



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS A
IDEACIÓN SUICIDA DE PSICÓLOGOS EN FORMACIÓN**

INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A :

GUSTAVO IVÁN CAMPOS TAPIA

JURADO DEL EXAMEN

DIRECTORA: DRA. MARÍA DEL PILAR ROQUE HERNÁNDEZ

ASESOR: LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ

ASESOR: DRA. ANA TERESA ROJAS RAMÍREZ

SINODAL: LIC. RITA YAÑEZ PERALTA

SINODAL: DR. MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ VILLEGAS



CIUDAD DE MÉXICO

Abril 2025



Universidad Nacional
Autónoma de México

Biblioteca Central

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM



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

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la realización de este trabajo.

A la directora, **la Dra. María del Pilar Roque Hernández** por su paciencia, orientación y apoyo durante este proceso, su conocimiento y compromiso fueron fundamentales para que este trabajo tomara forma y su guía me motivó a seguir adelante incluso en momentos desafiantes.

Al proyecto de investigación **UNAM/FESZ/PSIC/333/2024**, que proporcionó el respaldo necesario para desarrollar este estudio. Gracias por el espacio para contribuir al conocimiento en nuestra disciplina.

Mi madre, **Rosenda**, ha sido mi mayor refugio. Siempre ha estado ahí, dándome ánimos cuando todo se veía oscuro y recordándome que soy capaz de mucho más de lo que a veces creo. Sin su cariño y compañía, este proceso habría sido mucho más difícil.

A mi padre, **Marco Antonio**, por las enseñanzas y herramientas que me dio. Todo lo que aprendí de él me ayudó a tomar mi propio rumbo y llegar hasta aquí.

El esfuerzo y dedicación de mi hermano **Marco Antonio** son un ejemplo de que la perseverancia abre puertas. Su determinación inspira y demuestra que los grandes logros vienen del trabajo arduo.

La fortaleza de mi hermana **Patricia** es admirable. Su compañía ha sido invaluable, recordando siempre la importancia de estar presente el uno para el otro.

Mi abuela, **Fidela**, sus palabras, su amor y todo lo que me enseñó siguen conmigo, y su recuerdo me acompaña en cada paso que doy.

Bruno destacó por su apoyo constante. Su compañía hizo de esta etapa algo más llevadero y enriquecedor, demostrando que la amistad es un motor invaluable.

Al **Lic. Eduardo Contreras**, por su apoyo y guía en este proceso. Sus enseñanzas fueron valiosas y su disposición siempre se agradece. también a los profesores; **Lic. Rita, la Dra. Ana y el Dr. Miguel**. Su compromiso con la formación académica fue mucho más allá del aula, inspirando a seguir aprendiendo y creciendo.

Contenido

AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	vii
INTRODUCCIÓN	ix
IDEACIÓN SUICIDA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA MUNDIAL	1
Suicidio	1
Concepto	1
Estadísticas	1
Etapas del proceso	2
Ideación suicida	3
Concepto	3
Estadísticas	4
Enfoques teóricos	4
Factores que la determinan	8
De riesgo	8
De protección	11
Consecuencias	14
Políticas públicas: salud mental y suicidio	15
Logros y desafíos de la atención a la salud mental	22
Evaluación psicológica	25
Evaluación de la Ideación suicida	26
OBJETIVOS	37
Objetivo General	37
Objetivos Específicos	37
INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL, EXPOSICIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y DE LOS OBJETIVOS LOGRADOS ¹	39
Institución donde realicé el servicio social	39
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza	39
Campus I. Carrera de Psicología	40
Exposición de las actividades que realicé	42
Objetivos que logré	46
Logros con los participantes	47
Aspectos sociodemográficos y escolares	47
Ideación suicida global y por dimensiones	50
Características relativas a la salud mental	54
Servicios en apoyo a la salud mental y antecedentes generales	54
Consumo de sustancias adictivas	57
Ansiedad	58
Depresión	59
Factores asociados a la Ideación suicida	61
Logros Personales	65
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	67
REFERENCIAS	73

Resumen

El suicidio es un problema de salud pública global con más de 700,00 muertes anuales; es crucial identificar factores de riesgo, priorizar su evaluación y reducir su impacto. La ideación suicida (IS) es la fase inicial del proceso, que por su impacto requiere atención interdisciplinaria para promover el bienestar especialmente en universitarios. El objetivo fue analizar el trabajo que realicé como psicólogo durante mi servicio social para identificar a partir del sexo, los factores individuales asociados a ideación suicida de psicólogos en formación inscritos en una institución de educación superior pública ubicada en Iztapalapa (México). Participaron de forma voluntaria, anónima y confidencial 134 universitarios ($edadM = 21.12$ años, $DE = 2.09$), seleccionados por un muestreo no probabilístico intencional, asignados a grupos: G1 = hombres; G2 = mujeres. A partir del consentimiento informado, se les aplicó un instrumento formal validado en México ($\alpha = .91$). Entre los resultados de ambos grupos se destaca: a) 100% de prevalencia de IS global: más del 60% en el nivel de mucha; b) principales problemas identificados en las dimensiones Autoeficacia y apoyo social, seguida por Impulsividad y Desesperanza; y c) no hubo asociaciones significativas entre la IS global con: ansiedad y depresión globales y por dimensiones; promedio y situación escolar; sustancias adictivas; identidad de género; servicios de salud mental; y religión. Se concluye en cuanto a la urgencia de atender la IS de psicólogos en formación, priorizar acciones dirigidas a la prevención y reconocer la importancia de la evaluación para identificar necesidades e instrumentar programas de intervención.

Palabras clave: Suicidio, Ideación suicida, Educación superior, Evaluación psicológica, Adultez

La ideación suicida (IS) es un problema complejo que impacta profundamente a nivel individual y social, convirtiéndose en un desafío prioritario de salud pública mundial. Según Pérez (1996, como se cita en Vargas & Saavedra, 2012) la IS puede manifestarse de distintas formas, como el deseo de morir, la representación suicida y la ideación con o sin un plan para llevarla a cabo. Estas manifestaciones reflejan un aspecto crítico dentro del proceso suicida, lo que subraya la importancia de identificar y atender este fenómeno.

González (1998, como se cita en Córdova et al., 2007) señaló que la ideación suicida al ser la fase inicial del proceso de suicidio es un momento clave para la prevención, ya que intervenir en esta etapa puede evitar que se avance hacia conductas más graves. Por su parte, Casullo (2005) destacó que identificar y orientar psicológicamente a las personas en riesgo es una necesidad urgente que requiere la implementación de acciones preventivas oportunas y efectivas.

El presente reporte, tiene como propósito analizar el trabajo que realicé como psicólogo durante mi servicio social para identificar a partir del sexo, los factores asociados a ideación suicida de psicólogos en formación inscritos en una institución de educación superior pública ubicada en Iztapalapa, Ciudad de México (CDMX). Para ello, en el trabajo analizo la ideación suicida como un problema de salud pública mundial, desarrollando en su primer capítulo un enfoque integral sobre este fenómeno. El primer tema es el suicidio, donde presento algunos conceptos que permiten comprender su naturaleza y complejidad; incluyo estadísticas que ilustran su prevalencia a nivel global y posteriormente abordo las diferentes etapas del proceso suicida. En el apartado de ideación suicida, abordó su conceptualización, datos estadísticos a nivel mundial y nacional, lo que permite tener un panorama más amplio sobre su impacto; se revisan diversos enfoques teóricos que explican este fenómeno y los factores que lo determinan ya sea de riesgo o de protección, lo que es fundamental para comprender el problema y desarrollar estrategias. Estos factores pueden ir desde los personales, que son factores individuales que pueden aumentar o reducir la vulnerabilidad ante la IS, pasando a los aspectos familiares los cuales desempeñan un papel fundamental en la persona entre ellos, la disfunción familiar y sus antecedentes. Los factores escolares también se documentan pues pueden impactar en el desarrollo de la persona, entre ellos, el acoso escolar, estrés académico y la movilidad escolar; otros aspectos que reviso son los factores comunitarios como ambientes

hostiles, desastres y falta de acceso a salud mental, debido a que el entorno en el que vive una persona impacta directamente en su bienestar emocional. Más allá del entorno individual y comunitario, documento diversos factores sociales más amplios como crisis económicas, estigma hacia la salud mental, influencia de medios de comunicación, exclusión social, que pueden derivar en IS. La revisión de estos factores permite comprender la diversidad de consecuencias que pueden derivarse de la misma IS, máxime en adultos jóvenes, pues puede impactar en distintas áreas y contextos de su desarrollo, desde lo personal, hasta lo familiar ya sea antes o después del evento; de ahí la importancia de la evaluación.

En el siguiente apartado recopilé diversas políticas públicas donde se examinan las estrategias y acciones desarrolladas para abordar la problemática del suicidio en el ámbito de la salud mental. Se destacan los logros y los desafíos pendientes en la implementación de políticas eficaces. Las políticas públicas enfocadas en salud mental y la prevención del suicidio han cobrado relevancia en últimos años, tanto a nivel internacional como nacional, momento en que diferentes organismos han desarrollado estrategias para atender esta problemática. involucrando no solo a los sistemas de salud, sino también a la sociedad. Pese a ello, aún se encuentran aspectos en la práctica que no se han atendido del todo atender con respecto a lo contenido en las políticas públicas, como la falta de acceso a servicios especializados entre otros.

Finalmente se describen los métodos y herramientas que se han utilizado para evaluar la IS así como los criterios para identificar y manejar el riesgo suicida en adultos jóvenes. Contar con herramientas bien estructuradas, validadas y adaptadas a la población requerida es esencial para garantizar la precisión de las evaluaciones y la eficacia de las intervenciones, así como la formación y actualización constante de los profesionales en el uso de herramientas de evaluación.

Después describo brevemente a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza como la institución donde realicé el trabajo que presento, y como parte de ella, a la carrera de Psicología. A partir de ello, incluyo las actividades que realicé, para lo cual principalmente describo a los psicólogos en formación, así como a los instrumentos empleados. Los logros obtenidos con los participantes, los presento en relación con la población total y los grupos conformados a partir del sexo. Finalmente apunto los logros personales, entre ellos, la elaboración de este reporte y la realización del servicio social me permitieron comprender que la Psicología no se limita a la consulta individual, sino que tiene un papel esencial en la transformación social y educativa y en el bienestar de las personas. La salud mental y en especial el tema sobre IS, sigue estando rodeado de prejuicios por lo que la labor del psicólogo es fundamental para generar conciencia y promover enfoques más humanos y accesibles.

Ideación suicida como problema de salud pública mundial

El suicidio es una problemática de alcance mundial que impacta a individuos de cualquier género, edad, cultura y raza; su gravedad resalta la necesidad de abordarlo de manera integral en todos los ámbitos sociales y a lo largo de las distintas etapas de la vida, con especial atención a los grupos vulnerables. De acuerdo con Dávila y Pardo (2020) el aumento constante de las enfermedades asociadas con el suicidio en el país representa una inquietud relativa a la salud pública, especialmente acentuada entre los jóvenes. Para entender la dimensión del problema de la ideación suicida (IS), es fundamental es preciso comenzar por examinar diversas cuestiones generales relacionadas con el suicidio.

Suicidio

Concepto

El suicidio presenta un problema relevante de salud pública que, sin embargo, sigue siendo subestimado y rodeado de mitos, tabúes, creencias y actitudes negativas (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2023b). Para la American Psychological Association (APA, 2023) el suicidio implica la acción de poner fin a la propia vida. La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS - OMS, 2017) lo definió como "el acto deliberado de quitarse la vida", definición que enfatiza el carácter intencional y deliberado del acto suicida. Además, Parra (2023, p. 43) lo conceptualizó como "el acto de acabar con la propia vida de manera voluntaria", lo que destaca la necesidad de identificar los aspectos psicológicos y socioculturales implicados. Lo anterior indica que el suicidio puede entenderse como la forma más radical de autodeterminación, en la cual el individuo, influenciado por sus vivencias, condiciones y emociones, toma la decisión de finalizar con su propia vida.

Estadísticas

La OPS (2021a, 2023a) indicó que el suicidio es un fenómeno mundial: en los países de la región de América Latina y el Caribe, anualmente casi 700,000 individuos fallecen debido a este motivo, siendo la 4a causa de fallecimientos entre las personas de 15 a 29 años y la 3a asociada a la muerte de jóvenes de 20 y 24 años. Además, la concentración del 77% de los casos en naciones con ingresos bajos y medianos, apunta a la necesidad de considerar la influencia de la dimensión socioeconómica, lo que subraya las inequidades y los retos estructurales que favorecen esta tendencia (World Health Organization, WHO, 2021b). Sin embargo, la WHO (2021b) añadió que, a nivel mundial, la disponibilidad y calidad de los datos sobre el suicidio y los intentos de este, son deficientes.

Las estadísticas de defunciones por suicidio registradas en México y proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022) revelan la existencia de 8,432 casos (6,850 mujeres y 1,568 hombres). Estas cifras no solo reflejan el alcance de la problemática en el país, sino que también llaman la atención sobre la necesidad de un enfoque que considere las dinámicas de género en la prevención y la intervención. Según el informe del INEGI (2022) en el año 2021, de la cifra total de fallecimientos en el país (1,093,210), se registraron 8,351 casos de lesiones autoinfligidas, lo que equivale a una tasa de suicidio de 6.5 por cada 100,000 habitantes. El INEGI añadió que, dentro de estas cifras, es notable que los hombres presentan una tasa de 10.9 suicidios por cada 100,000 habitantes (6,785 casos), mientras que la correspondiente a las mujeres fue 2.4 suicidios por cada 100,000 habitantes (1,552 casos).

De acuerdo con el INEGI (2022, 2023) y en cuanto a los decesos por suicidio en la población a través del tiempo:

- Entre 2017 a 2022 el número de suicidios aumentó. En 2017 se registraron 6,494 casos, con una tasa de 5.3 por cada 100 mil habitantes, mientras que en 2022, se reportaron 8,432 suicidios. Sin embargo, en un informe posterior (2023) se indicaron 8,123 suicidios para el mismo 2022, con una tasa de 6.3.
- Para 2022 (INEGI, 2023): a) a partir del sexo, la tasa promedio de suicidio para varones, fue 10.5 por cada 100 mil habitantes, y de 2.3 en mujeres; y b) por grupo de edad, la tasa más alta se presentó en el rango de 25 a 29 años (11.6), seguida de la de 20 a 24 años (10.6) y la de 15 a 19 años fue de 7.7 Hay que agregar que las diferencias en las tasas entre sexos, se ha mantenido de 2017 a 2022, siendo mayor para las mujeres.

Etapas del proceso

El suicidio es un proceso que está compuesto por varias fases o etapas; no obstante, en ocasiones, puede presentarse sin que exista una fase inicial y también, es posible que las ideas suicidas no culminen con la muerte. Para Miranda de la Torre et al. (2009) el suicidio se conforma por diversas acciones que el individuo lleva a cabo para terminar con su vida, por lo que puede descomponerse en varias fases:

- La ideación suicida pasiva, se refiere al pensamiento sobre el suicidio de forma abstracta, sin una intención activa o planificada de llevarlo a cabo.
- La contemplación activa del acto suicida implica la reflexión sobre el suicidio de manera concreta, lo que incluye planificar y preparar los pasos necesarios para ejecutarlo.
- La ejecución del intento de suicidio propiamente dicho; y finalmente, el acto consumado del suicidio.

Vélez-Pérez et al. (2017) abarcaron el fenómeno del suicidio como un proceso intrincado que engloba tanto pensamientos de suicidio como expresiones verbales de intención suicida, gestos con connotaciones suicidas e incluso intentos suicidas, que pueden culminar en el acto de suicidio en sí mismo. En el estudio de Pérez (2019) se identificaron cinco etapas que preceden al acto suicida: 1) la IS implica pensamientos o deseos conscientes de morir; 2) la amenaza suicida involucra manifestaciones verbales sobre el deseo de morir; 3) el plan suicida se refiere a la estructuración de detalles para el acto suicida; 4) el acto liberado de morir implica la conducta consciente y voluntaria de quitarse la vida; y finalmente, 5) el suicidio consumado, como el acto mismo de quitarse la vida. Es claro que estos estudios coinciden en identificar a la IS como una etapa clave en el proceso del suicidio. A pesar de las diferencias en la terminología que emplean, la descripción de otras etapas y la cantidad de estas, coinciden en resaltar a la IS como fundamental en este proceso.

Ideación suicida

Concepto

El término compuesto de ideación suicida no está en el diccionario de la Real Academia Española (2022); al identificar los conceptos por separado encuentro que: *Ideación*, hace referencia al surgimiento y al proceso en que la persona forma ideas; y *Suicidio* (del latín *suicidium*), que supone el acto y resultado de suicidio, esto es, la decisión voluntaria de dejar de existir. Por tanto, puedo indicar que el concepto de IS incluye el origen y el proceso de creación de ideas para quitarse voluntariamente la vida.

Para De la Torre (2013, p. 3) la IS refiere a “la aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar la propia existencia”. Asimismo, comprende los pensamientos relacionados con la sensación de que la vida carece de valor, los deseos de acabar con la propia vida, así como planificar el acto suicida y las fantasías sobre la muerte. Según la American Psychological Association (APA, 2015, p. 1048; 2023) la alude a los “pensamientos o preocupaciones por quitarse la propia vida, a menudo como síntoma de un episodio depresivo mayor. La mayoría de los casos de ideación suicida no progresan a intento de suicidio”. Vázquez y De Haro (2018) señalaron que la IS implica tener en mente la idea de atentar contra la propia existencia y la diferenciaron del suicidio y del intento de este: el suicidio es la acción a voluntad por la que una persona genera su muerte; mientras que el intento de suicidio es un acto consiente no fatal que se realiza con una finalidad autodestructiva. La IS para Espinoza (2020) se define como “aquellos pensamientos intrusivos y repetidos sobre la muerte auto-infligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone

morir”. El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2022) al definir a la IS, retoma el concepto de Beck et al. (1979): “serie de pensamientos recurrentes asociados al deseo de morir o intención de lograr la propia muerte, a la que le sigue el plan suicida, el intento de suicidio mortal o no mortal”. Debo destacar además, el concepto de IS del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS, 2022): apunta a los “pensamientos de quitarse la vida, con diversos grados de intensidad y elaboración”; a partir del “sentimiento de estar cansado de la vida, la creencia de que no vale la pena vivir y el deseo de no despertar del sueño”.

Estadísticas

Según datos del INEGI de 2022, en la presencia de la IS influye tanto el género como la edad. En las mujeres, es más común su presencia en el rango de 50 a 59 años (8%), seguido por un 7% que incluye a las adolescentes (10 a 19 años), las mujeres de 40 a 49 y las mayores de 60 años. Entre los varones, la IS se presenta mayormente de los 40 a 49 años (6%), seguido del 5% que considera a aquellos con edad entre 30 y 39 años y de 60 años y más.

Enfoques teóricos

Existen distintos enfoques que abordan el estudio de la IS (Tabla 1), los cuales difieren en los factores que la generan y en las estrategias utilizadas para tratarla. De acuerdo con Marulanda et al. (2011) los dos enfoques que permiten comprender el intento de suicidio y que constituyen una aproximación para analizar el impacto de este en el ambiente de la persona, son el de las relaciones objetales desde el psicoanálisis y el enfoque sistémico.

Puedo afirmar que la IS es, en efecto, un fenómeno multifacético que involucra la aparición de pensamientos y reflexiones relacionadas con el deseo de autodestrucción y que de acuerdo con la perspectiva teórica desde la cual se aborde, se identifican diversos aspectos que la originan y que dirigen la intervención.

Tabla 1

Origen y atención a la ideación suicida desde diversos enfoques teóricos

Enfoque	Origen	Atención
Cognitivo	Los actos realizados en el afán de morir se originan en “cogniciones negativas autorreferentes (triada cognitiva), un procesamiento de información selectivo, rígido y generalizado, con sesgos confirmatorios y estilos de afrontamiento pobres” (Toro, 2023).	En la terapia y según Toro (2013) se prioriza la reducción de dicha conducta suicida a través de: a) la formulación de estrategias para abordar la desesperanza y la conducta autolesiva; b) la inclusión de los pacientes en el proceso terapéutico, para minimizar la deserción; c) fomentar el uso de servicios médicos para atender las necesidades; y d) promover el apoyo emocional y social.
Conductual	Conductas, comportamientos y experiencias de la persona influyen en la presencia de IS, por lo que se identifican los aspectos del ambiente y de aprendizaje implicados en su presencia y mantenimiento (Wicks-Nelson & Israel, 1997).	A través de la activación conductual que según Morcillo (2022) no se limita a programar actividades agradables y placenteras para el paciente en el afán de reducir los síntomas; sino en realizar acciones funcionales y beneficiosas para el mismo, disminuyendo los comportamientos incompatibles, lo que implica que la persona lleve a cabo los objetivos establecidos a corto y largo plazo. La meta, para el mismo Morcillo, es que el paciente pueda identificar las consecuencias de su estado de ánimo resultantes de sus acciones, estableciendo una conexión entre lo que experimenta emocionalmente y las circunstancias de su vida.
Cognitivo - conductual	Se origina a partir de comportamientos y pensamientos con diversa intensidad, que oscilan entre pensamientos leves (sobre el deseo de morir, amenazas en cuanto a autolesionarse y gesticulación moderada), intentos graves hasta el suicidio consumado (Jiménez, 2008).	Abordaje holístico y preventivo a la salud mental, por lo cual hay que reconocer la necesidad de intervenir en los aspectos clave para reducir el riesgo de IS (Echavarría & Lemus, 2019).
Dialéctica conductual	Para Linehan (como se cita en Córdova et al., 2015) los comportamientos disfuncionales son resultado de aspectos cognitivos, emocionales, conductuales y ambientales.	Como señaló Linehan (como se cita en Córdova et al., 2015) a partir de los aspectos que la originan, se precisa del análisis funcional para identificar aquellos que en particular originan comportamientos específicos en personas concretas. Para Solís (2018) la terapia dialéctica conductual de Linehan tiene un enfoque integral que incluye aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 1*Origen y atención a la ideación suicida desde diversos enfoques teóricos (continuación)*

Enfoque	Origen	Atención
Humanista	Para Balbín et al. (2016) la frustración vinculada con la desesperanza se presenta cuando el individuo no logra su propósito de vida, momento en que experimenta incertidumbre con respecto al por qué de su existencia, vacío interno y aburrimiento a lo que se suma la sensación de no tener dominio sobre su propia existencia y la ausencia de metas.	La terapia se concentra en el presente de cada persona, trabajando en el aquí y ahora para potenciar sus capacidades únicas. Se abordan las experiencias y vivencias que han llevado al individuo a considerar el suicidio, se examina cómo concibe la vida, y se identifican las fortalezas que podrían ser movilizadas para ayudarlo en su proceso de seguir adelante (Chica et al., 2016).
Ecológico.	Para Bronfenbrenner (como se cita en Pérez et al., 2010) el comportamiento del individuo es influenciado por la interacción entre los diferentes sistemas en que se desarrolla, por lo que hay que identificar aquellos factores que incrementan el riesgo de conducta suicida.	Como indicaron Zayas et al. (2005) para atender la IS hay que determinar y actuar primeramente en el microsistema (e.g. tradiciones culturales, prácticas de socialización) que compite con los elementos del mesosistema (determinantes históricos y sociales frente a los culturales que impactan de forma diferenciada entre los integrantes de la familia en aspectos como la presencia de estrés y adopción de actitudes y comportamientos de la cultura predominante).
Psicoanalítico	Las relaciones objetales pueden ayudar a explicar los intentos suicidas (Marulanda et al., 2011), lo que hace referencia a la manera en que la persona se relaciona consigo misma y con su entorno. Según Marulanda et al., las interacciones tempranas con los cuidadores primarios son significativas en la formación de la personalidad y en la creación de estructuras internas que configuran el sentido del yo, lo que influye en las relaciones que la persona establece a lo largo de su vida. Según Lander (1995, como se cita en Villafaña et al., 2019) el intento suicida es un síntoma. Para Villafaña et al., el individuo que contemplaba el suicidio está deprimido y busca expresar su odio hacia el objeto, sin una razón clara para desear poner fin a su vida.	Para Álvarez y Tamayo (2016) la atención de la ideación suicida, no solo interpreta la adolescencia como una etapa en el desarrollo, sino también como un período en el que el individuo comienza a darle sentido a todo lo que ocurre en su cuerpo y a los factores externos que lo afectan; se concentra por tanto, en cómo el individuo está experimentando estos cambios, cómo los percibe y cómo responde a ellos; por ello, se enfoca en cómo el individuo incorpora su transformación, cómo la integra en su experiencia o no lo hace.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 1

Origen y atención a la ideación suicida desde diversos enfoques teóricos (continuación)

Enfoque	Origen	Atención
Sistémico	Ardila et al. (2020) destacaron que, durante la adolescencia, la familia es crucial, ya que el adolescente se enfrenta a decisiones sobre su futuro. Si las dinámicas familiares, los límites y las jerarquías no fueron gestionadas de manera adecuada en etapas anteriores, puede haber un riesgo de que el adolescente tome decisiones equivocadas que impacten negativamente en su autoestima y autonomía. Este desequilibrio en el sistema familiar puede afectar a todos sus miembros, generando una sensación de que los problemas son sumamente intensos o difíciles de manejar, lo que incrementa la vulnerabilidad de los adolescentes, y en ciertos casos podría llevarlos a considerar el suicidio como posible solución (Ardila et al., 2020).	Para Jiménez (2021) desde esta perspectiva, es esencial entender cualquier comportamiento suicida dentro del contexto familiar; el terapeuta debe adoptar un rol activo en la dinámica familiar al llevar a cabo intervenciones, ajustes estructurales y redefiniciones, para alterar la dinámica que había predominado en la familia.

Nota. Elaboración propia.

Factores que la determinan

De riesgo. Entre los factores que pueden determinar la presencia de la IS en adolescentes y adultos jóvenes (18 - 19 años a 25 - 29 años, de acuerdo con Papalia & Martorell, 2017) se encuentran los personales, familiares, escolares, comunitarios y sociales.

