciones bivariadas Pearson (dos colas).

## V. RESULTADOS.

### a) Prevalencia de ideación suicida por sexo.

De acuerdo a los resultados obtenidos de la aplicación del IRISA y de los reactivos correspondientes al área de ideación suicida: RA8 “Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo”, RA11 “He deseado estar muerto (a)”, RA12 “Quisiera irme de este mundo”, RA16 “He creído o he sentido que mi existencia es horrible odiosa”, RA27 “Conozco o tengo un lugar donde me gustaría morir”, RA32 “Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas en mi vida” y RA44 “Desearía no haber nacido”; se puede observar en la figura 1 que los hombres reportan menos pensamientos en torno a la muerte que las mujeres, y que existe mayor prevalencia en ambos grupos del RA16; pero en el RA11 que se considera crítico en ideación suicida el grupo de mujeres obtiene un porcentaje superior a la media.

#### PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA POR SEXO

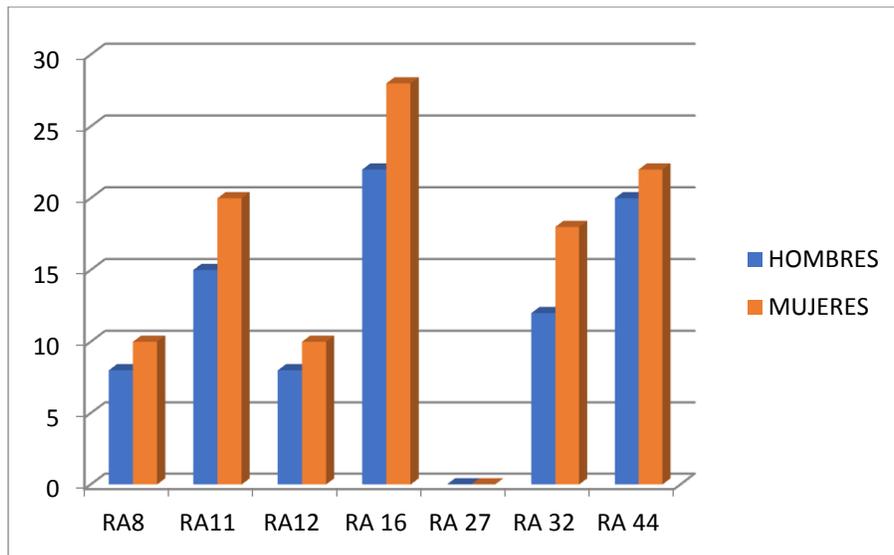


Fig.1. PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA. Cantidad de adolescentes que contestaron positivamente la opción de respuesta de cada reactivo del área de Ideación Suicida del IRISA (Todo este tiempo) dividida por sexo.

**b) Diferencia significativa entre el grupo de hombres y mujeres adolescentes en la escala IRISA.**

De acuerdo a los resultados obtenidos de la prevalencia de ideación suicida en adolescentes al aplicar la escala IRISA se obtuvo que la media entre ambos grupos es de 13.78, la desviación estándar es de 8.37, de igual forma se obtuvo la t student para comprobar si existían diferencias significativas entre hombres y mujeres; por lo cual se obtuvo que el resultado t student es de -0.7200 y el valor P es de 0.48 por lo tanto no existe diferencia estadísticamente significativa en el promedio de los reactivos afirmativos del área de ideación suicida en cuanto al sexo, con un 95% de nivel de confianza (ver figura 2)

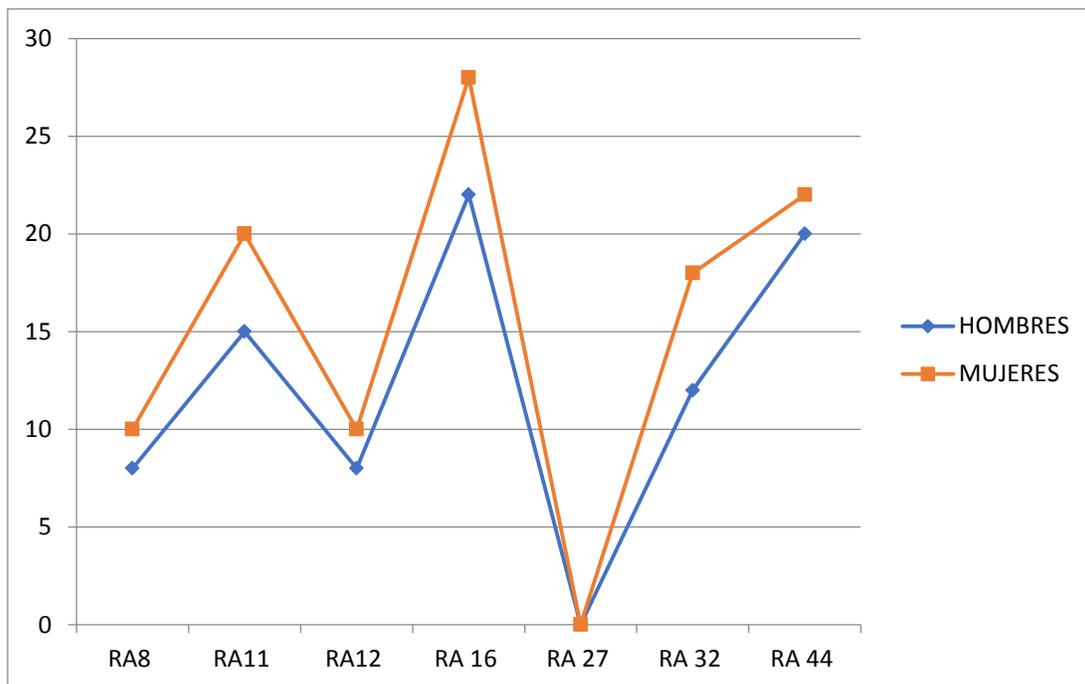


Fig.2. DIFERENCIA DE IRISA ENTRE AMBOS SEXOS. Cantidad de adolescentes que contestaron positivamente la opción de respuesta de cada reactivo del área de Ideación Suicida del IRISA (Todo este tiempo) dividida por sexo.

**c) Cantidad de adolescentes que presentaron elevaciones (T>65) en la escala de sucesos negativos del cuestionario Sucesos de Vida por sexo.**

De la aplicación del cuestionario de Sucesos de Vida a los adolescentes se puede observar según la figura 3 que las mujeres presentaron elevaciones (T>65) en las áreas Familiar y Personal en la escala de sucesos negativos a diferencia de los hombres que solo presentaron elevaciones (T>65) en el área Social en la escala de sucesos negativos.