Personales

Estos factores engloban las características propias de un individuo que pueden contribuir a la IS. Entre los factores personales predisponentes en la contemplación de quitarse la vida, identifiqué en la bibliografía:

- Permanecer más de 8 horas solo(a) (Calvo et al., 2003, como se cita en Siabato & Salamanca, 2015)
- Percepción de enfermedades físicas y/o mortales (Siabato & Salamanca, 2015), edad (Martínez & Robles, 2016). Dolor crónico (OPS, 2017; WHO, 2021b).
- Mala calidad de vida (Santos-García et al., 2023).
- Género (Calvo et al., 2003, como se cita en Siabato & Salamanca, 2015; Casullo, 2005; Martínez & Robles, 2016; Siabato & Salamanca, 2015), género femenino (Calvo et al., 2003, como se cita en Siabato & Salamanca, 2015; Ortiz et al., 2019).
- Enfermedades mentales (Department of Health and Human Services, DHHS, 2008; Martínez & Robles, 2016; WHO, 2021b), antecedentes de enfermedad mental (Ortiz et al., 2019), desórdenes psiquiátricos (APA, 2023) desajustes emocionales (Echavarría & Lemus, 2019), trastornos mentales (OPS, 2017), trastorno bipolar (Ortiz et al., 2019).
- Ansiedad como psicopatología (Ortiz et al., 2019) o un pronunciado nivel de ansiedad (Mirabal et al., 2015).
- Síntomas depresivos (Aguilera, 2018) o depresión como psicopatología (Ortiz et al., 2019; Pérez et al., 2010; Santos-García et al., 2023; Siabato & Salamanca, 2015; WHO, 2021b, 2023). Episodio depresivo mayor (APA, 2023). Puntajes altos en la escala de depresión de Beck como factor predictivo (Santos-García et al., 2023).
- Estrés (DHHS, 2008; Herrera & Orquiz, 2023; Martínez & Robles, 2016; Siabato & Salamanca, 2015; Zayas et al., 2005).
- Autoestima disminuida (Mirabal et al., 2015; Ortiz et al., 2019).
- Tristeza (Mirabal et al., 2015).
- Frustración (Echavarría & Lemus, 2019).
- Unión libre (Siabato & Salamanca, 2015).

- Experiencias de abuso sexual (Calvo et al., 2003, como se cita en Siabato & Salamanca, 2015; Ortiz et al., 2019; Zayas, et al., 2005).
- Sentimientos de desesperanza (Aguilera, 2018; Martínez & Robles, 2016; Ortiz et al., 2019; OPS, 2017).
- Sentimientos de culpabilidad (Aguilera, 2018).
- Rasgos o estilos de personalidad caracterizados por ambición, impulsividad, apatía, pesimismo, rigidez cognitiva, rechazo a recibir ayuda y escapismo (Casullo, 2005).
- Pensamientos suicidas (Pérez et al., 2010).
- Sobrevivir a intentos de suicidio previos, o amenazas de suicidio como forma de buscar atención (Aguilera, 2018; OPS, 2017; WHO, 2021b).
- Abuso de sustancias (APA, 2023; Pérez et al., 2010), trastornos por consumo de alcohol (OPS, 2017; WHO, 2021b), abuso de drogas (Casullo, 2005; Santos-García et al., 2023).
- Situaciones de indefensión (duelo extremo o prolongado o deterioro de la salud) (APA, 2023).
- Impulsividad en momentos de crisis (Siabato & Salamanca, 2015; WHO, 2021b); violencia, sensación de aislamiento, problemas en la capacidad de lidiar con las tensiones de la vida, como las financieras, problemas y/o enfermedad (WHO, 2021b).
- Antecedentes familiares de suicidio (OPS, 2017) o de intentos de suicidio (Pérez et al., 2010).
- Pérdida de trabajo o de la economía, factores genéticos o biológicos (OPS, 2017), desequilibrio en neurotransmisores (Casullo, 2005).
- Problemas existenciales (González, 2023).
- Vulnerabilidad emocional (Zayas et al., 2005), dependencia emocional (Siabato & Salamanca, 2015), desconfianza para compartir lo que se siente (Senado de la República, 2023).
- Problemas amorosos (Siabato & Salamanca, 2015).
- Acceso a armas de fuego, ausencia de competencias para resolver problemas, problemas en la identidad sexual (Casullo, 2005).

Familiares

Los factores de riesgo familiares están vinculados al ambiente familiar de la persona. Entre ellos identifique:

- Tener hijos cuando se es joven o adolescente (Martínez & Robles, 2016).
- Disfunción familiar (Ortiz et al., 2019; Zayas et al., 2005).

- Carecer de una red de apoyo familiar, antecedentes familiares de suicidio o intentos suicidas (Aguilera, 2018; Zayas et al., 2005).
- Ruptura de relaciones (WHO, 2021b).
- Escaso apoyo y baja supervisión de los padres; estilo autoritario y restrictivo del padre, padres separados o divorciados (Caro & Ballesteros, 2022; Siabato & Salamanca, 2015; Zayas et al., 2005).
- Historia familiar de suicidio, enfermedad mental u hospitalizaciones psiquiátricas (Marulanda et al., 2011); conducta suicida en seres queridos (Siabato & Salamanca, 2015).
- Disputas familiares relacionadas con problemas económicos o desempleo (Pérez et al., 2010).
- Pérdida de trabajo en familiares (Siabato & Salamanca, 2015).
- Crianza negativa, crisis familiar, baja cohesión, conflictos maritales, familiares y entre adolescente-padres; percepción de una niña en cuanto a causar un rompimiento en la integridad familiar al no acatar las tradiciones familiares culturales que socializan a las mujeres hispanas como pasivas, recatadas e hiper responsables de las obligaciones familiares, la unidad y la armonía, historial de abuso físico o sexual; mala comunicación en las familias; relaciones madre-hija o padre-hija menos activas, comunicativas y problemáticas (Zayas et al., 2005).

Escolares

Los factores escolares se refieren a las experiencias en el entorno educativo, estos pueden incluir:

- Acoso escolar y estrés académico (Ortiz et al., 2019).
- Ser estudiante (Caro & Ballesteros, 2022; Siabato & Salamanca, 2015), bajo rendimiento o fracaso escolar, miedo e incertidumbre a las expectativas del futuro (Córdova et al., 2015).
- Estudiantes que no viven con sus padres (Caro & Ballesteros, 2022).
- Relaciones en el entorno escolar (Pérez et al., 2010).

Comunitarios

Los factores comunitarios están relacionados con el entorno en el que vive una persona; los identificados en la revisión que realicé, son:

- Vivir en ambientes hostiles y adversos (Aguilera, 2018).

- Desastres, guerras y conflictos violentos, estrés por aculturación y desplazamiento, discriminación, abuso (OPS, 2017).
- Percepción negativa, agresiva o disfuncional del entorno (Pérez et al., 2010).

Sociales

Los factores sociales engloban influencias más amplias de la sociedad en general, entre ellos:

- Situación social y económica del país (Martínez & Robles, 2016).
- Factores psicosociales en general (González, 2023; Herrera & Orquiz, 2023).
- Ausencia de redes de apoyo social (Aguilera, 2018) o apoyo limitado (Caro & Ballesteros, 2022).
- Indígenas; prisioneros, refugiados y migrantes; lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI) (WHO, 2021b).
- Acceso a la representación del suicidio a través de los medios de comunicación como tv, redes sociales, libros, películas, etc. (Pérez, 1996, como se cita en Vargas & Saavedra, 2012).
- Obstáculos para atender la salud y gozar de los cuidados requeridos; facilidad para acceder a los medios para cometer suicidio; propagación del suicidio de manera incorrecta; estigmas sobre la búsqueda de ayuda por conductas suicidas (OPS, 2017).
- Hambre, pobreza, violencia, inadecuada calidad de vida, problemas económicos (Caro & Ballesteros, 2022; Siabato & Salamanca, 2015).
- Prejuicios alrededor del suicidio y hacia quienes presentan comportamientos de riesgo (Senado de la República, 2023).

De protección. Según la Guía de Prevención del Suicidio 2022 (Gobierno de México, 2022b) los factores de protección son aquellos aspectos que tienen la capacidad de ejercer un efecto positivo en el individuo pues reducen la susceptibilidad frente al suicidio. Se reitera que en adolescentes y adultos jóvenes (18 - 19 a 25 - 29 años), de acuerdo con Papalia y Martorell (2017) se encuentran los factores de protección en los ámbitos personal, familiar, escolar, comunitario y social.

Personales

Estos factores se refieren a las características personales que pueden actuar como elementos protectores contra la IS, entre ellos:

- Autoestima elevada (Cabrera et al., 2021; Hernández, 2015; Instituto Nacional de la Mujeres [Inmujeres], 2006; Villalobos et al., 2023).

- Confianza en las habilidades personales de afrontamiento (Calderón et al., 2021).
- Confianza en sí mismo, resiliencia (Marulanda et al., 2011); confiar en alguien y hablarle sobre lo que se siente y piensa (Senado de la República, 2023).
- Actividad deportiva (Fernández, 2019; Marulanda et al., 2011); hacer ejercicio regularmente (DHHS, 2008).
- Buena salud, correcta alimentación, cercanía o apego con la familia, inteligencia más arriba del promedio, autocontrol, valores, optimismo, competencias sociales y para la solución de problemas (Inmujeres, 2006).
- Gestión adecuada de emociones displacenteras, flexibilidad cognitiva y atribucional, autoeficacia, comunicación asertiva, solución de conflictos y estrategias de afrontamiento productivo (Villalobos et al., 2023).
- Antecedentes de atención psicológica, amabilidad (Cabrera et al., 2021).
- Creencias religiosas o espirituales (Cabrera et al., 2021; Hernández, 2015; Marín, 2021).
- Saber que hay quien se preocupa por él y que lo ayudarían; percibir la vida como placentera y saber que puede recuperarse; gozar de algún pasatiempo máxime si se comparte con otros; escuchar y considerar la ayuda y los consejos que recibe; ser honesto consigo mismo sobre los propios sentimientos; aprender sobre las líneas telefónicas de ayuda en casos de crisis; participar en un grupo de apoyo mutuo donde pueda aprender de otros y compartir su experiencia; identificar la causa o el comienzo de los pensamientos suicidas (DHHS, 2008).

Familiares

El ámbito familiar juega un papel crucial en la prevención de la IS; un entorno caracterizado por el afecto, la comunicación abierta y el apoyo incondicional se erige como un poderoso factor de protección. Entre los aspectos, se documentan:

- Estabilidad en las relaciones de pareja (Hernández, 2015).
- Padres con creencias religiosas (Caro & Ballesteros, 2022; Fernández, 2019; Marulanda et al., 2011), convivencia en un entorno familiar unido y caracterizado por relaciones armoniosas (Fernández, 2019; Inmujeres, 2006).
- Adecuado apoyo familiar y social (Cabrera et al., 2021; Caro & Ballesteros, 2022; DHHS, 2008; Marín, 2021).
- Apoyo materno (Caro & Ballesteros, 2022); padres que proveen cuidado y ayuda (Inmujeres, 2006),
- Embarazo deseado y tener hijos (Marulanda et al., 2011).

- Familia segura y estable, familia pequeña, relación de apoyo con un adulto, normas y moral sólida en la familia, comunicación afectiva, expresión emocional (Inmujeres, 2006).

Escolares

Los factores de protección escolares se refieren a las influencias positivas en el ambiente educativo, entre las cuales identifiqué:

- Apoyo en la escuela (Caro & Ballesteros, 2022); colaboración y apoyo (Inmujeres, 2006).
- Sentimientos de pertenencia, clima escolar positivo, grupo de pares prosocial, responsabilidades, oportunidades de éxito y reconocimiento de logros, reglas en la escuela en contra de la violencia (Inmujeres, 2006).

Comunitarios

La comunidad en su conjunto, desempeña un rol esencial en la prevención de la IS. La comunidad contribuye a fortalecer la resiliencia y a brindar un entorno de seguridad emocional para quienes la integran, reduciendo así el riesgo de pensamientos suicidas. Entre los factores que encontré, están:

- Mantener un sistema de apoyo (amigos, religiosos, mentores, colegas, etc.), tener al menos alguien en quien confiar y con quien se pueda ser honesto; ser honesto consigo mismo acerca de los propios sentimientos; saber que puede recurrir y solicitar ayuda en los servicios hospitalarios y médicos (DHHS, 2008).

Sociales

El entorno social en el que una persona se desenvuelve es fundamental en la prevención de la IS. La conexión social brinda un sentido de pertenencia y un espacio donde se pueden compartir las dificultades emocionales. Entre ellos, se han documentado:

- Relaciones sociales enriquecedoras (Hernández, 2015).
- Relaciones interpersonales saludables (Marín, 2021; Marulanda et al., 2011).
- Apoyo social (Hernández, 2015).
- Búsqueda de apoyo social y de ayuda (Villalobos et al., 2023).
- Apoyo de una persona significativa y el apoyo de los amigos (Caro & Ballesteros, 2022); relación cercana con una persona significativa (Inmujeres, 2006).
- Oferta de oportunidades en momentos críticos o en cambios importantes, seguridad económica, vivienda digna (Inmujeres, 2006).

A partir de esta revisión sobre las causas del intento suicida, estoy de acuerdo con Herrera y Orquiz (2023) cuando afirmaron que la intencionalidad suicida, es un fenómeno complejo con

causas variadas. Cabe señalar aquí lo mencionado por Echavarría y Lemus (2019) quienes realizaron un estado del arte en relación con la IS en adolescentes, para lo cual analizaron investigaciones publicadas entre 2002 y 2018 en países de habla hispana, a partir del cual concluyeron que es crucial entender cómo factores que, a primera vista parecen inofensivos pueden contribuir a la generación de IS en esta población.

Consecuencias de la ideación suicida

Para Beck et al. (1979a) el resultado final de la IS refleja el grado en que el individuo ha sido capaz de superar los disuasores internos a los deseos suicidas (temor a lo desconocido, a "estropear" el intento; cuestiones religiosas y morales). Para Marulanda et al. (2011) el intento suicida se acompaña de secuelas y cambios en la vida, la dinámica y la estructura tanto personal como familiar, y marca un antes y un después del evento. Es claro como indicó Celis (2020) que la IS puede predecir el suicidio consumado, por lo que resulta importante analizar sus implicaciones en la persona, máxime en el caso de los adolescentes y adultos jóvenes.

En la persona misma, se ha identificado:

- Implicaciones físicas (Pérez-Chan, 2015).
- Sentirse exhausto (fatiga extrema), con mucho enojo, confusión, humillación o vergüenza; experimentar pensamientos suicidas posteriores, así como sensaciones negativas que lo llevaron a querer suicidarse; problemas para tomar decisiones (DHHS, 2008).
- Malestar mental y sufrimiento psicológico (González, 2023; Pérez-Chan, 2015), problemas emocionales (González, 2023). Precursor de intentos fallidos de suicidio (Pérez-Chan, 2015).
- Suicidio consumado (Celis, 2020; González, 2023; Pérez-Chan, 2015).
- Desesperanza, depresión, baja autoestima, estados de vulnerabilidad y confusión (González, 2023).
- Reclusión psiquiátrica (Casullo, 2005).

En los familiares, se anotan:

- Sentirse abrumado (DHHS, 2008).
- Impacto significativo en la dinámica y estructura familiar (Garcíandía, 2013).
- Desajuste en el funcionamiento familiar, afán por encontrar un culpable, reacciones asociadas a fechas significativas, sobreprotección y dependencia, así como la tendencia a ocultar lo sucedido, especialmente cuando la muerte genera vergüenza; también puede presentarse la idealización del fallecido, comportamientos regresivos en algunos

familiares y reacciones obsesivas o paranoides relacionadas con el temor a la propia muerte (Ardila et al., 2020).

También se han identificado cambios en el ambiente de la persona misma con IS, entre ellos, quitar objetos y/o medicinas que podría emplear para dañarse (DHHS, 2008).

Políticas públicas: salud mental y suicidio

Una política es una iniciativa promovida por el gobierno con el objetivo de desarrollar estrategias que aborden un problema que, por su relevancia, forma parte de la agenda pública y busca generar un impacto concreto en su resolución (Ahued, 2017). Las políticas con respecto a la salud mental para Valdez y Arenas (2019) constituyen herramientas fundamentales para los profesionales de la salud; cuando son diseñadas e implementadas de manera efectiva, pueden influir significativamente en el bienestar psicológico de la población. Existen diversas políticas internacionales y nacionales principalmente para la atención de la salud mental, en las cuales se considera de manera explícita o implícita al suicidio, por lo que a continuación incluyo a las más sobresalientes.

Hay que destacar las políticas por parte de la WHO (2023) a partir de que considera que el suicidio es una prioridad de salud pública en América Latina y el Caribe. En primer término considera que para su prevención, es fundamental la intervención oportuna con acciones de colaboración e involucración de todos los sectores gubernamentales así como de la sociedad. Por su parte, las Naciones Unidas (2023) instaron a los gobiernos a movilizar y coordinar sus acciones para generar una estrategia que responda a la cultura y que logre reducir mínimamente de inicio, el 10% de la tasa de suicidios para responder a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2015), en especial al Objetivo 3 (Salud y Bienestar) que busca garantizar una vida sana así como la promoción del bienestar a lo largo de la vida.

Para lograr que los adolescentes sobrevivan y prosperen y lograr estos objetivos, la misma WHO publicó (2018, 2021a) la guía *Live - Life* que incluye cuatro intervenciones psicológicas clave basadas en evidencia y de acceso abierto, que busca se desarrollen a partir de esfuerzos globales, nacionales y comunitarios: a) restringir el acceso a los medios de suicidio; b) interactuar con los medios de comunicación en la búsqueda de una cobertura responsable; c) formar habilidades para la vida; y d) realizar de forma temprana, la identificación, manejo y seguimiento de los casos. La aplicación y ampliación satisfactorias de estas intervenciones clave, requiere los siguientes pilares transversales: análisis de la situación; colaboración multisectorial; sensibilización y promoción; desarrollo de las capacidades; financiamiento; y vigilancia, monitoreo y evaluación/investigación. Se destacan las acciones centradas en la promoción y prevención

para que los jóvenes puedan alcanzar su potencial y superar las adversidades: promover la buena salud mental mientras se previene la autolesión y comportamientos de riesgo, como el abuso de sustancias, el acoso, la violencia y el fracaso escolar, ello al desarrollar habilidades para la resolución de problemas, gestión del estrés, mejora de las habilidades interpersonales y regulación emocional. Cabe señalar que para América Latina y el Caribe, se cuenta con la edición en español (OPS, 2021a) de la obra original en inglés de la misma WHO (2021a).

De acuerdo con la OPS (2023a) el propósito de las políticas para mejorar la salud mental, es guiar a los estados miembros considerando sus contextos nacionales y prioridades, por lo que se centran en cinco áreas clave: a) el liderazgo, la gobernanza y las alianzas intersectoriales; b) la calidad y accesibilidad de los servicios comunitarios de salud mental; c) la prevención y promoción de la salud mental a lo largo de la vida; d) la integración de la salud mental en situaciones de emergencia; y e) la recopilación de datos, evidencia e investigación. Además, se fundamenta en los cuatro temas transversales del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025: género, equidad, etnicidad y derechos humanos. La colaboración entre la OMS, la OPS y México se concretó en el Proyecto CAMS México, cuyo objetivo es formar un grupo de expertos en salud mental y prevenir el suicidio a nivel nacional; colaboración que se materializó en mayo de 2020, impulsada por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Secretaría de Salud (SS) y la OPS/OMS México, como respuesta a la pandemia de COVID-19 (OPS, 2019). Este proyecto fortaleció las Brigadas de Salud Mental para atenderla en medio de la pandemia.

La OPS (s.f.) señaló que la OMS desarrolló en 2005, un Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS) con el cual se busca recopilar información básica sobre los servicios de salud de los países o regiones sobre todo con ingresos bajos o medios, con la finalidad de mejorar los sistemas de salud mental y tener información base para identificar cambios en los mismos. A partir de dicho instrumento, se generan informes sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe; en el informe de 2013 de la OPS, se indicó que desde un punto de vista regional y a pesar de las variadas realidades, es factible reconocer cierta consistencia en los resultados. Solo un reducido número de países poseían una legislación específica, es decir una ley exclusiva enfocada en la salud mental: a) en la región de América Central, México y el Caribe Latino, únicamente la República Dominicana había promulgado una ley específica en el presente milenio; b) México por su parte, disponía de una ley general desde 1994 que abordaba temas relacionados con salud mental; y c) en el caso de Cuba, aspectos sobre salud mental se encontraban contemplados en la Ley de Salud Pública de 1993. Hay que añadir lo expuesto por Berenzon et al. (2012, como se cita en Valdez-Santiago et al., 2021) en

cuanto a que al aplicar en 2009 y 2010 el IESM-OMS al sistema de salud en México, se identificó que el presupuesto destinado a salud mental era de 2% y que, de este, la mayor parte se asignaba a hospitales psiquiátricos (80%).

En México, la atención al suicidio ha estado tradicionalmente integrada en los programas de salud y en las iniciativas dirigidas a la salud mental. Sin embargo, en años recientes, ha comenzado a abordarse a través de programas intersectoriales, con estrategias y acciones específicas que tratan al suicidio de manera integral, sin enfocarse de forma detallada en las etapas previas que puedan conducir a este:

- En el Programa de Acción Específico Salud Mental (PAE) 2013-2018 (SS, 2014) se indica que este constituye la base para desarrollar, implementar y fortalecer a nivel nacional, la aplicación del modelo Miguel Hidalgo actuando como el Plan Nacional de Salud Mental, por lo que se busca que facilite la coordinación intersectorial y contribuya a la organización de una red comunitaria de servicios. Hay que señalar que se busca a partir de dicho modelo (Sistema de Información Legislativa de la Secretaría de Gobernación, 2017): promover la salud mental; otorgar atención ambulatoria, hospitalaria y la reinserción social; llevar a cabo programas destinados al suicidio y apoyo en crisis; identificar oportunamente; y otorgar atención integral de alta calidad, respetando los derechos humanos y la gratuidad de los servicios.
- La Norma Oficial Mexicana (NOM) 025-SSA2-2014 (SS, 2015) cuyo fin es establecer la forma de operar y organizar las actividades en donde se otorguen servicios continuos de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, siendo fundamentales la calidad, calidez y respeto a los derechos humanos.
- En el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (SS, 2020) y dentro del objetivo para proteger la salud desde un enfoque integral, se prioriza la prevención y sensibilización de los factores que ponen en riesgo la salud y que tienen alto impacto en la mortalidad, por lo que se hace alusión a la atención de la salud mental, que afecta tanto al individuo como a la población en general. Entre las acciones, están: lograr el acceso a los servicios de salud mental y apoyo psicológico principalmente a quienes han sido discriminados o son vulnerables. Se considera para atender el suicidio, llevar a cabo acciones para prevenir y promover una vida saludable, sobre todo en individuos en riesgo y poblaciones vulnerables .
- Dentro del Programa de Acción Específico en Salud Mental y Adicciones (SS, 2022) se desarrolla la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio en el marco de la reestructuración del sistema de salud, especialmente en el ámbito de la salud mental. Ante

la identificación del suicidio como un importante desafío en la salud mental del país, se establece el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS, 2022). La misión de esta estrategia es liderar la política nacional para la prevención de la conducta suicida y el suicidio, respetando los derechos humanos y siendo sensible a la vida, género e interculturalidad. La visión para 2024, busca una política coherente en las 32 entidades federativas del país para reducir la tasa anual de suicidios. El objetivo general es dirigir los recursos y esfuerzos para vigilar, promover, prevenir, atender, recuperar y realizar la postvención de forma más adecuada, demostrando eficacia y revirtiendo la incidencia de suicidios en el país. Todo esto se llevará a cabo respetando plenamente los derechos humanos y considerando una perspectiva de género.

- Para la prevención del suicidio, se publicó la Guía de Prevención del Suicidio 2022 (Gobierno de México, 2022b) que busca orientar a la población con herramientas y estrategias específicas para la prevención y detección oportuna.
- La prevención del suicidio, está en concordancia con lo establecido en el artículo 74 de la Secretaría de Gobernación y el Diario Oficial de la Federación (2022) referente a la salud mental (Secretaría de Salud - Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, SS - CONASAMA, 2022a). El artículo en cuestión, subraya la relevancia de garantizar el acceso y la continuidad de la atención en salud mental y adicciones; para conseguirlo, se requiere disponer de centros de atención primaria ambulatoria, además de servicios especializados en psiquiatría, otorgados en hospitales generales y regionales de alta especialidad e institutos nacionales de salud.

Puedo considerar que México es pionero en la Región de las Américas al haber puesto en marcha un programa gubernamental integral enfocado en la mitigación del suicidio, el cual tiene alcance a nivel nacional. El propósito fundamental del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS) (SS - CONASAMA, 2022b) radica en establecer un conjunto de enfoques intersectoriales para abordar eficazmente a las personas que buscan ayuda debido a comportamientos suicidas, por lo que se orienta hacia la reducción de la tasa de mortalidad por suicidio a través de la implementación de estrategias que abarcan desde la prevención y la atención, hasta la postvención (acciones e intervenciones) e investigación en este ámbito.

También como parte del PRONAPS (SS - CONASAMA, 2022a) existe el Código 100, el cual representa un sistema diseñado para respaldar la toma de decisiones clínicas en situaciones de comportamiento suicida, que se lleva a cabo en hospitales generales y centros de atención de las Redes Integradas del Sistema de Salud (RISS); su finalidad principal es nivelar la atención

brindada tanto a los usuarios de los servicios de salud mental como a los de salud pública, buscando equipar la calidad y el enfoque de atención ofrecida. Otra medida (CONASAMA, 2023a) consiste en la publicación del *Cuadernillo básico para la prevención del suicidio*, el cual contiene conocimientos y habilidades básicos para fortalecer las acciones de prevención temprana del suicidio y el bienestar integral sobre todo en la población joven; ello, a partir de que la participación comunitaria es importante, sumada a la de los profesionales de la salud mental. En dicho cuadernillo, se recomienda que cuando una persona detecte a uno de sus cercanos con conductas suicidas, escuche la problemática, genere un ambiente de comunicación franca, muestre empatía y sensibilidad ante frases difíciles, evite juzgar e interrumpir, explore la disponibilidad de apoyo social, exponga la posibilidad de pedir ayuda profesional y promueva los factores protectores.