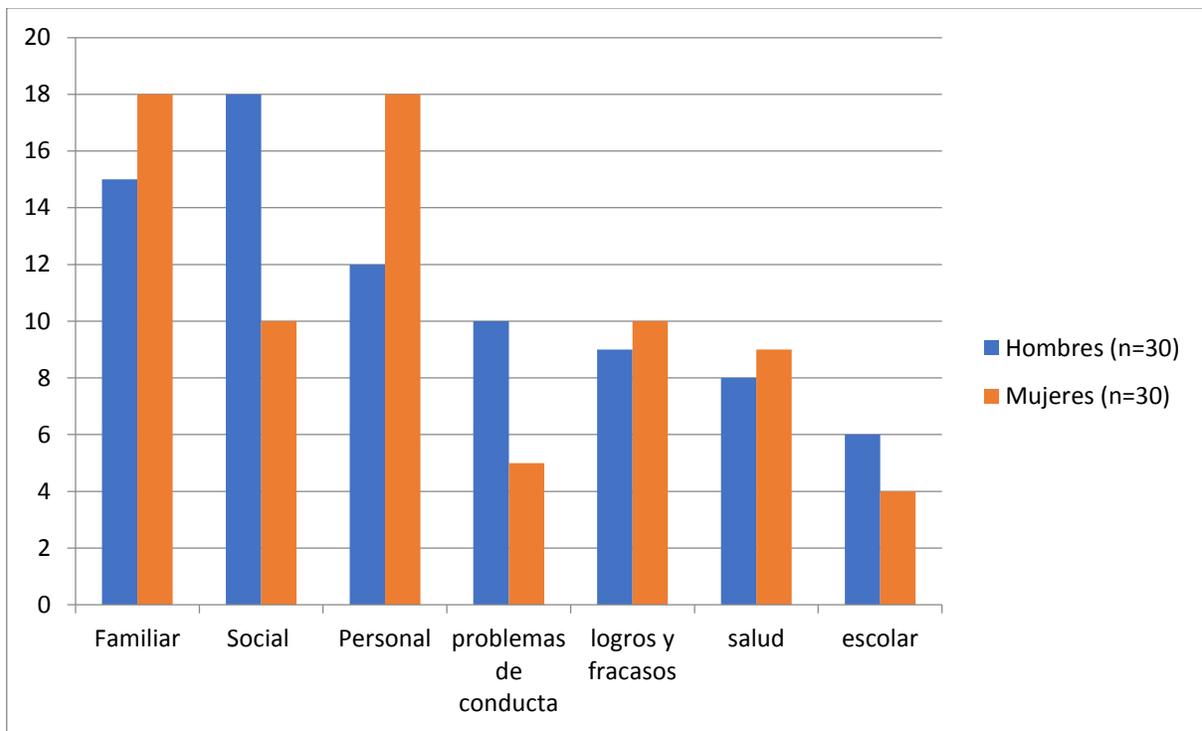


Fig.3. ESCALA SUCESOS DE VIDA. Cantidad de adolescentes que presentaron elevaciones (T>65) en la escala de sucesos negativos del cuestionario Sucesos de Vida por sexo.

**d) Porcentaje de adolescentes que presentan incremento en los sucesos negativos de las áreas del cuestionario de Sucesos de Vida.**

Las áreas que presentan mayores sucesos negativos en el Cuestionario de Sucesos de Vida forma para adolescentes en los hombres son: El área Social (Soc) con un 60% (ver tabla 1) la cual explora las pautas de interacción con otras personas fuera de su ámbito escolar y familiar, además de los roles que este desempeña en los grupos; las áreas que obtuvieron mayor porcentaje de sucesos negativos forma para adolescentes en las mujeres fue el área Familiar (Fam) con un 60% (ver tabla 1) que indaga sobre sucesos que ocurren dentro de la dinámica tanto nuclear como extensa del adolescente, además de sucesos relacionados con la comunicación y formas de interacción de los miembros de la familia con el adolescente, así como sucesos relevantes como divorcio, enfermedades, conflictos y problemas; y el área Personal (Per) con un 60% (ver tabla 1) que refleja los sucesos que se relacionan con la vida emocional y sexual del adolescente, con sus pasatiempos, cambios físicos y psicológicos.

Población Muestra	AREAS DE LA ESCALA SUCESOS DE VIDA													
	Familiar		Social		Personal		Problemas de conducta		Logros y Fracasos		Salud		Escolar	
<b>Hombres (n=30)</b>	15	50%	18	<b>60%</b>	12	40%	10	33.33%	9	30%	8	26.66%	6	20%
<b>Mujeres (n=30)</b>	18	<b>60%</b>	10	33.33%	18	<b>60%</b>	5	16.66%	10	33.33%	9	27%	4	13.33%
<b>Total (n=60)</b>	23	38.33	28	46.66%	30	50%	15	25%	19	31.66%	17	28.33%	10	16.66%

Tabla 1. Porcentaje de adolescentes que presentaron elevaciones (T>65) en la escala de sucesos negativos del cuestionario Sucesos de Vida por sexo.

**e) Diferencia significativa entre el grupo de hombres y mujeres adolescentes del cuestionario de Sucesos de Vida.**

De acuerdo a los resultados obtenidos en la prevalencia de los sucesos negativos de las áreas del cuestionario de Sucesos de Vida se obtuvo que la media entre ambos grupos es de 10.85, la desviación estándar es de 4.75, de igual forma se obtuvo la t student para comprobar si existían diferencias significativas entre hombres y mujeres; por lo cual se obtuvo que el resultado t student es de 0.2175 y el valor P es de 0.83 por lo tanto no existe diferencia estadísticamente significativa en el promedio de los sucesos negativos de las áreas de sucesos de vida en cuanto al sexo, con un 95% de nivel de confianza (ver figura 4).