El PRONAPS (SS - CONASAMA, 2022a) señaló que, al estar disponible para todos, este documento puede facilitar la implementación de acciones de sensibilización en diversos espacios como colegios, trabajos y espacios públicos, los cuales son ideales para reconocer factores de riesgo (mitos del suicidio) y fomentar medidas preventivas (anticiparse al suicidio). Otro punto relevante de este cuadernillo, es que a partir del testimonio de una joven que expresa querer morir (caso que se plantea), se establece una ruta de siete pasos sobre cómo proceder (desde escuchar con atención, hasta fomentar factores protectores), así como diversas cuestiones para indagar si existe riesgo suicida y su nivel.

Por otra parte, en la Secretaría de Salud (2022) se han generado las Brigadas Comunitarias en Salud Mental (BCSM) cuyo propósito principal se centra en llevar a cabo intervenciones orientadas a la prevención y la promoción de la salud mental dentro de la comunidad. Con estas intervenciones, buscan fortalecer los factores que protegen la salud mental, facilitar la identificación precoz de problemas asociados y garantizar la atención adecuada a través de la colaboración con la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS). Las BCSM tienen como característica esencial la participación real de la comunidad, lo que es un elemento crucial para mejorar tanto la salud mental, como el bienestar general de las personas.

Hay que destacar que la SS actualmente proporciona información en el sitio web oficial del Gobierno de México, con la finalidad de que la población conozca, ubique y pida apoyo su la salud mental en las Unidades y Módulos de Atención en Salud Mental y Adicciones en cada entidad federativa, en particular, en las unidades médicas especializadas y centros de salud mental, ya sea comunitarios, integrales o con componente de Salud Mental.

Específicamente, acerca de las políticas públicas de la CDMX, Ahued (2017) como Secretario de Salud en su momento, destacó las siguientes líneas de acción:

1. La obligatoriedad y continuidad en la atención de la salud mental se consolidó a través de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal, promulgada en 2011, que garantiza el acceso con enfoque de género y respeto a los derechos humanos. En 2016, se estableció el Consejo de Salud Mental de la CDMX para cumplir con su mandato.
2. Se traslada el enfoque de la salud mental de los hospitales psiquiátricos a los niveles primarios y secundarios de atención. Desde 2014, se capacita a 1,519 médicos generales en la Guía de Intervención mhGAP de la OMS para trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.
3. La accesibilidad a los servicios se mejora mediante el Programa de Medicina a Distancia, una línea telefónica disponible las 24 horas, y el Programa Médico en tu Casa, que identifica alteraciones de salud mental y brinda orientación.
4. Se promueve la salud mental mediante intervenciones comunitarias, como jornadas de salud mental, prevención y atención de adicciones, así como distribución de material educativo.
5. La atención a la salud mental se integra de manera transversal con el Programa Interinstitucional para la Prevención y Atención Oportuna de las Conductas Suicidas en la CDMX, colaborando con diversas dependencias gubernamentales a nivel local y nacional.

Puedo destacar además que, el Gobierno de la Ciudad de México a través de la SS (2022) en colaboración con el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones (IAPA) y los Servicios de Salud Pública, ha establecido una serie de medidas permanentes para proporcionar atención gratuita e inmediata a individuos en riesgo de suicidio en la ciudad. Estas medidas incluyen: visitas a escuelas y universidades; atención en línea; información y consejos relacionados con la prevención del suicidio y el apoyo a personas en situación de riesgo (IAPABOT); línea telefónica de atención (IAPA); atención presencial; trabajo en la comunidad; atención a grupos vulnerables; y capacitación de promotores. La *Línea de la Vida* de la Comisión Nacional contra las Adicciones, ofrece atención personalizada a la población en problemas relacionados con el consumo de sustancias y salud mental; este servicio multicanal proporciona información general, atención para problemas de salud mental y consumo de sustancias, intervenciones breves, cesación del tabaco, manejo de crisis emocionales o derivación a centros de salud especializados (Gobierno de la Ciudad de México y Secretaría de Salud, 2022a,b). También gestiona quejas por incumplimiento de normas o violación de derechos humanos.

Más recientemente, el 13 de octubre de 2023, la presidencia del país, así como el secretario de Salud, el director del IMSS-Bienestar y los mandatarios de 21 estados, firmaron el Acuerdo Nacional para la Federalización del Sistema de Salud para el Bienestar que tiene como objetivo consolidar la operación de un sistema de atención médica “único, universal, público, gratuito y preventivo” centralizado en el IMSS - Bienestar. Se busca con ello, proporcionar atención médica oportuna y de calidad a los mexicanos que no cuentan con seguridad social. De los 65 millones de mexicanos sin seguridad social en el país, IMSS Bienestar proporcionará atención de salud a 53.2 millones de 23 estados, mediante una red de 707 hospitales y 13,966 Centros de Salud. Esto representa el 80% de la población en México. En estos Hospitales se ofrecerán, entre otros servicios, aquellos relacionados con el Centro de Atención a la Salud del Adolescente (CASA) y un nuevo modelo de atención en salud mental.

En el sector educativo, diversas instituciones de todos los niveles han implementado programas y acciones dirigidas a la salud mental y prevención del suicidio. Así mismo, se han puesto en marcha varios recursos en las instituciones a nivel superior como la UNAM para abordar necesidades relacionadas con la prevención del suicidio y el bienestar emocional dentro de la comunidad universitaria. En conjunto con la Secretaría de Prevención, Atención y Seguridad Universitaria (2021) formó el Comité Técnico para la Atención de la Salud Mental de la Comunidad Universitaria, como un órgano técnico especializado para definir e impulsar políticas institucionales de prevención y atención en cuestiones de salud mental, así como promover el bienestar emocional en la comunidad universitaria.

La UNAM y la Secretaría de Prevención, Atención y Seguridad Universitaria (2020) cuentan con diversas instituciones y recursos para la orientación y atención psicológica en diferentes facultades, clínicas y centros de atención, lo que incluye: Programa de contención emocional (Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia); Programa de crisis, emergencias y atención al suicidio (CREAS), Centro de apoyo psicológico y educativo a distancia (CAPED) y Centro de apoyo y orientación para estudiantes (CAOPE) (Facultad de Estudios Superiores Iztacala); Programa de prevención del suicidio, valoración y detección del riesgo suicida y tratamiento de trastornos asociados (Facultad de Medicina). La misma UNAM y la Dirección General de Orientación y Atención Educativa (UNAM - DGOAE) (2020) a través del Centro de Orientación Educativa, han puesto a disposición un espacio para que los estudiantes puedan acercarse y conocer dudas e inquietudes que fueron motivo de atención en alguna de las áreas que componen la orientación educativa (vocacional, laboral, escolar y personal). Entre las

acciones, está el recopilar datos personales para registrar y gestionar las solicitudes de servicios como la atención psicológica para personas con síntomas o conductas suicidas.

La UNAM en conjunto con la Secretaría de Salud (Dirección General de Atención a la Comunidad, Facultad de Psicología & Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2023) crearon la estrategia *Mi salud también es mental* que tiene como objetivo evaluar por medio de un cuestionario, los riesgos para la salud mental; a través de las respuestas a un cuestionario en línea, se evalúan las necesidades, se proporcionarán comentarios y sugerencias sobre cómo manejar las emociones, pensamientos y comportamientos que la persona pueda reconocer en situaciones cotidianas o como respuesta a eventos extremos y posteriormente se procede a brindar el apoyo especializado.

A partir del conocimiento sobre diversas políticas públicas, relativas a salud mental y vinculadas con el suicidio, es importante conocer también lo señalado por quienes las han analizado en función de su operatividad. A medida que se examinan estas políticas, considero necesario también tomar en cuenta diversas críticas que han surgido en torno a su eficacia y alcance, tanto a nivel mundial, regional y nacional.

Logros y desafíos de la atención a la salud mental

Al analizar las políticas de salud mental y su vinculación con el suicidio en México, creo es importante evaluar los progresos y desafíos tanto a escala global como regional, y luego enfocarse en la situación nacional. Globalmente, en el Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2023) se afirma que los objetivos mundiales en salud y bienestar están lejos de cumplirse, que a partir de la pandemia existe una reducción en la accesibilidad a servicios de salud y la interrupción de servicios esenciales, llevando a un incremento en la negligencia médica y mayores dificultades económicas. La OPS (2023b) también señaló que, a pesar de la creciente atención hacia la salud mental en las políticas nacionales, la falta de financiamiento y priorización ha frenado el progreso en América Latina. Además, la OPS advirtió sobre un probable incremento en la demanda de servicios de salud mental, impulsado tanto por el envejecimiento de la población como por el impacto negativo del cambio climático en la salud mental y en las tasas relativas al suicidio.

Para la OMS (como se cita en Casell & Huizen, 2021) las creencias y actitudes negativas vinculadas con los trastornos mentales son una barrera significativa para quienes buscan atención en salud mental. Este estigma lleva a la marginación de individuos con problemas de salud mental, exacerbado en las comunidades latinoamericanas debido a la influencia de la familia, tabúes culturales, creencias religiosas y falta de comprensión sobre estos temas; a lo que

se suman desafíos como la pobreza, la carencia de recursos y profesionales de salud especializados, y la falta de cobertura de seguros de salud.

En México, la preocupación por la salud mental ha ganado importancia, particularmente en el contexto de la pandemia de COVID-19. Ahued (2017) enfatizó la urgencia de incrementar y optimizar los fondos para la salud mental, promover la coordinación para evitar esfuerzos redundantes, mejorar el registro de datos y desarrollar planes que respondan a las necesidades de la población. Berenzon (2022), directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría, señaló la baja prioridad otorgada a la salud mental en la agenda nacional, y puso de manifiesto que el limitado presupuesto otorgado a los servicios de salud ha impactado negativamente (sobre todo en la pandemia), anticipando importantes repercusiones sociales, económicas y de salud. Agregó Berenzon que antes de la pandemia, 20% de las personas accedían a servicios de salud mental y que apenas 2% del presupuesto de salud fue para la atención de estos trastornos, mientras que 80% del mismo, fue destinado a los hospitales psiquiátricos; de esta forma, más del 30% de la población podría enfrentar problemas de salud mental y 79% no recibía atención adecuada.

González (como se cita en Senado de la República, 2023) enfatizó en la importancia de: considerar a la salud mental en las políticas públicas actuales, promover el entendimiento, reducir el estigma y fomentar una sociedad inclusiva; para ello, subrayó la función crucial de los medios de comunicación y de los líderes de opinión para eliminar las representaciones negativas sobre la salud mental, abogando por un enfoque que respete la dignidad de las personas. La Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica (2023) comunicó que, de acuerdo con diversas organizaciones civiles y expertos en salud mental, los servicios de atención en México no cumplen con las expectativas de los usuarios, debido a la falta de recursos financieros, la formación inadecuada del personal médico en atención primaria, la realización tardía de diagnósticos, la falta de políticas públicas eficaces, escasez de centros especializados y continua estigmatización de las enfermedades mentales.

Por otro lado, aunque se reconoce un avance en la formulación de políticas públicas, Valdez y Arenas (2019) notaron la ausencia de programas específicos para el manejo o prevención del suicidio destacando, además, la falta de una estrategia coordinada en salud mental, especialmente en suicidio, señalando que, en estados como Tabasco y Campeche, las acciones se basaban en experiencias locales con limitaciones presupuestarias. Valdez y Arenas argumentaron, además, la necesidad de una amplia difusión de políticas, comunicación efectiva entre niveles de salud y claridad en objetivos y responsabilidades para una implementación

exitosa a largo plazo, enfatizando el papel crucial de un liderazgo sólido y personal capacitado a nivel nacional. Debo señalar que en el marco de programas de acción específicos entre 2013 y 2018, la Secretaría de Salud había creado solamente una guía para atender a pacientes con comportamiento suicida.

Estudios en México como los realizados por Gómez et al. (2022), López (2020) y Páramo y Herrera (2022) han identificado varios obstáculos para proporcionar una atención efectiva y puntual a las conductas suicidas, incluyendo:

- La percepción de las conductas suicidas no es considerada prioritaria dentro de los trastornos de salud mental; ausencia de políticas públicas dirigidas a su atención y sus efectos.
- Medidas de prevención ocasionales: falta de una política nacional para prevenir el suicidio, programas específicos o campañas de comunicación para su prevención.
- La inexistencia de protocolos estandarizados para guiar la atención y la oferta de capacitaciones al personal sobre conductas suicidas.
- Normativas de atención no unificadas a nivel nacional, resultando en intervenciones fragmentadas, sin presupuestos asignados y con dificultades para medir su eficacia.
- Falta de recursos y de instalaciones adecuadas para la atención en salud mental.
- Sobrecarga de trabajo, insuficiente seguimiento de pacientes derivados a instituciones psiquiátricas.
- La atención se percibe como agobiante y triste, lo que impacta negativamente en el bienestar emocional y físico del personal, sumado a la falta de apoyo institucional para su cuidado emocional y manejo del estrés.
- Acceso limitado a servicios de salud mental, procedimientos administrativos engorrosos, largas esperas, saturación de servicios y discontinuidad en la atención.
- Barreras emocionales y actitudinales de los pacientes (vergüenza, miedo, apatía).
- Estigmas familiares hacia las conductas suicidas y el tratamiento psiquiátrico, además de la falta de apoyo a los pacientes.

A partir de lo que revisé, es claro que la situación de la salud mental y su relación con el comportamiento suicida en México refleja un complejo camino de progresos y desafíos, tanto a nivel global como nacional. Mientras que se reconocen los avances en la formación de políticas y en la concientización sobre la salud mental y la conducta suicida, los desafíos continúan y subrayan la necesidad de una estrategia más integrada y acciones proactivas. Por tanto, la

ideación suicida en México demanda una respuesta urgente que aborde tanto los factores subyacentes de la salud mental como las barreras del acceso a un cuidado adecuado y oportuno.

Evaluación psicológica

El concepto de evaluación para Borja (2004) no se limita al diagnóstico, abarca un proceso completo para identificar, categorizar, establecer metas, intervenir, prever resultados y volver a evaluar para identificar si se lograron los objetivos planteados, por lo que su principal objetivo es informar y guiar la toma de decisiones. Para Compas y Gotlib (2003) la evaluación psicológica es el proceso ordenado y sistemático de procedimientos a través de los cuales, se recoge información sobre la persona en relación con su medio, lo que sirve para tomar de decisiones en su beneficio. Para la APA (2023) la evaluación psicológica se refiere al “proceso sistemático para obtener información de las personas que se emplea para hacer inferencias o juicios sobre ellos”.

Para Mikulic (2007) en esta evaluación existe la medición de características psicológicas, tanto cognitivas como de personalidad, y por el empleo de métodos de medición para evaluar aspectos psicológicos como la inteligencia, las habilidades y los rasgos de personalidad, con el propósito de clasificar y comparar individuos. Flor et al. (2022) destacaron que la Psicología emplea un enfoque científico en sus procesos de evaluación, empleando el análisis de datos cuantitativo o cualitativo. Para Sattler (2008) la evaluación es fundamental en la comprensión de los individuos y en la toma de decisiones informadas relacionadas con ellos; dichas decisiones se facilitan al emplear los métodos de evaluación (entrevistas, instrumentos formales e informales y observaciones). Para el mismo Sattler (2008) existen varios tipos de evaluaciones:

- Exploratoria: proceso breve para identificar personas con potencial riesgo de trastornos o necesidades especiales, y para determinar su idoneidad para programas específicos; sus conclusiones son provisionales y revisables con información adicional.
- Focalizada: examina en detalle una característica específica del individuo para diagnosticar condiciones, evaluar habilidades o identificar causas de problemas. Preferida en ambientes con recursos limitados, como clínicas, escuelas o centros de salud, por su eficacia y menor costo frente a evaluaciones completas.
- Diagnóstica: detalla fortalezas y debilidades en áreas como cognición, academia, lenguaje, y emociones de la persona. Busca diagnosticar, identificar trastornos o discapacidades, y guiar sobre programas o estrategias educativas y clínicas.
- Orientación y rehabilitación: analiza cómo la persona maneja sus tareas diarias, su respuesta al tratamiento y potencial de recuperación.

- Valoración de progreso: identifica y aborda problemas específicos, mediante pasos de análisis, intervención y evaluación de resultados.

Puedo concluir que la evaluación psicológica se destaca por su complejidad y su papel en la comprensión y el apoyo al bienestar humano; a través de un proceso incorpora la identificación detallada de necesidades y la planificación de intervenciones efectivas, demostrando su importancia en la toma de decisiones informadas y la mejora de la calidad de vida.

Evaluación de la ideación suicida

En la revisión bibliográfica que realicé, identifiqué que se presta una mayor atención a la evaluación del intento o riesgo suicida y no a la ideación, aun cuando esta forma parte del proceso. De ahí que en este apartado presento más información vinculada con el suicidio y no solo con la ideación.

Las herramientas para medir el riesgo de suicidio sirven para saber si una persona podría estar en peligro o no. Es importante recordar que los aspectos que estas herramientas revisan pueden cambiar con el tiempo y que, por sí mismas, no muestran el periodo de tiempo en que se presentará el intento de suicidio. González et al. (2019) destacaron las complejidades para identificar si una persona está en crisis suicida o si sus comentarios sobre no querer vivir tienen otro significado, por lo que resaltaron que más allá de aplicar escalas de riesgo o preguntar directamente sobre suicidio, es esencial una escucha atenta y la habilidad para interpretar las implicaciones no expresadas, así como entender el ocultamiento de intenciones suicidas, que se intensifica si la persona no siente una conexión segura y empática con quien lo atiende. Gómez et al. (2013) destacaron la necesidad de disponer de personal capacitado para evaluar a los pacientes y una red de referencia y contrarreferencia eficaz, lo que permite que aquellos en alto riesgo de suicidio accedan rápidamente a servicios especializados de salud mental, garantizando su adecuado manejo.

Al respecto, el Ministerio de Ciencia e Innovación de España (2011) mencionó que se requiere de habilidades y actitud profesional para identificar el riesgo suicida combinando técnicas de comunicación verbal, como no verbal, entre las cuales se destacan la escucha activa, empatía, comprensión y asertividad, fundamentales para forjar una relación terapéutica efectiva con la persona enfatizando así, la importancia de: 1) abordar los temas con delicadeza, transparencia y respeto; 2) ofrecer el conocimiento como recurso de asistencia; 3) evitar críticas y juicios; 4) no disuadir a la persona sobre la inadecuación de su comportamiento; 5) mantener una actitud serena y segura; 6) explorar abierta y profundamente los factores relevantes, evitando indagaciones que incitan al morbo; 7) informar a los familiares sobre el riesgo sin provocar pánico;

8) rechazar el sarcasmo y la ironía utilizando solo el humor de forma adecuada si la situación lo permite; 9) prestar atención no solo a las palabras sino a su lenguaje no verbal como lo son las expresiones faciales, gestos, tonos de voz; y 10) ante cualquier indicio de IS, se requiere una intervención activa por parte del profesional, cuanto mayor sea el riesgo más directa debe ser la atención. Por tanto y de acuerdo con Salvo et al. (2021) la responsabilidad de evaluar a un paciente con tendencias suicidas está en el profesional de la salud, quien debe utilizar su criterio junto con conocimientos basados en la experiencia.

Para Salvo et al. (2021) hasta ahora no existen biomarcadores, análisis de laboratorio ni pruebas de imagen que sean útiles para determinar el riesgo de suicidio. Contrario a esto Ballard et al. (2021) exploraron enfoques innovadores que prometen avances en este ámbito por lo que propusieron la evaluación ecológica momentánea (EMA), el fenotipado digital y el análisis de marcadores neurobiológicos como herramientas potenciales para identificar cambios rápidos en la IS, desafiando la visión de que solo el juicio clínico basado en la experiencia es efectivo para la evaluación del riesgo de suicidio. Para Ballard et al., la EMA facilita la detección de variaciones inmediatas en la IS y conductas asociadas, mediante seguimiento en tiempo real.

Las entrevistas clínicas y las escalas de evaluación constituyen los instrumentos primordiales para la valoración del riesgo suicida (Ministerio de Ciencia e Innovación de España, 2011) sin embargo, estas herramientas no reemplazan el juicio clínico del profesional, sino que sirven como un refuerzo o complemento a esta:

- La entrevista. Marca el comienzo de la relación entre persona y evaluador, ya que es el primer contacto, lo cual lo convierte en un factor esencial para mitigar el riesgo suicida. Es crucial llevar a cabo una valoración psicopatológica y social que abarque: a) el análisis de factores psicológicos y del contexto que señalen las razones detrás de un acto suicida; y b) los detalles específicos del comportamiento suicida para descubrir indicadores que puedan anticipar su recurrencia. Dicha información, puede obtenerse directamente con el paciente o provenir de informantes clave, como familiares, amigos, otros profesionales, etc.
- Escalas de evaluación. Se cuenta con una amplia gama de herramientas psicométricas para evaluar el riesgo suicida las cuales se enfocan tanto en la evaluación directa de pensamiento o comportamientos suicidas y sus factores de riesgo, como en la identificación de síntomas o condiciones asociados. Estas escalas deben considerarse como soportes adicionales a la entrevista clínica y al discernimiento profesional y no como reemplazo de estos. A pesar de su utilidad, su aplicación en la práctica no es uniforme y

se enfrentan a desafíos como falta de validación en muestras representativas o contextos específicos, así como la escasez de versiones validadas y actualizadas para hablantes en español.

Con relación a lo anterior, Calvo (2020) señaló que el uso de métodos retrospectivos como la recolección de datos a través de historias clínicas puede enfrentar obstáculos debido a la ausencia de información en ciertas variables, aunque enfatizó su importancia para examinar las condiciones estándar de la práctica clínica. De acuerdo con Gómez (2012) en la evaluación del riesgo suicida, es necesaria la evaluación detallada que identifique trastornos y perfiles de riesgo, como el control de impulsos; es crucial la evaluación de los intentos previos y pensamientos suicidas, así como analizar la influencia de factores psicosociales y la desesperanza, junto con la importancia de un entorno de apoyo. Este énfasis en la evaluación de los factores de riesgo es criticado por Córdova et al. (2015) subrayaron que la tendencia de enfocarse en la clasificación y aplicación práctica de factores de riesgo del suicidio, sin un marco teórico unificador, limita la comprensión integral del suicidio. Salvo et al. (2021) marcaron la necesidad de identificar tanto los factores de riesgo como los de protección, y considerarlos para ofrecer un apoyo completo a la persona, por lo que añadieron que la evaluación del riesgo suicida debe formar parte de la consulta médica, donde es crucial reconocer y tener en cuenta tanto los factores que aumentan el riesgo como aquellos que pueden ofrecer protección. Para Gómez, la determinación del riesgo, por tanto, se basa en un equilibrio entre los mencionados factores de riesgo y protectores, clasificando el riesgo en niveles para dirigir la intervención adecuada; se destaca la importancia de una evaluación continua ante la posibilidad de recaídas.

En cuanto a las escalas de evaluación, Jerez et al. (2022) sugirieron cautela en el uso de autoinformes psicométricos, al considerarlos como indicadores directos de riesgo o protección contra comportamientos suicidas, ya que estas herramientas puedan reflejar aspectos de la psicopatología más que factores suicidas concretos, por lo que cuestionaron su eficacia como la opción principal en la evaluación del riesgo suicida. Para Al-Halabí et al. (2016) el uso regular de herramientas psicométricas para la evaluación de tendencias suicidas, aún no se ha establecido en el entorno clínico; lo que puede estar influenciado por la baja calidad metodológica de las escalas estandarizadas que se emplean, asunto señalado por Abarca et al. (2018) donde las mediciones se centran en resultados combinados como suicidio y autolesión, lo que reduce su precisión. Ramírez (2021) mencionó que, en el contexto de evaluar la fiabilidad de las escalas, los test se destacan como herramientas eficaces para la recopilación de información; no obstante, para que sean efectivos en la medición de conductas suicidas, es esencial que ofrezcan validez

y fiabilidad. También para Abarca et al. (2018) existe una carencia de estudios enfocados en métodos de evaluación efectivos más allá de la intuición, especialmente en atención primaria donde muchos no presentan intentos previos, lo que plantea interrogantes sobre si se están evaluando los factores correctos o si hay interacciones de factores aún desconocidos en el riesgo suicida. A estos métodos de evaluación, se suma la observación, para recabar datos en cuanto a estados emocionales a través de expresiones no verbales de la persona, como las faciales (Ministerio de Ciencia e Innovación de España, 2011). Para Gómez (2012) la observación cuidadosa post-crisis es fundamental para confirmar la reducción del riesgo.

En México, hay herramientas para la evaluación del suicidio, que recurren a métodos como la observación y la entrevista para facilitar la detección y canalización de casos. Al respecto, la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (2023a, 4 de septiembre) publicó un cuadernillo básico para la prevención del suicidio, marca una secuencia de pasos para la detección y prevención del riesgo suicida, subrayando la importancia de la escucha activa, la calma, y el seguimiento profesional y personal: 1) escuchar activamente y con respeto; 2) conservar la serenidad para evaluar la gravedad de la situación; 3) permitir que la persona concluya su historia antes de investigar el nivel de riesgo; 4) continuar con la exploración del riesgo suicida; 5) derivar al individuo a un profesional de la salud para una valoración más completa; 6) hacer seguimiento para reafirmar el apoyo y si la atención es adecuada; y 7) fomentar factores protectores.

En el país, la Secretaría de Salud (2022) utiliza una herramienta llamada ASQ MODORIS (Modelo dinámico de órdenes de riesgo de suicidio) que ayuda a identificar de forma rápida y sencilla si alguien pudiera estar en riesgo. Landgrave et al. (2023) señaló que el objetivo del MODORIS se centra en la sistematización, ordenación y coordinación de la atención a individuos con riesgo de suicidio, abarcando desde la comunidad hasta la red de servicios de salud pública de tres niveles de atención, lo que se logra mediante la detección de la situación de riesgo (identificando tanto factores de riesgo como de protección) y la realización de intervenciones específicas fundamentadas en la evaluación del nivel de riesgo. La Secretaría de Salud (2022) mencionó que para la aplicación del MODORIS, es necesario abordar un esquema de evaluación del riesgo suicida que comienza con un conjunto de preguntas estructuradas, orientadas a identificar: 1) la presencia de deseos de morir en las últimas semanas; 2) sentimientos que sugieran la percepción de su valor y lugar dentro de su entorno familiar; 3) la consideración activa del suicidio en la última semana, para determinar la recurrencia y proximidad de estos pensamientos; 4) historial de intentos de suicidio, indagando sobre las metodologías y el tiempo,

para evaluar la gravedad y la persistencia del riesgo; y 5) en caso de obtener respuestas afirmativas a alguna de las preguntas iniciales, se realiza una pregunta para evaluar la inmediatez del riesgo. Si se encuentra a alguien en riesgo, es importante canalizarlo a un lugar especializado para una evaluación más a fondo (Gobierno de México, 2022a). La efectividad de esta herramienta subraya la importancia de una formación adecuada para los profesionales y la necesidad de supervisión en su aplicación, garantizando así una red de apoyo sólida para aquellos que requieren ayuda.

Finalmente, y a partir de que la conducta suicida y autolesiva en línea es un fenómeno novedoso y en rápido aumento, Eiberg et al. (2024) llevaron a cabo en 2 ocasiones una búsqueda de palabras clave en 3 bases de datos electrónicas (PubMed, CINAHL y PsycInfo), lo que arrojó 5,422 registros. Después de eliminar los registros duplicados, se examinaron los que cubrieron los siguientes criterios: escritos en inglés o en algún idioma nórdico; publicados entre 2011 y 2022; que incluyeran resultados sobre autolesiones y conducta suicida en alguna red social; y que emplearon entrevistas o cuestionarios para evaluar la experiencia sobre conductas autolesivas y suicidas en línea desde la perspectiva de quien presentó la conducta. Eiberg et al. finalmente incluyeron un total de 64 artículos, momento en encontraron que: en 45 de ellos utilizaron cuestionarios a través de estudios cuantitativos; en 17 emplearon entrevistas en estudios cualitativos; y en 2 realizaron estudios mixtos. 17% de los estudios buscaron obtener la validez de los cuestionarios y 15,8% dio acceso a la guía de entrevista empleada. Los autores concluyeron que la investigación sobre conductas autolesivas y suicidas en línea carece de instrumentos de medición válidos, así como de transparencia metodológica, por lo que es necesario desarrollar instrumentos de evaluación, validar cuestionarios y otorgar una mayor apertura y flexibilidad hacia la metodología cualitativa.

Destaco la existencia de diversos instrumentos formales de evaluación. En la Tabla 2, proporciono una revisión de diversos instrumentos formales diseñados en otros países para evaluar la ideación o el riesgo suicida. En dicha tabla detallo aspectos cruciales de cada instrumento; puede identificarse que varían en términos de enfoque, dimensiones evaluadas y métodos de respuesta, lo que refleja la diversidad de enfoques desde los que puede medir este constructo. Es crucial notar la variabilidad en las poblaciones de validación, que abarcan desde pacientes hospitalizados hasta estudiantes de medicina o de educación básica, lo que sugiere que, en la elección del instrumento a emplear, se precisa considerar el contexto específico de aplicación y la población objetivo. La confiabilidad de estos instrumentos también varía, subrayando la importancia de elegir herramientas con sólidas propiedades psicométricas.

Tabla 2

Instrumentos formales para la evaluación de la ideación o riesgo suicida

Nombre original del instrumento	Autor (año) Idioma	Objetivo y Dimensiones	Población de validación	α , Reactivos
Beck Scale for Suicide Ideation, SSI (versión de autoinforme).	Beck et al. (1979). Idioma original: inglés.	Cuantificar y evaluar la ideación suicida. Tres dimensiones: • Deseo suicida activo. • Planes específicos para el suicidio. • Deseo suicida pasivo.	• 90 pacientes (41 hombres; 49 mujeres) hospitalizados (Washington, USA) por rumiaciones autodestructivas. • Hombres: $edadM = 35.7$ años ($DE = 14.1$); escolaridad promedio = 10.7 años; 39% solteros; 61% desempleados/retirados/dedicados al hogar; 51% con diagnóstico de desórdenes depresivos. • Mujeres: $edadM = 32.7$ años ($DE = 10.5$); escolaridad promedio = 10.9 años; 36.7% casadas; 75.5% desempleadas/retiradas o amas de casa; 67.3% con diagnóstico de desórdenes depresivos.	• $\alpha = .89$. • 19 reactivos; cada uno con 3 opciones de respuesta, calificadas a partir de su intensidad (de 0 a 2). • La suma refiere a la severidad de las ideas suicidas. Los dos últimos reactivos miden su severidad y el número de intentos previos de suicidarse.
Escala de Expectativas sobre Vivir-Morir de Okasha.	Okasha et al. (1981). Idioma original: inglés.	Evalúa la severidad de la IS en los últimos 12 meses. • Ideas suicidas. • Intento suicida.	• 516 estudiantes de medicina de último año. • 12.6% con algún sentimiento suicida, síntomas psiquiátricos leves (como depresión) y eventos vitales estresantes. • 5,6% sentimientos intensos de que la vida no valía la pena. • 4% había pensado en quitarse la vida. • .9% había considerado seriamente suicidarse o había hecho planes. • .4% con un intento real de suicidio.	• α = No se especifica. • 5 reactivos. A mayor puntuación, mayor gravedad del suicidio: • 4 reactivos exploran ideas suicidas, cada uno con 4 opciones de respuesta tipo Likert (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = algunas veces, 3 = muchas veces). • 1 reactivo sobre intento de suicidio: ¿Has intentado suicidarte? Con 4 opciones de respuesta tipo Likert (0 = ningún intento, 1 = 1 intento, 2 = dos intentos, 3 = 3 o más intentos).

Nota. Elaboración propia.

Tabla 2

Instrumentos formales para la evaluación de la ideación o riesgo suicida (continuación)

Nombre original del instrumento	Autor (año) Idioma	Objetivo y Dimensiones	Población de validación	α , Reactivos
Cuestionario de Ideación suicida.	Ferreira y Castilla (1999). Idioma original: portugués. Basada en: Suicide Ideation Questionnaire (Reynolds, 1988).	Evaluar la gravedad de los pensamientos suicidas en adolescentes y jóvenes.	• 264 adultos jóvenes: $edadM = 21.32$ años ($DE = 23.88$). • 69 con antecedentes de conducta suicida; 47 con conductas autolesivas; 14 conductas autolesivas e intento suicida; 8 con intento suicida. • 23.5% con familiares con antecedentes suicidas. • 22.3% diagnosticados con psicopatología.	• $\alpha = .96$. • 30 ítems, cada uno con 7 alternativas de respuesta (0 = nunca he tenido ese pensamiento a 6 = casi todos los días).
Escala de Screening de Suicidalidad.	Salvo et al. (2009). Idioma original: español. Basada en Okasha et al. (1981).	Detectar la suicidalidad.	• 763 alumnos de educación media de colegios municipales en la comuna de Chillan (Chile) elegidos por muestreo aleatorio simple ($n = 763$, $N = 13.825$).	• $\alpha = .89$. • Punto de corte para identificar presencia de intento suicida = 5. • Discrimina adecuadamente entre adolescentes que han tenido intentos suicidas de aquellos que no. • Se precisa la realización posterior de entrevistas para identificar a los verdaderos positivos.
Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI).	Avendaño-Prieto et al. (2018). Idioma original: inglés. Basada en: Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) de Osman et al. (2003).	Mide los pensamientos suicidas presentes en las dos semanas anteriores a la aplicación de la escala. Dos dimensiones.	• 1,318 estudiantes colombianos ($edadM = 15.43$, $DE = 1.33$). • 57.2% varones y 42.8% mujeres.	• Ideación Suicida Positiva: $\alpha = .77$. • Ideación Suicida Negativa: $\alpha = .89$. • 14 reactivos en escala tipo Likert de 5 puntos (0 = nunca a 4 = siempre).

Nota. Elaboración propia.

En la Tabla 3, apporto una visión integral de diversos instrumentos formales validados en México para la evaluación de la ideación o riesgo suicida. Estos instrumentos han sido adaptados y validados específicamente para reflejar las características demográficas y culturales de la población mexicana, asegurando así su relevancia y efectividad en el contexto local. Estos instrumentos podrían representar un esfuerzo por abordar la complejidad del fenómeno suicida en México desde múltiples perspectivas, buscando que los profesionales de la salud mental cuenten con herramientas validadas y efectivas para evaluar de manera oportuna y culturalmente informada. No obstante, identifico la necesidad de contar con más instrumentos validados con población mexicana.

Entonces puedo concluir que estas herramientas proporcionan información crucial sobre el estado mental y emocional del usuario o paciente, desempeñando un papel clave en la detección y gestión del riesgo suicida. El enfoque más común implica la realización de una entrevista semiestructurada complementada con algún instrumento de evaluación. Este proceso evalúa la intensidad y frecuencia de los pensamientos suicidas, y recopila datos sobre antecedentes de comportamientos suicidas del individuo y su entorno. Sin embargo, encuentro necesario reconocer que, aunque resulten útiles, los instrumentos formales no están exentos a limitaciones; muchas de estas herramientas han sido desarrolladas en poblaciones y contextos distintos a los que van a emplearse, lo cual puede llevar a sesgos en la evaluación, y llevarnos a diagnósticos e intervenciones equivocadas.

Además, subrayo que la rigidez de algunos métodos de evaluación puede hacer que se pierdan detalles importantes del estado emocional de las personas. Por eso, necesitamos seguir revisando estas herramientas críticamente, actualizándolas y ajustándolas para que realmente nos ayuden a prevenir el suicidio de manera efectiva, considerando las distintas culturas y situaciones sociales de las personas. Me parece fundamental aplicar métodos tradicionales como entrevistas, observaciones del comportamiento junto con instrumentos formales de evaluación, como las pruebas psicométricas, análisis de historiales clínicos, y/o autoinformes.

Tabla 3*Instrumentos formales validados en México para evaluar la ideación o riesgo suicida*

Nombre original del instrumento	Autor (año). Idioma español	Objetivo y Dimensiones	Población de validación	α , Reactivos
Escala de probabilidad de riesgo suicida.	Lazard (1988). Basado en Cull y Wayne (1982).	Medida breve de autoreporte para predecir la probabilidad que tiene una persona de cometer suicidio. 4 escalas: • Desesperanza. • Ideación suicida. • Evaluación negativa del self. • Hostilidad.	• 210 adolescentes masculinos ($edadM = 14.2$) quienes habían perdido o no a su padre por muerte o abandono. • De una escuela secundaria en una comunidad con familias en situación media baja y baja.	• $\alpha = .70$. • 36 afirmaciones totales. Escala Ideación suicida: • $\alpha = .79$. • Unidimensional. • 8 ítems con escala tipo Likert de 4 puntos (Nunca - Todo el tiempo).
Escala de pensamientos suicidas.	González et al. (2000). Basada en Scale for Suicide Ideation, SSI (Beck et al., 1979b).	Instrumento de tamizaje para identificar los probables casos de ideación suicida, de los que no lo son. 4 dimensiones. • Actitudes hacia la vida y la muerte (AVM). • Pensamientos y deseos de suicidarse (PDS). • Intento suicida. • Actualización del intento suicida.	• 122 estudiantes mexicanos ($edadM = 20.8 + 2.1$ años; Rango = 17 - 25; 22.1% hombres, 77.9% mujeres).	• $\alpha = .85$. • 16 reactivos en escala tipo Likert de 3 puntos, con un rango de 0 a 2 Reactivos por dimensión: • CAVM: 5 reactivos, $\alpha = .90$. • CPDS: 5 reactivos, $\alpha = .65 - .45$. • Características del intento suicida (4 reactivos), $\alpha = .61$. • Actualización del intento suicida (2 reactivos), $\alpha = .45$.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 3

Instrumentos formales validados en México para evaluar la ideación o riesgo suicida (continuación)

Nombre original del instrumento	Autor (año). Idioma español	Objetivo y Dimensiones	Población de validación	α , Reactivos
Escala de expectativas sobre vivir y morir.	Rosas (2003). Basada en Okasha et al. (1981, como se cita en Rosas, 2003).	Explora la intensidad para vivir o dejar de hacerlo. Dimensiones: • Intentos de suicidio y las razones o situaciones que habrían motivado el deseo de dejar de vivir. • Presencia e intensidad de sentimientos relacionados con las conductas suicidas y las conductas suicidas en sí.	100 estudiantes universitarios quienes asistían al servicio de salud mental o medicina general de la UNAM. • Edad: de 19 a 20 años, 39%; 26% con 21 a 23; y 23% con 24 a 26 años. • 56% masculino, 44% femenino. • 86% solteros; 77% con licenciatura.	• $\alpha = .83$. • 5 preguntas, para cada una: • Respuesta: sí (1), no (2). Si la respuesta es afirmativa, se pregunta además sobre número de intentos y motivo. • Hace cuánto tiempo: antes del último año (1); en el último año (2); recientemente, de 6 meses a la fecha (3).
Escala de potencialidad suicida en el adolescente.	Amezcuca (2003).	Evalúa los factores de riesgo suicida en adolescentes escolarizados: • Pérdida del objeto amoroso. • Enfermedades psiquiátricas de la familia. • Tratamientos psicológicos previos. • Suicidios en el ambiente que lo rodea.	• 1,290 estudiantes de secundaria, bachillerato y licenciatura (51.9% femenino y 48.1% masculino; Rango = 12 a 24 años). • De escuelas de la metropolitana de Guadalajara.	• $\alpha = .93$. • 104 afirmaciones (5 = Siempre a 1 = Nunca). • Por rangos de edad y sexo, a partir del puntaje se establece el riesgo bajo, medio o alto.
Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida, IMADIS.	Jurado (2017a, b).	Identifica los síntomas de ansiedad, depresión e ideación suicida en la población mexicana. 3 dimensiones en Ideación suicida: Desesperanza, Impulsividad Autoeficacia y Apoyo social.	• 1,231 participantes mexicanos ($_{edad}M = 21.9$ años, $DE = 6.08$). 69.5% sexo femenino. • 78.6% estudiantes de licenciatura).	• Ideación suicida: $\alpha = .91$. • 12 reactivos totales en escala tipo Likert de 5 puntos (Nunca = 1 - Siempre = 5).

Nota. Elaboración propia.

Objetivos

Objetivo General

Analizar el trabajo que realicé como psicólogo durante mi servicio social para identificar a partir del sexo, los factores individuales asociados a ideación suicida de psicólogos en formación inscritos en una institución de educación superior pública ubicada en Iztapalapa, CDMX.

Objetivos Específicos

- Caracterizar a la institución de educación superior donde realicé el servicio social.
- Identificar los logros obtenidos a partir de la evaluación sobre ideación suicida realizada con la muestra total y a partir del sexo:
 - Caracterizar los aspectos sociodemográficos y escolares.
 - Identificar la prevalencia y niveles de ideación suicida global.
 - Analizar las dimensiones de ideación suicida.
 - Analizar diversos aspectos relativos a la salud mental.
 - Determinar los factores individuales asociados a ideación suicida.
- Determinar los logros personales que se desprenden de las actividades profesionales realizadas.

INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL, EXPOSICIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y DE LOS OBJETIVOS LOGRADOS

En este rubro, presento la descripción de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES Zaragoza, UNAM) en lo general y del Campus I en particular, ya que en este se ubica la Carrera de Psicología. Posteriormente, detallo las actividades desarrolladas y los logros obtenidos como psicólogo, durante un periodo de seis meses (del 18 de agosto de 2022 hasta el 01 de marzo de 2023), específicamente en el Programa “*Competencias profesionales del psicólogo*, con clave 2022-12/48-1781,” en el que cubrí 480 horas.

Institución donde realicé el Servicio Social

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FESZ) es una institución académica con múltiples disciplinas, afiliada a la UNAM, la cual tiene su sede principal en la Alcaldía Iztapalapa, CDMX. De acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2021) esta alcaldía enfrenta altos niveles de marginación y vulnerabilidad social debido a la presencia de asentamientos irregulares en la zona. Esta institución de educación superior incluye tres campus; dos en la CDMX y otro en San Miguel Contla, Santa Cruz (Tlaxcala). Cuenta además con ocho Clínicas Universitarias de Atención Integral a la Salud (CUAS) distribuidas en CDMX, Estado de México (Edomex) y Tlaxcala.

La FES Zaragoza ofrece una amplia gama de programas académicos y brinda a los estudiantes una variedad de oportunidades de formación y especialización en diversas disciplinas, lo que contribuye al enriquecimiento académico y profesional de quienes buscan una educación de alta calidad en estas áreas (Universidad Nacional Autónoma de México - Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM - FESZ, 2022). Según datos de la misma UNAM - FESZ, en el 2022 existió un total de 12,774 estudiantes distribuidos en las siguientes dos categorías según sus objetivos académicos y niveles de estudio:

- Pregrado. Nueve carreras en sistema escolarizado las cuales para 2022 concentraron 12,505 alumnos: Biología, Cirujano Dentista, Desarrollo Comunitario para el Envejecimiento, Enfermería, Ingeniería Química, Médico Cirujano, Nutrición, Psicología y Química Farmacéutico Biólogo.
- Posgrado. Para 2022, contaba con un total de 269 estudiantes distribuidos en: 5 especialidades (Estomatología del Niño y el Adolescente; Estomatología en Atención

Primaria; Salud en el Trabajo; Farmacia Industrial; Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial); maestrías (Administración [Sistemas de Salud], Ciencias Biológicas, Enfermería, Psicología Profesional [Residencia en Educación Especial, Residencia en Neuropsicología Clínica, Residencia en Terapia Familiar], y 2 doctorados (Ciencias Biológicas, Psicología).

De acuerdo con el 4to Informe de Actividades de Gestión 2018 - 2022 (UNAM - FESZ, 2022, pp. 11, 13) en el ciclo escolar 2021 - 2022, y en cuanto a alumnos, se tiene: a) de primer ingreso, existió un total de 2,945 alumnos (75.92% por pase reglamentado) de los cuales, 37.28% eran hombres y 62.72% mujeres; y b) 9,489 estudiantes de reingreso (hombres = 3,693 y 5,796 mujeres). En lo que corresponde a los docentes que laboran en esta dependencia y durante el ciclo escolar 2021 - 2022 (UNAM - FESZ, 2022, pp. 274) identifique que, en total, eran 1,785 de los cuales: 52 no contaban con licenciatura, 711 poseían licenciatura, 310 tenían especialización, 462 contaban con maestría y 250 con doctorado. En cuanto a la categoría de estos docentes: 261 eran ayudantes de profesor; había 1,245 profesores de asignatura; 28 técnicos académicos y 251 profesores de Carrera.

Campus I. Carrera de Psicología. Uno de los campus que conforman a esta facultad, es el Campus I, el cual está ubicado en la zona oriente de la CDMX (Av. Guelatao 66, Ejército de Oriente Indeco II ISSSTE Iztapalapa, 09230), en los límites de la Alcaldía Iztapalapa y el Edomex. Este campus, se encuentra al este de esta alcaldía cerca del municipio de Nezahualcóyotl, donde existe un alto índice de marginación social y concentración poblacional (IUNODC, 2021). A partir del índice de marginación, la alcaldía Iztapalapa ocupa el 4o lugar a nivel estatal (Centro de Integración Juvenil, 2018).

La oferta académica del Campus I, incluye cuatro carreras del área de las Ciencias de la Salud y del Comportamiento: Psicología, Cirujano Dentista, Médico Cirujano y Enfermería, carreras que tienen una inscripción de 6,882 alumnos (Comunicación Social y Gestión de Medios FESZ, 2022). Este campus, cuenta con (FESZ, 2023): Edificio de gobierno; Departamentos de Promoción a la salud universitaria, Lenguas extranjeras, Actividades culturales y Movilidad estudiantil; Servicios escolares; Defensoría de los derechos universitarios; Centro de Tecnologías para el Aprendizaje; una Clínica Universitaria de Atención a la Salud (CUAS Zaragoza); Laboratorios de análisis clínicos; Psicología educativa (CEPS Zaragoza); Servicio médico; Biblioteca; Auditorio; Librería; Almacén; siete Edificios de aulas y laboratorios; Foro cultural; Pasaje cultural; Gimnasio abierto; Cancha para básquetbol; dos Cafeterías; tres Módulos de

comida saludable; Estacionamientos de bicicletas y motocicletas; Pumabús; diversos sanitarios y áreas verdes.

Específicamente y en cuanto a la carrera de Psicología, se tienen los siguientes datos (UNAM - FESZ, 2022, p. 11) en los cuales puede observarse que: en el año escolar 2021 - 2022, los alumnos totales fueron 2,154 (733 hombres, 1,421 mujeres), lo que significa una disminución de 73 alumnos con respecto al ciclo inmediato anterior; en específico puedo afirmar que hubo una disminución de 42 hombres y 31 de mujeres. Extinción una reducción de alumnos: 2 para el primer ingreso y 7 para el reingreso.

En el primer ingreso, existió una disminución de 2 alumnos y en los de reingreso, la reducción fue de 71.

- Durante el periodo 2020 - 2021, hubo 2,227 alumnos: 580 de nuevo ingreso (207 hombres, 373 mujeres) y 1,647 de reingreso (hombres = 568, mujeres = 1,079).
- En 2021 - 2022, la matrícula total fue 2,154 estudiantes: 578 de primer ingreso (182 hombres, 396 mujeres) y 1,576 de reingreso (hombres = 551, mujeres = 1,025) (UNAM - FESZ, 2022, p. 11).

Otros datos que considero convenientes de anotar (UNAM - FESZ, 2022, p. 11), relativos a los estudiantes inscritos en el último ciclo escolar señalado, son: a) 683 regulares con promedio ≥ 9 (167 hombres, 516 mujeres); b) 944 no habían reprobado actividades académicas (hombres 272, mujeres 672); c) 86 no se inscribieron para el 2o año o 3er semestre (29 hombres, 57 mujeres); d) 504 egresaron con promedio ≥ 8 (143 hombres, 361 mujeres); y e) un total de 105 estudiantes completaron al menos el 50% de los créditos del plan de estudios, pero no se inscribieron en el siguiente semestre o año (48 hombres, 57 mujeres). Cabe destacar de acuerdo con lo anterior, que mientras 31.71% de la matrícula total correspondió a alumnos regulares con promedio ≥ 9 , egresó 23.39% con promedio ≥ 8 .

Para el 2022, el Programa Institucional de Tutorías (UNAM - FESZ, 2022) atendió a un total de 1,760 estudiantes de la carrera de Psicología y en general, 24.60% de ellos estaban satisfechos con la atención recibida en tutoría.

En cuanto al cuerpo docente, según el 4to Informe de Actividades de Gestión 2018 - 2022 (UNAM - FESZ, 2022) estaba compuesto por un total de 235 profesores, de los cuales, 169 eran de asignatura y 66 de tiempo completo. Durante el semestre 2022-I se llevaron a cabo 1,537 evaluaciones de la docencia en Psicología: 99.6% fueron calificados como sobresalientes, lo que puede indicar una gran satisfacción con la calidad de enseñanza o un destacado desempeño de los y las profesoras en esta carrera.

Exposición de las actividades que realicé

Presento las actividades realizadas durante el servicio social, relativas al antes, durante y posterior a la aplicación de los instrumentos de evaluación.

Antes de la evaluación, llevé a cabo revisión bibliográfica de instrumentos formales diseñados en México y en el extranjero para evaluar la IS en adultos emergentes (18 - 25/29 años) o tempranos (20 a 40); los instrumentos, los resumí en la Tabla 2. A partir de analizarlos, elegí emplear el Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS), desarrollado por Jurado (2017a,b); lo anterior, debido a su validez y confiabilidad en la medición de la IS y su vinculación con factores que la determinan en la población mexicana. La elección del IMADIS para emplearlo en este trabajo en lugar de otros instrumentos, por tanto, se justifica, además, por su pertinencia cultural, la adecuada confiabilidad obtenida con población mexicana, su capacidad para evaluar diversas dimensiones de la IS, y su facilidad de administración y análisis. Estas características contribuyen a obtener datos relevantes y precisos para la evaluación de la IS, la cual impacta la salud mental. A partir de ello, leí detenidamente el cuestionario junto con su manual, para familiarizarme con su contenido y estructura. Aprendí, bajo la supervisión de la responsable del servicio social, a administrarlo de manera adecuada, siguiendo las instrucciones específicas para su aplicación, tanto en contextos individuales como grupales. Además, hubo sesiones para el análisis de instrumento, donde comprendí el proceso de calificación de cada subescala para así poder analizar e interpretar los puntajes obtenidos. Para el análisis de los resultados, diseñé una base de datos en la que ingresé los datos sociodemográficos y los puntajes del IMADIS de cada participante; esto me permitió realizar un análisis detallado y obtener una comprensión clara de la IS y de los factores asociados que fueron investigados.