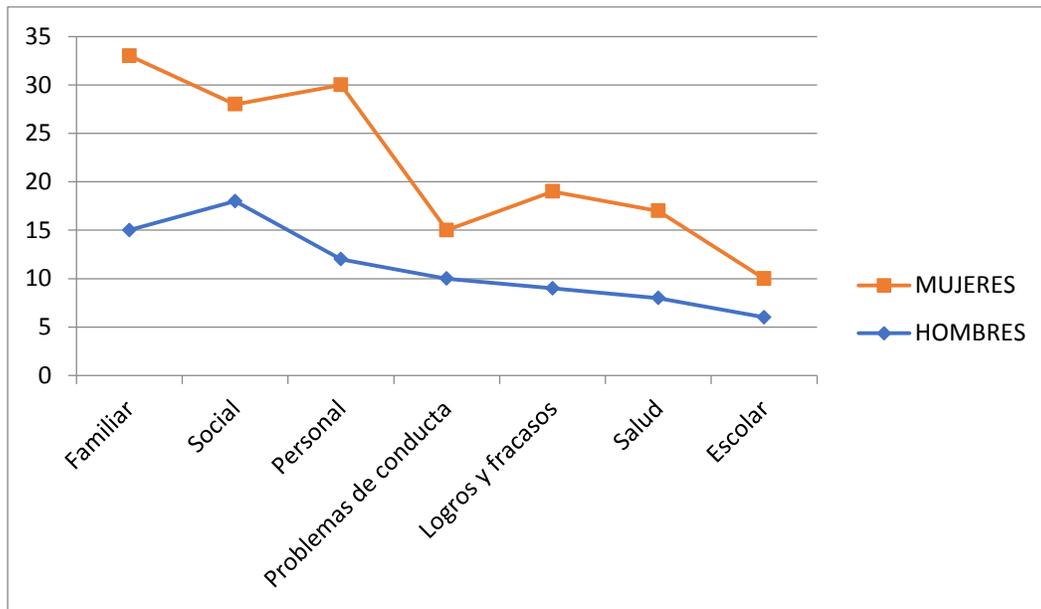


Fig.4. DIFERENCIA DE SUCESOS NEGATIVOS ENTRE AMBOS SEXOS. Cantidad de adolescentes que contestaron afirmativamente los sucesos negativos de las áreas que contempla el cuestionario Sucesos de Vida.

**f) Asociación entre ideación suicida y exposición a sucesos negativos que presentaron los adolescentes.**

En la fig. 5 se puede observar la correlación que existe entre la ideación suicida y los sucesos negativos estresantes que presentaron los adolescentes de la muestra (n=60), obteniendo como resultado una correlación inversa negativa ya que  $r < -1$  nos demuestra que las dos variables se correlacionan en sentido directo mostrando una relación débil, puesto que cuando una de ellas aumenta, la otra disminuye en proporción constante, cuanto más próximo a +1 esté el coeficiente de correlación más patente será esta covariación.

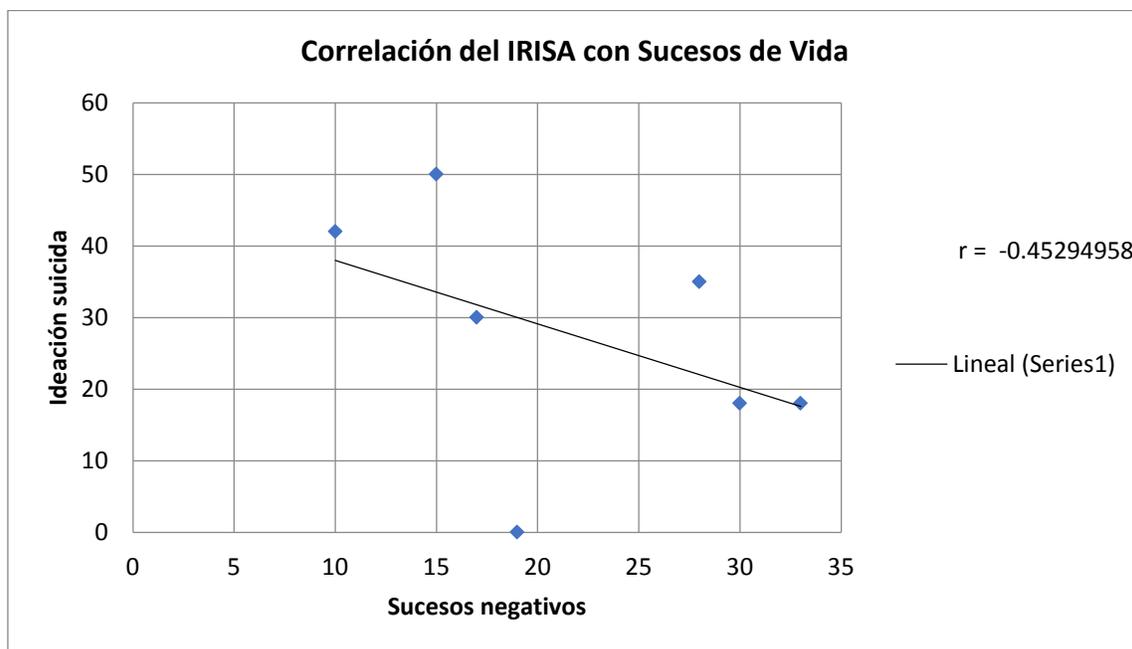


Fig.5. CORRELACION DEL IRISA CON SUCESOS DE VIDA. Resultados de la asociación que existe entre la ideación suicida y los sucesos negativos de las áreas que contempla el cuestionario Sucesos de Vida que presentó la muestra.

## VI. CONCLUSIONES.

En relación a los resultados obtenidos en la aplicación del área de ideación suicida del IRISA y del Cuestionario de Sucesos de Vida al grupo de adolescentes se puede determinar que no existe diferencia estadísticamente significativa en el promedio de los reactivos afirmativos del área de ideación suicida ni en el promedio de los sucesos negativos de las áreas de sucesos de vida en cuanto al sexo ya que el nivel de significancia del 95% nos permite indicar que el instrumento es consistente en el tiempo en cada una de sus escalas, es decir, que es confiable; en los resultados de la escala IRISA las mujeres presentan mayores pensamientos en torno a la muerte especialmente al pensar en desear estar muerto; aunque tanto hombres como mujeres puntuaron alto al pensar o creer que su existencia es horrible y odiosa; en los resultados de la aplicación del cuestionario de Sucesos de Vida se obtuvo que los hombres presentan mayores sucesos negativos en el área Social con un 60% lo cual nos indica que su interacción con otras personas fuera de su ámbito escolar y familiar no es la adecuada, además de los roles que este desempeña en los grupos; actualmente esto no coincide con lo investigado por González-Forteza, Berenzon y Jiménez (1999, citados en Hernández-Cervantes, 2007) puesto que ellos presentaron una visión general de la conducta suicida en adolescentes mexicanos a partir de investigaciones realizadas en el país de 1987 a 1998 y al respecto señalan que el principal factor de riesgo de suicidio entre los varones es el ambiente familiar y esto se puede deber a que en la actualidad los hombres se desenvuelven más en el ámbito social restándole importancia al ámbito familiar; mientras que para las mujeres lo constituyen además el sentirse en desventaja con las amigas, la baja autoestima, la impulsividad, la mala comunicación con la madre y la preferencia al aislamiento en situaciones problemáticas coincidiendo con lo obtenido en este estudio ya que en las mujeres las áreas que obtuvieron mayor porcentaje de sucesos negativos fue en el área Familiar con un 60% que nos indica que existen sucesos estresantes dentro de su dinámica tanto nuclear como extensa del adolescente, además de presentar sucesos estresantes relacionados con la

comunicación y formas de interacción de los miembros de la familia con el adolescente, además de presentar sucesos relevantes como divorcio, enfermedades, conflictos y problemas; y en el área Personal con un 60% refleja que existen sucesos estresantes que se relacionan con su vida emocional y sexual, además con sus pasatiempos, cambios físicos y psicológicos.

El cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes puede considerarse como una herramienta de apoyo en el diagnóstico clínico para determinar los factores que influyen en el desarrollo emocional y los indicadores que explican la etiología de algunas patologías para prevenir posibles desajustes en la personalidad del sujeto, ya que la ocurrencia de ciertos sucesos puede funcionar como detonador de síntomas o padecimientos específicos, como el riesgo al suicidio. En México no existen otros cuestionarios que midan los sucesos de vida en adolescentes, por lo que es importante dar a conocer un instrumento como éste, que cumple con los requerimientos de confiabilidad y validez y asimismo sea una herramienta apropiada para conocer la forma de evaluación de los acontecimientos que han tenido un impacto mayor en la vida de los adolescentes, así como también de los sucesos que viven cotidianamente, así este instrumento será de utilidad como recurso de reflexión y orientación para el adolescente y para el personal que trabaja con ellos. Es importante continuar llevando a cabo investigaciones para diseñar y evaluar programas preventivos del comportamiento suicida ya que la incidencia de pensamientos o ideas suicidas continua siendo muy recurrente especialmente en la población de mujeres; para poder así ayudar también a desarrollar estrategias de intervención en la población detectada con prevalencia de riesgo suicida, para así evitar conductas suicidas futuras.