Se eligieron para la evaluación, los siguientes instrumentos que presento a continuación:

1. Cuestionario informal para identificar aspectos sociodemográficos y escolares. A partir del inventario de Jurado (2017a,b) en el cual se solicitan ciertos datos sociodemográficos, como edad, sexo, lugar de origen, estado civil y ocupación, diseñé un cuestionario que contiene 14 preguntas (3 abiertas y 11 de opción múltiple) relacionadas con factores adicionales tomando en cuenta la revisión bibliográfica que realicé sobre los factores de riesgo y protección. Ello, con el fin de explorar factores como los siguientes, que, de acuerdo con la bibliografía, pueden influir en la IS: residencia; lugar entre hermanos; religión; identidad de género; orientación sexual; con quién vive actualmente; actividad como cuidador; consumo de sustancias adictivas; recibe algún servicio de salud mental;

antecedentes familiares; conocimiento de algún caso de intento, ideas o acciones suicidas; evento de vergüenza; material con contenido sobre suicidio y depresión.

2. Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación suicida (IMADIS) (Jurado, 2017b): evalúa la presencia, grado y los síntomas de ansiedad, depresión e IS en población mexicana. Participaron en su validación, 1,231 personas (1,172 estudiantes principalmente de licenciatura) a través de un muestreo no probabilístico accidental por cuota quienes habitaban en CDMX, Pachuca, Mazatlán, Aguascalientes así como aquellos quienes recibían atención en el Instituto Nacional de Psiquiatría. Los datos de esta muestra son: 21.9 años en promedio ($DE = 6.08$); 69.5% mujeres; 90.3% solteros; y 34.2% de nivel socioeconómico medio-alto, 23.4% medio-bajo y 22.8% bajo. Mide 3 constructos por medio de 48 reactivos totales: ansiedad, depresión e ideación suicida; incluye una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = Nunca; 2 = De vez en cuando; 3 = Usualmente; 4 = Muy a menudo; 5 = Siempre). Se puede administrar tanto de manera individual como grupal, y se solicita al individuo que seleccione la opción que mejor represente su estado actual o la cual más lo identifique.

Subescala Ideación Suicida ($\alpha = .91$). Mide los pensamientos persistentes y no deseados sobre causarse la propia muerte, las maneras en que se desea morir y las situaciones y condiciones en las que se busca (Eguiluz, 1995, como se cita en Jurado, 2017b). Incluye 12 reactivos totales y mide 3 dimensiones:

- *Desesperanza* (4 reactivos: 9, 10, 11, 12). “Creencia de la persona en cuanto a que las situaciones amenazantes y negativas en su vida no cambiarán incluso en el futuro” (Beck et al., 2012, como se cita en Jurado, 2017b, p. 44).
- *Impulsividad* (3 reactivos: 5, 6, 8). “Característica que hace a la persona más proclive a reaccionar de forma no racional, dejando de lado las consecuencias de los propios actos, lo que le impide percibir otras soluciones a sus problemas, diferentes a la de su propia muerte” (Jurado, 2017b, p. 44).
- *Autoeficacia y apoyo social* (5 reactivos: 1, 2, 3, 4, 7). “Refiere a qué tan capaz se percibe a sí misma la persona, así como la percepción de las redes de apoyo que aprecia para poder sobrellevar los diversos problemas del entorno que lo rodea” (Jurado, 2017b, p. 45).

Subescala Ansiedad ($\alpha = .96$). Esta subescala mide un sistema de respuestas que incluye aspectos conductuales, fisiológicos, afectivos y cognitivos que se activan al anticipar eventos percibidos como muy aversivos, imprevisibles e incontrolables y que pueden amenazar intereses vitales del individuo (Clark & Beck, 2012). La subescala consta de 21 ítems distribuidos en tres dimensiones:

- *Respuestas cognitivas* (4 ítems: 1, 15, 16, 17). “Evalúan los sesgos cognitivos que se desarrollan ante situaciones, señales o estímulos activadores que permiten una valoración primaria de la amenaza, sobrestimando la probabilidad de que se produzca algún daño y sintiéndose incapaz de enfrentar el daño o peligro anticipado” (Clark & Beck, 2013, p. 41).
- *Respuestas fisiológicas* (7 reactivos: 3, 4, 11, 18, 19, 20, 21). “Mide el aumento de la actividad cardiovascular, la conducta de la piel, el tono muscular y/o la frecuencia respiratoria” (Barlow, 2002, como se cita en Jurado, 2017b, p. 42).
- *Interacción social* (10 ítems: 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14). “Evalúa la presencia de ansiedad en situaciones cotidianas donde se interactúa con personas percibidas como conocidas, desconocidas o percibidas como amenazantes en diversos contextos (familiar, social, laboral, etc.)” (Jurado, 2017b, p. 42).

Subescala Depresión ($\alpha = .95$). Considerada como la afección caracterizada por tristeza, pérdida placer o interés, sentimientos de culpa o baja autoestima, problemas para dormir o comer, cansancio y dificultad para concentrarse (OMS, 2012, como se cita en Jurado, 2017b). Incluye 15 reactivos totales (2 negativos: reactivos 2 y 4: De vez en cuando = 4; Usualmente = 3; Muy a menudo = 2; Siempre = 1). Incluye tres dimensiones:

- *Triada cognitiva* (7 reactivos: 5, 6, 11, 12, 13, 14, 15). “La persona se siente incapaz de solucionar problemas al no contar con las habilidades y herramientas necesarias (visión negativa de sí mismo); se percibe sin apoyo social para solucionar problemas (visión negativa del mundo); y pérdida de esperanza por conseguir que la situación cambie en el futuro, lo que afecta los planes de vida (visión negativa del futuro)” (Beck et al., 2012, como se cita en Jurado, 2017b, p. 43).
- *Respuestas fisiológicas* (4 ítems: 7, 8, 9, 10). “A partir del incremento en niveles de cortisol en el hipocampo y al interactuar con otros sistemas, provocan la pérdida del apetito y lívido, fatiga e hipersensibilidad al dolor, ansiedad, apatía, déficits de atención y de memoria de trabajo” (Maletic et al., 2007, como se cita en Jurado, 2017b, p. 43).
- *Interés y placer* (4 reactivos: 1, 2, 3, 4). “Pérdida significativa del interés y placer por continuar persistiendo en la solución de problemas de diversas situaciones de vida” (Jurado, 2017b, pp. 43, 44).

Para la calificación e interpretación de cada subescala, se considera el puntaje total crudo que se obtenga; a partir de ello y en función de los datos de la Tabla 4, se ubica el nivel de IS, ansiedad y depresión del individuo (Jurado, 2017b).

3. Bitácora

Los criterios que utilicé para la selección de los participantes fueron: encontrarse en la etapa de adultez emergente (18 - 19 a 25 - 29 años); estar inscrito en la etapa de profesionalización (3er semestre en adelante); haber completado de manera íntegra el cuestionario informal; y haber resuelto todos los reactivos del IMADIS, solo una respuesta para cada uno. Elegí trabajar con adultos emergentes, a partir de lo señalado con Papalia y Martorell (2017) quienes señalaron que, durante la adultez emergente, que coincide con la etapa universitaria, la salud mental puede mejorar debido a que los problemas de conducta disminuyen, aunque también aumentan los trastornos como la depresión. Evaluar la ideación suicida en esta etapa es crucial, debido a los nuevos desafíos y responsabilidades en esta etapa, que pueden agravar problemas existentes o desencadenar nuevos trastornos. Tomé en cuenta los siguientes criterios de exclusión: encontrarse en una etapa de desarrollo humano diferente, estar inscrito en otra institución y/o carrera; ser pasante o egresado, así como haber asignado dos o más respuestas o ninguna al menos en un reactivo del IMADIS. El muestreo fue no probabilístico intencional.

Tabla 4

Normas de calificación del IMADIS

Nivel	Ansiedad	Depresión	Ideación Suicida
	Puntaje crudo	Puntaje crudo	Puntaje crudo
Poca	1 - 29	1 - 23	1 - 18
Algo	30 - 34	24 - 29	19 - 24
Bastante	35 - 41	30 - 35	25 - 32
Mucha	42 - 93	36 - 75	33 - 56

Nota De “Inventario mexicano de ansiedad, depresión e ideación suicida (IMADIS)”. por S. C. Jurado, 2017, Manual para aplicación y calificación. UNAM. https://naziracalleja.weebly.com/uploads/5/6/2/7/56279085/manual_imadis.pdf

A partir de ello, en este trabajo participaron de forma voluntaria, confidencial y anónima, 134 psicólogos en formación ($edadM = 21.12$ años, $DE = 2.09$), quienes fueron asignados a uno de dos grupos a partir del sexo: Grupo 1 (63 hombres) y Grupo 2 (71 mujeres). Como ya había señalado, en el ciclo escolar 2021 - 2022, hubo un total de 2,154 alumnos inscritos en la carrera, de los cuales 1,575 estaban en la etapa de profesionalización; de ahí que los participantes en este trabajo constituyeron el 8.51% de los inscritos.

Durante la evaluación, obtuve el consentimiento informado de los estudiantes. La aplicación se llevó a cabo mayormente en grupo y dentro de la institución. Recabé los datos a lo largo de un mes: la aplicación de los instrumentos la comencé dos meses y medio después de

iniciado el semestre y terminé de recabarla 15 días antes del término de este. Previo a la aplicación, yo como evaluador en conjunto con la responsable del servicio social, acordamos cómo establecer rapport, cómo y qué instrucciones daría verbalmente a todos los grupos, cómo respondería las dudas, sobre la necesaria revisión de los instrumentos cuando cada alumno señaló haber terminado de contestar, y en cuanto a solicitarles responder reactivos no contestados o elegir solo uno al tener doble respuesta.

En la misma sesión apliqué el cuestionario de datos sociodemográficos seguido por el IMADIS con sus 3 subescalas. Antes de comenzar la aplicación en cada grupo, me presenté con los alumnos y les expliqué el propósito del estudio, la duración aproximada del proceso y que su participación era voluntaria. También les aclaré que su información sería anónima; que los datos los analizaría de manera grupal con fines de titulación; que no existían respuestas correctas o incorrectas; les pedí contestar de la forma más sincera posible; y finalmente, agradecí su participación. La aplicación principalmente fue en grupo; el tiempo estimado fue aproximadamente de 25 minutos por grupo e individual.

Seguí varios aspectos éticos clave en la relación con los participantes: obtuve su consentimiento informado, respetando el derecho a decidir y estar informados sobre los beneficios y el uso de la información recolectada, garanticé su anonimato asegurando su bienestar, evitando cualquier riesgo en su participación. Toda la información la manejé de manera confidencial y los análisis que realicé fueron grupales. También, consideré la responsabilidad y la relevancia de mantenerme actualizado, capacitado y garantizar protección de datos de los usuarios; no ofrecí incentivos por su participación en este estudio.

Posterior a la aplicación de instrumentos, elaboré una base en SPSS, Ver. 21 para vaciar la información obtenida y analizar los resultados. Para caracterizar a la muestra total y a cada uno de los dos grupos (hombres, mujeres): a) realicé estadística descriptiva (medidas de tendencia central y variabilidad); b) determiné el nivel de IS, ansiedad y depresión global a partir de las normas de calificación del instrumento; y c) llevé a cabo correlaciones paramétricas y no paramétricas en función del tipo de variables (nominales o escalares) para identificar la existencia de asociaciones significativas entre la IS y diversas variables.

Objetivos que logré

Incluyo tanto los logros relativos a los psicólogos en formación que participaron en este trabajo, como los personales.

Logros con los participantes

Aspectos sociodemográficos y escolares. En la Tabla 5, muestro las características generales de la muestra total, G1 y G2:

- Los datos generales que caracterizaron a los 134 psicólogos en formación (47% hombres, 53% mujeres) fueron: 21.12 años en promedio ($DE = 2.09$, Rango = 18 - 28); la mayoría tenía 19 años; 96.3% correspondió a los solteros; la religión principalmente fue la católica (58.2%), el porcentaje restante fue ateo o ejercía alguna otra religión. En cuanto a la identidad de género 54.5% se identificó como mujer; y respecto a la orientación sexual, 70.9% correspondió a heterosexuales.
- G1, incluyó 63 hombres ($edadM = 21.68$ años, $DE = 1.85$, Rango = 18 - 25). Edad: 27% con 23 años y 17.5% respectivamente, con 20 y 22 años. Otros datos apuntan a que la mayoría era soltero y católico; 19% no se identificó como hombre; y la orientación sexual del 23.9%, no fue la heterosexual.
- G2: 71 alumnas ($edadM = 20.62$ años, $DE = 2.18$, Rango = 18 - 28); Edad: 29.6% con 19 años, 23.9% con 21 y 18.3% con 20. La mayoría también correspondió a las solteras y católicas; 4.2% no reportó identificarse como mujeres; y considerando su orientación sexual 33.8% indicó no ser heterosexuales.

Otros aspectos que permiten identificar a la muestra total y por grupo (Tabla 6), fueron los siguientes:

- De la muestra total. Con respecto al lugar de origen de los participantes, 68.7% de ellos nació en la CDMX ; 27.6% en el Edomex y 3.6% en otro estado de la república (Querétaro, Guerrero, Puebla o Oaxaca). Otros datos importantes son: 66.4% vivía en la CDMX (principalmente en Iztapalapa) y 33.5% en el Edomex (sobre todo en Nezahualcóyotl y Chalco); 14.2% era hijo único; 78.4% vivía con su familia nuclear; y 11.2% realizaba actividades como cuidador con algún miembro de su familia.
- G1. Con relación al lugar de residencia, 73% vivía en la CDMX y el resto en el Edomex; 74.6% vivía con su familia nuclear y 12.7% con amigos. Referente al lugar entre hermanos, 36.5% mencionó ser el primer hijo; 88.9% no realizaba actividades como cuidador (abuelos, padres, hermanos o sobrinos).

Tabla 5*Aspectos generales de la muestra total, G1 y G2*

Aspectos generales	Participantes					
	Total		G1		G2	
	f	%	f	%	f	%
Edad (años)						
18 - 20	59	44	20	31.8	39	54.9
21 - 23	60	44.8	34	54	26	36.6
24 - 26	12	8.9	9	14.3	3	4.2
27 - 29	3	2.2	0	0	3	4.2
Estado civil						
Soltero(a)	129	96.3	60	95.2	69	97.2
Casado(a)	2	1.5	1	1.6	1	1.4
Unión libre	2	1.5	2	3.2	0	0
Otro	1	.7	0	0	1	1.4
Religión						
Católica	78	58.2	39	61.9	39	54.9
Cristiana	11	8.2	5	7.9	6	8.5
Sin religión	29	21.6	13	20.6	16	22.5
Otra	16	11.9	6	9.5	10	14.1
Identidad de género						
Hombre	52	38.8	51	81.0	1	1.4
Mujer	73	54.5	5	7.9	69	95.8
Transgénero	9	6.7	7	11.1	2	2.8
Orientación sexual						
Heterosexual	95	70.9	48	76.2	47	66.2
Homosexual	3	2.2	3	4.8	0	0
Bisexual	25	18.7	8	12.7	3	24
Pansexual	6	4.5	3	4.7	2	4.2
Asexual	3	2.2	1	1.6	1	2.8
Sin definir	1	.7	0	0	1	1.4
Demisexual	1	.7	0	0	1	1.4

Nota. Elaboración propia.

- G2. Referente al lugar de residencia, 60.6% vivía en CDMX y 39.4% en el Edomex; 81.7% vivía con su familia nuclear y 8.5% mencionó vivir con otra persona (familia extensa, hermanas y amigas); respecto al lugar entre hermanos, 39.4% fue la primera hija; y 88.7% no llevaba a cabo alguna actividad como cuidadora de algún familiar (abuelos, padres, hermanos o hijos).

Tabla 6*Factores vinculados con el lugar de residencia y la familia de la muestra total, G1 y G2*

Variables	Participantes					
	Total		G1		G2	
	f	%	f	%	f	%
Lugar de residencia						
CDMX	89	66.4	46	73	43	60.6
Edomex	45	33.5	17	27	28	39.4
Con quien vive actualmente						
Solo	7	5.2	5	7.9	2	2.8
Pareja	4	3.0	3	4.8	1	1.4
Amigos	12	9.0	8	12.7	4	5.6
Familia nuclear	105	78.4	47	74.6	58	81.7
Otro	6	4.5	0	0	6	8.5
Lugar entre hermanos						
Hijo único	19	14.2	10	15.9	9	12.7
Primero	51	38.1	23	36.5	28	39.4
Segundo	39	29.1	18	28.6	21	29.6
Tercero	24	17.9	11	17.5	13	18.3
Otro	1	.7	1	1.6	0	0
Actividades como cuidador						
Si	15	11.2	7	11.1	8	11.3
Hijo(s)	1	.7	0	0	1	1.4
Madre o padre	3	2.2	2	3.2	1	1.4
Abuelos	4	3.0	1	1.6	3	4.2
Hermanos y/o sobrinos	7	5.2	4	6.4	3	4.2
No	119	88.8	56	88.9	63	88.7

Nota. Elaboración propia.

En cuanto a la ocupación y los aspectos escolares de los participantes (Tabla 7), identifique:

- De la muestra total: 86.6% se dedicaba prioritariamente a estudiar y 46.3% cursaba 3o. La media del promedio general en los estudios fue 8.81 ($DE = .61$, Rango = 7 - 9.90, $Mo = 9$); 43.8% contaba con un promedio general entre 9 y 9.5; y la mayoría tenía una situación académica regular.
- G1. Con respecto a su ocupación 84.1% señalaron ser solamente estudiantes; 34.9% cursaba 3o o 5o semestre respectivamente; y 8.68 ($DE = .66$, Rango = 7 – 9.80) fue la media del último promedio general obtenido. Al considerar el promedio general, 33.33% afirmó tener un promedio de 9. a 9.5 y la mayoría fueron regulares.

- G2. 88.7% señaló dedicarse exclusivamente a estudiar; 56.3% cursaba 3er semestre; la media del último promedio fue 8.92 ($DE = .53$, Rango = 7.60 – 9.90). Acerca del promedio general, se destacaron aquellos quienes afirmaron tener un promedio de 9. a 9.5; y relacionado con su situación escolar, en su mayoría fueron regulares.

Tabla 7

Ocupación y aspectos escolares de la muestra total, G1 y G2

Variables	Ocupación y aspectos escolares					
	Total		G1		G2	
	f	%	f	%	f	%
Ocupación						
Estudiante (E)	116	86.6	53	84.1	63	88.7
E y empleado	15	11.2	7	11.1	8	11.3
E y comerciante	3	2.2	3	4.8	0	0
Semestre escolar						
3o	62	46.3	22	34.9	40	56.3
5o	34	25.4	22	34.9	12	16.9
7o	38	28.4	19	30.2	19	26.8
Promedio escolar general						
7.0 - 7.9	11	8	7	11.11	4	5.63
8.0 - 8.9	53	39.3	30	47.62	23	31.99
9.0 - 9.9	70	51.8	26	41.26	44	61.97
Situación escolar						
Regular	104	77.6	48	76.2	56	78.9
Irregular	30	22.4	15	23.8	15	21.1

Nota. Elaboración propia.

Ideación suicida global y por dimensiones. En cuanto a la prevalencia de la IS global, encontré a través de la evaluación que, de los 134 psicólogos en formación participantes, todos la presentaron, ubicándose la media del puntaje total en 34.79 ($DE = 5.04$, Rango = 24 - 51, $Mo = 34$), lo que corresponde al nivel de *Mucha ideación suicida global*. Como se observa en la Tabla 8, no hubo participantes en los niveles de Poca o Algo; 67.2% de la muestra total, se encontró en el nivel de Mucha y el restante en Bastante. Lo anterior, refiere a que los participantes tenían muchos o bastantes pensamientos persistentes relacionados con autoinfligirse su propia muerte, incluyendo la reflexión sobre las formas en las que preferirían fallecer, qué emplearían para hacerlo, así como las circunstancias y condiciones en las que deseaban realizarlo. En lo que corresponde a los grupos, identifiqué que ambos también presentaron una media que corresponde al nivel de mucha IS:

- G1. La media del puntaje total de IS fue 35.22% ($DE = 4.64$, Rango = 24 - 43).
- G2. La evaluación apuntó una media del puntaje total de 34.42% ($DE = 5.38$, Rango = 26 - 51).

Tabla 8

Niveles de IS global en la muestra total, G1 y G2

Niveles	Ideación suicida Global					
	Total		G1		G2	
	f	%	f	%	f	%
Poca	0	0	0	0	0	0
Algo	0	0	0	0	0	0
Bastante	44	32.8	17	27	27	38
Mucha	90	67.2	46	73	44	62
Total	134	100	63	100	71	100

Nota. Elaboración propia.

En lo que concierne a las dimensiones de IS en la muestra total y por grupo (Tabla 9), identifiqué: a) *de vez en cuando* pensaban que las situaciones negativas no mejorarían (Desesperanza); b) percibían que *usualmente* no actuaban racionalmente, sino a partir de sus impulsos básicos, guiados por sus emociones y sin considerar las consecuencias (Impulsividad); y c) *usualmente* se percibían a sí mismos como capaces y con redes de apoyo que les ayudaban a sobrellevar los problemas del entorno (Autoeficacia y apoyo social).

Tabla 9

Dimensiones de ideación suicida: muestra total, G1 y G2

Dimensiones	Datos descriptivos					
	Total		G1		G2	
	M	DE	M	DE	M	DE
Desesperanza	2.15	.58	2.12	.58	2.17	.58
Impulsividad	2.80	.95	2.96	.91	2.66	.96
Autoeficacia y apoyo social	3.55	.83	3.56	.79	3.54	.88

Nota. 1 = Nunca; 2 = De vez en cuando; 3 = Usualmente; 4 = Muy a menudo; 5 = Siempre. Elaboración propia.

Al analizar con mayor detalle cada una de las dimensiones de la muestra total y de los grupos, encontré lo siguiente:

En lo que corresponde a Desesperanza (Tabla 10):

- En la muestra total y en los grupos, más del 50% refirió que de vez en cuando presentaban Desesperanza; en específico, hubo más participantes del G2 que del G1.
- En el G1 en comparación con el G2, se reportó un mayor porcentaje de quienes usualmente tenían desesperanza; y más en el G2 de quienes muy a menudo la presentaban.

Tabla 10

Puntajes promedio de Desesperanza en la muestra total, G1 y G2

Opciones de respuesta	Desesperanza					
	Total		G1		G2	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Nunca	18	13.4	12	19	6	8.6
De vez en cuando	90	67.2	36	57.1	54	76
Usualmente	22	16.4	14	22.2	8	11.2
Muy a menudo	4	3	1	1.6	3	4.2
Siempre	0	0	0	0	0	0
Total	134	100	63	100	71	100

Nota. Elaboración propia.

Los resultados sobre Impulsividad (Tabla 11) de la muestra total y los grupos, apuntaron que:

- De la muestra total, más del 40% de los participantes indicó que de vez en cuando experimentaba impulsividad, siendo este porcentaje mayor en el G2.

Tabla 11*Medias de Impulsividad en los participantes de la muestra total, G1 y G2*

Opciones de respuesta	Impulsividad					
	Total		G1		G2	
	f	%	f	%	f	%
Nunca	6	4.5	1	1.6	5	7
De vez en cuando	57	42.5	23	36.5	34	48
Usualmente	36	26.9	21	33.3	15	21.1
Muy a menudo	26	19.4	13	20.6	13	18.3
Siempre	9	6.7	5	7.9	4	5.6
Total	134	100	63	100	71	100

Nota. Elaboración propia.

- En comparación con el G2, un mayor porcentaje de participantes en el G1 señaló que usualmente solían presentar impulsividad. Por otro lado, en el G2 una proporción similar de participantes reportó que de vez en cuando tenían impulsividad.
- Así mismo en el G1, a diferencia del G2, un porcentaje ligeramente superior de alumnos percibía que siempre o muy a menudo presentaban impulsividad.

Al analizar en detalle los puntajes de la dimensión *Autoeficacia y apoyo social* en la muestra total y en grupos (Tabla 12), observé:

Tabla 12*Puntajes promedio de Autoeficacia y apoyo social: muestra total, G1 y G2*

Opciones de respuesta	Autoeficacia y apoyo social					
	Total		G1		G2	
	f	%	f	%	f	%
Nunca	1	.7	1	1.6	0	0
De vez en cuando	11	8.2	4	6.34	7	9.9
Usualmente	51	38.1	22	34.92	29	40.8
Muy a menudo	54	40.3	30	47.61	24	33.8
Siempre	17	12.7	6	9.52	11	15.5
Total	134	100	63	100	71	100

Nota. Elaboración propia.

- En la muestra general, la mayoría reportó que muy a menudo o usualmente se autopercibía como eficaz y que contaba con apoyo social. En los grupos, 33% o más se ubicó en los mismos niveles. En el G1, la mayor proporción indicó experimentar estos aspectos muy a menudo; mientras que en G2 fue usualmente.

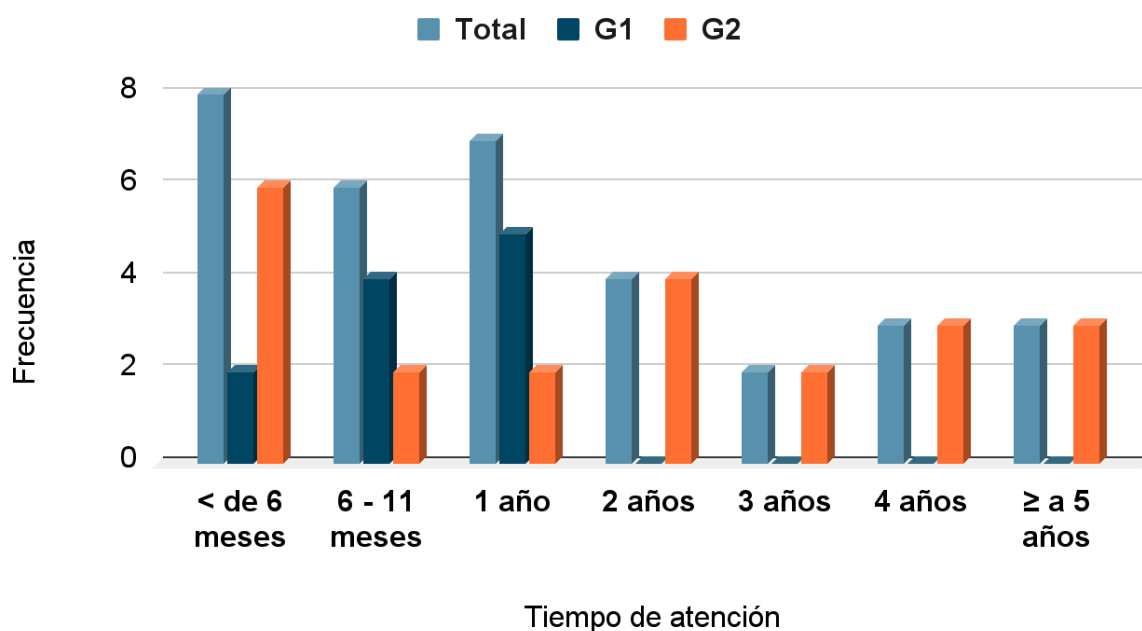
Características relativas a la salud mental. Otros aspectos que impactan en la salud mental se presentan a continuación.

Servicios en apoyo a la salud mental y antecedentes generales. Un aspecto importante corresponde a identificar si los psicólogos en formación participantes recibían servicios en apoyo a su salud mental (Figura 1). De la muestra total: 75.4% (101) de los participantes reportó no recibir algún servicio al respecto; del 24.6% (33 casos) que sí recibía tales servicios, una cuarta parte (5.9%, 8 casos) los recibía desde unas cuantas semanas hasta 6 meses. Para cada grupo, encontré:

- G1. 82.5% (52 alumnos) no recibía este servicio; de aquellos que sí lo recibían, la mayoría tenía un año con el servicio (45.5%, 5 casos).
- G2. 69% (49 alumnos) no contaba con este servicio; de quienes sí, 27.2% (6) mencionó recibirlo hace menos de seis meses.

Figura 1

Tiempo de atención de los participantes quienes recibían servicios de salud mental: muestra total, G1 y G2



Nota. Elaboración propia.

Identifiqué, además, la percepción de los participantes sobre diversos antecedentes personales y familiares que podrían impactar en su salud mental (Tabla 13):

- De la muestra total. Respecto a los antecedentes personales 56.7% afirmó tener antecedentes de abuso sexual y 40.3% refirió la presencia de depresión; aunado a ello, 52.2% participó en un evento que le causó vergüenza, culpa o deshonra. No contó con antecedentes familiares, como abuso sexual, depresión, discapacidad mental y/o adicciones, el 27.6% de la muestra.

Tabla 13

Antecedentes personales y familiares vinculados con la salud mental: muestra total, G1 y G2

Variables	Antecedentes					
	Total		G1		G2	
	f	%	f	%	f	%
Personales						
Sí, depresión	54	40.3	22	34.9	32	45.1
Sí, abuso sexual	76	56.7	37	58.7	39	54.9
No	4	3	4	6.3	0	0
Participación en evento de vergüenza, culpa o deshonra						
Sí	70	52.2	32	50.8	38	53.5
No	64	47.	31	49.2	33	46.5
Familiares						
No	37	27.6	21	33.3	16	22.5
Sí	97	72.3	42	66.7	55	77.5
Abuso sexual	5	3.7	4	6.3	1	1.4
Depresión	15	11.2	7	11.1	8	11.3
Discapacidad mental	6	4.5	4	6.3	2	2.8
Adicciones	12	9	7	11.1	5	7.0
Depresión y adicciones	21	15.7	6	9.5	15	21.1
Abuso sexual, depresión y adicciones	16	11.9	6	9.5	10	14.1
Abuso sexual y depresión	6	4.5	1	1.6	5	7.0
Abuso sexual, depresión, discapacidad mental y adicciones	4	3.0	1	1.6	3	4.2
Depresión y discapacidad mental	5	3.7	1	1.6	4	5.6
Discapacidad mental y adicciones	1	.7	1	1.6	0	0
Abuso sexual, depresión y discapacidad mental	3	2.2	2	3.2	1	1.4
Abuso sexual y adicciones	2	1.5	1	1.6	1	1.4
Abuso sexual, discapacidad mental y adicciones	1	.7	1	1.6	0	0

Nota. Elaboración propia.

- G1. 58.7% mencionó tener antecedentes de abuso sexual y 34.9% de depresión; además, 50.8% afirmó haber participado en eventos que les causaron vergüenza, culpa o

deshonra. 66.7% contó con antecedentes familiares como los expresados arriba, sobre todo depresión o adicciones.

- G2. 54.9% señaló contar con antecedentes de abuso sexual y 45.1% agregó a la depresión; 53.5% declaró haber participado en eventos que les originaron vergüenza, culpa o deshonra; y 77.5% mencionó tener antecedentes familiares, en su mayoría de depresión más adicciones.

Otros antecedentes vinculados con la salud mental de los psicólogos en formación se muestran en la Tabla 14. De la muestra total y de ambos grupos, más de la mitad de los participantes indicaron conocer a alguien que había tenido comportamientos suicidas, de igual forma, y en cuanto al consumo de material relacionado con suicidio o depresión, más de la mitad reportó haber consumido este tipo de contenido.

Tabla 14

Conocimiento y consumo de contenido relacionado al suicidio y depresión: muestra total, G1 y G2

Variables	Total		G1		G2	
	f	%	f	%	f	%
Conocimiento sobre comportamiento suicida de otro						
Si	83	61.9	37	58.7	46	64.8
No	51	38.1	26	41.3	25	35.2
Consumo de material con contenido sobre suicidio o depresión						
No	59	44	27	42.9	32	45.1
Si	75	56	36	57.1	39	54.9
Podcast	9	6.7	7	11.1	2	8.5
Redes Sociales	12	9.0	6	9.5	6	8.5
Plataformas de entretenimiento	14	10.4	5	7.9	9	12.7
Televisión	4	3.0	1	1.6	3	4.2
Tv y redes sociales	3	2.2	1	1.6	2	2.8
Redes sociales y plataformas de entretenimiento	9	6.7	4	6.3	5	7.0
YouTube	3	2.2	1	1.6	2	2.8
Podcast, redes sociales, plataformas de entretenimiento	15	11.2	7	11.1	8	11.3
Libros	1	.7	1	1.6	0	0
Música y libros	2	1.5	1	1.6	1	1.4
Libros y plataforma de entretenimiento	1	.7	0	0	1	1.4
Videojuegos	2	1.5	2	3.2	0	0

Nota. Elaboración propia.

En relación con los medios más comunes para dicho consumo: en la muestra total, 11.2% lo hizo a través de podcast y plataformas de entretenimiento; en el G1, 11.1% correspondió respectivamente al podcast o a una combinación de podcast, redes sociales y plataformas de entretenimiento; y en el G2, 12.7% accedió principalmente a este contenido mediante plataformas de entretenimiento.

Consumo de sustancias adictivas. Otro antecedente personal que caracterizó a los participantes fue su percepción en cuanto al consumo de sustancias adictivas (Tabla 15):

Tabla 15

Percepción sobre el consumo de sustancias adictivas: muestra total, G1 y G2

Sustancias adictivas	Consumo					
	Total		G1		G2	
	f	%	f	%	f	%
No	53	39.6	26	41.3	27	38
Sí, una sustancia	42	31.3	19	30.1	23	32.4
Alcohol	29	21.6	10	15.8	19	26.8
Marihuana	8	6	6	9.5	2	2.8
Éxtasis	2	1.5	2	3.2	0	0
Tabaco	3	2.2	1	1.6	2	2.8
Sí, más de una sustancia	39	29.1	18	28.6	21	29.6
Alcohol y tabaco	12	9	6	9.5	6	8.5
Alcohol y marihuana	2	1.5	1	1.6	1	1.4
Hongos y marihuana	1	.7	1	1.6	0	0
LSD y marihuana	2	1.5	1	1.6	1	1.4
Marihuana, piedra y alcohol	4	3	2	3.2	2	2.8
Alcohol, tabaco y marihuana	9	6.7	3	4.8	6	8.5
LSD, éxtasis y marihuana	1	.7	0	0	1	1.4
Marihuana, tabaco y cocaína	1	.7	1	1.6	0	0
Alcohol, marihuana y poppers	1	.7	0	0	1	1.4
Cocaína, marihuana y alcohol	1	.7	0	0	1	1.4
Marihuana, cocaína y tabaco	1	.7	0	0	1	1.4
Alcohol, tabaco, LSD y marihuana	2	1.5	1	1.6	1	1.4
Alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, hongo	1	.7	1	1.6	0	0
Alcohol, cigarro, clonazepam, marihuana, cristal y poppers	1	.7	1	1.6	0	0

Nota. Elaboración propia.

- En la muestra total, 60.4% señaló consumir sustancias adictivas y 39.6% no hacerlo. De quienes sí consumían, 31.3% indicó consumir una sustancia (alcohol, marihuana éxtasis o tabaco), mientras 29.1% reportó que eran de 2 a 6, principalmente alcohol, marihuana y/o tabaco combinadas o no con otras sustancias.
- G1: 41.3% mencionó no consumir sustancias adictivas; de aquellos que señalaron sí hacerlo, 30.1% consumía una sustancia (principalmente solo alcohol) y 28.6% más de una (alcohol, tabaco y /o marihuana).
- G2: 38% mencionó no consumir ninguna sustancia adictiva y 62% afirmó hacerlo. De quienes sí habían consumido, 32.4% indicó consumir una (sobre todo alcohol, 26.8%) y 29.6% más de una (alcohol, tabaco y/o marihuana).

Ansiedad. Otro aspecto relativo a la salud mental fue la presencia de ansiedad (Tabla 16); todos los participantes presentaron ansiedad global, aunque en distinto nivel, por lo que cuando se daban cuenta de algo adverso, imprevisible y que no podían controlar, presentaban sintomatología afectiva, conductual, cognitiva y fisiológica:

- Muestra total: a) la media de ansiedad global fue 48.51 ($DE = 11.45$), lo que corresponde al nivel de mucha ansiedad; y b) 66.4% de los participantes se ubicó en el nivel de mucha ansiedad global.
- G1: a) la media de ansiedad global fue 46.83 ($DE = 10.84$), lo que los ubicó como grupo en el nivel de mucha ansiedad; y b) 65.1% de este grupo presentó mucha ansiedad.
- G2: a) la media de ansiedad global fue 50.01 ($DE = 11.83$), lo que corresponde también a mucha ansiedad; y b) 67.6% presentó mucha ansiedad.

Tabla 16
Niveles de ansiedad global en la muestra total, G1 y G2

Variables	Niveles de ansiedad global					
	Total		G1		G2	
	f	%	f	%	f	%
Poca	3	2.2	2	3.2	1	1.4
Algo	10	7.5	5	7.9	5	7
Bastante	32	23.9	15	23.8	17	23.9
Mucha	89	66.4	41	65.1	48	67.6
Total	134	100	63	100	71	100

Nota. Elaboración propia.

En cuanto a las dimensiones de ansiedad encontré (Tabla 17):

Tabla 17*Dimensiones de ansiedad: muestra total, G1 y G2*

Dimensiones	Datos descriptivos					
	Total		G1		G2	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Respuestas cognitivas	2.94	.87	2.92	.11	2.97	.10
Respuestas fisiológicas	1.83	.71	1.75	.07	1.92	.09
Interacción social	2.38	.6.2	2.28	.06	2.46	.08

Nota. Nunca = 1; De vez en cuando = 2; Usualmente = 3; Muy a menudo = 4; Siempre = 5.
Elaboración propia.

Lo que presento en la Tabla 17, refiere a que los participantes de la muestra total, G1 y G2: a) usualmente generaban sesgos cognitivos: presentaban dificultad para concentrarse, inquietud, fatiga y/o sueño poco reparador en respuesta a señales, estímulos o situaciones en los cuales valorizaban alguna amenaza y calculaban de manera excesiva el riesgo de ser perjudicados; b) de vez en cuando, aumentaba su ritmo cardíaco, actividad electro dérmica, respiratoria y tono muscular, pudiendo presentar temblores, escalofríos, mareos, problemas para tragar alimentos, etc.; y c) de vez en cuando presentaban ansiedad en actividades diarias escolares, familiares o laborales, cuando interactuaban con individuos a quienes conocían o no, pero que percibían como amenazantes.

Depresión. Acerca de la prevalencia de la depresión global, los resultados de la evaluación revelaron que los 134 participantes mostraron signos de depresión. El puntaje promedio fue de 37.28 (*DE* = 9.20, Rango = 23 - 62, *Mo* = 35), lo que se clasifica como mucha depresión e implica la manifestación de muchos sentimientos de tristeza, desinterés con sensación de culpa o baja autoestima, alteraciones en el sueño o el hambre, fatiga constante y dificultad para concentrarse. En lo que corresponde a los niveles de depresión identificados (Tabla 18) tanto en la muestra total como en los grupos, más del 41% de los participantes apuntó presentar mucha depresión.

Tabla 18*Niveles de depresión en la muestra total, G1 y G2*

Niveles	Niveles de Depresión					
	Total		G1		G2	
	f	%	f	%	f	%
Poca	1	.7	0	0	1	1.4
Algo	29	21.6	14	22.2	15	21.1
Bastante	41	30.6	22	34.9	19	26.8
Mucha	63	47	27	42.9	36	50.7
Total	134	100	63	100	71	100

Nota. Elaboración propia.

En lo que corresponde a las dimensiones de depresión (Tabla 19), los resultados de los participantes tanto de la muestra total como los de G1 y G2 reflejaron que: a) de vez en cuando presentaban una visión negativa de ellos mismos, del mundo y del futuro, lo que implicaba una percepción de incapacidad para resolver problemas, y carencia de habilidades para afrontarlos (Triada cognitiva); b) usualmente manifestaban síntomas relacionados al incremento de cortisol lo que provocaba pérdida de apetito, fatiga, hipersensibilidad al dolor, así como dificultades de atención y memoria (Respuestas fisiológicas); y c) usualmente experimentaban una disminución significativa del interés o placer por actividades que les resultaban gratificantes, lo que generaba una visión negativa sobre sí mismos, apatía y falta de motivación (Interés y placer).

Tabla 19*Medias en las dimensiones de depresión: muestra total, G1 y G2*

Dimensiones	Datos descriptivos					
	Total		G1		G2	
	M	DE	M	DE	M	DE
Triada cognitiva	2.05	.82	2.11	.84	1.99	.81
Respuestas fisiológicas	2.87	1.05	2.79	1.06	2.94	1.04
Interés y placer	2.85	.37	2.93	.36	2.78	.37

Nota. Nunca = 1; De vez en cuando = 2; Usualmente = 3; Muy a menudo = 4; Siempre = 5. Elaboración propia.

Factores asociados a la Ideación Suicida. Identifiqué diversas asociaciones entre la IS global y sus dimensiones con la Ansiedad y la Depresión (global y por dimensiones), así como con otras variables de los participantes. Al respecto y en lo que concierne a la muestra total (Tabla 20):

- No se identificaron correlaciones significativas entre la IS global, con la Ansiedad ni la Depresión globales ni con sus dimensiones. La IS global obtuvo correlaciones y significativas medias con sus dimensiones, lo que indica que entre más ideación suicida presentaban los participantes, tenían más la creencia de que las situaciones negativas no mejorarían (Desesperanza), reaccionaban sin pensar en las consecuencias de las acciones realizadas, lo que no les ayudaba a solucionar problemas (Impulsividad), y menos percibían que ellos y sus redes de apoyo podían contribuir a sobrellevar sus problemas (Autoeficacia y apoyo social).
- La Desesperanza, también correlacionó de forma positiva significativa débil con la Impulsividad, así como las dimensiones Interacción social y Depresión-Respuestas fisiológicas, lo que implica que entre más desesperanza presentaban los psicólogos en formación, existía en ellos más impulsividad, presencia de ansiedad al interactuar con quienes percibían como conocidos, desconocidos o amenazantes y más se presentaba la disminución del apetito y la libido, sensación de fatiga, sensibilidad al dolor, ansiedad, apatía y dificultades en la atención y la memoria de trabajo. Se destaca que la Desesperanza también correlacionó de forma positiva significativa y media con la Depresión global y la Triada cognitiva, lo que apunta a que entre mayor Desesperanza tenían, más tristeza, pérdida placer o interés, sentimientos de culpa o baja autoestima, problemas para dormir o comer, cansancio y dificultad para concentrarse había y mantenían una visión negativa de ellos mismos, del mundo y de su futuro.
- En la Impulsividad existieron correlaciones significativas positivas: media con las Respuestas cognitivas, y débiles con la Depresión global y sus dimensiones Triada cognitiva y Respuestas fisiológicas, por lo que entre más Impulsividad presentaban los participantes, tenían más: depresión; visión negativa de sí mismos, del mundo y el futuro; sesgos cognitivos ante situaciones, señales o estímulos que percibían como amenazantes; sobreestimaban la probabilidad de daño y su incapacidad para enfrentarlos; además de las respuestas fisiológicas antes señaladas.

Tabla 20

Correlaciones entre la Ideación Suicida global y sus dimensiones con variables individuales en la muestra total

Muestra Total				
Variables	Variables			
	1	2	3	4
1. IS Global	-			
2. IS Dimensión Desesperanza	.389**	-		
3. IS Dimensión Impulsividad	.611**	.398**	-	
4. IS Dimensión Autoeficacia y apoyo social	-.569**	-.361**	-.127*	-
5. Ansiedad global	-.033	.434**	.260**	-.459**
6. Ansiedad Dimensión Respuestas cognitivas	.030	.460**	.380**	-.479**
7. Ansiedad Dimensión Respuestas fisiológicas	.038	.401**	.205*	-.318**
8. Ansiedad Dimensión interacción social	-.109	.218*	.100	-.320
9. Depresión global	-.080	.555**	.340**	-.637**
10. Depresión Dimensión Triada cognitiva	-.060	.624**	.373**	-.675**
11. Depresión Dimensión Respuestas fisiológicas	-.089	.353**	.224**	-.456**
12. Depresión Dimensión Interés y placer	-.008	.009	.018	-.027
13. Promedio general	-.136	-.063	-.158	-.021
14. Situación escolar	.085	.111	.041	.036
15. Consumo de sustancias adictivas	-.053	-.076	.013	-.024
16. Identidad de género	-.044	.016	-.119	.006
17. Servicios de salud mental	.062	.005	.027	.090
19. Religión	-.002	.124	.034	-.088

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Elaboración propia.

- Finalmente, la Autoeficacia y apoyo social, también correlacionó de forma significativa negativa: considerable con la Triada cognitiva; media con Ansiedad global y con su dimensión Respuestas cognitivas, así como con la Depresión global y su dimensión Respuestas fisiológicas; y débil con las dimensiones Impulsividad, Ansiedad Respuestas

fisiológicas e Interacción social. Esto refiere a que entre menor percepción de Autoeficacia y apoyo social, los psicólogos en formación más actuaban sin pensar en las consecuencias, experimentaban más respuestas cognitivas, más niveles de Ansiedad (caracterizada por una respuesta emocional excesiva frente a amenazas reales o anticipadas, lo que incluye tensión muscular, hipervigilancia y conductas de evitación) y más Respuestas fisiológicas tanto por la ansiedad como por la depresión (aumento del ritmo cardíaco, sudoración, tensión muscular, alteración en la respiración, reducción del apetito y deseo sexual, así como aumento de la sensibilidad al dolor, ansiedad, apatía, alteraciones en la atención y memoria de trabajo).

- No identifiqué correlaciones significativas entre la IS y sus dimensiones con las variables: Promedio general, Situación escolar, Consumo de sustancias adictivas, Identidad de género, Servicios de salud mental y Religión.

Al igual que en la muestra total, en G1 y G2 (Tabla 21) identifiqué correlaciones positivas significativas en su mayoría medias, entre la IS global con sus dimensiones:

- En el G1 en su mayoría, existieron correlaciones positivas significativas desde considerables hasta débiles, entre la Desesperanza tanto con la Ansiedad y Depresión globales como con sus dimensiones; a excepción de la Impulsividad e Interés y Placer. A diferencia de ello, en el G2 las correlaciones significativas fueron débiles o medias; la Desesperanza correlacionó con las otras dimensiones de IS, así como con la Ansiedad y Depresión globales, pero no con la Interacción social ni con Respuestas fisiológicas e Interés y placer. Tanto en el G1 como en el G2, la Desesperanza correlacionó de forma negativa significativa media/débil con la Autoeficacia y Apoyo Social, lo que refiere a que entre más IS presentaban los psicólogos en formación, menos percibían que ellos y su entorno de apoyo facilitaban afrontar sus problemas.
- En relación con la Impulsividad, ni el G1 ni el G2 hubo correlaciones con: la Autoeficacia y Apoyo Social, las Respuestas Fisiológicas de la Ansiedad y el Interés y placer. Solo en el G1, la Impulsividad correlacionó con la Ansiedad global, la Interacción social y las Respuestas fisiológicas de la Depresión. Se subraya que tanto en el G1 como en el G2 existieron asociaciones negativas significativas desde débiles hasta considerables entre la Eficacia y Apoyo Social con la Ansiedad y Depresión globales, así como con sus dimensiones, excepto con Interés y placer.

Tabla 21

Correlaciones entre la Ideación suicida global y sus dimensiones con variables individuales: G1 y G2

Variables	Variables							
	G1				G2			
	1	2	3	4	1	2	3	4
1. IS Global	--				--			
2. IS D_Desesperanza	.303*	--			.465**	--		
3. IS D_Impulsividad	.603**	.248	--		.614**	.548**	--	
4. IS D_Autoeficacia y apoyo social	.572**	-.407**	-.134	--	.569**	-.326**	-.201	--
5. Ansiedad global	.157	.533**	.363**	-.382**	-.148	.351**	.232	-.529**
6. Ansiedad D_Respuestas cognitivas	.235	.615**	.533**	-.457**	-.120	.325**	.272*	-.498**
7. Ansiedad D_Respuestas fisiológicas	.110	.446**	.166	-.249*	.011	.372**	.270	-.363**
8. Ansiedad D_Interacción social	.075	.318*	.250*	-.273*	-.205	.141	.044	-.355**
9. Depresión global	-.022	.649**	.391**	-.678**	-.136	.472**	.291*	-.609**
10. Depresión D_Triada cognitiva	-.120	.653**	.304*	-.736**	-.024	.608**	.423**	-.632**
11. Depresión D_Respuestas fisiológicas	.104	.544**	.428**	-.496**	-.230	.178	.077	-.426**
12. Depresión D_Interés y placer	.038	.078	.111	-.078	-.069	-.032	-.113	.008
13. Promedio general	-.096	-.138	-.011	-.023	-.154	-.003	-.258*	-.016
14. Situación escolar	.007	.140	-.123	.017	.131	.098	.188	.021
15. Consumo de sustancias adictivas	-.153	-.115	.049	-.159	.034	-.044	-.024	.088
16. Identidad de género	.070	-.032	-.045	.090	-.149	-.044	.024	-.133
17. Servicios de salud mental	-.007	-.003	-.067	.085	.095	.030	.040	.089
18. Religión	-.045	.203	.138	-.199	.042	.036	-.049	.002

Nota. D = Dimensión. ** $p < .01$, * $p < .05$.

Elaboración propia.

- En el caso del G1 no encontré alguna correlación significativa entre la IS global y sus dimensiones con las variables: Promedio general, Situación escolar, Consumo de sustancias adictivas, Identidad de género, Servicios de salud mental y Religión. Sin embargo, en el G2 solo se presentó una vinculación negativa débil entre las variables Impulsividad y Promedio General, lo que sugiere que mayores niveles de impulsividad podrían estar relacionados con un menor Promedio General.

Logros personales

Durante mi participación en el programa de servicio social “Competencias profesionales del psicólogo” y durante la elaboración del presente informe, tuve la oportunidad de adquirir y consolidar así aplicar una serie de competencias clave que fortalecieron mi formación como psicólogo. Haber tenido la oportunidad de desarrollar un reporte abordando un tema de interés personal, no solo me permitió contribuir al entendimiento de un aspecto relevante en nuestra sociedad, sino también generar conciencia tanto personal como en profesionales y futuros profesionales, así como aportar valor y visibilidad a la presencia de la IS en universitarios.

A lo largo de este proceso, integré de manera significativa los conocimientos adquiridos en diversas unidades de aprendizaje como desarrollo humano y metodología de investigación con la práctica profesional, lo que me permitió alcanzar importantes logros. Uno de los principales fue el fortalecimiento de mis conocimientos sobre los procesos de investigación, este programa me brindó la oportunidad de profundizar en el manejo de base de datos, particularmente utilizados en el software de SPSS, lo que incrementó mi capacidad para analizar y entender datos estadísticos, una habilidad esencial en esta carrera.

Durante este programa de servicio social, también pude presentar trabajos en eventos académicos, lo cual me permitió desarrollar habilidades de análisis, síntesis e integración, esenciales para la comunicación efectiva de resultados, además participé activamente en la creación de reportes y en el diseño de material de apoyo, habilidades clave que apoyaron mi seguridad y autoestima para transmitir información de manera clara y profesional, así como para discutir académicamente con otros profesionales los resultados. El trabajo de campo fue otro componente fundamental, permitiéndome aplicar el conocimiento teórico en situaciones reales y comprender la importancia de la práctica.

A lo largo de todo el proceso, mantuve un compromiso con la confidencialidad, el anonimato y el manejo adecuado de la información, aspectos que no solo me prepararon para actuar con responsabilidad y respeto en el manejo de datos sensibles, sino que también reforzaron mi sentido de ética el cual es indispensable en el psicólogo. Además, a través del

estudio y aplicación del instrumento IMADIS, desarrollé una comprensión y práctica de evaluación en un tema importante como la ideación suicida. Este proceso no solo me permitió adquirir habilidades prácticas, sino también fomentó en mí una mayor conciencia de solidaridad y empatía hacia las personas en situación de vulnerabilidad. El enfoque integral de este programa, combinado con mi trabajo de investigación, me ha permitido no solo adquirir conocimientos teóricos y prácticos, sino también desarrollar un sentido ético y humano, esencial para mi futuro profesional como psicólogo.