## VII. REFERENCIAS

- Águila, A. (2011). Suicidio. La última decisión. Ed. Trillas
- Aja, L. (2007). El Suicidio y los Factores indicadores de riesgo. Congreso Latinoamericano de Educación. Bogota, Colombia. Recuperado de : [http://issuu.com/leoaja/docs/07\\_factores\\_riesgo](http://issuu.com/leoaja/docs/07_factores_riesgo)
- Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N. & Jiménez, M. L. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2009, 9, 2, 205-216. Universidad Nacional Autónoma de México, México. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen9/num2/232/la-relacin-entre-depresin-y-conflictos-ES.pdf>
- Andrade, J.L. (2012). Aspectos Psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Universidad Nacional Autónoma de México. Vol. 15. Núm. 2.
- Arenas, P; Lucio, E. & Forns, M. (2012). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. *Universidad Nacional Autónoma de México*. Vol. 1. Núm.33
- Cañon, S.C. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*. Universidad de Manizales. Caldas, Colombia. Vol. 11. Núm. 1.
- Duarte, Y; Lorenzo, L. & Rosselló, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. Puerto Rico. Vol. 23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233228917001>
- Dzul, E; Cocom, E; Cambranis, I; Montero, A & Viera, J.G. (2013). Estudio de caso: Joven yucateco con intento de suicidio fallido. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Universidad Nacional Autónoma de México. Vol. 16. Núm. 3.

- Hernández-Cervantes, Q. & Lucio, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*. Sociedad Mexicana de Psicología, Vol.23. Núm.1.
- Hernández Cervantes, Q. (2007). Estrategia de Intervención para adolescentes en riesgo suicida. Tesis para Doctorado. UNAM. México, D.F.
- Huddle, L. & Schleifer, J. (2012). *Teen Suicide*. The Rosen Publishing Group, Inc. New York; United States of America. First edition.
- King, C.A; Ewell, C. & Rogalski, K. (2013). *Teen Suicide Risk: A Practitioner Guide to Screening, Assessment, and Management*. A Division of Guilford Publications, Inc. New York; United States of America.
- Lucio, E. & Durán, C. (2003). *Sucesos de vida (version para adolescentes)*. Editorial Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Lucio, E; Plascencia-González, M. & Zamarrón-Pérez, G. (2005). Detección del riesgo suicida y otros problemas emocionales (En una muestra de adolescentes de Aguascalientes). *Revista Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*. No. 32. Año 13. Enero-Junio 2005.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente, ¿Por qué debemos invertir en la salud y el desarrollo de los adolescentes?*. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO\\_FCH\\_CAH\\_ADH\\_09.03\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_ADH_09.03_eng.pdf)
- Quadratín, Revista. (2014). *Suicidas adolescentes, el segundo grupo de mayor vulnerabilidad*. Disponible en: <https://hidalgo.quadratin.com.mx/sucesos/Suicidas-adolescentes-el-segundo-grupo-de-mayor-vulnerabilidad/>
- Rosales, J.C; Córdova, M. & Guerrero, D. (2013). Ideación suicida y variables asociadas conforme al sexo, en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Puebla, México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Universidad Nacional Autónoma de México. Vol. 16. Núm. 2.

**VIII. ANEXOS.**

**Anexo 1.**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A quien corresponda:

Yo \_\_\_\_\_ declaro libre y voluntariamente que acepto que mi hijo (a) de nombre \_\_\_\_\_ participe en el proyecto denominado: \_\_\_\_\_ cuyo objetivo consiste en \_\_\_\_\_

Estoy consiente de que los procedimientos y pruebas para lograr el objetivo mencionado consisten en la aplicación de \_\_\_\_\_ y que no habrá riesgo para mi hijo(a).

Es de mi conocimiento que seré libre de retirar a mi hijo(a) de la presente \_\_\_\_\_ en el momento que yo así lo desee, también que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de su participación en caso que decidiera retirarme.

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Coordinador del proyecto: Dr. Javier Tadeo Sánchez Betancourt.

Pasante de la Lic. En Psicología Responsable: Nadia María Ortiz Ramírez.