Discusión y Conclusiones

Reconocer la importancia de evaluar la ideación suicida (IS) es clave para identificar su presencia y los factores asociados, lo que permite diseñar programas de intervención preventiva o correctiva.

En este trabajo, los resultados obtenidos brindan información relevante. Encontré que el 100% de los estudiantes universitarios participantes presentó IS, a partir de una evaluación cuantitativa realizada dos meses y medio después del inicio del semestre, momento en que los alumnos estaban por terminar el semestre, y donde existía una mayor carga de trabajo y un incremento en el agotamiento; también hay que mencionar, que la aplicación se realizó durante el primer semestre presencial después del periodo de confinamiento por la pandemia COVID - 19. La prevalencia del 100% identificada, coincide con lo señalado por Bahamón y Alarcón-Vásquez (2017) quienes mencionan que la presencia de IS es una señal de alerta, ya que indica vulnerabilidad al suicidio. Esto resalta la necesidad de intervenciones adecuadas y a tiempo. Por otro lado, Identifique que el 75% de los participantes consumía contenido relacionado con el suicidio mediante las TIC. Esto muestra la urgencia de capacitar a los medios de comunicación para tratar este tema de manera ética y responsable, como lo sugieren la OPS (2023a) y WHO (2023).

Los resultados relativos a la prevalencia total y a la mayor presencia de IS en hombres que en mujeres, contrastan con los hallazgos identificados en otros, como por ejemplo Gómez et al. (2019) quienes encontraron en una muestra de adolescentes de 14 a 17 años, una prevalencia de 20.7% de IS total en el nivel alto: 12% a mujeres y 5.6% hombres.

Finalmente, se destaca el valor de un instrumento formal validado en población mexicana, el cual tiene alta confiabilidad y permite identificar diferentes niveles de IS. Este instrumento detecta desde pensamientos breves o momentáneos hasta ideaciones más complejas y persistentes. Esto es muy importante, ya que incluso los pensamientos temporales pueden ser una señal temprana de riesgo y requerir atención preventiva o clínica.

Es importante señalar que la prevalencia de IS identificada en este estudio contrasta con los resultados de otras investigaciones, donde la IS no supera el 50%. Por ejemplo, en el metaanálisis sobre conducta suicida realizado por Mejía y Ramírez (2021) se analizaron 16 artículos seleccionados de una revisión de 100 publicados entre 2020 y 2021 en diferentes bases de datos. En dicho análisis, la prevalencia más alta de suicidio se observó en personas de 15 a 29 años, siendo la segunda causa de muerte en este rango de edad, con mayor incidencia en

países de ingresos bajos y medianos. En cuanto a la población universitaria, la prevalencia de IS osciló entre 7% y 24%.

Otro estudio, es el de Granados et al. (2020) quienes reportaron lo realizado con 164 estudiantes de primer y último grado en el área de la salud (medicina) de una universidad pública en la CDMX. Encontraron que 39.6% presentó síntomas relacionados con conducta suicida, siendo más frecuente entre los estudiantes de último grado (37.5%) en comparación con los de primero (10.8%). Además, la prevalencia general en estudiantes de medicina fue superior a la de alumnos de otras carreras en la misma universidad, como psicología, administración, comunicación, sociología, política y diseño (22.5%). En estas últimas, la prevalencia de conducta suicida fue significativamente mayor en el último grado (69.4%).

Un estudio con resultados intermedios entre los de Granados et al. (2020) y los presentados aquí es el de Bonilla (2020) quien analizó a 245 estudiantes de entre 18 y 30 años inscritos en licenciaturas del área de la salud (medicina, enfermería y estomatología) en una universidad de Puebla, encontrando que 51.4% presentó IS. En otro trabajo, Peña et al. (2023) estudiaron a 200 estudiantes paraguayos de Psicología (entre 18 y 28 años) y reportaron que 32% presentó IS. De manera complementaria Peña et al. (2024) encontraron que 22% de los estudiantes universitarios presento IS, predominando el deseo activo de suicidio (78%); en cuanto a las carreras, se destacó que estudiantes de medicina, psicología y enfermería mostraron mayor prevalencia de ideación suicida, por lo que sugirieron que factores académicos o emocionales podrían influir significativamente en estos resultados. Estos hallazgos apuntan a una mayor vulnerabilidad a la IS en estudiantes de carreras de alto estrés y alta demanda emocional.

El presente trabajo lo realicé con jóvenes adultos (18 - 19 a 25 - 29 años), grupo de edad que según la WHO (2023) tiene como tercera causa de muerte el suicidio. Evaluar la IS en estudiantes universitarios de esta etapa es fundamental, ya que enfrentan nuevos desafíos y responsabilidades que pueden agravar problemas previos o desencadenar trastornos emocionales. Papalia y Martorell (2017) describen la adultez emergente como una etapa de exploración, que para muchos coincide con la vida universitaria; momento en que se espera que el pensamiento crítico y el razonamiento moral se desarrollen, mientras que el estilo de vida comienza a tener un impacto significativo en la salud física y emocional. En este contexto Amézquita et al. (2003) encontraron en su estudio que 49.8% de los estudiantes reportaron depresión, 58.1% ansiedad y 41% IS, destacando que factores académicos y relaciones interpersonales complicadas fueron factores precipitantes, lo que resalta la influencia del

ambiente universitario en la salud mental. A pesar de estos desafíos, la educación superior sigue siendo un espacio que ofrece oportunidades significativas.

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2024) la educación superior ofrece beneficios importantes, como el desarrollo personal y la adquisición de competencias. Esto se logra mediante el fomento del intercambio de conocimientos, la investigación y la innovación. En este sentido, la UNESCO respalda el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 (NU – CEPAL, 2018) en particular la Meta 4.3 del Objetivo 4, que busca garantizar para 2030 el acceso a una educación universitaria de calidad, equitativa y en igualdad de condiciones, promoviendo oportunidades de aprendizaje para todos. El suicidio, al ser un proceso que afecta la igualdad de condiciones y oportunidades de los estudiantes, se relaciona también con otras metas de la Agenda 2030, en la cual se enfatiza la importancia de reducir la mortalidad por suicidio, así como de promover la salud mental y el bienestar.

Para abordar de manera integral el suicidio y sus factores relacionados, es esencial involucrar a los profesionales de las Ciencias de la Salud. Estos deben aplicar sus conocimientos para mejorar la salud y el bienestar de las personas. Padilla (2022) resaltó que en estas carreras se deben formar profesionales con vocación de servicio, responsables, altruistas y disciplinados, capaces de resolver problemas y de trabajar en beneficio de la comunidad. Según Gómez et al. (2013) la conducta suicida es una de las principales emergencias que deben atender los profesionales de la salud mental, quienes también deben considerar el apoyo a las familias afectadas.

Asimismo, se coincide con Peña et al. (2023) al señalar que el ambiente universitario puede ser un espacio donde los estudiantes desarrollen pensamientos suicidas. Granados et al. (2020) destacaron que, a medida que los alumnos avanzan en sus estudios, enfrentan mayores exigencias académicas, las cuales pueden influir en la aparición de ideas y conductas suicidas. Estos autores también señalaron que las carreras universitarias suelen tener una duración prolongada, lo que expone a los estudiantes a múltiples retos que deben aprender a gestionar y resolver.

Un aspecto relevante de esta investigación es que el 100% de los participantes se ubicaron en los niveles de "mucho" y "bastante" IS global. Este hallazgo contrasta con otros estudios realizados en poblaciones similares. Por ejemplo, Castaño et al. (2020) analizaron a 170 universitarios (edad promedio = 20 años, Rango = 15-19 años, quienes cursaban entre 1º y 4º semestre) y encontraron que 19.4% presentó un nivel alto de riesgo suicida, 25.3% un nivel

moderado y 55.3% un nivel bajo. Asimismo, Gómez et al. (2020) reportaron una prevalencia del 9% en intentos de suicidio y un 5.7% en niveles altos de riesgo suicida, destacando que el riesgo era mayor entre los 23 y 24 años. Estos datos reflejan que es preciso llevar a cabo acciones de prevención y de intervención como respuesta a las necesidades existentes.

En relación con las dimensiones de la IS, los resultados sobre la desesperanza son especialmente importantes. Beck et al. (1979b) definió la desesperanza como una expectativa negativa generalizada y un punto central en el estudio del suicidio. En este reporte, encontré que 20% de los participantes experimentaba desesperanza de forma frecuente o muy frecuente. Esto coincide con los hallazgos de Díaz y Rodríguez (2021) quienes, en un estudio con 213 estudiantes universitarios del área de la salud (edad promedio = 21 años, cursando de 1º a 10º semestre), identificaron una prevalencia de IS del 23%, con un 31% mostrando niveles leves de desesperanza, 7% con niveles moderados y 1% con severos. Según Álamo et al. (2019) la desesperanza es aún más significativa que la depresión en la explicación de la IS, ya que se considera tanto su origen como un factor que la perpetúa.

De igual manera, Bahamón y Alarcón-Vásquez (2018) señalaron que las personas con niveles elevados de desesperanza suelen tener un mayor riesgo suicida. Las expectativas negativas sobre el futuro favorecen la generación de pensamientos negativos respecto a experiencias y eventos importantes, incrementando la gravedad del intento suicida. Además, varios autores coinciden en que la desesperanza es tanto un síntoma de la IS como un factor de riesgo asociado al suicidio (Aguilera, 2018; González, 2023; OPS, 2021b; Ortiz et al., 2019).

En cuanto a la dimensión de impulsividad, identifiqué que 26% de los participantes indicó que muy a menudo o siempre se percibían como impulsivos. Este rasgo presentó la correlación más alta con la IS global, lo que coincide con lo señalado por Gómez et al. (2022) quienes observaron que una mayor impulsividad en los estudiantes está asociada con un incremento en la IS. Además, la impulsividad, especialmente en momentos de crisis, es reconocida como un factor de riesgo importante tanto para la IS como para los intentos y el suicidio consumado (WHO, 2023).

Según Téllez y Forero (2006, como se cita en Gómez et al., 2022) la impulsividad puede desinhibir el comportamiento, generando conductas de alto riesgo, intentos fallidos de suicidio y comportamientos suicidas. Gómez et al. (2022, p. 149) señalaron que la impulsividad se caracteriza por un déficit en el procesamiento cognitivo y un control inhibitorio inadecuado, lo que resulta en “comportamientos irreflexivos, temerarios, explosivos y sin mediar las consecuencias de los actos”. Estas características contribuyen significativamente al riesgo de suicidio.

Respecto a la tercera dimensión de la IS, 47% de los estudiantes indicó que rara vez, ocasionalmente o con frecuencia se autopercibía como eficaz y con apoyo social. Villalobos-Galvis et al. (2023) destacan que la autoeficacia actúa como un factor protector frente al suicidio. Según Arreola (2022) la autoeficacia que apunta a los juicios de una persona sobre su capacidad para alcanzar metas está relacionada con aspectos socioafectivos y emocionales. Un estudiante universitario que se percibe como eficaz en el ámbito académico tiende a sentirse más seguro, persiste en sus tareas hasta completarlas, está más motivado y obtiene mejores resultados académicos, además de presentar menos reacciones emocionales adversas. Esto subraya la importancia de que las instituciones educativas también trabajen en el bienestar y cuestiones socioafectivas de los alumnos (Arreola, 2022).

Por otro lado, existen evidencias de que sentirse aislado (Miranda de la Torre, 2013; WHO, 2023), percibir un apoyo social limitado o la falta de una red de apoyo familiar y social (Aguilera, 2018; Caro-Delgado y Ballesteros-Cabrera, 2022) son factores de riesgo asociados al suicidio. Bahamón y Alarcón-Vásquez (2018) enfatizaron que el riesgo de suicidio aumenta entre los jóvenes cuando perciben que no cuentan con apoyo o que han perdido los vínculos afectivos, emocionales o sociales que antes les brindaban soporte.

En el presente trabajo no existieron correlaciones significativas entre la IS global con la ansiedad y depresión. Al respecto, Abril y Gavilanes (2023) no encontraron una correlación significativa entre depresión e IS en estudiantes ($p = .740$, $Rho = -.029$), sugiriendo que, aunque ambos fenómenos están presentes, no necesariamente dependen de un factor único y pueden ser influenciados por múltiples variables biopsicosociales, lo que refuerza la idea de que la IS no es un fenómeno exclusivamente asociado a trastornos depresivos, sino que puede estar mediado por diversos factores emocionales, sociales y ambientales.

Debo subrayar que la detección y evaluación temprana son fundamentales para identificar a quienes presenten IS, evitando que este avance al intento y cuanto menos a la consumación del acto; esto exige un compromiso activo de los profesionales de la salud entre ellos los psicólogos y de la sociedad. Es importante reconocer que la IS es parte integral del fenómeno del suicidio, un problema de salud pública mundial. A partir de los resultados es esencial destacar que el diseño e implementación de programas de intervención deben basarse en la evaluación de la IS, identificando por medio de esta, las necesidades específicas de atención, lo que permitirá responder de manera adecuada y efectiva a este problema.

Entre las limitaciones que es importante considerar está la del número de participantes que fue limitado, lo que podría afectar la generalización de los hallazgos: contar con una muestra

más grande habría permitido obtener resultados más nutridos y representativos. Otra limitación fue el empleo de un solo instrumento de medición. Aunque este instrumento es validado para evaluar los factores estudiados, emplear solo una herramienta limita la profundidad del análisis y la diversidad de perspectivas en los resultados. Además, el trabajo de campo se vio afectado por factores externos que interrumpieron el proceso de recolección de datos, como paros estudiantiles o el cierre temporal de la escuela.

Para trabajos futuros sobre IS, propongo realizar evaluaciones en diferentes etapas de la formación académica (inicial, profesionalización, complementaria), así como en primeros, intermedios y últimos semestres. esto para identificar si la presencia de IS global y por niveles varían a lo largo del proceso educativo. También, explorar si existen diferencias en la IS entre los estudiantes inscritos en distintos turnos, para analizar si el horario tiene algún impacto; además de emplear la entrevista y la observación como métodos de evaluación. El estudio de la IS también podría realizarse con alumnos de otras carreras, áreas o niveles educativos. Otra opción interesante sería investigar si la IS se relaciona con otras variables como la carga laboral, religiosidad, aspectos que pueden impactar o se relacionan con la salud mental. Además de la evaluación, se precisa diseñar y llevar a cabo la intervención para su posterior evaluación, identificando el impacto de esta en la reducción de la prevalencia y niveles identificados de IS.

En conclusión, los resultados del presente reporte buscan resaltar la importancia de la salud mental en el ámbito universitario, mostrando que la IS es un fenómeno complejo que requiere atención oportuna, por lo que es fundamental seguir investigando esta variable para diseñar intervenciones que promuevan la salud mental de los estudiantes universitarios.

Referencias

- Abarca, C., Gheza, C., Coda, C., & Elicer, B. (2018). Revisión de literatura para identificar escalas estandarizadas de evaluación del riesgo suicida en adultos usuarios de atención primaria de salud. *Revista Médica Revisada por Pares*, 18(5), e7246. <http://doi.org/10.5867/medwave.2018.05.7246>
- Abril, S. E. P., & Gavilanes, M. F. R. (2023). La depresión y su relación con la ideación suicida en estudiantes universitarios. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias sociales y Humanidades*, 4(1), 930–939. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.307>
- Aguilera, A. C. R. (2018) La conducta suicida y sus factores de riesgo en Holguín, Cuba. *Correo Científico Médico*, 22(3), 1-12. <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2678/1283>
- Ahued, O. J. (2017, septiembre). *DFensor. Revista de Derechos Humanos*, 15(9), 11- 14. https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2014/05/dfensor_09_2017.pdf
- Alamo, P., Baader, M., Antúnez, S., Bagladi, L., & Bejer, T. (2019). Escala de desesperanza de Beck como instrumento útil para detectar riesgo de suicidio en universitarios chilenos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 57(2), 167-175. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000200167>
- Al-Halabí, S., Sáiz, A. P., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Cervilla, J., Navarrete, M. A., Díaz-Mesa, E. M., García-Álvarez, L., Muñoz, J., Posner, K., Oquendo, M. A., García-Portilla, M. P., & Bobes, J. (2016). Validation of a Spanish version of the Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 134-142. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>
- Álvarez, Z. C. A., & Tamayo, Q. P. A. (2016). Ideaciones suicidas en la adolescencia: lo que debemos saber de las metamorfosis de la pubertad. *Poiésis*, (30), 78-85. <https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/poiesis/article/view/1849/1474>
- American Psychological Association. (2015). *APA Dictionary of Psychology*. Author.
- American Psychological Association. (2023). *APA Dictionary of Psychology*. Author. <https://dictionary.apa.org/suicide>
- Amezcu, F. R. J. (2003). *Diseño y validación de un instrumento (escala) para evaluar potencialidad suicida en el adolescente escolarizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jal.* (Publicación No. 01962) [Tesis de Maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, UNAM.]. Repositorio de Tesis DGBSDI. <https://hdl.handle.net/20.500.14330/TES01000323757>
- Amezquita, M. M. E., Gonzalez, P. R. E., & Zuloaga, M. D. (2003) Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(4), 341-356. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v32n4/v32n4a03.pdf>
- Ardila, D. J. O., Cortés, A. D., & Muñoz, A. J. L. (2020). *Principales causas de ideación suicida en estudiantes universitarios de la ciudad de Bogotá* [Programa de Psicología]. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/820e6afa-bfa3-4022-af91-87faaf0bc8cd/content>
- Arreola, R. R. (2022). Creencias de autoeficacia estudiantiles y docentes. ¿Un vínculo inseparable? Propuesta para la intervención. *Revista Académica UC Maule*, (6), 106-131. <https://doi.org/10.29035/ucmaule.62.106>
- Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica. (2023, 20 de abril). En México, sólo el 20% de las personas con enfermedades mentales reciben atención profesional. Prensa. *Semana Innovación 2023*. AMIF. <https://amiif.org/en-mexico-solo-el-20-de-las-personas-con-enfermedades-mentales-reciben-atencion->

- profesional/#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%20el%20nivel%20de,y%20estigma%20social%20hacia%20las
- Avendaño-Prieto, B., Pérez-Prada, M., Vianchá-Pinzón, M., Martínez-Vaquero, L., & Toro, R. (2018). Propiedades psicométricas del inventario de ideación suicida positiva y negativa PANSI. *Revista Evaluar*, 18(1), 27-39. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/19767/19516>
- Bahamón, M. M., & Alarcón-Vásquez, Y. (2018). Diseño y validación de una escala para evaluar riesgo suicida (ERS) en adolescentes colombianos. *Universitas Psychologica*, 17(4), 1-15. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-4.dvee>
- Balbín, C. S. B., Henao, H. L. M., Lopera, A. S. M., & Sierra, P. D. (2016). El suicidio desde la psicología humanista. *Revista Electrónica Psyconex*, 8(13), 1-11. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/326995/20784218>
- Ballard, E. D., Gilbert, J. R., Wusinich, C., & Zarate, C. A. (2021). New methods for assessing rapid changes in suicide risk. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 598434. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.598434>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979a). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée De Brouwer.
- Beck, A., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979b). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. https://www.researchgate.net/profile/Arlene-Weissman/publication/22673360_Assessment_of_suicidal_intention_The_Scale_of_Suicide_Ideation/links/54db338c0cf2ba88a68f669d/Assessment-of-suicidal-intention-The-Scale-of-Suicide-Ideation.pdf
- Berenzon, G. S. (2022, 27 de abril). En México, salud mental no ha sido prioridad. *Universo. Sistema de noticias de la Universidad Veracruzana*. <https://www.uv.mx/prensa/general/en-mexico-salud-mental-no-ha-sido-prioridad-shoshana-berenzon/>
- Bonilla, R. B. (2020). *Ideación suicida y estrés académico en los estudiantes del área de la salud* [Tesis de Licenciatura, Facultad de Enfermería]. Repositorio digital de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. <https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/8e9a1793-02f9-4ca9-ad3b-1659a07b97f2/content#:~:text=En%20relaci%C3%B3n%20al%20sexo%2C%20la,el%2016%25%20present%C3%B3%20ideaci%C3%B3n%20suicida>
- Borja, L. (2004). Fundamentos psicométricos en la evaluación psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(4), 23-43. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol7num4/Art3-2005-1.pdf>
- Cabrera, P. D., Camargo, V. A. A., & Ramírez, J. C. L. (2021). *Factores de riesgo y de protección asociados al comportamiento suicida en jóvenes universitarios. Una revisión de literatura* (Publicación No. 497) [Tesis de bachiller, Politécnico GranColombiano Institución Universitaria]. Repositorio Sistema Nacional de Bibliotecas SISNAB. <https://alejandria.poligran.edu.co/handle/10823/3046>
- Calderón-Cholbi, A., Mateu-Mollá, J., & Lacomba-Trejo, L. (2021). Factores de riesgo y protección del suicidio en personas mayores: una revisión sistemática. *Información Psicológica*, (121), 85-105. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/1866>
- Calvo, G. J., Sánchez, R., & Tejada, P. (2003). Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista de Salud Pública*, 5(2), 123-143. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v5n2/v5n2a02.pdf>
- Calvo, R. L. V. (2020). *Análisis descriptivo de los intentos de suicidio atendidos en urgencias del HURH durante 2019*. (Publicación No. 27849) [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio documental UVA. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/41410>

- Campillo, S. C., & Fajardo, D. G. (2021). *Prevención del suicidio y la conducta suicida*. *Gaceta Médica de México*, (157), 564-569. <https://doi.org/10.24875/gmm.21000205>
- Caro-Delgado, A. G., & Ballesteros-Cabrera, M. del P. (2022). Ideación suicida en adolescentes y adultos jóvenes de América Latina y el Caribe: scoping review. *Revista de Salud Pública*, 24(6), 1-7. <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n6.105615>
- Casell, C. C. & Huizen, J. (2021, 2 de agosto). La salud mental y el estigma en Latinoamérica. *MedicalNewsToday*. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/salud-mental-estigma-latinoamerica>
- Castaño, C., Cañón, B., & López, T. (2020). Riesgo suicida en estudiantes universitarios de Manizales (Caldas, Colombia). *Revista Científica Informes Psicológicos*, 22(1), 77-95. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v22n1a05>
- Castellvi-Obiols, P., & Piqueras, R. J. A. (2019). *El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir*. Injuve. https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf
- Casullo, M. M. (2005). Adolescent suicidal behaviors and ideations: a social urgency. *Anuario de Investigaciones*, 12, 173-182. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100017&lng=es&tlng=en
- Celis, P. Y. A., & Suescun, R. D. K. (2020). *La pareja: percepciones de causas posibles de ser relacionadas en la ideación suicida* (Publicación No. 20.500.12744/4809) [Tesis de licenciatura, Universidad de Pamplona]. Repositorio Institucional Universidad de Pamplona. <http://repositoriodspace.unipamplona.edu.co/jspui/handle/20.500.12744/4809>
- Centro de Integración Juvenil. (2018). *EBCO. Estudio básico de comunidad objetivo 2018*. Autor. [http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9370/9370CSD.html#:~:text=La%20Alcald%C3%ADa%20Iztapalapa%20ocupa%20el,sus%20integrantes%20\(Cuadro%204\).](http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9370/9370CSD.html#:~:text=La%20Alcald%C3%ADa%20Iztapalapa%20ocupa%20el,sus%20integrantes%20(Cuadro%204).)
- Clark, D., & Beck, A. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée de Brouwer.
- Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2023a, 04 de septiembre). *Cuadernillo básico para la prevención del suicidio*. Autor. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/858277/Cuadernillo_basico_para_la_prevenenci_n_del_suicidio.pdf
- Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2023b, 13 de septiembre). *¿Qué son los Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones?* Autor. <https://www.gob.mx/conasama/articulos/que-son-los-centros-comunitarios-de-salud-mental-y-adicciones>
- Compas, E. B., & Gotlib, H. I. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. McGraw-Hill.
- Comunicación Social y Gestión de Medios FESZ. (2022, 16 de agosto). *Bienvenida FES Zaragoza 2022* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=z0M6DKe5BiA>
- Córdova, O. M., Rosales, M. M. P., & Rosales, P. J. C. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 17-21. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133915933003.pdf>
- Córdova, O. M., Rosales, P. J. C., & Montufa, E. M. (2015). Ideación suicida en estudiantes de educación media superior: descripción con base en la aproximación dialéctico conductual. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(1), 79-100. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80242935005.pdf>
- Chica, S. B., Henao, L. M. H., Avendaño, S. M. L., & Pineda, D. S. (2016). El suicidio desde la psicología humanista. *Revista Electrónica Psyconex*, 8(13), 1-11. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/326995/20784218>

- Dávila, C. C. A., & Pardo, M. A. M. (2020). *Estudio de la carga de la mortalidad por suicidio en México 1990-2017*. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, e200069. <https://doi.org/10.1590/1980-5497202000069>
- De la Torre, I., Cubillas, R. M. J., Román, P. R., & Valdez, E. A. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32(6), 495-502. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58212267007.pdf>
- De la Torre, M. M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Universidad Autónoma de Madrid. https://www.google.com/url?q=https://psicologosemergenciasbaleares.files.wordpress.com/2018/01/protocolo_ideacion_suicida.pdf&sa=D&source=docs&ust=1664234614116084&usg=AOvVaw1tif2FI7ffmeIPCHINmiKo
- Department of Health and Human Services. (2008). *Después de un intento de suicidio: guía para cuidarse después del tratamiento en la sala de emergencias*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. https://www.vdh.virginia.gov/content/uploads/sites/53/2016/11/After-an-Attempt_YourselfSpanish.pdf
- Díaz, T., & Rodríguez, L. (2021). *Prevalencia de ideación suicida en estudiantes de odontología de la Universidad de Cartagena* [Trabajo de investigación, Facultad de Odontología]. Repositorio Universidad de Cartagena. <https://bit.ly/4a1Sduh>
- Dirección General de Atención a la Comunidad, Facultad de Psicología & Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2023). *Mi salud también es mental*. Autor. <https://www.misalud.unam.mx/>
- Echavarría, V. K. A., & Lemus, U. A. C. (2019). *Ideación suicida en adolescentes. Un estado de arte desde la teoría cognitivo-conductual* (Publicación No. 10353) [Disertación doctoral, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. Repositorio Institucional Uniminuto. https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/10353/1/T.P_Echavarr%C3%ADaDaVilaKatherineAndrea_2019.pdf
- Eiberg, H. M., Dorner, Ö. L., Aamund, K., Jørgensen, K., Jorgensen, K., Midtgaard, J., Vinberg, M., & Nordentoft. (2024). What methods are used in research of firsthand experiences with online self-harming and suicidal behavior? A scoping review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 78(3), 165-180. <https://doi.org/10.1080/08039488.2024.2306504>
- Espinosa, J. (2020). *Frecuencia de ideación suicida y su relación con síntomas depresivos en adolescentes del HGR con MF N.1 Cuernavaca, Morelos* [Tesis de especialidad]. Universidad Nacional Autónoma de México. <http://132.248.9.195/ptd2020/febrero/0800977/Index.html>
- Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. (2023, agosto). FESZ UNAM. Bienvenida Generación 2023-2024. *Gaceta Zaragoza*, Año 11. Suplemento Especial. https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/gaceta_zaragoza/numeros/186/gaceta_zaragoza_186.pdf
- Fernández, D. A. (2019). *Religión y relaciones sociales como factores de protección contra la ideación suicida en adolescentes de bachilleratos privados de la CDMX* (Publicación No. 12552/5422) [Disertación de maestría, Universidad Panamericana]. SCRIPTA Repositorio Institucional. <https://scripta.up.edu.mx/bitstream/handle/20.500.12552/5422/198901.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ferré-Grau, C., Montescó-Curto, P., Mulet-Valles, M., Lleixà-Fortuño, M., Albacar-Riobó, N., & Adell-Argentó, B. (2011). El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. *Index de Enfermería*, 20(3), 155–159. <https://doi.org/10.4321/s1132-12962011000200004>
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de Ideação Suicida (Q.I.S.). En M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*. Vol. 2.

- (pp. 123-130). <https://1library.org/article/question%C3%A1rio-de-idea%C3%A7%C3%A3o-suicida-qis-fatores-de-risco.zlno4erq>
- Flor, E. N., Cano, D. M. R., & Velázquez, R. E. R. (2022). Evaluación psicológica y evaluación neuropsicológica. *Revista Científica UNE*, 5(1), 71-78. http://revistas.une.edu.py/index.php/revista_une/article/view/167
- Garciandía, I. J. A. (2013). Familia, suicidio y duelo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43, 71–79. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.009>
- Gobierno de la Ciudad de México - Secretaría de Salud. (2022a, 09 de septiembre). *Brinda SEDESA atención permanente y gratuita para la prevención de suicidio en la Ciudad de México*. Boletines. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/boletines/09sep2022-brinda-sedesa-atencion-permanente-y-gratuita-para-la-prevencion-del-suicidio-en-la-ciudad-de-mexico>
- Gobierno de la Ciudad de México - Secretaría de Salud. (2022b, 09 de septiembre). *Centro de atención ciudadana la línea de la vida. Acciones y programas*. Autor. <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/centro-de-atencion-ciudadana-contra-las-adicciones-134381>
- Gobierno de México. (2022a). *Evaluación del riesgo suicida. Tamizaje ASQ MODORIS*. Autor. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/757444/ASQ_MODORIS_Pagina.pdf
- Gobierno de México. (2022b). *Guía de prevención del suicidio 2022*. Autor. http://formacion.virtual.dif.gob.mx/docu/guia_suicidio.pdf
- Gobierno de México. (2023, 10 de octubre). *Gobierno de México y 23 estados firman Acuerdo Nacional para la Federalización del Sistema de Salud para el Bienestar*. Autor. <https://www.gob.mx/imss/prensa/gobierno-de-mexico-y-23-estados-firman-acuerdo-nacional-para-la-federalizacion-del-sistema-de-salud-para-el-bienestar#:~:text=>
- Gómez, C. A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 607-615. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70355-3](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70355-3)
- Gómez, L., Monreal, L. A., Santiago, R. V., Russell, M. R., García, C. I. A., & Botero, M. A. (2022). Barreras para la atención de las conductas suicidas en Ciudad de México: experiencias del personal de salud en el primer nivel de atención. *Facultad Nacional de Salud Pública: el escenario para la salud pública desde la ciencia*, 40(1), e346540. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e346540>
- Gómez, R. C., Bohórquez, Lemus, G. L. M., Jaramillo, L. E., Valencia, J. G., Narváez, B. E., Bradford, M. A., & Palacio, C. (2013). Evaluación del riesgo de suicidio en la guía de práctica clínica para diagnóstico y manejo de la depresión en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(S1), 3-11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.001>
- Gómez, T. A. S., Núñez, C., Agudelo, O. M. P., & Grisales, A. A. M. (2019). Riesgo e ideación suicida y su relación con la impulsividad y la depresión en adolescentes escolares. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(54). <https://doi.org/10.21865/RIDEP54.1.12>
- González, G. M., García-Harob, J., & García-Pascual, H. (2019) Evaluación contextual-fenomenológica de las conductas suicidas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135):, 15-31. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000100002>
- González, L. G. (2023). La ideación suicida en adolescentes. Estado de la cuestión. *Revista Construyendo Paz Latinoamericana*, (17), 114-129. <https://www.redalyc.org/journal/6681/668173277015/668173277015.pdf>
- González, M. S., Díaz, M. A., Ortiz, L. S., González, F. C., & González, N. J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21-30. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58222304.pdf>
- Granados, C., Gómez, L., Islas, R., Maldonado, P., Martínez, M., & Pineda, T. (2020). Depresión, ansiedad y conducta suicida en la formación médica en una universidad en México.

- Investigación en Educación Médica*, 10(37), 65-74.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/invedumed/iem-2020/iem2035h.pdf>
- Hernández, M. L., & Louro, B. I. (2015). Principales características psicosociales de adolescentes con intento suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(2), 182-189.
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v31n2/mgi07215.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hernández, S. P. A., & Villarreal, C. R. E. (2015). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *Medisan*, 19(8), 1051-1058.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800014
- Herrera, S. C. A., & Orquiz, P. M. M. (2023). *Factores de riesgo asociados a la intencionalidad suicida en adolescentes: una revisión sistemática, 2012-2022* (Publicación Colecciones Lima Norte No. 2242) [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/114893>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. Autor.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). *Día mundial para la prevención del suicidio (Datos nacionales)*. Autor.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_Suicidio23.pdf
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2006). *Panorama de la salud mental en las mujeres y hombres mexicanos*. Inmujeres. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100779.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2022). *La ideación suicida*. Gobierno de México.
<https://insp.mx/control-tabaco/sma/educacion/la-ideacion-suicid>
- Jerez, G. N., Sequeiros, V. C., & Suárez, I. L. (2022). *Factores de riesgo de suicidio en adolescentes: una revisión sistemática desde el año 2021-2022*. (Publicación No. 915) [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de La Laguna]. Repositorio Institucional RIULL.
<http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/28375>
- Jiménez, C. M. I. (2008). Conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista Griot*, 1(4), 5-17. <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1900/1703>
- Jiménez, G. M. J. (2021). *Abordajes psicoterapéuticos en consultantes con ideación suicida* (Publicación No. 6533) [Tesis de Maestría, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente]. Repositorio rei.iteso.
<https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/6533/TOG%20MPS%20Martha%20Jovana%20Jim%c3%a9nez%20Garc%c3%ada.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Jurado, C. S. (2017a). *Inventario mexicano de ansiedad, depresión e ideación suicida (IMADIS). Cuadernillo para la aplicación*. UNAM.
https://naziracalleja.weebly.com/uploads/5/6/2/7/56279085/imadis_escala_2017.pdf
- Jurado, C. S. (2017b). *Inventario mexicano de ansiedad, depresión e ideación suicida (IMADIS). Manual para aplicación y calificación*. UNAM.
https://naziracalleja.weebly.com/uploads/5/6/2/7/56279085/manual_imadis.pdf
- Landgrave, A. P., Hermosillo, A., Vázquez, A., Reyes-Ortega, M. A., Arenas-Castañeda, P. E., Tejadilla-Orozco, D. I., Espinosa-Méndez, P., Molina-Lopez, A., Molina-Pizarro, C. A., Miguel, H., & Serrano, M. (2023). Modelo dinámico de órdenes de riesgo de suicidio: articulando los servicios de salud en México. *Enseñanza e Investigación en Psicología. Nueva Época*, 5, 1-12. <https://www.researchgate.net/publication/374616583>
- Lazard, S. P. (1988). *Probabilidad de riesgo suicida en adolescentes masculinos que hayan perdido al padre por muerte o abandono*. (Publicación No. 000067760) [Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, UNAM]. Repositorio de Tesis DGBSDI.
<https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000067760/3/0067760.pdf>

- López, J. L. (2020). Los médicos residentes deben ser categoría VIP. *Revista Mexicana de Psiquiatría y Salud Mental*, 1(6), 188-191 https://www.researchgate.net/profile/Jose-Luis-Lopez-19/publication/345827842_Los_medicos_residentes_deben_ser_categoria_VIP/links/5faf481a92851cf24cce08ad/Los-medicos-residentes-deben-ser-categoria-VIP.pdf
- López, P., Gutiérrez, K., & Hubbard, E. (2023, 08 de septiembre). En 20 años, el suicidio aumentó más de 400 por ciento en México. *UNAN Global TV*. https://unamglobal.unam.mx/global_tv/en-20-anos-el-suicidio-aumento-mas-de-400-por-ciento-en-mexico/
- Marín, A. M. L. (2021). Psicoterapia centrada en la persona y la ideación suicida. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 89-103. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8152811>
- Martínez, G. J. A., & Robles, S. A. C. (2016). Percepción de actores sociales sobre la conducta suicida: análisis de contenido a través de grupos focales. *Informes Psicológicos*, 16(2), 53–68. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7044288>
- Marulanda, T. N. X., Román, B. L. M., Arbeláez, R. M. C. (2011). ¿Qué pasa con el sujeto y su familia después de un intento de suicidio? *Revista Universidad Católica de Oriente*, (31), 85-106. <https://revistas.uco.edu.co/index.php/uco/article/view/63>
- Mejía, A. I., & Ramírez, V. I. (2021). *Fases de la conducta suicida y factores de riesgo asociados en estudiantes: una revisión bibliográfica a nivel global* [Trabajo de investigación, Programa de Enfermería]. Repositorio digital Unidad Central del Valle de Cauca, Colombia. <https://bit.ly/4aIV1mh>
- Mikulic, I. M. (2007). *La evaluación psicológica y el análisis ecoevaluativo*. Recursos de apoyo académico, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://n9.cl/7lgcd>
- Ministerio de Ciencia e Innovación. (2011). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida I. Evaluación y tratamiento*. Autor. <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCprevencionconductasuicida.pdf>
- Miranda de la Torre, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Centro de Psicología Aplicada, Universidad Autónoma de Madrid. <https://bit.ly/4j2Rddm>
- Montero, Á. M. (2022). *¿Qué medidas de detección y prevención han demostrado más eficacia en atención primaria para disminuir los intentos de suicidio en las personas con riesgo?* (Publicación No. 773) [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de las Islas Baleares]. Repositorio Institucional UIB. <http://hdl.handle.net/11201/159224>
- Morales, F. F. (2023, 19 de abril). Atención de salud mental, un privilegio sólo para 10% de los trabajadores en México. *El Economista*. <https://www.eleconomista.com.mx/capitalhumano/Atencion-de-salud-mental-un-privilegio-solo-para-el-10-de-los-trabajadores-en-Mexico-20230418-0088.html>
- Morcillo, B. I. (2022). *Caso clínico: abordaje de la ideación suicida desde una perspectiva conductual* (Publicación No. 12880/2314) [Tesis de Máster Universitario en Psicología General Sanitaria, Universidad Europea de Madrid]. Repositorio Institucional Universidad Europea de Madrid. <http://hdl.handle.net/20.500.12880/2314>
- Naciones Unidas. (2015). *Objetivos y metas de desarrollo sostenible*. Autor. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Naciones Unidas. (2023). *Informe de los objetivos de desarrollo sostenible 2023. Por un plan de rescate para las personas y el planeta. Edición especial*. Autor. https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023_Spanish.pdf?_gl=1*1i3ajj*_ga*MTkzNjE0Njk2NC4xNjkyMDQxNjQ4*_ga_TK9BQL5X7Z*MTY5NTA2NzY1Ny4yLjEuMTY5NTA2ODQxNS4wLjAuMA
- Naciones Unidas – Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2018). *La agenda 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Autor. <https://bit.ly/4a71Yak>

- Navarrete, B. E. M., Herrera, R. J., & León, P. P. (2019). Los límites de la prevención del suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 193-214. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000100011>
- Oficina de la Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2021). *Reporte Iztapalapa 2021*. Autor. https://www.unodc.org/documents/Urban-security/210521_EGSU_Iztapalapa_Espanol.pdf
- Okasha, A., Lotaif, F., & Sadeck, A. (1981). Prevalence of suicidal feelings in a sample of non consulting medical students. *Acta Psiquiátrica Scandinávica*, 63(5), 409-415. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1981.tb00690.x>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2024, 04 de julio). *Qué debe saber acerca de la educación superior*. Autor. <https://bit.ly/4glCVwY>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f). *Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud (IESM-OMS)*. Autor. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=445:2008-who-aims-general-information&Itemid=40615&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *WHO-AIMS: informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe*. Autor. [https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SPA-WHOAIMSREG-\(For-Web-Apr-2013\).pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SPA-WHOAIMSREG-(For-Web-Apr-2013).pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP)*. Autor. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28418/9789275319017_spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2021a). *Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*. Autor. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54718/9789275324240_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud. (2021b). *OPS participa en un programa colaborativo para la prevención del suicidio en México mediante especialización del personal de salud*. Autor. <https://www.paho.org/es/noticias/19-8-2021-ops-participa-programa-colaborativo-para-prevencion-suicidio-mexico-mediante>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023a). *Política para mejorar la salud mental*. Autor. <https://www.paho.org/es/documentos/politica-para-mejorar-salud-mental>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023b). *Prevención del suicidio*. Autor. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2017). *Inicio. Día mundial para la prevención del suicidio 2017: tómame un minuto, cambia una vida*. Autor. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13540:world-suicide-prevention-day-2017&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Ortiz, D. E. E. M., Meza, M. M., & Cañón, S. (2019). *Determinación de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes*. Collection of Articles on Medicine https://www.scipedia.com/public/Ortiz_et_al_2019a
- Padilla, A. (2022). *¿Por qué estudiar una carrera en Ciencias de la Salud?* Universidad Autónoma de Guadalajara. <https://bit.ly/4h2L1QY>
- Papalia, D., & Martorell, G. (2017). *Desarrollo humano*. McGraw-Hill.
- Páramo, D. y Herrera, A. (2022). Barreras que perciben estudiantes con y sin riesgo suicida para solicitar ayuda profesional. *Revista Estudios Psicológicos*, 2(1), 88-98 <https://estudiospsicologicos.com/index.php/rep/article/view/35/70>
- Parra, I. (2023). Definición de suicidio. *Psicosomática y Psiquiatría*, 25, 43-45. <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum250801>
- Peña, B., Escobar, N., Fernández, P., Bazán, G., Gutiérrez, D., Caballero, N., & Zarza, J. (2023). *Ideación suicida en estudiantes universitarios de una universidad privada de Asunción*.

- Revista de Investigación Científica y Tecnológica*, 7(2), 47- 57.
[https://doi.org/10.36003/Rev.investig.cient.tecnol.V7N2\(2023\)5](https://doi.org/10.36003/Rev.investig.cient.tecnol.V7N2(2023)5)
- Pérez, B., Rivera, L., Atienzo, E., Castro, F., Leyva, A., & Chávez, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Revista de Salud Pública*, 54(2), 324-333.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n4/v52n4a08.pdf>
- Pérez, N. S. (2019). *Violencia de género como factor de riesgo del suicidio* (Publicación No.3) [Trabajo fin de grado, Universidad de Almería]. Repositorio Institucional de la Universidad de Almería.
http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/8057/TFG_PEREZ%20NAVARRO,%20E STEVEN.pdf?sequence=1
- Pérez, V. (2022, 21 marzo). Panorama actual de la investigación en prevención del suicidio. *Clúster Salut Mental Catalunya*, 4, 13-19. https://www.clustersalutmental.com/wp-content/uploads/2022/03/Brains04_Research_Investigacion-PS.pdf
- Pérez-Chán, M. (2015). Familia multiproblemática como factor en el desarrollo de la ideación e intento suicida en adolescentes. *Salud en Tabasco*, 21(2-3), 45-54.
<https://www.redalyc.org/pdf/487/48745738002.pdf>
- Ramírez, A. P. N. (2021). *Análisis de la fiabilidad de la Escala de Riesgo Suicida ERS en una muestra de adolescentes de Bucaramanga y su área metropolitana - Archive ouverte HAL*. (Publicación No. 000318714) [Trabajo de titulación de Psicología Profesional, Universidad de Investigación y Desarrollo - UDI]. Repositorio HAL Science Ouverte <https://hal.science/hal-03283364/>
- Real Academia Española. (2022). *Diccionario de la lengua española*. Asociación de Academias de la Lengua Española. Recuperado el 26 de septiembre de 2022 de <https://dle.rae.es/ideaci%C3%B3n?m=form>
- Rodríguez, P., & Andrés, E. (2022). *Análisis de contenido de El Diario sobre noticias de suicidio en el 2019 frente a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)*. (Publicación No. 510) [Proyecto de Grado, Universidad Católica de Pereira]. Repositorio Institucional de la Universidad Católica de Pereira - RIBUC.
<http://hdl.handle.net/10785/12670>
- Rosas, E. A. (2003). *Ideación suicida en estudiantes de nivel superior que asisten a consulta externa en la DGSM de la UNAM*. (Publicación No. 000318714) [Tesis de Maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, UNAM.]. Repositorio Sistema Nacional de Bibliotecas SISNAB.
<https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000318714/3/0318714.pdf>
- Salvo, G., Melipillán, A., & Castro, S. (2009). Reliability, validity and cutoff point for scale screening of suicidality in adolescents. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47(1), 16-23.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000100003>
- Salvo, L., Florenzano, U. R., & Gomez, CH. A. (2021). Evaluación y manejo inicial de las ideas e intentos de suicidio en atención primaria. *Revista Médica de Chile*. 149, 913-919.
<https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v149n6/0717-6163-rmc-149-06-0913.pdf>
- Santos-García, D., de Deus, F. T., Cores, B. C., Panceiras, F., García, D. I., Íñiguez, A. M. C., Silva, J., Buongiorno, T., Planellas, Ll., Cosgaya, M., García, C. J., Caballol, N., Legarda, I., Hernández, V. J., Cabo, I., López, M. L., González, A. I., Ávila, R. M., Gómez, M. V., ... COPPADIS Study Group. (2023). Suicidal ideation among people with Parkinson's disease and comparison with a control group. *International Journal of Geriatric and Psychiatry*, 38(5), e5919. <https://doi.org/10.1002/gps.5919>
- Sattler, J. M. (2008). *Evaluación Infantil. Fundamentos cognitivos. Volumen I*. Manual Moderno. Secretaría de Desarrollo y Relaciones Institucionales, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. (s.f.). *El CREAS (Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio)*. UNAM. Recuperado el 21 de agosto de 2023, de https://sdri.iztacala.unam.mx/?page_id=2885

- Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación. (2022, 16 de mayo). *Ley General de Salud*. Autor. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5652074&fecha=16/05/2022#gsc.tab=0
- Secretaría de Salud. (2014). *Programa de Acción Específico Salud Mental 2013 - 2018*. Autor. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf
- Secretaría de Salud. (2015, 04 de septiembre). *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-201*. Diario Oficial de la Federación. http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5805/salud3a11_C/salud3a11_C.html
- Secretaría de Salud. (2020). *Programa Sectorial de Salud 2020-2024*. México. <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-sectorial-de-salud-2020-2024>
- Secretaría de Salud. (2022a, 05 de septiembre). *Documentos / Brigadas comunitarias en salud mental*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/documentos/brigadas-comunitarias-en-salud-mental>
- Secretaría de Salud. (2022b). *Programa de Acción Específico Salud Mental y Adicciones 2020 - 2024*. Autor. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/720846/PAE_CONASAMA_28_04_22.pdf
- Secretaría de Salud - Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2022a, 05 de septiembre). *Programa nacional para la prevención del suicidio, PRONAPS. Gestión de casos*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/documentos/gestion-de-casos-del-programa-nacional-para-la-prevencion-del-suicidio>
- Secretaría de Salud - Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2022b, 10 de septiembre). *Programa Nacional para la Prevención del Suicidio, PRONAPS*. Gobierno de México. <http://www.consame.salud.gob.mx/pronaps.html>
- Secretaría de Salud - Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2022c, 1 de septiembre). *Programa nacional de prevención del suicidio, PRONAPS. Código 100*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/documentos/introduccion-al-codigo-100>
- Secretaría General de la Universidad Nacional Autónoma de México, Dirección General de Orientación y Atención Educativa. (2020). *Orientación especializada en línea. Registro*. Autor. <https://dgoae.servicios.unam.mx/COE/TeOrienta/>
- Senado de la República. (2023, 11 de septiembre). *Prevención del suicidio, de relevancia crítica en México, destacan en el Senado de la República*. Coordinación de Comunicación Social. LXV Legislatura. <https://comunicacionsocial.senado.gob.mx/informacion/comunicados/6700-prevencion-del-suicidio-de-relevancia-critica-en-mexico-destacan-en-el-senado-de-la-republica>
- Siabato, E., & Salamanca, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 9(1), 71-81. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-23862015000100006&script=sci_arttext
- Sistema de Información Legislativa de la Secretaría de Gobernación. (2017, 30 de noviembre). *Iniciativa con Proyecto de Decreto que expide la Ley General de Salud Mental, suscrita por los diputados Leticia Amparano Gámez, del grupo parlamentario del PAN, y José Antonio Arévalo González e integrantes del PVEM*. Autor. asun_3636417_20171201_1512066886.pdf (gobnacion.gob.mx)
- Solís, H. K. J. (2018). *Efectividad de la terapia dialéctica conductual en la reducción de ideación suicida en varones musulmanes con arraigo cultural hacia la inmigración* (Publicación No. 7707) [Tesis de bachiller, Universidad de San Francisco de Quito]. Repositorio USFQ. https://rraae.cedia.edu.ec/Record/USFQ_d7c501040c17bc37c1cc2388914e63f5
- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 7(1), 93-102. <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297226904010.pdf>

- Universidad Nacional Autónoma de México - Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. (2022 agosto). *4to Informe de Actividades. Gestión 2018 - 2022*. Autor. https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/Informes_de_Actividades/Cuarto_informe_2022.pdf
- Universidad Nacional Autónoma de México - Secretaría de Prevención, Atención y Seguridad Universitaria. (2020). *UNAM - Salud Mental*. <https://saludmental.unam.mx/>
- Universidad Nacional Autónoma de México - Secretaría de Prevención, Atención y Seguridad Universitaria. (2021). *Acuerdo por el que se crea el Comité Técnico para la Atención de la Salud Mental de la Comunidad de la Universidad Nacional Autónoma de México*. Autor. <https://saludmental.unam.mx/comite.htm>
- Valdes, S. R. & Arenas, M. L. (2019). *Simplemente quería desaparecer... Aproximaciones a la conducta suicida de adolescentes en México*. Instituto Nacional de Salud Pública. https://www.insp.mx/resources/images/stories/2019/Docs/190731_Conducta_suicida.pdf
- Valdez-Santiago, R., Marín-Mendoza, E., & Torres-Falcón, M. (2021). Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *Salud Pública de México*, 63(4), 554-564. <https://doi.org/10.21149/12310>
- Vargas, H. B., & Saavedra, J. E. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Neuro-Psiquiatría*, 75(1), 19-28. <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372036937004.pdf>
- Vázquez, M. N. J., & De Haro, R. M. A. (2018). Factores predisponentes para ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes adscritos a un Hospital General de Zona de Irapuato, Guanajuato, México. *Atención Familiar*, 25(2), 59-64. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.2.63560>
- Vélez-Pérez, D., Maldonado-Santiago, N., & Rivera-Lugo, C. I. (2017). Espectro del suicidio en jóvenes universitarios en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(1), 34-44. <https://www.redalyc.org/pdf/2332/233255999003.pdf>
- Villafañá, M., Oudhof, H., & Mercado, M. (2019). Las relaciones objetales y el intento de suicidio: una explicación psicoanalítica. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 8(1), 60-84. <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v8i15.13416>
- Villalobos-Galvis, F. H., Ceballos-Mora, A. K., Luna-Tascón, E. G., Araujo-Rosero, L., Muñoz-Muñoz, D. F., & Solarte-Tobar, M. C. (2023). Prevención de la conducta suicida en contextos escolares. Una revisión de los tipos de intervención. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43(143), 217-236. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352023000100012&script=sci_arttex
- Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Isabel Capella.
- World Health Organization. (2018). *Live life: Preventing suicide*. Author. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325650>.
- World Health Organization. (2021a). *Live life: An implementation guide for suicide prevention in countries*. Author. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341726>
- World Health Organization. (2021b, 28 de agosto). *Suicide*. Author. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- World Health Organization. (2023, 17 de junio). *Depression*. Author. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Implica%20un%20estado%20de%20%C3%A1nimo,sobre%20el%20d%C3%ADa%20a%20d%C3%ADa>
- Zayas, L., Lester, R., Cabassa, L., & Fortuna, L. (2005). A conceptual model for research why do so many Latina teens attempt suicide? *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 275-287. https://psycnet.apa.org/fulltext/2005-03636-010.pdf?auth_token=ecd99a658c325ff8d53d5fe0f648a7040626fbd6